



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

Rapport
van inspectie(hertoets)bezoeken
aan Stichting Zorggroep Florence
op de volgende locaties:

Woonzorgcentrum Duinstede in Wassenaar, 3 mei 2016
Woonzorgcentrum Houthaghe in Den Haag, 12 mei 2016
Expertisecentrum Mariahoeve in Den Haag, 12 mei 2016
Expertisecentrum Gulden Huis in Den Haag, 3 mei 2016
Expertisecentrum Westhoff in Rijswijk, 26 mei 2016

Utrecht
augustus 2016

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding en belang	5
1.2	Doelstelling.....	6
1.3	Methode.....	6
1.4	Toetsingskader.....	6
1.5	Beschrijving concern Florence	7
2	Conclusie en beschouwing	8
2.1	Figuren met samenvatting van de scores per thema bij toezichtbezoeken . (vijf locaties).....	8
2.2	Conclusie bij resultaten van eerder toezicht: op alle thema's was verbetering nodig	12
2.3	In mei 2016 voldoen vier zorglocaties van Florence aan bijna alle getoetste ... normen	12
2.3.1	Kwaliteit en veiligheid cliëntenzorg in expertisecentra voldoet beter bij hertoetsing	12
2.4	In mei 2016 voldoen tenminste vijf zorglocaties van Florence nog niet aan alle normen voor goede zorg; net als voor Houthaghe is uitbreiden, doorzetten en borgen van verbetering nog overall noodzakelijk	13
2.5	In mei 2016 is cliëntgerichtheid gegroeid door methodisch werken; dagbesteding kan beter.....	13
2.6	Conclusies over resultaten van afgesproken verbetertraject	13
2.6.1	Weliswaar verbeterkracht getoond maar kwaliteit en veiligheid cliëntenzorg .. nog niet concernbreed voldoende	13
2.6.2	Dossiervoering en het methodisch werken verbeterd; Houthaghe behoeft aandacht	14
2.6.3	Kwalitatief en kwantitatief meer stabiliteit in beschikbaar personeel, aandacht blijft nodig	14
2.6.4	Regie van de medische zorg en de aansturing ervan verbeterd.....	15
2.6.5	Interne procedure voor veilig melden en analyseren van incidenten cliëntenzorg in werking	15
2.6.6	Meldingenanalyses & onderzoeksrapportages laten verbetering zien	15
3	Handhaving	16
3.1	Overzicht van getoetste normen waaraan de geboden zorg in Houthaghe . niet voldeed	16
3.2	Getoetste normen waaraan de overige bezochte locaties nog niet voldeden	16
3.3	Verlenging verbeterijd tot 15 september 2016	16
3.4	Vervolgacties zorgaanbieder:	17
3.4.1	Verbeteren en borgen binnen heel Florence voltooien.....	17
3.4.2	Resultaatverslag aanleveren per eind juli 2016 (ontvangen) en medio september 2016	17
3.5	Vervolgacties inspectie:	17
3.5.1	Toezichtbezoeken en evaluatie	17

4	Bevindingen inspectiebezoek Woonzorgcentrum Duinstede 3 mei 2016	18
4.1	Beschrijving Woonzorgcentrum Duinstede	18
4.2	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	19
4.2.1	Inleiding.....	19
4.2.2	Scores.....	19
4.3	Thema 2: cliëntdossier.....	22
4.3.1	Inleiding.....	22
4.3.2	Scores.....	23
4.4	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	25
4.4.1	Inleiding.....	25
4.4.2	Scores.....	25
4.5	Geraadpleegde documenten bij bezoek aan Duinstede 3 mei 2016.....	28
5	Bevindingen inspectiebezoek Woonzorgcentrum Houthaghe.....	
	12 mei 2016.....	29
5.1	Beschrijving woonzorgcentrum Houthaghe	29
5.2	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	30
5.2.1	Inleiding.....	30
5.2.2	Scores.....	31
5.3	Thema 2: cliëntdossier.....	33
5.3.1	Inleiding.....	33
5.3.2	Scores.....	34
5.4	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	37
5.4.1	Inleiding.....	37
5.4.2	Scores.....	38
5.5	Geraadpleegde documenten in Houthaghe 12 mei 2016	42
6	Bevindingen inspectiebezoek Expertisecentrum Mariahoeve	
	12 mei 2016.....	43
6.1	Beschrijving Expertise Centrum Mariahoeve	43
6.2	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	44
6.2.1	Inleiding.....	44
6.2.2	Scores.....	44
6.3	Thema 2: cliëntdossier.....	46
6.3.1	Inleiding.....	46
6.3.2	Scores.....	47
6.4	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	50
6.4.1	Inleiding.....	50
6.4.2	Scores.....	50
6.5	Geraadpleegde documenten inspectiebezoek Mariahoeve 12 mei 2016.....	53
7	Bevindingen inspectiebezoek Expertisecentrum Gulden Huis 3 mei 2016	54
7.1	Beschrijving Expertise centrum Gulden Huis.....	54
7.1.1	Resultaten vorig inspectiebezoek aan expertisecentrum Gulden Huis.....	55
7.2	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	55
7.2.1	Inleiding.....	55
7.2.2	Scores.....	55
7.3	Thema 2: cliëntdossier.....	58
7.3.1	Inleiding.....	58
7.3.2	Scores.....	59
7.4	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	61
7.4.1	Inleiding.....	61
7.4.2	Scores.....	62
7.5	Thema 4: medicatieveiligheid	65
7.5.1	Inleiding.....	65

7.5.2	Scores.....	65
7.6	Geraadpleegde documenten hertoetsbezoek expertisecentrum Gulden Huis	68

8 Bevindingen inspectiebezoek Expertisecentrum Westhoff 26 mei 2016 69

8.1	Expertise centrum Westhoff	69
8.1.1	Resultaten vorig bezoek	70
8.2	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	70
8.2.1	Inleiding.....	70
8.2.2	Scores.....	71
8.3	Thema 2: cliëntdossier.....	73
8.3.1	Inleiding.....	73
8.3.2	Scores.....	74
8.4	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	77
8.4.1	Inleiding.....	77
8.4.2	Scores.....	77
8.5	Thema 4: medicatieveiligheid	81
8.5.1	Inleiding.....	81
8.5.2	Scores.....	81
8.6	Thema 5: vrijheidsbeperking	85
8.6.1	Inleiding.....	85
8.6.2	Scores.....	85
8.7	Geraadpleegde documenten hertoetsbezoek expertisecentrum Westhoff.....	88

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten Wetgeving: 89

1 Inleiding

Op respectievelijk 3 en 12 en 26 mei 2016 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: de inspectie) in totaal vijf onaangekondigde toezichtbezoeken aan respectievelijk Woonzorgcentrum Duinstede (verder: Duinstede), Expertisecentrum Gulden Huis (verder: Gulden Huis), Expertisecentrum Mariahoeve (verder: Mariahoeve), Woonzorgcentrum Houthaghe (verder: Houthaghe) en Expertisecentrum Westhoff (verder: Westhoff). Deze centra maken deel uit van Stichting Zorggroep Florence (verder: Florence). Voor wat betreft de bezoeken aan het Gulden Huis en aan Westhoff betroffen dit hertoetsbezoeken. In Gulden Huis vond het eerdere inspectiebezoek plaats op 6 oktober 2015, in Westhoff op 28 januari 2016.

In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie de aanleiding en het kader waarbinnen de bezoeken zijn afgelegd. In hoofdstuk 2 volgen de conclusies inclusief figuren die de bevindingen van de inspectie weergeven. De handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen staat in hoofdstuk 3 beschreven. Tenslotte - in de afzonderlijke hoofdstukken 4 tot en met 8 - de bevindingen van de vijf inspectiebezoeken.

1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. De zorgaanbieder stemt de zorg af op de reële behoefte van de cliënt en levert de zorg in overeenstemming met de professionele standaard. Hierbij neemt de zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht en borgt hij dat de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De inspectie vult haar taak in door erop toe te zien dat zorgaanbieders die onder toezicht staan, wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden naleven. Zij doet dit onder meer door het brengen van aangekondigde en onaangekondigde toezichtbezoeken. De inspectie oefent haar toezicht niet uit vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen een onontbeerlijk kader vormen voor goede zorg, en daarmee bijdragen aan de preventie van onnodige risico's voor cliënten. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

Op 2 februari 2016 sprak de inspectie met de bestuurder van Florence over haar aanhoudende zorgelijke bevindingen en conclusies naar aanleiding van diverse meldingen, signalen en toezichtbezoeken sinds 2013 (V1008072).

Aan de bestuurder van Florence is op 2 februari 2016 kenbaar gemaakt dat de inspectie per half april 2016 duidelijke verbeterlagen verwacht aan te treffen binnen het gehele concern Florence voor wat betreft de thema's:

- de MIC analyses; namelijk het gebrek daaraan
- de dossiervoering (medisch- en zorgdossier)
- de personele samenstelling (kwantitatief en kwalitatief)
- de regie van de zorg vanuit de medische dienst en de aansturing daarvan
- het aanleveren van heldere rapportages met basisoorzaken en verbetermaatregelen, in geval van nieuwe meldingen aan de inspectie.

Op 18 maart 2016 en op 5 april 2016 ontving de inspectie een bericht van de bestuurder van Florence over de ondernomen acties voor verbetering en de stand van zaken binnen het concern. In de brief van 18 maart 2016 maakte de bestuurder kenbaar dat Florence vanaf

3 februari 2016 het verbeterproces met alle aandacht en prioriteit van de gehele organisatie heeft doorgezet. Bij vijf van haar zeventien locaties constateerde Florence, volgens de brief d.d. 18 maart 2016, dat verbeteringen achterblijven bij gangbare normen voor goede zorg en dat deze locaties per half april 2016 nog niet zouden voldoen aan de gestelde verwachtingen van de inspectie. Op alle andere locaties zou dit volgens de planning wel het geval zijn.

1.2 Doelstelling

Het doel van de reeks inspectiebezoeken in de maand mei 2016 was te beoordelen in hoeverre de zorg die Florence biedt, na de ingezette verbeteracties sinds 2 februari 2016, voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

Zo kan de inspectie beoordelen of Florence voldoet aan de besproken verwachtingen zoals hiervoor benoemd.

1.3 Methode

De inspectie bezocht vijf van de zeventien zorglocaties (bijna 30%) van Florence.

De inspectie concentreerde zich bij drie locaties op normen en beoordelingsaspecten van de thema's :

- sturen op kwaliteit en veiligheid
- cliëntdossier; inclusief de regie van zorg en behandeling
- deskundigheid en inzet personeel.

Bij de hertoetsbezoeken aan de expertisecentra Gulden Huis en Westhoff kwamen er nog twee thema's bij:

- medicatieveiligheid
- vrijheidbeperking.

De inspectie gebruikte altijd hetzelfde kerninstrument voor te toetsen thema's, normen en beoordelingsaspecten.

Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie steeds verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelde de inspectie opnieuw of de door Florence geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen bij de specifieke toezichtbezoeken: een rondgang, gesprekken met medewerkers, gesprekken met cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers, gesprek met het behandelteam en het management, inzage in cliëntendossiers en inzage in relevante documenten. (zie hiervoor de laatste paragraaf van de hoofdstukken 4-8).

Om een oordeel te geven over de verbeteringen van meldingenanalyses en de onderzoeksrapportages maakte de inspectie een overzicht van alle ontvangen meldingen van januari 2016 tot juni 2016 inclusief beoordelingen en conclusies van de inspectie over die onderzoeken. Een en ander zoals vastgesteld in het landelijk meldingenoverleg.

1.4 Toetsingskader

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhavingnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 1.

1.5 Beschrijving concern Florence

Het concern Florence

Het concern Florence is de statutaire bestuurder voor alle onderdelen van het concern Florence. De raad van bestuur bestaat normaliter uit twee personen; door persoonlijke omstandigheden is er momenteel één bestuurder beschikbaar.

Het concern Florence is een zorgaanbieder in de zin van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg en biedt een breed scala van activiteiten op het gebied van jeugd- en ouderenzorg, wonen en welzijnsdiensten. Het werkgebied strekt zich uit over de gemeenten Den Haag, Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Voorschoten, Leiden, Wassenaar en Delft.

Het concern Florence verleent dienstverlening op het gebied van de Wet Langdurige Zorg alsook in het kader van de Zorgverzekeringswet (en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

Het concern Florence kent een productgerichte structuur en is georganiseerd onder een aantal labels zoals bijvoorbeeld 'Florence Thuis', 'Florence Expertise' (complexe zorg en behandeling) en 'Florence Allure' (particuliere thuiszorg en service).

Onder het label 'Florence Thuis' realiseert Florence haar wijkgebonden, geïndiceerde en verzekerde zorg- en welzijnsactiviteiten; al dan niet in combinatie met behandeling indien cliënten hiertoe geïndiceerd zijn. De zorg wordt geboden in de thuissituatie van cliënten of vanuit een (intramuraal) woonzorgcentrum.

Onder het label 'Florence Expertise' realiseert Florence voor circa 600 cliënten (complexe) zorg en behandeling in drie expertisecentra. In een expertisecentrum is de zorg en behandeling georganiseerd per cliëntendoelgroep. Per cliëntendoelgroep (expertise) is één afzonderlijke expertisemanager eindverantwoordelijk voor de hele zorgketen binnen alle expertisecentra (matrixmodel). In totaal geven vier expertisemanagers sturing aan het zorgaanbod in de drie expertisecentra.

Het concern presenteert zich momenteel met zeventien zorglocaties, merendeels woonzorgcentra (zoals Duinstede en Houthaghe) en drie expertisecentra (te weten: Mariahoeve, Gulden Huis en Westhoff).

2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema van de inspectiebezoeken en het eventuele vorige inspectiebezoek

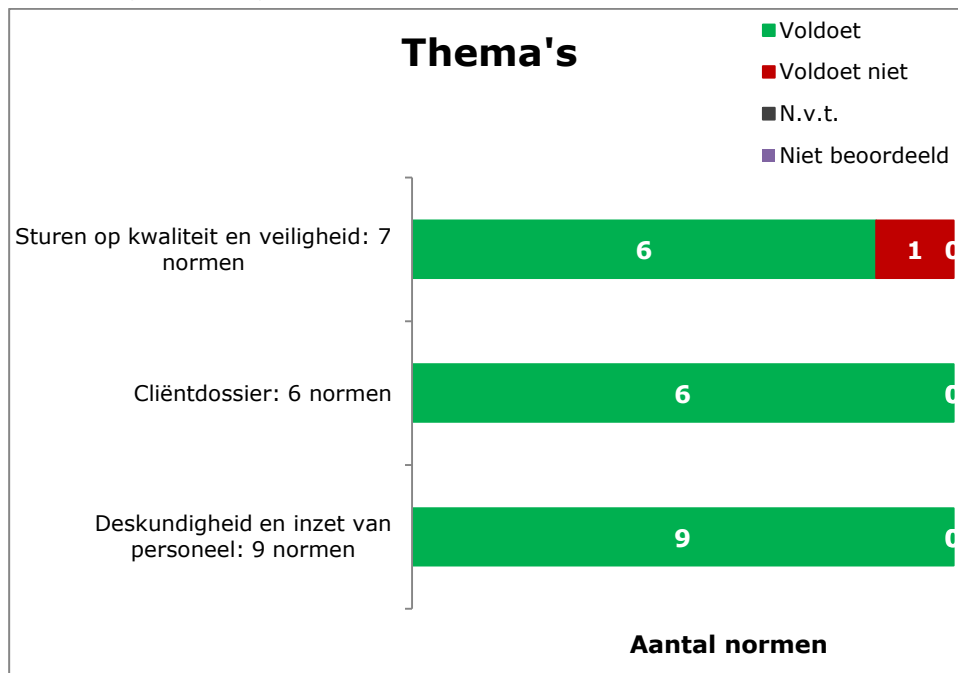
Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's op concernniveau

Een toelichting op de scores per norm staan in de rapportages over de bevindingen bij de vijf inspectiebezoeken. In de hoofdstukken 4-8 staat beschreven op basis van welke inspectiebevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

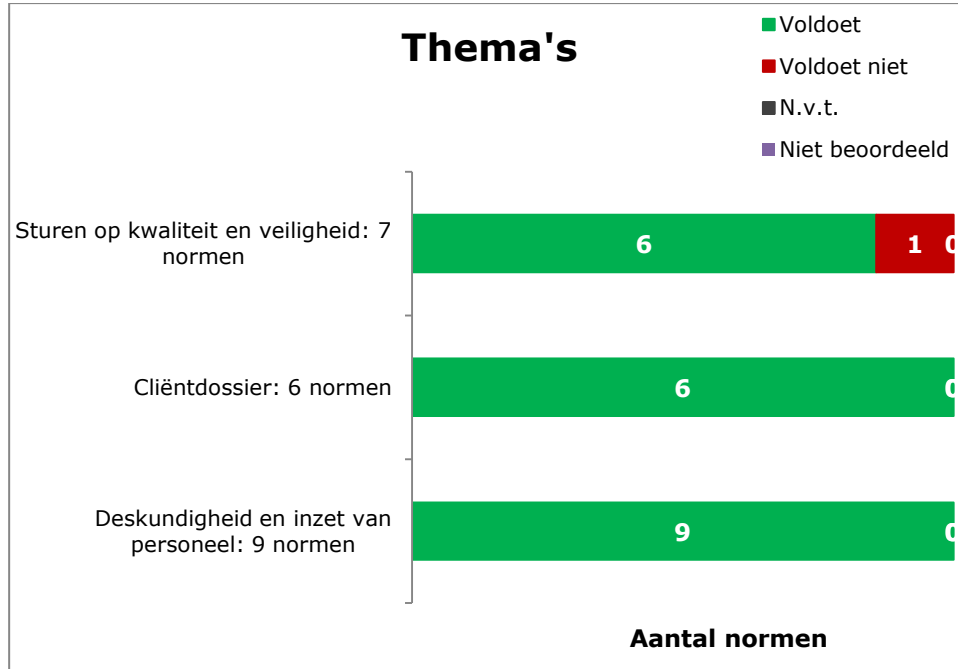
2.1 Figuren met samenvatting van de scores per thema bij toezichtbezoeken (vijf locaties)

De onderstaande tabellen bieden, voor ieder toezichtbezoek, per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. De eerste drie figuren betreffen de samenvatting van de initiële inspectiebezoeken aan drie locaties van Florence in mei 2016. Daarna volgen twee keer twee figuren betreffende hertoetsbezoeken aan twee locaties van Florence; figuur 4 en figuur 6 betreffen de eerdere bezoeken, de andere vijf figuren gaan over de recente bezoeken in mei.

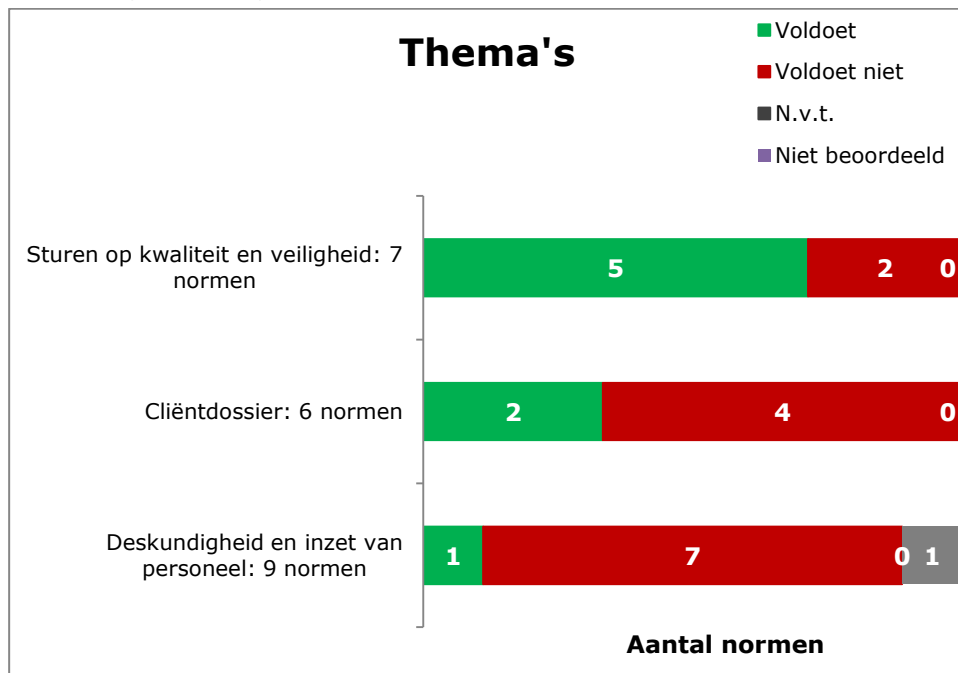
Figuur 1: Scoretabel resultaten Woonzorgcentrum Duinstede op 3 mei 2016 (V1009476)



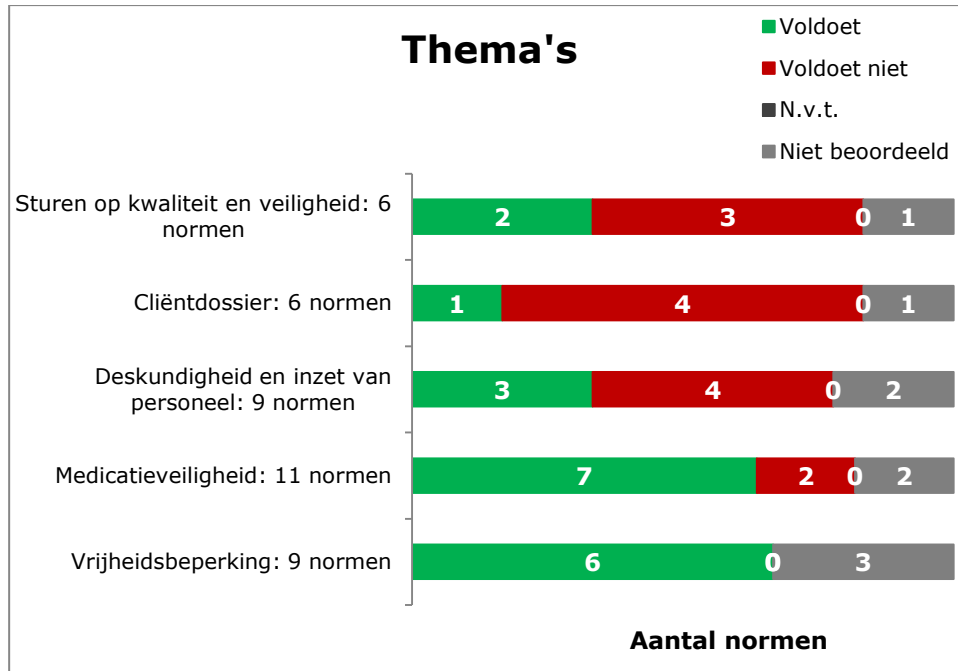
Figuur 2: Scoretabel resultaten Expertisecentrum Mariahoeve op 12 mei 2016 (V1009474)



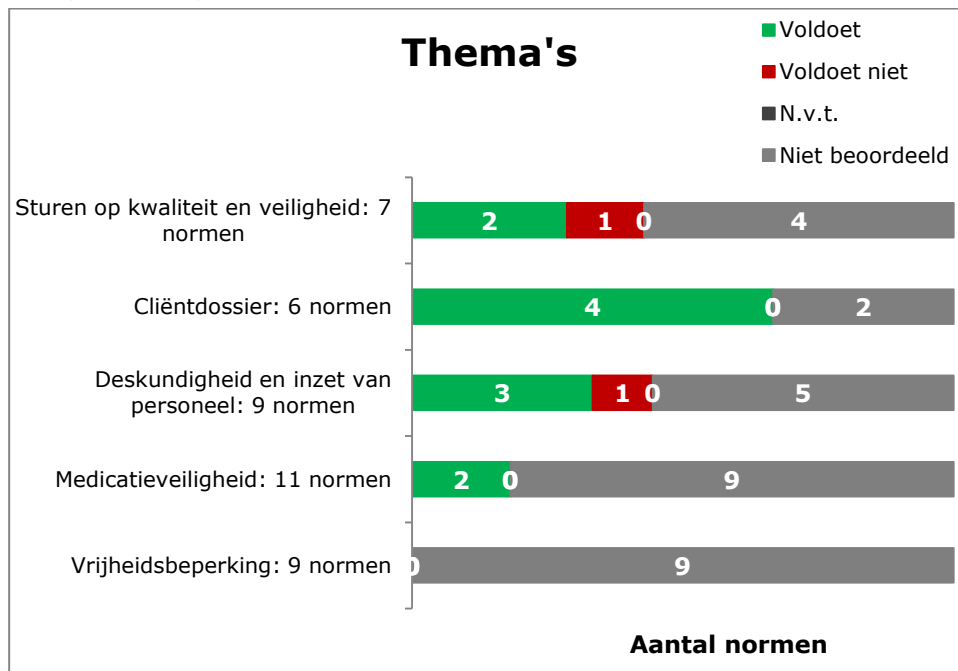
Figuur 3: Scoretabel resultaten Woonzorgcentrum Houthaghe op 12 mei 2016 (V1009471)



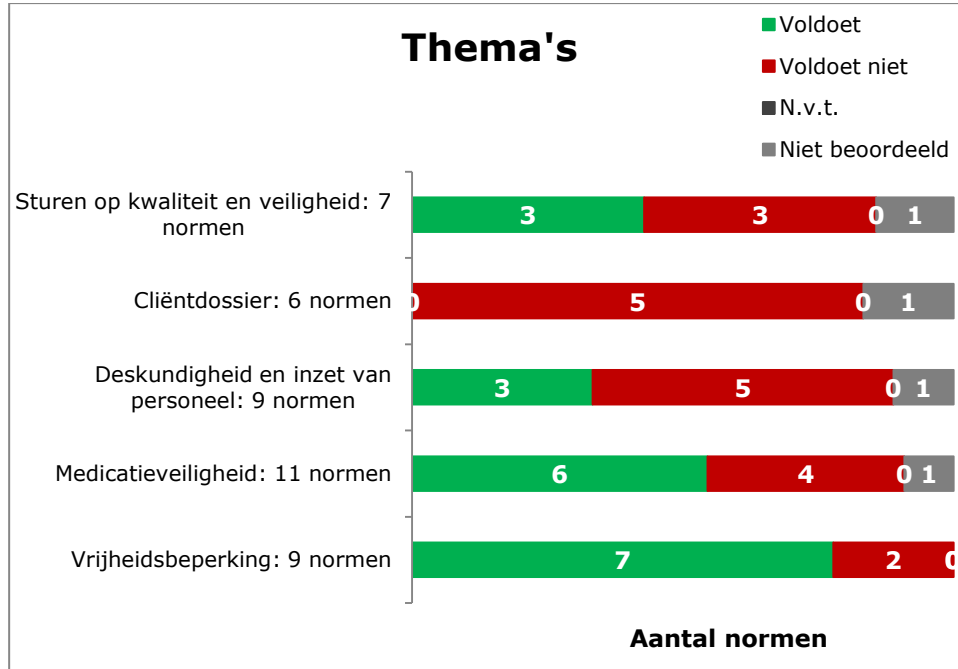
Figuur 4: Scoretabel resultaten expertisecentrum Gulden Huis op 6 oktober 2015 (V1006938)



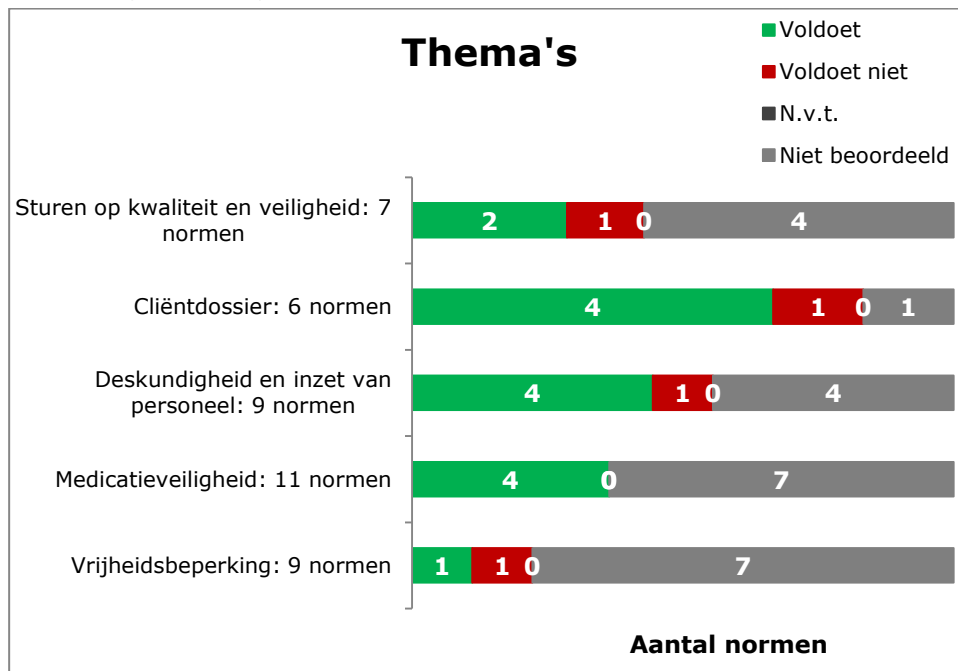
Figuur 5: Scoretabel resultaten Expertise centrum Gulden Huis op 3 mei 2016 (V1009377) hertoetsbezoek



Figuur 6: Scoretabel resultaten Expertisecentrum Westhoff op 28 januari 2016 (V1008291)



Figuur 7: Scoretabel resultaten Expertisecentrum Westhoff op 26 mei 2016 (V1009475) hertoetsbezoek



2.2 Conclusie bij resultaten van eerder toezicht: op alle thema's was verbetering nodig

Details over de eerdere bezoeken in de expertisecentra Gulden Huis (6 oktober 2015) en Westhoff (28 januari 2016) staan weergegeven in de figuren 4 en 6 en zijn beknopt beschreven in paragraaf 7.1.1 en paragraaf 8.1.1 Het zorgaanbod van Florence voldeed onvoldoende aan normen voor goede zorg.

Samengevat lieten de eerdere bezoeken tekortkomingen en risico's zien bij de aansturing en het bewaken van kwaliteit en veiligheid, het methodisch werken met logische dossiervoering, de beschikbaarheid van vakbekwaam en bekend personeel (veel wisselingen of tekorten), de medicatieveiligheid en de toepassing van vrijheidsbeperking. De inspectie merkte onder meer op dat Florence de continuïteit van zorg onvoldoende borgde en dat dit de cliëntgerichtheid belemmerde. Verder was de dagbesteding voor verbetering vatbaar en sloot deze onvoldoende aan bij individuele wensen van cliënten. Daarbij functioneerde de PDCA-cyclus onvoldoende, waardoor verbeteringen uitbleven.

De inspectie constateerde genoemde tekortkomingen eveneens uit onderzoeken naar calamiteiten en meldingen. Uit rapportages hierover was bovendien gebleken dat de medische regie geregeld tekortschoot om (verdere) gezondheidsschade voor cliënten te voorkomen en/of te beperken. Sinds 2013 wees de inspectie de bestuurder van Florence, bij herhaling, op de noodzaak van diverse verbeteringen.

Op 2 februari 2016 voerde de inspectie hierover nogmaals een gesprek met de bestuurder en maakte duidelijk dat voor het hele concern, ten aanzien van bepaalde thema's, verbetering noodzakelijk was op korte termijn.

2.3 In mei 2016 voldoen vier zorglocaties van Florence aan bijna alle getoetste normen

Na de eerdere inspectiebezoeken in oktober 2015 en januari 2016 en sinds het gesprek met de bestuurder op 2 februari 2016 is een flink aantal verbeteringen opgepakt en werden in korte tijd wenselijke resultaten geboekt. De inspectie trof op alle bezochte locaties een positieve verbeteringsfeer.

In mei 2016 voldeed de zorg van Florence, in tenminste vier van haar zeventien locaties, op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft getoetst (voor details zie de hoofdstukken 4-8). Hieronder vallen alle drie de expertisecentra. Ten aanzien van een tot vier normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig voldoet, bestaan in deze vier bezochte locaties nog mogelijke risico's voor cliënten en zijn enkele aanvullende verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

2.3.1 *Kwaliteit en veiligheid cliëntenzorg in expertisecentra voldoet beter bij hertoetsing*

Ten opzichte van de situatie in oktober 2015 verbeterde Florence in expertisecentrum Gulden Huis de dossiervoering en het methodisch werken met gerichte aandacht, begeleiding en instructies. Inmiddels was de MIC-procedure ingevoerd en werd deze ook nageleefd. In de aansturing van de verzorging heeft de raad van bestuur wijzigingen doorgevoerd en de beschikbare deskundigheid past meer bij de cliëntenpopulatie. De medicatieveiligheid voldeed bij het herbezoek aan geldende normen. Het formuleren, communiceren en toepassen van in- en exclusie criteria was evenwel nog niet voldoende om de grenzen van kwaliteit en veiligheid van de cliëntenzorg goed te kunnen bewaken.

Ten opzichte van de situatie in oktober 2015 verbeterde Florence in expertisecentrum Westhoff de dossiervoering en het methodisch werken met gerichte aandacht, begeleiding en instructies. De personele bezetting was niet altijd afgestemd op de zorgzwaarte, hierdoor voldeed het doelgericht rapporteren soms nog onvoldoende. Inmiddels was de MIC-procedure ingevoerd en werd deze ook nageleefd. In de aansturing van de verzorging heeft de raad van bestuur wijzigingen doorgevoerd. De medicatieveiligheid voldeed bij het herbezoek aan geldende normen. De dagbesteding van cliënten was nog niet voldoende afgestemd op de cliënten zelf.

Waar vrijwillig opgenomen cliënten

verplicht of zonder instemming in een gesloten setting moeten (ver)blijven, voldoet Florence niet aan wettelijke normen. Vrijheidsbeperking mag alleen onder de voorwaarden zoals gesteld in de Wet Bopz.

2.4 In mei 2016 voldoen tenminste vijf zorglocaties van Florence nog niet aan alle normen voor goede zorg; net als voor Houthaghe is uitbreiden, doorzetten en borgen van verbetering nog overal noodzakelijk

De zorg die Florence biedt in Woonzorgcentrum Houthaghe, voldoet bij het inspectiebezoek in mei 2016 nog niet aan een aanzienlijk deel van belangrijke normen voor goede zorg. Ditzelfde geldt voor tenminste vier andere locaties binnen het concern, concludeert de inspectie uit de ontvangen informatie over het self-assessment van Florence. Door de inspectie hierover te informeren heeft Florence transparantie betracht. Tegelijkertijd heeft Florence haar doelen (bij)gesteld voor de wettelijk verplichte inspanningen om goede zorg te (blijven) leveren.

Het niet voldoen aan normen kan leiden tot onnodige risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert. Het gaat om verbeteringen op de punten waar de geboden zorg niet aan de gangbare normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

2.5 In mei 2016 is cliëntgerichtheid gegroeid door methodisch werken; dagbesteding kan beter

Met het verbeteren van de dossiervoering is de cliëntgerichtheid automatisch beter geworden. Dit komt onder andere door het opnemen van de heteroanamnese (levensgeschiedenis & wensen) in het dossier en door deze op logische wijze te vertalen in acties, attitude en omgangsadviezen. Deze werkwijze geeft richting aan de dagbesteding en activering van cliënten.

Hoewel Florence bij meerdere inspectiebezoeken een meer stabiele bezetting liet zien ten behoeve van activiteitenbegeleiding, was desondanks een zinvolle dagbesteding nog niet voldoende gemeengoed voor alle typen cliënten op de bezochte locaties

2.6 Conclusies over resultaten van afgesproken verbetertraject vanaf februari 2016

2.6.1 Weliswaar verbeterkracht getoond maar kwaliteit en veiligheid cliëntenzorg nog niet concernbreed voldoende

Op 2 februari 2016 besprak de inspectie een aantal risicovolle aandachtspunten met de bestuurder van Florence. Deze aandachtspunten (zie 2.6.2 t/m 2.6.6) zijn aantoonbaar en serieus opgepakt; in mei 2016 voldeed tenminste 20% van de locaties binnen het concern grotendeels aan getoetste normen. Bij meerdere locaties was het afgesproken verbetertraject daarentegen nog niet gereed.

Vanaf februari 2016 heeft Florence wel urgentiebesef, daadkracht en slagvaardigheid getoond met wenselijke resultaten voor goede zorg. Hiertoe maakte de raad van bestuur in korte tijd extra menskracht vrij in de organisatie en kwam er focus op de specifieke verbeterpunten. Belangrijke verantwoordelijkheden zijn opnieuw en duidelijker belegd en per locatie zijn kernteams benoemd ten behoeve van betere inhoudelijke sturing. Tussentijds was de bestuurder transparant over de stand van zaken, de aanpak, de resultaten en voorkomende problemen. Om deze op te lossen treft Florence ingrijpende maatregelen waarvoor meer tijd nodig is dan in eerste instantie was voorzien en toegezegd. Gezien de impact, omvang en zorgvuldigheid van benodigde acties lijkt dit vooralsnog reëel; het voorgenomen beleid is gericht op het leveren van goede zorg en sluit nog aan bij de urgentie.

Bij de vijf inspectiebezoeken in mei 2016 viel op dat medewerkers plezier hadden gekregen in het verbeteren. Voor veel cliënten en medewerkers heeft dit intensieve traject al positieve resultaten opgeleverd.

Tegelijkertijd blijft actieve aansturing nodig van het verder uitrollen en borgen van de (behaalde) verbeteringen binnen heel het concern. Ondermeer om organisatiebreed de verbetercultuur te (kunnen) consolideren.

- 2.6.2 *Dossiervoering en het methodisch werken verbeterd; Houthaghe behoeft aandacht*
Florence realiseerde op heel wat locaties voldoende actualisatie van de cliëntendossiers (zowel Ysis als LableCare), zo bleek bij de inspectiebezoeken in mei 2016. Ook bleek dat de cyclus van multidisciplinair overleg werd gevolgd, conform de gangbare normen hiervoor. Deze verbeteringen zijn gerealiseerd door te leren van onderlinge feedback, kritische audits, accuraat werken en het herijken van het belang van de overdracht. De toegenomen 'loodsende' aandacht voor en van hoger gekwalificeerde medewerkers, speelt hierbij een rol; verantwoordelijkheden zijn toegewezen en opgepakt. Het intensieve scholingsprogramma werpt eveneens zijn vruchten af; de inspectie bemerkte een beter inzicht bij medewerkers in de nut en noodzaak van rapporteren en het schriftelijk navolgbaar maken van de zorg, evenals het vertalen en uitvoeren van opdrachten vanuit het behandelteam. Het doelgericht rapporteren is een punt waarbij nog zeker meer verbeterresultaat voor de cliëntenzorg te behalen valt.

Evenwel concludeert de inspectie - in ieder geval in Houthaghe - dat Florence op sommige locaties minder vooruitgang boekte dan gewenst en nodig, ondanks diverse van bovenstaande interventies.

De aansturing van het zorgaanbod in Houthaghe was medio mei 2016 nog niet adequaat voor voldoende verbetereffect. Signalen hiervan bleven onopgemerkt, onder andere omdat medewerkers vooral op zichzelf waren aangewezen voor audits en feedback, juist in een lastige periode van transitie naar het scheiden van wonen en zorg(aan huis). De kwaliteit van en de faciliteit voor ketensamenwerking is een dringend aandachtspunt; er ontbreekt 1^e-lijns ondersteuning bij het methodisch werken in de zorg. Zo is het elektronische zorgdossier van Florence (nog) niet toegankelijk voor behandelende opdrachtgevers uit de 1^e-lijn. Dit kan een risico zijn voor de continuïteit van zorg.

Verder vereist het broze evenwicht tussen de zelfredzaamheid en de benodigde zorgregie bij deze cliëntendoelgroep professioneel inzicht van de medewerkers plus nauw contact met ketenpartners.

- 2.6.3 *Kwalitatief en kwantitatief meer stabiliteit in beschikbaar personeel, aandacht blijft nodig*
Florence realiseert maatoplossingen om het probleem van tekorten in vakbekwaam personeel voor de dagelijkse zorgverlening op te lossen. Bij haar bezoeken in mei 2016 constateerde de inspectie (zie hoofdstuk 4-8) hier en daar een feitelijke uitbreiding door het opvullen van openstaande vacatures, soms leverde het nuttiger positioneren van beschikbaar talent en deskundigheid al het gewenste effect. In andere gevallen was het nodig om inadequaat functioneren bespreekbaar te maken. Ook kwam het voor dat men in staat was om op afdelingsniveau het ziekteverzuim terug te dringen. Bij vier inspectiebezoeken ervoeren medewerkers over de hele linie verbetering op dit punt.
Overigens is op concernniveau het gemiddelde verzuim nog niet verlaagd. Daarom is voor de niet-bezochte-locaties een eventueel risico op dit thema vooralsnog niet uitgesloten.

Evenwel concludeert de inspectie - in ieder geval voor de zorg in Houthaghe - dat de avond- en nachtbezetting geregeld kwetsbaar is georganiseerd omdat één gekwalificeerde medewerker niet op meer plaatsen tegelijk de vakbekwaamheid kan inzetten terwijl dat voortdurend dringend nodig is door het hele gebouw; bijvoorbeeld voor intensieve taken zoals het toedienen van medicatie en de geïndiceerde verpleegzorg aan een aanzienlijke groep cliënten, al dan niet met een dementie.

Ondanks enorme persoonlijke betrokkenheid en de inzet van betreffende medewerkers, functioneerden in Houthaghe tal van bestaande werkrouines niet meer zoals gewend door de gewijzigde cliëntenpopulatie en de intensieve(re) werkomstandigheden op deze locatie.

Ontlasting en verdere ontwikkeling van team en afspraken zijn nodig om blijvende verbetering te realiseren. Spiegelen aan eigen goede voorbeelden kan bijdragen; zo werkt de locatie Duinstede gebruikelijk met een lager aandeel flexuren (10%) dan de andere bezochte locaties (> 15%). De rust en de zekerheden op deze locatie droegen als vanzelfsprekend bij aan garanties voor goede zorg.

2.6.4 *Regie van de medische zorg en de aansturing ervan verbeterd*

De multidisciplinaire afstemming en samenwerking waren aanzienlijk verbeterd. Het (doen) opvolgen van behandelinstructies kan nog preciezer bewaakt, al is zeker een verbeteringslag zichtbaar.

Het belang van goede regie en methodisch werken is onderling serieus opgepakt na opmerkingen hierover van zowel de inspectie als de visitatiecommissie van de eigen beroepsgroep Verenso in het najaar van 2015. Met coachen, intercollegiale feedback en intervisie werden ingesleten routines uitgelicht en bijgesteld en geven de artsen weer nieuw elan aan alert medisch regisseurschap. Doordat tegelijkertijd ook de cliëntendossiers opnieuw werden doorgenomen wierp goed voorbeeldgedrag direct resultaat af bij het verbeteren van het methodisch werken in de zorg.

2.6.5 *Interne procedure voor veilig melden en analyseren van incidenten cliëntenzorg in werking*

De procedure 'Melding Incident Cliëntenzorg' (MIC) is een wettelijk verplichte procedure in het kader van veilig incidenten melden (VIM). Deze procedure is begin 2016 herzien. Het is Florence gelukt om haar vernieuwde MIC-procedure te implementeren, zij het dat de PDCA-cyclus nog niet is afgerond vanwege de korte periode. In mei 2016 'leefde' de werkwijze op alle bezochte locaties. Een analyse op organisatieniveau heeft vanwege de korte implementatieperiode nog niet plaatsgehad. Wel worden relevante verbetermogelijkheden, na gezamenlijke analyse door de kwaliteitsverpleegkundige en een arts, opgemerkt vanuit een multidisciplinaire invalshoek en opgepakt op afdelingsniveau. Probleem is nog dat het begrip 'calamiteit' onjuist is gedefinieerd (in ieder geval op de betreffende formulieren die de inspectie inzag). Voorts was opvallend dat het melden van incidenten (MIC/VIM) vooral als een zaak van de verzorging gezien werd. De behandeldienst lijkt zich nog niet zo bewust dat (veilig) melden over behandelgerelateerde incidenten eveneens toegevoegde waarde en verbeterkansen kan opleveren.

2.6.6 *Meldingenanalyses & onderzoeksrapportages laten verbetering zien*

De inspectie concludeert dat het lerend vermogen van de organisatie, op basis van meldingen, sinds februari 2016 is toegenomen. Het aantal meldingen aan de inspectie lijkt niet toegenomen ten opzichte van vorige jaren.

Tussen januari en juni 2016 kwamen de onderzoeksrapportages steeds vaker tot stand onder leiding van een extern voorzitter, die door Florence werd ingezet ter ondersteuning van (het verbeteren van) de analyses en de rapportages. Het landelijk meldingenoverleg van de inspectie oordeelde dat de onderzoeksrapportages een bredere analysefocus hebben laten zien en dat de onderzoeken eveneens voldoende diepgang hadden zodat basisoorzaken helder werden. In diverse onderzoeken concludeerde Florence over specifieke kwetsbaarheden in dossiervoering en oplettendheid en deskundigheid van medewerkers. Niettemin zijn verbetermogelijkheden onderkend en zijn voldoende passende maatregelen gekozen, voorzien van een SMART-geformuleerd plan van aanpak; waar nodig fundamenteel (zoals gewijzigde procedures) opdat een organisatiebrede verbetering tot stand komt, aldus de raad van bestuur.

3 Handhaving

Volledigheidshalve staan in paragraaf 3.1 en 3.2 de normen opgesomd waaraan het zorgaanbod van Florence niet voldeed bij de reeks inspectiebezoeken in mei 2016

3.1 Overzicht van getoetste normen waaraan de geboden zorg in Houthaghe niet voldeed

- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afsproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.
- 3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.
- 3.2 Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.5 Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.
- 3.6 Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 3.9 De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.

3.2 Getoetste normen waaraan de overige bezochte locaties nog niet voldeden

De overige bezochte locaties voldoen in mei 2016 nog niet aan aspecten van een tot vier van de getoetste normen: 1.5 en/of 1.8 en/of 2.5 en/of 3.7 - zoals deze in de vorige paragraaf al zijn omschreven - en/of voldeden locaties niet aan norm 3.4 en/of 5.8 Deze zijn hierna omschreven:

- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.

3.3 Verlenging verbeterijd tot 15 september 2016

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder aanvullend verbetermaatregelen neemt voor de punten waar het zorgaanbod van Florence niet aan de normen voldeed en/of voldoet. De inspectie vertrouwt er tevens op dat de zorgaanbieder borgt dat de geboden zorg organisatiebreed voldoet en blijft voldoen aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

De inspectie geeft de zorgaanbieder tot 15 september 2016 gelegenheid om benodigde verbeteringen alsnog door te voeren en de resultaten daarvan te borgen.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie zoals beschreven in de hoofdstukken 4-8 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om alsnog te voldoen aan de normen voor goede zorg ten aanzien van de thema's

- de MIC-analyses inclusief PDCA
- de dossiervoering (medisch- en zorgdossier)
- de personele samenstelling (kwantitatief en kwalitatief)
- de regie van de zorg vanuit de medische dienst en de aansturing daarvan
- het aanleveren van heldere rapportages met basisoorzaken en verbetermaatregelen, in geval van nieuwe meldingen aan de inspectie.

3.4 Vervolgacties zorgaanbieder:

3.4.1 Verbeteren en borgen binnen heel Florence voltooien

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder actief controleert of de zorg die locaties of teams bieden, (nog steeds) aan alle bijbehorende normen voldoet.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder zo nodig passende maatregelen treft.

3.4.2 Resultaatverslag aanleveren per eind juli 2016 (ontvangen) en medio september 2016

De inspectie verwacht van Florence

- Dat medio september 2016 voor alle locaties van Florence de verbeteringen zichtbaar en geborgd zijn.
- De bestuurder hiertoe **vóór 15 september 2016** een resultaatverslag aanlevert ("kwaliteitsfoto") van iedere afzonderlijke locatie aan, op basis van interne monitorgegevens over de vijf voornoemde thema's onder 3.3; tevens te voorzien van de visie van de raad van bestuur over de resultaten.
- De bestuurder levert hiertoe eind juli 2016 (ontvangen) in een tussentijds resultaatverslag met voortgangsinformatie aan.

In deze resultaatverslagen staat per thema/per norm:

- Of de geboden zorg op 15 september 2016 volledig voldoet aan de norm;
- Welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag feitelijk heeft bereikt (bijvoorbeeld % van het geheel plus wat nog moet verbeteren).
- Welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- Hoe en wanneer de zorgaanbieder heeft gemeten dat de geboden zorg volledig aan de norm voldoet.

3.5 Vervolgacties inspectie:

3.5.1 Toezichtbezoeken en evaluatie

- Op basis van de ontvangen resultaatverslagen bepaalt de inspectie hoe zij het vervolgtoezicht inricht. Bij één of meer locaties van Florence vindt een aangekondigd of onaangekondigd inspectiebezoek plaats waarbij thema's in zijn geheel getoetst worden.
- Na 15 september 2016 brengt de inspectie een hertoetsbezoek aan locatie Houthaghe.
- Indien Florence medio september 2016 de verbeterresultaten op alle locaties niet zichtbaar en geborgd heeft, ziet de inspectie zich genoodzaakt (bestuurlijke) maatregelen te treffen.
- In een derde bestuursgesprek bespreekt de inspectie haar conclusies en overweegt of - en zo ja welke - bestuursrechtelijke maatregelen nodig zijn.

4 Bevindingen inspectiebezoek Woonzorgcentrum Duinstede 3 mei 2016

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 3 mei 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Zorggroep Florence, Woonzorgcentrum Duinstede (hierna: Duinstede) in Wassenaar.

De zorgaanbieder kreeg het conceptverslag van bevindingen voorgelegd ter correctie van feitelijke onjuistheden. De vastgestelde bezoekresultaten zijn in dit hoofdstuk opgenomen. Eerst is de zorglocatie beschreven en daarna volgen de resultaten per thema. Bij ieder thema staat een inleiding met vervolgens de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt, zo nodig, een toelichting op de scores.

De inspectie toetste bij dit bezoek in totaal 22 normen.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Duinstede nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Duinstede wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

4.1 Beschrijving Woonzorgcentrum Duinstede

Deze locatie ligt in Wassenaar en wordt - tezamen met een ander woonzorgcentrum en de thuiszorg in het werkgebied Wassenaar/Voorschoten - aangestuurd door één wijkmanager van het concern Florence.

In het woonzorgcentrum worden diverse zorg- en welzijnsvoorzieningen aangeboden waarvan zowel de cliënten in het centrum alsook de ouderen uit de wijk gebruik kunnen maken.

Duinstede legt op dit moment de laatste hand aan een ingrijpende renovatie. Sommige cliënten zijn daarvoor tijdelijk verhuisd naar een andere locatie in Voorschoten. Na de renovatie heeft Duinstede nog acht tweepersoonskamers die mogelijk als eenpersoonskamer ingezet worden. Duinstede geeft een indruk van een frisse lichte en rustige locatie. Er zijn twee bouwlagen en enkele omsloten tuinen.

Duinstede heeft capaciteit voor in totaal 96 cliënten die verzorging/verpleging met behandeling nodig hebben. Daarnaast biedt Duinstede ook dagopvang aan. Ten tijde van het inspectiebezoek waren twee afdelingen nog gesloten vanwege de verbouwing.

Elke afdeling (maximaal 22 cliënten) heeft in de nieuwe setting (nog steeds) één huiskamer met een semiafgesloten keukendeel. De inspectie trof cliënten met ZP 5, ZP 7, ZP 6 en ZP 8. Multidisciplinaire behandeling wordt geleverd door het zogenaamde klantenteam ofwel (para)medisch team. Dit team heeft in totaal circa 140 uur beschikbaar voor Duinstede. De vaste formatie ten behoeve van Duinstede is ten tijde van het inspectiebezoek 53 FTE. 60% hiervan beschikt over deskundigheidsniveau van niveau 3 en hoger; circa 7 FTE bestaat uit niveau 4 en 5. Naast dit personele volume werkt Duinstede bewust met een flexibele schil ter grootte van bijna 10 FTE. Op de inspectiedag bleek 63 FTE gecontracteerd voor Duinstede. Het ziekteverzuim ligt structureel lager dan bij de rest van het concern. Voor de zorgmedewerkers van Duinstede is het verzuim op de dag van het inspectiebezoek 5.11% (gemiddeld inmiddels 4.94% voor 2016). Door krimp van het aantal bedden is het verloop onder personeel in 2016 hoger geweest dan andere jaren. Een aantal medewerkers is overgeplaatst naar Adegeest, één van de andere zorglocaties van Florence., maar geenszins zorgelijk.

4.2 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.2.1 Inleiding

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

4.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet
1.1.	(vervolg)				
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de bevindingen op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.	x			

1 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangsperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.		x		
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.	x			
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	x			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>	x			

Toelichting

Algemeen

Oog voor kwaliteit en kwaliteitsverbetering leek in Duinstede een automatisme. Op de locatie was duidelijk merkbaar dat feedback en scholing geen dode letter zijn. Niet alleen op basis van concernbrede cijfermatige feedback werden zo nodig maatregelen getroffen. Ook op cliëntniveau gebeurde dit als interne MIC meldingen worden doorgenomen, of op locatieniveau als de cliëntenraad signalen of suggesties aanleverde. Medewerkers organiseerden aantoonbaar intervisiebijeenkomsten om bijvoorbeeld gevoerde en te voeren benadering bij onbegrepen gedrag te bespreken. In de behandeldienst is het bewustzijn van verbetermogelijkheden door intercollegiale toetsing en 360 graden feedback nadrukkelijk geagendeerd geweest en heeft geleid tot gedisciplineerd gebruik van het Ysis deel van het cliëntendossier; met name werden nu de resultaten van 'opdrachten' actief gevolgd.

1.5 a en b) Duinstede had op papier geen specifieke in- en exclusiecriteria beschikbaar. In de praktijk werden echter geen cliënten opgenomen voor observatie en/of voor geriatrische revalidatiezorg.

Met cliënten en/of de cliëntenraad bleek nooit gesproken over het wel of niet gebruiken van opname- en ontslagcriteria. Daarentegen besteedden medewerkers en management veel aandacht aan de communicatie met de familie om het zorgaanbod cliëntgericht te organiseren. Onnodige teleurstellingen tracht men - over en weer - op deze wijze te voorkomen. Zo was bij de cliëntbespreking altijd een coördinerend verpleegkundige (bovenformatief voor de locatie) aanwezig. Dit hielp volgens gesprekspartners om onderlinge communicatielijnen kort en eenduidig te houden indien de zorgsetting problematisch was geworden.

4.3 Thema 2: cliëntdossier²

4.3.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

² Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.³	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	x			
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.	x			
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			

³ Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	x			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.	x			
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³	x			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.	x			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	x			
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.	x			

Toelichting

Algemeen

In Duinstede werd voldoende methodisch gewerkt. De dossiers werden door alle disciplines goed bijgehouden. Familie werd voorafgaand en na MDO betrokken. De Wifi-verbinding is volgens gesprekspartners nog niet altijd robuust genoeg. Soms valt het even weg en kan na een 'reset' tot informatieverlies in het cliëntendossier leiden.

4.4 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.4.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

4.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.	x			
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.	x			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	x			
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.	x			
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.	x			
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	x			
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				x
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.	x			
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

Toelichting

Algemeen

Tijdens het inspectiebezoek bleek uit bijna alle bronnen dat in Duinstede scholing en feedback een normale zaak zijn. De inspectie trof een rustige vrije werksfeer, zonder angst. Cliënten die ertoe in staat waren, voelden zich ook vrij om te spreken over hun ervaringen. Het inspectiebezoek vond plaats op een ochtend. Medewerkers hielden daarbij uit zichzelf algemene cliëntenbelangen en het algemene overzicht in de gaten. Voor wat betreft de roostering bleek er in week 16 en 17 (de week van Koningsdag) gebruik gemaakt van niet meer dan drie bekende uitzendkrachten; en dan vooral op de tijdelijke locatie

4.5 Geraadpleegde documenten bij bezoek aan Duinstede 3 mei 2016

De inspectie heeft de onderstaande documenten gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek in Duinstede en bij het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in hun totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Dienstroosters van april 2016
- Inzet flexmedewerkers Duinstede en Uitzendkrachten 2016
- Overzicht ZZP's 1 april 2016 t/m 30 april 2016
- Formatieberekening op basis van normbegroting ZZP & DBC
- Planning over de maanden 2016 / Borging Duinstede (en andere locatie)
- Email d.d. 28 april 2016 met oproep voor casusbespreking aan de hand van intervisiemethode
- Overzicht van het Duinstede Klantenteam

5 Bevindingen inspectiebezoek Woonzorgcentrum Houthaghe mei 2016 12

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 12 mei 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Zorggroep Florence, Woonzorgcentrum Houthaghe (hierna: Houthaghe) in Den Haag. De zorgaanbieder kreeg het conceptverslag van bevindingen voorgelegd ter correctie van feitelijke onjuistheden. De vastgestelde bezoekresultaten zijn in dit hoofdstuk opgenomen. Eerst is de zorglocatie beschreven en daarna volgen de resultaten per thema. Bij ieder thema staat een inleiding met vervolgens de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Bij ieder thema staat, zo nodig, een toelichting op de scores.

De inspectie toetste bij dit bezoek in totaal 21 normen.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Duinstede nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Duinstede wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

5.1 Beschrijving woonzorgcentrum Houthaghe

Deze locatie ligt in de Haagse woonwijk Houtwijk/stadsdeel Loosduinen en wordt - tezamen met twee andere woonzorgcentra en de thuiszorg in dit werkgebied - aangestuurd door één wijkmanager van het concern Florence.

In het woonzorgcentrum worden diverse zorg- en welzijnsvoorzieningen aangeboden waarvan zowel de cliënten in het centrum alsook de ouderen uit de wijk gebruik kunnen maken. In de voortuin van het gebouw is een openbare jeu-de-boules baan, een bewegingsunit en een DJ-tafel aangelegd.

Houthaghe is gebouwd in de jaren negentig en gelegen in het stadsdeel Loosduinen nabij openbaar vervoerverbindingen en het winkelcentrum 'Houtwijk'. Een apotheek en een gezondheidscentrum liggen dicht in de buurt. Alle appartementen hebben een klein balkon; het gebouw heeft vijf bouwlagen. De woonverdiepingen zijn qua aankleding niet veel veranderd sinds de bouw. In de gangen is weinig aankleding. Hier en daar staat een rolstoel, looprek of rollator.

Op de begane grond zijn diverse voorzieningen zoals bemenste receptie, dagopvang, restaurant en gemeentelijk Centrum Voor Ouderen.

Houthaghe is een voormalig verzorgingshuis dat, vanwege het gewijzigde beleid in de ouderenzorg, in transitie is naar een setting waarbij wonen en zorg gescheiden zijn.

Er kunnen maximaal 150 cliënten wonen in deze locatie. Op de dag van het inspectiebezoek waren 142 cliënten ingeschreven;
96 van hen hebben een zorgindicatie met zorgzwaarte ZZP 4-7;
32 van deze cliëntengroep hebben een dementie en ontvangen ZZP 5-7 inclusief behandeling onder regie van een 'specialist ouderengeneeskunde' (SO) van Florence;
7 cliënten met somatische problemen, ontvangen verpleging en verzorging (ZZP 6) zonder behandeling. Net als alle andere cliënten die alleen verzorging en/of begeleiding ontvangen, staan zij ingeschreven bij een eigen huisarts binnen het stadsdeel Loosduinen. In Houthaghe leggen als gevolg daarvan 25 verschillende huisartsen 'visites' af.

Op de eerste verdieping wonen de cliënten die zorg met behandeling ontvangen in verband met hun dementie. De huiskamer op deze verdieping krijgt binnenkort een ingrijpende renovatie. De rest van de cliënten wonen verdeeld over de etages zonder dat zorgindicaties of doelgroepen een (richtinggevende) rol spelen bij plaatsing. Dit om stigmatisering tegen te gaan.

In Houthaghe stonden in april 2016 81 verschillende personen ingeroosterd op de dienstlijsten van de zorgafdelingen (inclusief zieken en vakantiegangers). Het aantal FTE is voor de inspectie onbekend gebleven. Er werken verpleegkundigen (niveau 4 en 5), VIG-ers en helpenden (soms helpende⁺). Het ziekteverzuim was ten tijde van het inspectiebezoek gestegen tot 7.9% (exclusief zwangerschap/gelijk aan het concerngemiddelde). Voor de zorgafdelingen van Houthaghe betrof het verzuim op de bezoekdag 7.34%. In 2016 was het verzuim gemiddeld 6,45 % in het eerste kwartaal van het jaar. In 2016 nam ca. elke maand een medewerker ontslag en werd er ook een medewerker aangesteld.

5.2 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

5.2.1 Inleiding

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

5.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de bevindingen op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ⁴ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			

4 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.4	(vervolg)				
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.	x			
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.		x		
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.		x		
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	(x)	x		
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	x			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>	x			

Toelichting

Algemeen:

De inspectie heeft tijdens haar bezoek vernomen dat, in dit werkgebied van het concern, individuele gesprekken plaatsvinden door het management met alle medewerkers. Dit om tezamen te bepalen of en hoe medewerkers blijven passen bij het steeds complexer wordende zorgaanbod op locaties. Florence reageerde hiermee op signalen vanuit het interne kwaliteitssysteem waarvan de klachtenregeling deel uitmaakt. De gespreksronde was nog niet afgerond. Daarnaast zijn extra verpleegkundigen niveau 5 toegevoegd aan de personele bezetting. Op zeer korte termijn zal op de eerste verdieping een ingrijpende verbouwing plaatsvinden waarmee de locatie beter geschikt wordt voor cliënten met een dementie. Op de andere etages worden binnenkort de toegangsdeuren van de appartementen verbreed.

1.5 a) Het beleid van Houthaghe kende geen in- en uitsluitingscriteria voor plaatsing op deze locatie. Aspecten zoals voldoende veilige woonomstandigheden in relatie tot voorkomende gezondheidsproblemen, voldoende beschikbaarheid van vakbekwaam personeel en (on)mogelijkheden om zorg en behandeling van complexe problemen te (kunnen) coördineren, bleken niet leidend voor opname/inhuizing of eventuele overplaatsing. Plaatsing van cliënten (toewijzing van de appartementen) gebeurde – met uitzondering van cliënten met een behandelindicatie – bewust niet gericht om onnodige stigmatisering te voorkomen.

1.8 a) Enerzijds waren er op de locatie diverse levendige algemene activiteiten, waaraan cliënten en ouderen uit de wijk zelfstandig konden deelnemen. Anderzijds was deze dagbesteding voor cliënten die beperkt werden door hun (geestelijke) gezondheidsproblemen beperkt en/of minder gepast voor de doelgroep. Alternatieven bleken beperkt. Zo trof de inspectie rond 14.30u, in een rumoerige ruimte, één tafel waaraan circa 20 cliënten met een dementie geplaatst waren plus 6 medewerkers. Van gerichte activiteit was toen geen sprake; veel cliënten bleken niet betrokken bij deze bijeenkomst. In gesprekken is aangegeven dat het psychisch welzijn van cliënten nog verbetering behoeft. Op de verpleegafdeling was geen professionele activiteitenbegeleiding beschikbaar.

5.3 Thema 2: cliëntdossier⁵

5.3.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

⁵ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

5.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.⁶	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	x	(x)		
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.	x			
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.3	(vervolg)				
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.		x		
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		x		
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		x		
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³		x		
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.		x		
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.6	(vervolg)				
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.				x

Toelichting

Algemeen

Alle betrokkenen in Houthaghe realiseerden zich dat de locatie in transitie is naar een ander type zorg aan een ander type cliënt. Voor het vakkundig signaleren en oppakken van zorgbehoefte was sinds een half jaar de formatie verpleegkundigen uitgebreid. In Houthaghe werden zowel een elektronische variant van een cliëntendossier, als een papieren dossierdeel gebruikt. Rapportage vond (ook) plaats in het papieren dossier. Het verantwoorden van toegediende medicatie werd op papier gedaan in aparte mappen. Er waren tablets beschikbaar voor medewerkers. In voorkomende situaties zouden huisartsen geen toegang tot het ECD hebben dat op de locatie gebruikt werd; in dergelijke communicatiemogelijkheden was nog niet voorzien. Binnen Florence bleek wel dat behandelaren berichten en opdrachten afgaven in het elektronische dossierdeel; bijvoorbeeld omgangsadviezen. Bij dit inspectiebezoek koos Houthaghe zelf de dossiers die ter inzage werden gegeven. De inspectie vroeg ook zelf een cliënt om instemming met dossierinzage. In totaal zag de inspectie vier dossiers in.

2.2 a) Bij dossierinzage bleek dat gekozen zorgdoelen niet altijd overeenkwamen met vastgestelde risico's en beperkingen. Tijdige actualisatie op basis van nieuwe observaties en diagnostiek ontbrak bij gebrek aan zelfredzaamheid bij de cliënt op dit punt.

2.2 b) De zorg en behandeling van daarvoor geïndiceerde cliënten kreeg op navolgbare wijze inhoud door professionele input van (para)medici van Florence. Tegelijkertijd bleek in de dossiers van cliënten die geen behandeling kregen vanuit het behandelteam Florence, nauwelijks welke input werd geleverd door externe relevante disciplines. In de papieren dossiers is geen communicatieblad voor (para)medici aangetroffen.

2.4 a en b) De inspectie constateerde dat passende zorgdoelen waren geformuleerd bij gedocumenteerde risico's; deze risico-inventarisaties in de papieren dossiers bleken wel soms verouderd. Zo trof de inspectie een risico-inventarisatie van 4-10-2012 in het papieren dossierdeel. Hierbij was geen risico op huidletsel geconstateerd terwijl inmiddels in de praktijk een druppunteninspectie wel nodig geacht werd als zorgactiviteit.

Daarnaast bleek bij een cliënt met zichtbare reumatische beperkingen geen risico gedocumenteerd ten aanzien van vallen en/of andere relevante risico's die Florence in het dossiersysteem had opgenomen (zoals pijnbeleving).

2.5 a) Bij dossierinzage trof de inspectie een casus waarbij maandelijks wegen goed werd opgevolgd. Daarbij was een risicovolle gewichtstoename van meer dan 7 kilo binnen enkele weken niet geduid in relatie tot een mogelijk effect van het halveren van medicatie voor hartfalen. In het dossier bleek geen signaal over gewichtstoename gerapporteerd en/of hierover een bericht aan de huisarts beschreven.

2.5 b) De inspectie trof cliëntendossiers waarin onvoldoende dagelijks gerapporteerd werd in relatie tot zorgdoelen; noch in het ECD, noch in het papieren cliëntendossier.

2.5 c) Door gebrek aan doelgerichte rapportage is de zorgevaluatie niet navolgbaar gebleken. Het is mogelijk dat wel mondelinge evaluaties plaatsvonden zonder dat hiervan op professionele wijze verslag gedaan is. Voor andere betrokkenen bleek het beloop- en de resultaten van zorg daardoor niet te volgen.

2.6 a) Betrokkenheid van cliënten bij evaluatie van hun zorgplan bleek niet eenduidig navolgbaar en/of wisselend; Zo was de laatste ondertekening van het zorgleefplan in het papieren dossier bijvoorbeeld uit februari 2015 terwijl in het ECD een zorgleefplan beschikbaar was dat in februari 2016 opnieuw was vastgesteld. Bij een andere cliënt bleek een ondertekend zorgleefplan beschikbaar van maart 2016.

2.6 b) Het leek erop dat periodieke evaluatie vooral elektronisch werd verwerkt. Uit gesprekken en inzage van twee dossiers bleek dat de zorg in goed overleg met cliënten tot stand kwam en periodiek werd besproken.

2.6.c) In hoeverre resultaten en afspraken hierbij aan de orde kwamen was niet te volgen in de dossiers. (Zie hiervoor 2.5c.)

5.4 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

5.4.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

5.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.		x		
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.		x		
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.		x		
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.		x		
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.		x		
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.		x		
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.		x		
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.				x
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.4	(vervolg)				
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				X
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.				X
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.		X		
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.		X		
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.		X		
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.		X		
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	X			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	X			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.		X		
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.		X		
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	X			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.		X		
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	X			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.		x		
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.		x		
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

Toelichting

Algemeen:

Het management toonde zich bewust dat de zorgtransitie andere eisen stelde aan de deskundigheid van medewerkers. In gesprekken bleek dat de eerste verbeteringen merkbaar waren, dat de potentie gezien is, plus dat nog veel bereikt moet gaan worden wat grote inspanning vereist van medewerkers.

De borging van passende maatregelen heeft de organisatie voorzien via haar regulier systeem van interne audits, intercollegiale feedback en structureel werkoverleg plus via bijsturing na incidentmeldingen. Met name dit laatste bleek in Houthaghe een actiever systeem geworden.

Opvallend was het stijgen van de herstelduur bij langer durend ziekteverzuim. Dit gegeven past bij hetgeen de inspectie in gesprekken vernam over de noodzaak tot overwerken en/of het oppakken van extra diensturen. Ook het feit dat onvoldoende gereageerd werd op alarmbellen – deze werden op verzoek van de inspectie ingedrukt - kan duiden op overbelasting van medewerkers; al dan niet versterkt door het kennelijk onbetrouwbaar of niet functioneren van dit alarmsysteem. Bij twee steekproeven werd in één geval het signaal niet ontvangen op dect-telefoon. In het andere geval kwam er geen spreekverbinding tot stand. De inspectie constateerde dat een reactie/en of hulp zo'n 40 minuten op zich liet wachten terwijl deze cliënt sterk hulpafhankelijk was.

3.1 a) In gesprekken bleek dat medewerkers in theorie weten hoe tot methodisch werken te komen maar dat de routine van alle dag daarbij kennelijk nog in achterblijft. Medewerkers bleken best tevreden over het gerealiseerde verbeterpeil terwijl duidelijk was dat nog zaken onopgemerkt bleven (zie ook 2.5). Gesprekspartners gaven verschillende visies te kennen over dit onderwerp.

3.1 b) Gesprekspartners gaven aan dat eerst verantwoordelijke verzorgenden (EVV'ers) door discontinuïteit in rooster en taken met veel wisselende zorgroutes te maken hebben. Hierdoor kwam het voor dat een EVV'er soms dagenlang 'zijn/haar' cliënten niet zelf spreekt en ziet waardoor belangrijke signalen niet opgemerkt werden. De avondbezetting bleek op basis van meerdere bronnen expliciet problematisch op dit punt; bijvoorbeeld omdat door een medewerker elders op de locatie medicatie gedeeld en/of toegediend moet worden.

3.2 a) Er is een gedragspreekuur op een van de verdiepingen. Daarnaast is binnen Houthaghe een consultatieteam beschikbaar dat kan worden ingeschakeld voor ondersteuning bij problemen rond dementie en gedrag. Toch scoort de inspectie dit item als niet voldoende omdat tijdens de rondgang, in de dossiervoering/rapportages en tijdens gesprekken gebleken is dat non-verbale attitudes, keuzes van medewerkers en de kennis over psychisch welzijn nog onvoldoende aansloten bij werkelijke behoeftes van cliënten.

3.3 a) In de dossiervoering van de verzorging bleek geregeld een tekort aan relevant en alert vakbekwaam klinisch redeneren; verbetering was wel gaande, mede door inzet en elan van nieuwe personeelsleden met een hoger opleidingsniveau. Discontinuïteit in de persoon van de verzorgende, gecombineerd met ervaren werkdruk, bleek nog geregeld routineus handelen op te leveren met soms een gemist risico op gezondheidsschade. Indien gevraagd ervoeren de medewerkers wel goede vakinhoudelijke ondersteuning.

3.5 a) Tijdens het bezoek trof de inspectie een disfunctionerend alarmeringsstelsel zonder dat adequate maatregelen getroffen waren.

3.5 b) Op diverse etages was een open, vrij toegankelijk trappenhuis. Op drie van de vijf etages woonden diverse cliënten met (beginnende) dementie en/of andere gezondheidsproblemen. Voor cliënten met mobiliteitsproblemen en die daartoe hulpmiddelen gebruiken ontbrak enige bescherming om onbedoeld van de trap vallen te voorkomen; denk bijvoorbeeld aan een paal die de doorgang met rollators en rolstoelen kan blokkeren en/of een extra toegangsdeur die met een individueel geprogrammeerde elektronische sleutel (tag) geopend wordt.

3.6 c) Sinds circa een jaar is een elektronisch leerplein beschikbaar voor medewerkers. Op individueel niveau zijn de resultaten uitleesbaar voor zowel de medewerker als de manager. Medewerkers ervaren dit als voldoende in geval men zich wil bijscholen.

Daarnaast bleek er voor Houthaghe zowel voor 2015 als voor 2016 een scholingsplan (inclusief begroting) beschikbaar om het deskundigheidsniveau van medewerkers gericht in overeenstemming te brengen met de veranderende doelgroep. Op de dag van het inspectiebezoek had 67% van de cliënten in Houthaghe ZZP 4-7. Uit aangeleverde documenten bleek tot heden het aantal deelnemers en/of geleverde klinische lessen evenwel beperkt gebleven (het betrof enkele medewerkers en enkele bijscholingsbijeenkomsten). Dit resultaat paste slecht bij gesignaleerde problemen en het aantal medewerkers (81) dat de inspectie op de dienstlijst zag staan.

3.7 b) Het verschil in dagbezetting en de avond/nachtbezetting is aanzienlijk gebleken. Voor 142 cliënten zag de inspectie overdag tussen de 14 tot 26 medewerkers ingeroosterd staan (meestal zo'n 17) terwijl dit er in de avond 5 tot 8 waren (meestal 6) en 's nachts meestal 2 met beperkt gebruik van domotica. Volgens de gebruikelijke planning zouden 3 medewerkers (volgens gesprekspartners regelmatig 1x V-IG'er en 2x Helpende) voor meer dan 32 personen met een dementie zorgen terwijl daarnaast van hen nog hand- en spandiensten verwacht wordt op andere etages.

Over de nachtbezetting heeft de inspectie niet doorgevraagd (ook niets vernomen); de zorgzwaartecijfers en de indeling van het gebouw riepen vragen op. Een evaluatie hiervan zou gewenst zijn.

3.9 a) De zorgaanbieder bleek eenvoudig te kunnen beschikken over relevante contextuele factoren die de personele inzet beïnvloeden zoals ziekteverzuim, verloof etc. Belemmerende werkdrukaspecten die volgens diverse bronnen wel degelijk aan de orde waren, bleken nog niet voldoende onderkend door het management. Zo vernam de inspectie dat medewerkers soms na een dienst bijna huilend naar huis vertrekken. Dit beeld van oververmoeidheid kreeg de inspectie ook tijdens haar rondgang over de locatie (ten tijde van einde diensttijd ochtendploeg). Medewerkers hebben een keer per zes weken werkoverleg; een keer per dertien weken gaat dit overleg over teamoverstijgende onderwerpen. De inspectie heeft opgemerkt dat het management passende maatregelen tracht te treffen wanneer zij eenmaal bewust is van belangrijke personele problemen.

5.5 Geraadpleegde documenten in Houthaghe 12 mei 2016

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

- Kwartaalcijfers eerste kwartaal 2016 Florence (m.b.t. Thuis in Loosduinen; uitgedraaid 12 mei 2016)
- Kwaliteit personeel binnen Florence (m.b.t. Florencebrede cijfers over aard/status vacatures in eerste kwartaal 2016)
- Opleidingsjaarplan Houthaghe 2015 en 2016
- Werkroosters medewerkers Houthaghe van periode 23 april tot/met 9 mei 2015
- Overzicht ZZP van cliënten op 12 mei 2016
- Overzicht van MIC meldingen
- Bekwaamheidsregistratie ex BIG van medewerkers in Houthaghe

6 Bevindingen inspectiebezoek Expertisecentrum Mariahoeve mei 2016 12

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 12 mei 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Zorggroep Florence, Expertisecentrum Mariahoeve (hierna: Mariahoeve) in Den Haag. De zorgaanbieder kreeg het conceptverslag van bevindingen voorgelegd ter correctie van feitelijke onjuistheden. De vastgestelde bezoekresultaten zijn in dit hoofdstuk opgenomen. Eerst is de zorglocatie beschreven en daarna volgen de resultaten per thema. Bij ieder thema staat een inleiding met vervolgens de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt, zo nodig, een toelichting op de scores.

De inspectie toetste bij dit bezoek in totaal 22 normen.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Duinstede nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Duinstede wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

6.1 Beschrijving Expertise Centrum Mariahoeve

Mariahoeve ligt in de gelijknamige wijk aan de rand van Den Haag, in een rustige en groene omgeving. Mariahoeve heeft een groot restaurant, een grand café op de begane grond, waar ook (dagelijks) activiteiten worden georganiseerd. Buiten bevindt zich een grote tuin met terras. De huiskamers en activiteitenruimtes van Mariahoeve zijn ruim en licht.

In locatie Mariahoeve, als een van de drie expertiselocaties, krijgen specifieke cliëntendoelgroepen zorg en behandeling.

Dit zijn binnen Mariahoeve de afdelingen voor complexe psychogeriatrische zorg en behandeling (etage 5 en 6), de afdeling jong dementerenden (etage 3 en 4) en op de eerste etage bevindt zich begeleid wonen (jong dementerenden) en gerontopsychiatrie. De drie expertisefuncties worden aangestuurd door een afzonderlijke expertisemanager. Een expertisemanager is binnen Florence eindverantwoordelijk voor de hele keten van de expertise.

Zo is bijvoorbeeld de 'expertisemanager jonge mensen met dementie' ook eindverantwoordelijk voor de dagbehandeling en het casemanagement van deze doelgroep. De expertisemanagers, de manager behandeling en specialistische teams en de eerste geneeskundige vormen samen het expertise-MT. De genoemde managers leggen rechtstreeks verantwoording af aan de raad van bestuur. Het facilitair bedrijf (waaronder schoonmaak en andere ondersteunende diensten die vallen binnen de locatie Mariahoeve) wordt aangestuurd door de thuismanager van de wijk waarin het gebouw staat.

6.2 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

6.2.1 Inleiding

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

6.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de bevindingen op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.2	(vervolg)				
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ⁷ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.	x			
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.		x		
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.	x			
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			

⁷ Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangsperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	x			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>	x			

Toelichting

Algemeen

Ten tijde van het bezoek zag de inspectie de positieve effecten van de reeds in gang gezette verbeteracties. Het management gaf aan dat de bevindingen van vorige inspectiebezoeken en het bestuursgesprek van 2 februari 2016 een belangrijke katalysator voor de verbeteracties zijn geweest. In het gesprek met medewerkers en het managementteam kwamen de actuele thema's en acties binnen Florence aan bod; de verbeterde MIC procedure en structurele overlegvormen. Medewerkers toonden zich blij met de resultaten. Cliënten en vertegenwoordigers voelden zich gehoord; in overleg werden verbeteringen doorgevoerd. Wel was het voor hen soms lastiger de juiste leidinggevende aan te spreken doordat er meer expertisemanagers zijn.

Voor wat betreft de inclusiecriteria waren het doelgroepbeleid en de uitgebreide plaatsingsselectie leidend. Voor wat betreft exclusie bleek er niet speciaal iets vastgelegd.

6.3 Thema 2: cliëntdossier⁸

6.3.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

⁸ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald.

Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

6.3.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.⁹	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			

⁹ Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdere handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	(vervolg)				
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	x			
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.	x			
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	x			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.	x			
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³	x			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.	x			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	x			
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.	x			

Toelichting

Algemeen

In Mariahoeve werd nagenoeg geheel geregistreerd en gerapporteerd in het elektronisch cliëntendossier (Lablecare en Ysis). Tijdens inzage van beide systemen werd duidelijk en aantoonbaar methodisch gewerkt. Waarnodig waren gegevens tussen Ysis en Lablecare gekoppeld. De zorgmedewerkers beschikten op de afdeling over tablets om het dossier te kunnen inzien en te rapporteren. Uitzendkrachten (of anderszins tijdelijke medewerkers) bleken geen toegang te hebben tot het elektronische dossier. Zij rapporteerden op papier en droegen mondeling over. Ten tijde van het gesprek met de zorgmedewerkers lagen papieren dossiers van drie, door de inspectie uitgekozen cliënten, ter inzage klaar. Hierin zaten alleen contactgegevens en een afschrift van het laatste ondertekende zorgleefplan.

2.3 c) Tijdens inzage van het ECD en het gesprek met de zorgmedewerkers bleek dat adviezen en opdrachten van de vakspecialisten als 'notificatie' zichtbaar waren in het ECD. Adviezen vormden op deze manier geen automatisch onderdeel van het zorgplan. Wel werd middels de werkinstructie verwacht dat diegene die de notificatie 'wegklikte' verantwoordelijk was dat advies en/of opdracht vanuit het behandelteam passend vertaald was in het zorgplan. Adviezen en opdrachten waren altijd terug te vinden aan de hand van een specifieke selectie in LableCare

6.4 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

6.4.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

6.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.	x			
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.	x			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	x			
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.	x			
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.	x			
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	x			
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.	x			
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

Toelichting

Algemeen

De gesproken zorgmedewerkers gaven aan dat binnen Mariahoeve voldoende en passende bijscholing, klinische lessen en trainingen werd aangeboden. Op gebied van gedragsproblematiek kregen de zorgmedewerkers adviezen en/of coaching door vakspecialisten. Op de afdeling (i.c. 4 en 5) waren twee psychologen beschikbaar.

3.3 b) Uit de gesprekken met de medewerkers bleek het scholingsaanbod voldoende qua aanbod. Het effect van (extra) training was nog niet geheel duidelijk.

3.8 a) Uit de gesprekken met de medewerkers bleek tevredenheid over begeleiding door- en adviezen van de vakspecialisten. Ook de bereikbaarheid van de vakspecialisten was voldoende. Men wenste wel meer beschikbaarheid van vakspecialisten op de afdelingen.

6.5 Geraadpleegde documenten inspectiebezoek Mariahoeve 12 mei 2016

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

- Overzicht ZZP van cliënten per 1 mei 2016
- Overzicht van FTE's van zorgmedewerkers en behandelaars in Mariahoeve, uitgedraaid op 12 mei
- Overzicht van ziekteverzuim, personeelsverloop en inzet van invalkrachten eerste kwartaal 2016.
- Werkroosters van medewerkers van 25 april tot 10 mei 2016
- Vacatureoverzicht Mariahoeve week 19
- Overzicht van MIC meldingen eerste kwartaal 2016

7 Bevindingen inspectiebezoek Expertisecentrum Gulden Huis 3 mei 2016

Dit hoofdstuk bevat per thema een inleiding, de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt zo nodig een toelichting op de scores.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Gulden Huis nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Gulden Huis wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek de geboden zorg alleen op de normen die tijdens het vorige bezoek 'voldoet niet' scoorden.

7.1 **Beschrijving Expertise centrum Gulden Huis¹⁰**

Gulden Huis is een zorglocatie met zeven etages. Ongeveer 180 cliënten kunnen hier zorg en behandeling ontvangen. Op de benedenverdieping zijn enkele algemene voorzieningen en diverse behandeldiensten gesitueerd. Ook bevindt zich hier de afdeling dagbehandeling. Op de etages 2 t/m 7 zijn de zes verblijfsafdelingen gevestigd met respectievelijk tien tot twaalf eenpersoonskamers en tien tot twaalf tweepersoonskamers. Op iedere etage verblijven 28 tot 34 cliënten.

In het Gulden Huis ligt de focus op de volgende expertises:

- geriatische revalidatiezorg;
- complexe psychogeriatrische zorg en behandeling;
- complexe somatische zorg en behandeling;
- zorg en behandeling voor cliënten met de ziekte van Huntington.

¹⁰In november 2013 is Verpleeghuis Gulden Huis een expertisecentrum geworden

De (para)medische zorg wordt geboden vanuit de overkoepelende expertise 'behandeling en specialistische teams'. Alle facilitaire ondersteuning binnen het Gulden Huis vindt plaats vanuit het facilitair bedrijf van Florence en wordt aangestuurd door de wijkmanager ('thuismanager') van de wijk 'Escamp'.

Het ziekteverzuim op deze locatie was in 2016 verschillend. Op de meeste etages was dit lager dan in oktober 2015, namelijk rond de 5%. Op twee etages was dit echter hoger dan 11%.

7.1.1 Resultaten vorig inspectiebezoek aan expertisecentrum Gulden Huis

Op 6 oktober 2015 voldeed de zorg niet aan 13 van 32 getoetste normen; de inspectie beoordeelde dit als risicovol. Er waren tekortkomingen ten aanzien van de aansturing en het bewaken van kwaliteit en veiligheid, het methodisch werken met logische dossiervoering, de beschikbaarheid van vakbekwaam personeel en de medicatieveiligheid. De inspectie merkte bovendien op dat de cliëntgerichtheid - en met name de dagbesteding - voor verbetering vatbaar was en nog niet goed aansloot bij individuele wensen van cliënten.

7.2 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

7.2.1 Inleiding

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

7.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.				x
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.				
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				x
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹¹ .				
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				x
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.				
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.	x			
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		

11 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.	x			
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				x
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. (Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)				

Toelichting

Algemeen

De zorgaanbieder heeft in de tijd tussen de twee bezoeken aan deze locatie het beleid ten aanzien van het melden van incidenten herzien en geïmplementeerd. Op afdelingsniveau werden de voorkomende meldingen aantoonbaar systematisch besproken door een klein team. Waar nodig werden verbetermaatregelen en/of suggesties teruggekoppeld op cliënt-, medewerkers- en afdelingsniveau. Geaggregeerde gegevens over verbetermaatregelen op instellingsniveau waren nog niet beschikbaar omdat het systeem sinds januari 2016 is ingevoerd. De eerste halfjaarlijkse evaluatie was op de dag van het inspectiebezoek nog niet gepasseerd.

1.5 b)

Gulden Huis plaatste haar cliënten op een afdeling op basis van doelgroepenbeleid. Cliënten werden geïnformeerd over het doelgroepenbeleid (inclusie) middels de informatiemap bij opname. De aard van de informatie was nog niet zo dat eventuele grenzen van de zorg- en/of behandelmogelijkheden (exclusie) aangegeven waren. De inspectie zag bij dossierinzage dat er soms problemen waren op dit punt, zoals bij aanhoudende gecompliceerde agressie. Deze problemen werden in eerste instantie opgevangen door het inplannen van extra personeel ter ontlasting van cliënt en personeel.

7.3 Thema 2: cliëntdossier¹²

7.3.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

¹² Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

7.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.¹³	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	x			
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.	x			
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			

13 Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.				x
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg				
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.				
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.				x
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³				x
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.				
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.				
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.				

Toelichting

Algemeen

In de instelling was de afgelopen maanden nadrukkelijk aandacht voor de verantwoordelijkheden van de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende; onder andere in verband met methodisch werken. Verpleegkundigen waren beschikbaar op iedere afdeling en hadden op dit punt ondersteunende taken toegewezen gekregen. Bij dossierinzage (selectie door inspectie) bleken wensen en levensgeschiedenis bekend en waren problemen, doelen en acties logisch op elkaar afgestemd. Er bleek dagelijks gerapporteerd. Eventuele opdrachten vanuit het behandelteam bleken in het elektronisch dossier onder het tabblad 'labelcare-tijdlijn' (is rapportage) te lezen; ook op basis van een selectiemethode. Gesprekspartners maakten duidelijk dat de verzorgenden, volgens werkinstructies, de notificaties hierover van (para)medici pas mogen 'verwijderen' als de zorgafspraken feitelijk zijn aangepast conform de opdracht(en). De inspectie merkte in alle gesprekken en bij de dossierinzage op dat het bewustzijn van noodzakelijke discipline op dit punt behoorlijk was toegenomen ten opzichte van het vorige inspectiebezoek.

7.4 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

7.4.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

7.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.				
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.				
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.				x
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.				x
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.				
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.				
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.		x		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	x			
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.4	(vervolg)				
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.		x		
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.				
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.				
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.				x
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.				
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.	x			
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

Toelichting

Algemeen

De ZZP mix op de afdelingen en de zorgzwaarte van de cliënten met speciale somatische problemen en/of geriatrische revalidatie waren ongeveer gelijk aan de situatie bij het vorige inspectiebezoek. Tijdens haar rondgang heeft de inspectie diverse medewerkers en cliënten aangesproken. Medewerkers vertelden dat de personele bezetting nauwelijks meer tekortschoot ondanks het soms nog aanzienlijke ziekteverzuim op twee etages (>10%). De roosters (steekproef 23-25 april 2016) en de gegevens over het aantal uren invallers per maand lieten dit ook zien. Wel was het zo dat op sommige afdelingen per dag geregeld meerdere invallers en uitzendkrachten werkten; niet perse in relatie tot het gemiddelde ziekteverzuim op betreffende afdeling. De uitzendkrachten kregen geen autorisatie voor het ECD. Eventuele discontinuïteit in het volgen en verwerken van cliëntrapportage werd enigszins ondervangen doordat op iedere afdeling een verpleegkundige beschikbaar was. Meer dan bij het eerste bezoek waren de verpleegkundigen beschikbaar om een methodische werkwijze te ondersteunen en hierover op professionele wijze te rapporteren. Tijdens de rondgang bleek dat de SOAP-methode werd ingevoerd.

Voor wat betreft de dagbesteding hadden de afdelingen de beschikking gekregen over een activiteitenbegeleider en waren concrete afspraken hierover op cliëntniveau in het zorgleefplan opgenomen.

3.4 c) Hoewel naar aanleiding van een meldingenonderzoek een klinische les over pijn en pijnsignalen bij kwetsbare ouderen met een dementie was georganiseerd, bleek voor (leerling)verzorgenden het betreffende protocol Multidisciplinaire richtlijn pijn bij kwetsbare ouderen (2011) nog niet via het intranet te vinden.

7.5 Thema 4: medicatieveiligheid

7.5.1 Inleiding

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

7.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.				x
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.				
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.				
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.				x
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.				
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.				
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.				x
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.				
b)	De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.				
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.				
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie¹⁴ niet aan.				x
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁴ heeft uitgezet.				
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			

¹⁴ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.	x			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	x			
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS⁴-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.				x
a)	Voor niet GDS ⁴ -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.				
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.				
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.				
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				x
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.				x
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.				
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.				
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.				x
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.				

Toelichting

Algemeen

De inspectie constateerde dat de medicatie in gesloten wagens werd bewaard; de toegang was geregeld met een persoonsgebonden elektronisch sleutelsysteem. Oude medicatie werd verzameld in afgesloten boxen. De inspectie trof geen volle boxen. De koelkasttemperatuur was 4 graden en werd geregistreerd. De medicatievoorraad was zowel op instellingsniveau als op cliëntniveau overzichtelijk georganiseerd. De openingsdatum en houdbaarheid bleken kenbaar. Op een van de afdelingen stond de afgesloten medicijnwagen in de personeelsgarderobe opgesteld wegens gebrek aan een andere geschikte ruimte.

7.6 Geraadpleegde documenten hertoetsbezoek expertisecentrum Gulden Huis

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

- Overzicht ZZP aanwezige cliënten
- Overzicht FTE van zorgmedewerkers per functie en afdeling
- Eerste kwartaalcijfers 2016 Florence (per expertise o.a. ziekteverzuim, verloop en volume inzet invalkrachten en uitzendkrachten)
- FTE klantenteam (behandelteam) per expertise in Gulden Huis
- Roosters van alle afdelingen voor de weken 18 april tot 1 mei
- Overzichten van vrijheidsbeperking
- Overzichten van interne meldingen met gerelateerde verbetermaatregelen

8 Bevindingen inspectiebezoek Expertisecentrum Westhoff mei 2016 26

Dit hoofdstuk bevat per thema een inleiding, de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt zo nodig een toelichting op de scores.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Westhoff nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Westhoff wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek de geboden zorg alleen op de normen die tijdens het vorige bezoek 'voldoet niet' scoorden. Dit wil zeggen ook de drie extra getoetste normen.

8.1 Expertise centrum Westhoff

Westhoff is gelegen in een zeer groene parkachtige omgeving en bestaat als gebouw uit twee delen met respectievelijk vijf en vier bouwlagen. In totaal kunnen er 183 cliënten zorg en behandeling ontvangen. Van de 183 plaatsen in Westhoff zijn in een deel van het gebouw 90 plaatsen voor Geriatrische RevalidatieZorg (GRZ), waaronder ook een afdeling voor observatie en screening valt, plus 30 plaatsen voor somatische zorg. In het andere deel van het gebouw zijn 63 plaatsen voor psychogeriatrische zorg (PG). De GRZ valt onder de Zorgverzekeringswet, de andere plaatsen vallen onder de Wet Langdurige Zorg.

Op de afdelingen is maximaal plaats voor 21 cliënten met een dementie (verdeeld over drie huiskamergroepen) of voor 32 cliënten per etage waarvoor twee huiskamers ter beschikking zijn. In Westhoff zijn twee- en eenpersoonskamers voor de cliënten. Op de revalidatieafdelingen is ook een oefenruimte en op de begane grond zijn algemene ruimtes en voorzieningen gesitueerd.

De (para)medische zorg wordt geboden vanuit de overkoepelende expertise 'behandeling en specialistische teams'. Alle facilitaire ondersteuning binnen Westhoff vindt plaats vanuit het facilitair bedrijf van Florence en wordt aangestuurd door de wijkmanager voor het werkgebied Rijswijk.

Het ziekteverzuim op deze locatie was in 2016 verschillend. Ten tijde van het inspectiebezoek was het verzuim op vier afdelingen lager dan het concerngemiddelde, op de andere drie afdelingen hoger: respectievelijk 8,25 %, 9,20% en 13,16 %.

8.1.1 Resultaten vorig bezoek

Op 28 januari 2016 voldeed de zorg niet aan 19+3 van in totaal 38+3 getoetste normen; de inspectie beoordeelde dit als risicovol voor de cliëntenzorg. Er waren tekortkomingen ten aanzien van de aansturing en het bewaken van kwaliteit en veiligheid, het methodisch werken met logische dossiervoering, de beschikbaarheid van vakbekwaam en bekend personeel (veel wisselingen), de medicatieveiligheid en de toepassing van vrijheidsbeperking. De inspectie merkte onder meer op dat de continuïteit in zorg onvoldoende was geborgd en dat dit vanuit meerdere invalshoeken nadelig was voor de cliëntgerichtheid. De PDCA cyclus functioneerde onvoldoende waardoor verbeteringen uitbleven.

Van de drie extra getoetste normen beoordeelde de inspectie in mei 2016 alleen de norm over toepassing van juridische regels voor vrijheidsbeperking nog als onvoldoende; deze score is 'verwerkt' bij norm 5.8 (thema vrijheidsbeperking).

8.2 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

8.2.1 Inleiding

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

8.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				x
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹⁵ .				
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				x
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.				
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				

15 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.				
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.		x		
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.		x		
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				x
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>				

Toelichting

Algemeen

In zijn algemeenheid bleek bij het bezoek gebleken dat Westhoff signalen van cliënten en familie serieus neemt en beschikbare kernegevens en over de kwaliteit en veiligheid van de zorg daadwerkelijk gebruikt om de zorg gericht te verbeteren. De zorgaanbieder herzag en implementeerde ook het beleid ten aanzien van het melden van incidenten herzien en geïmplementeerd. Aantoonbaar besprak Westhoff de voorkomende meldingen systematisch door een klein team op afdelingsniveau. Waarnodig bleken verbetermaatregelen en/of suggesties teruggekoppeld op cliënt-, medewerkers- en afdelingsniveau. Geaggregeerde gegevens over verbetering op instellingsniveau waren nog niet beschikbaar omdat het systeem sinds januari 2016 is ingevoerd. De eerste halfjaarlijkse evaluatie was op de dag van het inspectiebezoek nog niet gepasseerd. Tijdens het inspectiebezoek werd duidelijk dat het nog niet gebruikelijk was dat ook vanuit de behandeldienst incidenten gemeld kunnen worden met het doel om de zorg en behandeling te verbeteren (bijvoorbeeld: recept vergeten te uit te schrijven of behandelprotocol niet gevolgd zonder toelichting).

Het onderwerp in- en exclusie is bij dit bezoek niet herbeoordeeld. In gesprekken heeft de inspectie vernomen dat de (verwachte) zorgbehoefte van cliënten die in een bepaalde zorgsetting van Westhoff worden opgenomen, vooraf niet altijd voldoende bekend is. Incidenteel is het voorgekomen dat de mogelijkheden voor personele inzet niet meer toereikend bleken om in zeer complexe zorgbehoefte te voorzien, zonder dat de zorg voor de andere cliënten op de afdeling aanhoudend onder druk kwam te staan. Voor dergelijke situaties kende Westhoff nog geen toetsbare in- en exclusiecriteria met procedures die de continuïteit van zorg voor alle cliënten garanderen.

1.8 a) Volgens de gesprekspartners was er meer aandacht voor passende en zinvolle dagbesteding op de afdelingen. Bij de dossierinzage bleken de levensgeschiedenis en de wensen opgetekend en vertaald in acties en activiteiten. Op de afdeling voor 'observatie en screening' komt dit laatste veel minder of niet voor; activering is volgens de zorgaanbieder geen doel op deze afdeling. De inspectie trof er cliënten die niets of te weinig om handen bleken te hebben gedurende het verblijf dat tot 3 maanden kon oplopen. Zo kreeg de inspectie van meerdere cliënten te horen dat ze zich verveelden op de afdeling. Daarbij gaf één van de cliënten met cognitieve problemen aan dat ze graag naar buiten wilde. Zij mocht echter alleen naar buiten onder begeleiding. Deze begeleiding was niet altijd beschikbaar.

8.3 Thema 2: cliëntdossier¹⁶

8.3.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

¹⁶ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

8.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.¹⁷	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	x			
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.	x			
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			

17 Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.3	(vervolg)				
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	x			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³				x
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.6	(vervolg)				
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.				
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.				

Toelichting

Algemeen

In de instelling was de afgelopen maanden nadrukkelijk aandacht voor de verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen op de afdeling en de Eerst Verantwoordelijke Verzorgenden (EVV) onder andere in verband met methodisch werken. Op iedere afdeling waren verpleegkundigen beschikbaar die op dit punt ondersteunende taken toegewezen gekregen hadden.

Bij dossierinzage (selectie door inspectie) bleken wensen en levensgeschiedenis bekend en problemen, doelen en acties veelal logisch op elkaar afgestemd. Er werd dagelijks gerapporteerd. Eventuele opdrachten vanuit het behandelteam bleken in de LableCare-tijdlijn te lezen; ook op basis van een selectiemethode. Gebleken is dat de verzorgenden volgens werkinstructies de notificaties hierover van (para)medici pas mogen 'verwijderen' als de zorgafspraken feitelijk zijn aangepast conform de opdracht(en). Tot die tijd blijven deze notificaties geel gearceerd. De inspectie merkte in alle gesprekken en bij de dossierinzage op dat het bewustzijn van noodzakelijke discipline op dit punt, behoorlijk was toegenomen ten opzichte van het vorige inspectiebezoek.

Overigens zag de inspectie tijdens het bezoek dat cliënten en/of hun vertegenwoordigers daadwerkelijk werden betrokken bij de evaluatie van zorg doordat het afsprakenblad in het cliëntendossier ondertekend was.

2.5b) Het was medewerkers in LableCare (zorgdossier) nog niet voldoende gelukt om gekoppeld aan- en over zorgdoelen te rapporteren. Wel verbeterden zij de aard van de rapportage door toepassing van de SOAP methodiek. In Ysis (behandeldossier), zo constateerde de inspectie bij dossierinzage, was de verslaglegging wel aan doelen gekoppeld; op vooraf bepaalde evaluatiedata hadden de behandelaren inhoudelijke oordelen opgetekend over het verloop van zorg en behandeling.

8.4 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

8.4.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

8.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.				X
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.				
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.				x
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.	x			
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.	x			
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	x			
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.				x
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.				
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.		x		
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.		x		
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.				x
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.				
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.	x			
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

Toelichting

Algemeen

Tijdens haar rondgang sprak de inspectie diverse medewerkers en cliënten. Zij vernam dat de personele bezetting nauwelijks meer tekortschoot, ondanks het soms nog aanzienlijke ziekteverzuim op enkele afdelingen. De roosters (voor aantal afdelingen steekproef eerste week mei 2016) en de gegevens over het aantal uren invallers per maand lieten zien dat op sommige afdelingen per dag geregeld meerdere invallers en (onbekende) uitzendkrachten werkten; de inspectie trof een dergelijke situatie ook aan tijdens haar rondgang over de locatie. De uitzendkrachten kregen wisselend wel/geen tijdelijke autorisatie voor bepaalde onderdelen van het ECD.

Voor wat betreft de dagbesteding hadden de meeste afdelingen de beschikking over een activiteitenbegeleider en waren, voor cliënten met langdurige zorg, hierover concrete afspraken in het zorgleefplan opgenomen. Op één afdeling was een oplossing gevonden door een gepensioneerde betrokken (oud-)medewerker in te zetten bij de activering op de afdeling. Daarnaast waren vrijwilligers beschikbaar maar volgens gesprekspartners bleek dit eigenlijk nog niet voldoende voor adequate aansluiting bij allerlei wensen van cliënten.

Op de meeste afdelingen was sinds dit jaar een intensief scholingsprogramma in uitvoering, dat alle medewerkers (ook helpenden) verplicht moesten volgen. Dit scholingsprogramma had volgens de gesprekspartners meerwaarde voor de kennis over bijvoorbeeld relevante ziektebeelden. Daarnaast was er op iedere afdeling een kwaliteitsteam samengesteld van tenminste een behandelaar en een verpleegkundige die steekproefsgewijs zes tot acht dossiers per maand controleerde. Indien zij afwijkingen van gangbare normen constateerden, bespraken zij dit met de betrokkenen en pasten het aan in het dossier.

3.7 b) De aansturing van de personele bezetting kwam tot stand op basis van voorgenomen zorgpaden met een gemiddelde zorglast en/of de geïndiceerde zorgzwaarte. Met fluctuaties in werklast en zorgintensiviteit (afhankelijk van de revalidatiefase of anderszins) werd nog nauwelijks rekening gehouden. Volgens bijna alle bronnen bleek met name gedurende de avond en de nacht sprake van een strak afgepaste personele inzet. Hierdoor was er niet of nauwelijks gelegenheid om acute zorgvragen van cliënten op te vangen.

3.7 c) Volgens gesprekspartners waren invalkrachten en uitzendkrachten meestal beschikbaar. De werkwijze om op basis van overdracht en afspraken zorg te leveren verschilde sterk per afdeling. Niet op alle afdelingen kregen uitzendkrachten een tijdelijke en beperkte autorisatie in LableCare voor de duur van de dienst. Om deze reden was voor uitzendkrachten niet op elke afdeling helder welke zorgafspraken moesten worden gerealiseerd bij een cliënt. Op sommige afdelingen werd de zorginstructie over onbekende cliënten, indirect, alleen mondeling gegeven en werd hierover mondeling teruggekoppeld opdat een ander dit zou rapporteren.

8.5 Thema 4: medicatieveiligheid

8.5.1 Inleiding

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

8.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.				x
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.				
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.2	(vervolg)				
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.				
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.				x
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.				
b)	De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.				
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.				
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie¹⁸ niet aan.				x
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁴ heeft uitgezet.				
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.	x			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			

¹⁸ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.7	(vervolg)				
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	x			
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS⁴-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	x			
a)	Voor niet GDS ⁴ -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	x			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	x			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	x			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.				x
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.				
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.				
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.				x
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.				

Toelichting

Algemeen

instructies met betrekking tot het beheer en het toedienen van medicatie bleken aangepast en actief onder de aandacht gebracht in teambesprekingen. Het bewustzijn van de benodigde discipline voor medicatieveiligheid was sterk verhoogd. Voorgeschreven opiaten werden per cliënt in een afgesloten medicatiewagen in een aparte gesloten werkruimte, in aparte baxterzakjes met een oranje sticker bewaard. De inspectie trof steekproefsgewijs geen oude restmedicatie op een afdeling met een hoge turnover. Voor het retourneren was een sluitend systeem in werking waarbij in een verankerde, niet te openen retourbox de restmedicatie in porties werd afgevoerd; per portie voorzien van een verantwoording op naam van cliënt inclusief de naam van de medewerker. Een kopie hiervan werd op de afdeling bewaard. Zo was achteraf te herleiden wie wat wanneer in deze bus gestopt had.

Steekproefsgewijs bleek het beheer van de medicijnwagens en het voorraadbeheer zorgvuldig; de inspectie trof openingsdatums op geopende flacons en insulinepennen. De voorraad van medicatie van de cliënten (bijvoorbeeld insulinepennen) was op naam van de betreffende cliënt. De registraties zoals van koelkasttemperatuur werden dagelijks bijgehouden.

De medicatietoediening werd elektronisch afgetekend in het Medimosysteem; inclusief eventuele dubbele controle als er geen sprake was van Beheer Eigen Medicatie. Ook ten aanzien van toediening van bloedverdunners was sprake van elektronisch aftekenen. Voor controle van de dagdosis moest nog een fysieke paraaf geplaatst.

Bij dossierinzage trof de inspectie een openhartige vermelding van een (recent) toedienincident met insuline waarover op dat moment nog geen MIC formulier was ingeleverd.

Op 21 maart 2016 vond door een apotheker een Audit Medicatieveiligheid plaats. Uit werkaantekeningen bleek dat de zorgaanbieder begin juni 2016 een aandachtswaek voor medicatieveiligheid had ingesteld.

8.6 Thema 5: vrijheidsbeperking

8.6.1 Inleiding

Onder het begrip 'vrijheidsbeperking' verstaat de inspectie alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Dit begrip heeft voor de inspectie al jaren een grotere reikwijdte dan de vrijheidsbeperkende maatregelen die de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft.

Kwetsbare mensen zijn in hun dagelijkse leven afhankelijk van zorgverlening door professionals. Vrijheidsbeperking heeft een grote impact op hun kwaliteit van bestaan. Door langdurige en/of door onjuiste toepassing van vrijheidsbeperking kan bij hen grote fysieke en psychische schade ontstaan.

Binnen het thema vrijheidsbeperking beoordeelt de inspectie zowel maatregelen die leiden tot preventie en terugdringing van vrijheidsbeperking als de zorgvuldigheid waarmee besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking plaatsvinden.

Uit wetenschappelijk onderzoek en uit praktijksituaties blijkt dat terugdringing van het aantal vrijheidsbeperkingen in de ouderenzorg en in de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking mogelijk is. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is een structureel bewustzijn bij zorgaanbieders en medewerkers over de verschillende vormen van vrijheidsbeperking en de impact die het toepassen van vrijheidsbeperking op cliënten heeft. Ook is het van belang dat zorgaanbieders en medewerkers te allen tijde op de hoogte zijn van de actuele stand van de kennis over vrijheidsbeperking.

8.6.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.				
b)	Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	(vervolg)				
	c) De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.				
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.				x
	a) De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.				
	b) Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.				
	c) De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.				
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.				x
	a) In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.				
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
	a) Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.				
	b) In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.				
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.				
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.		x		
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.		x		
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.				x
5.9	De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.				x
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 38.5 en 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.				
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.				

Toelichting

Algemeen

In de afgelopen periode is door het updaten van de cliëntendossiers het vastleggen van eventuele vrijheidsbeperkingen verbeterd. Gegevens zijn in Ysis vastgelegd en verwerkt in (voor akkoord ondertekende) zorgafspraken. Van gedwongen individuele vrijheidsbeperking is ten tijde van het inspectiebezoek geen sprake meer in Westhoff.

5.8a plus herbeoordeling extra norm

De inspectie constateerde dat op een speciale GRZ-afdeling voor observatie en screening cliënten vrijwillig zijn opgenomen voor nader onderzoek; onder meer in het kader van een mogelijke dementie. Op deze afdeling bleek het algemeen beleid om de toegangsdeur afgesloten te houden. Dit was niet in overeenstemming met de wettelijke norm dat dit enkel op speciaal BOPZ-aangemerkte afdelingen is toegestaan.

Tijdens de rondgang bleek tenminste één van de vrijwillig opgenomen cliënten het niet eens met de beperking om vrij van de afdeling gaan, ook al was haar zorgovereenkomst en het zorg/behandelplan hiertoe ondertekend door haarzelf en haar familie. Naar aanleiding van psychologisch onderzoek was deze cliënt partieel wilsbekwaam verklaard. De betreffende cliënt moest volgens afspraken via haar polsalarm een medewerker om begeleiding vragen als ze van de afdeling wilde. Hierop werd niet adequaat gereageerd bij een proefalarm; het alarm bleek uitgedrukt door een medewerker zonder passende actie richting de cliënt. Bovendien is het systeem zo ingericht dat een alarm alleen zichtbaar werd op het kamernummer van de cliënt en niet de plaats waar de cliënt zich bevond.

Van de drie extra getoetste normen in januari 2016 beoordeelde de inspectie in mei 2016 alleen de norm over toepassing van juridische regels voor vrijheidsbeperking nog als onvoldoende; deze score is 'verwerkt' bij norm 5.8 (thema vrijheidsbeperking).

8.7 Geraadpleegde documenten hertoetsbezoek expertisecentrum Westhoff

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

- Audit medicatieveiligheid 21 maart 2016
- Notulen medicatiecommissie d.d. 29 februari 2016
- Overzichten van besproken en teruggekoppelde MIC-besprekingen op zeven afdelingen inclusief vermelding van verbeterpunten
- Locatiegebonden HR-cijfers per afdeling over ziekteverzuim, FTE per functiegroep, het verloop en openstaande vacatures en het aantal invaliden per maand/kwartaal per afdeling
- Overzichten van toegepaste vrijheidsbeperking op de bopz-afdelingen
- Gegevens over de ZZP-mix op PG afdelingen
- Gegevens over mate van beschikbaarheid van zogenaamde Klantenteams (behandelteams) in Westhoff voor de afdelingen GRZ, PG/complexe somatiek/ en de afdeling observatie & opname
- Werkroosters van alle afdelingen voor de periode 1-15 mei

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)¹⁹.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaire en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.

¹⁹ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.