



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

Rapport
van het inspectiebezoek
aan Expertisecentrum Westhoff
in Rijswijk
op 28 januari 2016

Utrecht
mei 2016

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusie en onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol 6
2.2.1	Continuïteit van zorg is niet geborgd 7
2.2.2	PDCA cyclus functioneert onvoldoende 7
2.2.3	Gesprek met raad van bestuur 7
2.3	Clïëntgerichtheid in de praktijk niet altijd zichtbaar 8
3	Handhaving 9
3.1	Inleiding 9
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 9
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 10
3.4	Beoordeling van overige locaties 10
3.5	Vervolgacties inspectie 10
4	Bevindingen inspectiebezoek 11
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 12
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 20
4.3.1	Inleiding 20
4.3.2	Scores 20
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 25
4.4.1	Inleiding 25
4.4.2	Scores 25
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 29
4.5.1	Inleiding 29
4.5.2	Scores 30
4.6	Overige bevindingen 33
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 34
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 35

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 28 januari 2016 een aangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Zorggroep Florence (hierna Florence), locatie Westhoff (hierna: Westhoff) in Rijswijk. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte de bevindingen.

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 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 inspectiebezoeken. 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.

In 2015 ontving de inspectie enkele meldingen en meerdere anonieme signalen over locatie Westhoff die mogelijk duiden op risico's op onverantwoorde zorg. Het ging hierbij onder andere om personeelstekorten en het mogelijk verrichten van voorbehouden handelingen door niet bekwaam personeel.

De inspectie bezocht op 6 oktober 2015 locatie het Gulden Huis. Aan de zorgaanbieder is gevraagd om de noodzakelijke verbetermaatregelen voor deze locatie ook door te voeren op de andere locaties van Florence. Tijdens het bezoek op 28 januari 2016 toetste de inspectie mede in hoeverre Florence hiermee gevorderd was op locatie Westhoff.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door Westhoff geboden zorg voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

1.3 Methode

Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelde de inspectie of de door Westhoff geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- vier uitvoerende medewerkers;
- de manager behandelteam, de eerste geneeskundige, een psycholoog;
- twee expertisemanagers (complexe psychogeriatricie en geriatrische revalidatiezorg);
- de raad van bestuur van Florence;
- de concerncontroleur;
- zes cliëntdossiers;

- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

Met dit instrument toetste de inspectie de geboden zorg aan de hand van de volgende thema's:

- sturen op kwaliteit en veiligheid;
- cliëntdossier;
- deskundigheid en inzet personeel;
- medicatieveiligheid;
- vrijheidsbeperking.

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. 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. Dit kan 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.

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 handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie

Stichting Zorggroep Florence

Stichting Zorggroep Florence is de statutaire bestuurder voor alle onderdelen van het concern Florence. De raad van bestuur bestaat uit twee personen. Westhoff is één van de zeventien zorglocaties van het concern Florence.

Concern Florence

Het concern Florence 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 diensten op het gebied van de Wet Langdurige Zorg (en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en is georganiseerd onder een aantal labels zoals 'Florence Thuis', 'Florence Expertise' en 'Florence Allure' (particuliere thuiszorg en service). Florence Expertise biedt zorg aan gemiddeld 600 cliënten.

'Florence Expertise' heeft drie expertisecentra, afgestemd op specifieke doelgroepen met een complexe zorgvraag. Westhoff is daar één van.

In een expertisecentrum krijgen specifieke cliëntendoelgroepen zorg en behandeling. Dit zijn bijvoorbeeld afdelingen voor 'complexe psychogeriatrische zorg en behandeling' en 'geriatrische revalidatiezorg'. De drie expertisefdelingen worden aangestuurd door een afzonderlijke expertisemanager.

Expertisecentrum Westhoff

De locatie Westhoff is de grootste GRZ(geriatrische revalidatiezorg)-locatie van Florence. Er zijn drie volledige GRZ-afdelingen. Ten overvloede zij vermeld dat de

GRZX-behandeling onder de Zorgverzekeringswet valt. Van de 183 plaatsen in Westhoff zijn 90 GRZ-plaatsen, 63 psychogeriatricie (PG) en 30 somatiek.

De GRZ kent een procesgeorganiseerde structuur: op iedere afdeling werken twee revalidatieteams (doelgroep geordend). Deze teams bestaan uit verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaren. Iedere revalidatie-afdeling wordt ondersteund door een kwaliteitsverpleegkundige. Daarnaast is één procesleider zorg eindverantwoordelijk voor het zorgproces en in die hoedanigheid leidinggevende van de zorgmedewerkers.

Voor de drie PG-pleintjes (63 plaatsen) is er een zorgmanager die leiding geeft aan 55 medewerkers.

Op de benedenverdieping zijn enkele algemene voorzieningen en diverse ruimten voor de behandeldiensten. De (para)medische zorg wordt geboden vanuit een eigen overkoepelende expertiseafdeling.

Westhoff is gespecialiseerd in geriatrische revalidatiezorg, de Ziekte van Parkinson en complexe psychogeriatricie en somatische zorg en behandeling.

Organisatieontwikkeling

De locatie Westhoff is een van de drie expertiselocaties van het label Expertise. Binnen deze drie locaties zijn vier expertisemanagers eindverantwoordelijk voor alle zorgteams (ingedeeld per afdelingen) van eenzelfde expertise. Complexe psychogeriatricie en geriatrische revalidatiezorg hebben afdelingen op alle drie de locaties, de overige expertises hebben afdelingen op één of twee expertiselocaties. 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 locatie Westhoff) wordt aangestuurd door de thuismanager van de wijk waarin het gebouw staat, in dit geval de wijkmanager van de wijk 'Rijswijk'.

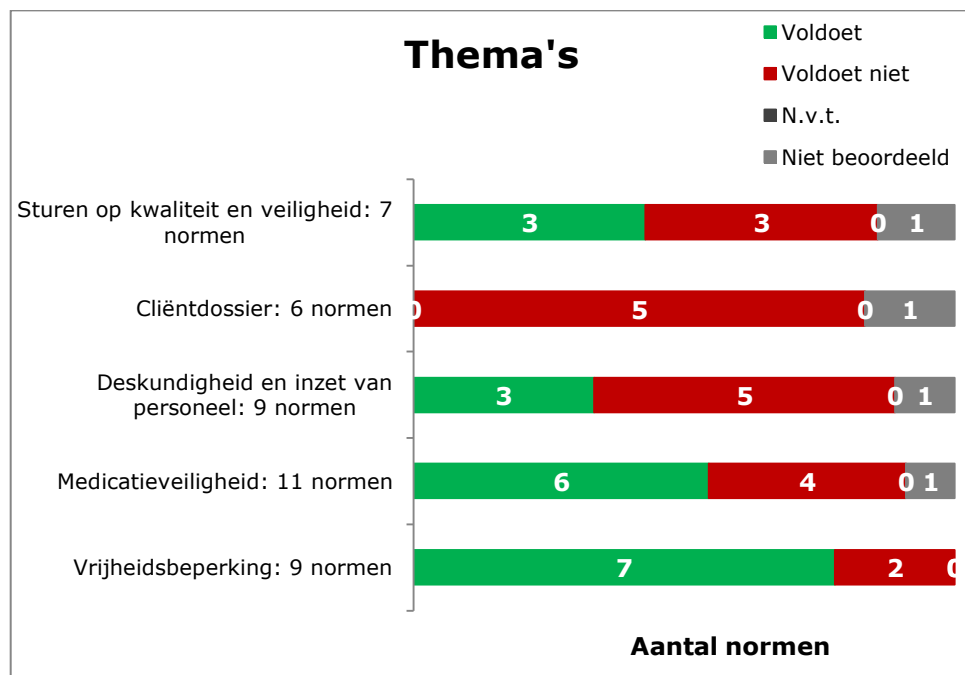
2 Conclusie en onderbouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. 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. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

In alle thema's zit het onderwerp cliëntgerichtheid verweven. In dit tweede hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van Westhoff. De inspectie besteedt expliciet aandacht aan dit onderwerp, omdat goede zorg staat of valt met de mate waarin de cliënt invloed heeft op de invulling van deze zorg. In kwaliteitskaders en wetgeving krijgt cliëntgerichtheid een steeds prominentere plaats.

2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. Als de inspectie hierbij naast de geselecteerde normen ook andere normen heeft gehanteerd, zijn de bevindingen daarvan beschreven in hoofdstuk 4 en niet zichtbaar in deze tabel.



2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol

De zorg die Westhoff biedt, voldoet niet aan 19 normen en aan 3 extra normen zoals gemeld in paragraaf 6. 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 normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

2.2.1 *Continuïteit van zorg is niet geborgd*

De continuïteit van de zorg binnen Westhoff is niet geborgd. Dit wordt voor een groot deel veroorzaakt door de vele wisselingen in het personeel, het hoge ziekteverzuim en de grote inzet van flexmedewerkers. De continuïteit van de zorg staat ook onder druk door de recente invoering van de zelfsturende teams. Dit vanwege de hoge eisen die gesteld worden aan de teams en de medewerkers, terwijl de verantwoordelijkheden voor de zorg nog onvoldoende belegd zijn. Daarbij komt, zoals blijkt uit de resultaten, dat de huidige dossiervoering tekort schiet om de continuïteit van zorg te waarborgen, zeker gezien de vele personeelwisselingen. Dit maakt het moeilijk voor medewerkers om kwalitatief goede en veilige zorg te bieden. In dit licht zijn de anonieme signalen die bij de inspectie zijn binnengekomen over personeelstekorten en tekortkomingen in de zorg, verklaarbaar.

2.2.2 *PDCA-cyclus functioneert onvoldoende*

Binnen Westhoff verzamelt men informatie over de zorg, maar deze wordt onvoldoende benut om bij te sturen. De PDCA-cyclus is hiermee niet compleet. Westhoff voert interne audits uit, heeft een systeem waarin meldingen worden geregistreerd en neemt enquêtes af onder cliënten en personeel. De informatie die hieruit naar voren kwam blijkt onvoldoende te zijn gebruikt om de zorg te verbeteren. Dit was onder andere aan de orde bij signalen over de personele bezetting en bij zelf geconstateerde tekortkomingen aan het cliëntdossier. Ook werden meldingen bij medicatiefouten in onvoldoende mate geanalyseerd om inzicht te krijgen in de achterliggende oorzaken. Een ander punt is dat met de invoering van zelfsturende teams andere informatie nodig is om een goed beeld te krijgen van de zorg en de omstandigheden waaronder de zorg wordt aangeboden. Hierbij gaat het om zaken zoals de samenwerking in de teams, de aanspreekcultuur en het nakomen van verantwoordelijkheden. Deze sturingsinformatie was nog niet aanwezig binnen Westhoff en kan zodoende niet gebruikt worden ter verbetering van de zorg.

2.2.3 *Gesprek met raad van bestuur*

Uit de resultaten blijkt dat op een aantal punten dezelfde tekortkomingen zijn geconstateerd als op een andere locatie die de inspectie bezocht in oktober 2015. De uitkomsten van het bestuursgesprek zijn samengevat opgenomen in de inleiding van dit rapport. Op 12 februari 2016 sprak de inspectie met de raad van bestuur van Florence. De aanleiding hiervoor was dat de inspectie zich zorgen maakte over de lage kwaliteit van het meldingenonderzoek bij Florence en het uitblijven van verbeteringen hierin. Ook zijn aandachtspunten rondom MIC-analyses, personeelssamenstelling, dossiervoering en de regie van de behandeldienst besproken. Al in 2013 sprak Florence met de inspectie over dossiervoering die ontoereikend bleek voor goede zorg. Het feit dat bij recent toezicht op locaties van Florence nog altijd gelijksoortige tekortkomingen in de dossiervoering gesignaleerd werden, acht de inspectie meer dan zorgelijk.

De inspectie benoemde nogmaals de vier items, die als rode draden de afgelopen jaren telkens naar voren komen en risico's vormen voor de veiligheid van- en goede zorg voor de cliënt:

- de MIC-analyses, namelijk het gebrek daaraan;
- de dossiervoering (medisch- en zorgdossier);
- de personele samenstelling (kwantitatief en kwalitatief);
- regie van de zorg vanuit de medische dienst en de aansturing daarvan.

De inspectie is zich er evenals Florence van bewust dat er binnen Florence ongetwijfeld ook zaken goed gaan en dat het management en de medewerkers de nodige inspanningen verrichten. De inspectie merkt dat de motivatie van Florence om verbeteringen door te voeren aanwezig is. Ze ziet echter de nodige risico's in het verbetertempo tot heden.

De vier genoemde onderwerpen moeten half april 2016 aantoonbaar door Florence worden opgepakt en tot benodigde verbetering leiden.

2.3 Cliëntgerichtheid in de praktijk niet altijd zichtbaar

Cliëntgericht werken is één van de uitgangspunten van Westhoff. Tijdens het inspectiebezoek bleek dat de sfeer op de afdelingen goed was en dat medewerkers de cliënten op een prettige manier benaderden. Vaste medewerkers waren bekend met een cliëntgerichte werkwijze, ook door de scholing die zij vanuit Westhoff volgden en de ondersteuning die ze kregen van de andere disciplines. Echter het wisselende personeelsbestand, met de inzet van veel flexwerkers, maken cliëntgericht werken binnen Westhoff moeilijk. Cliënten krijgen hierdoor te maken met te veel verschillende medewerkers. Goede dossiervoering is dan essentieel, maar nog onvoldoende gerealiseerd binnen Westhoff. Veel informatie wordt mondeling overgedragen, vanwege onder andere technische onmogelijkheden van het elektronische cliëntdossier. Mondelinge informatieoverdracht geeft een risico op fouten in de zorg en behandeling.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren, die nodig zijn om te voldoen aan de normen in paragraaf 3.2.

3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

- 1.1 De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.
- 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.
- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.
- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.3 In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 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.
- 4.1 De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 4.8 Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS²-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.
- 5.7 Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.

Extra normen

- 6.1. De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt deze voor kwaliteitsverbetering.
- 6.2 De zorgaanbieder meldt dwangbehandelingen in het kader van de Wet Bopz bij de inspectie.
- 6.3 De zorgaanbieder past de toepasselijke juridische regels toe bij de besluitvorming over het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen.

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie drie maanden na de datum van de begeleidende brief bij het vastgestelde rapport.

In dit resultaatsverslag staat per norm:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldoet aan de norm;
- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij volledig aan de norm voldoet;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag feitelijk heeft bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

3.4 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de bij overige locaties of teams geboden zorg aan alle getoetste normen voldoet en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

3.5 Vervolgacties inspectie

Gezien de ernst van de bevindingen van het meldingenonderzoek en het bezoek aan het Gulden Huis, sprak de inspectie op 12 februari 2016 met de raad van bestuur van Florence. De bevindingen van het bezoek aan Westhoff zijn hierin meegenomen. Ook dit bezoek liet zien dat binnen Florence verbetermaatregelen tot nu toe onvoldoende zijn opgepakt.

Er vindt daarom een aangekondigd en/of onaangekondigd hertoetsbezoek plaats aan Westhoff of een andere locatie. De inspectie zal het resultaatsverslag gebruiken ter voorbereiding op dit bezoek. Het is mogelijk dat als blijkt dat Westhoff niet aan de normen voldoet, de inspectie overweegt een maatregel op te leggen.

4 Bevindingen inspectiebezoek

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.

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 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.

4.1.2 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 ¹ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	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
1.4	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 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		
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

1.1 b) Volgens cliënten was sprake van hoge werkdruk, veel uitzendkrachten en weinig tijd voor persoonlijke aandacht. Uit gesprekken en documenten bleek niet dat Westhoff verbetermaatregelen had getroffen. (zie ook thema 3).

1.2 b) MIC-meldingen werden binnen Florence organisatiebreed verzameld en opgesplitst naar type incident. Daarnaast was een overzicht beschikbaar van het type incident per afdeling op de locatie Westhoff. Het aantal meldingen verschilde sterk per afdeling. Tijdens de rondgang kwam naar voren dat medewerkers een aantal medicatiefouten niet hadden gemeld.

Een systematische analyse van de meldingen naar basisoorzaken was niet beschikbaar. Organisatiebreed was sinds kort een MIC-commissie gestart, georganiseerd rondom de expertisevelden.

- 1.2 c)** Het jaarverslag 'Meldplein 2015 complexe somatiek' gaf voornamelijk kwantitatieve informatie over aantal en soort meldingen en gaf geen trendanalyse of voorstellen voor verbetermaatregelen.

- 1.3 a)** Op de website van Florence was informatie beschikbaar over de klachtenregeling. Cliënten of hun vertegenwoordigers konden klachten indienen via de website van Florence. Daarnaast had Florence een onafhankelijke klachtencommissie en was het mogelijk suggesties of complimenten in te dienen via de website.

- 1.4 a)** Medezeggenschap van cliënten regelde Westhoff via een wijkgerichte cliëntenraad. Deze cliëntenraad had inspraak via de expertisemanagers. Daarnaast was binnen Florence een centrale cliëntenraad actief, met afgevaardigden van de verschillende wijkcliëntenraden.

- 1.8 a)** Medewerkers vertelden dat Westhoff aan cliënten voornamelijk groepsgerichte activiteiten aanbood. Tijdens de inspectie was te zien dat veel cliënten van de PG-afdelingen aan deze activiteiten deelnamen. Westhoff bood sommige cliënten ook individuele activiteiten aan. Medewerkers gaven hierbij aan dat het aanbod nog onvoldoende was afgestemd op de individuele bewoners.
Op de dienstroosters van twee afdelingen GRZ was te zien dat de geplande uren voor activiteitenbegeleiding niet waren ingevuld. De bestuurder meldt in reactie op feitelijke onjuistheden: de GRZ kent een registratieverplichting op basis van geleverde inzet. Activiteitenbegeleiding wordt alleen ingezet op basis van een door het behandelteam bepaalde indicatie; deze begeleiding bestaat uit individuele therapie (evidence based). Dit maakt dat de uren pas achteraf, aan het einde van de maand, op basis van de registratie worden vastgelegd.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

4.2.1 *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.

4.2.2 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. 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
2.4	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

Algemeen

Binnen Westhoff maakten zorgmedewerkers en behandelaren samen gebruik van een multidisciplinair elektronisch cliëntdossier (ECD). Dit ECD bestond uit twee systemen; Label-care voor medewerkers in de zorg en Ysis voor de behandelaren. De koppeling tussen beide systemen was sinds kort tot stand gebracht, maar de behandelaren gaven aan dat deze nog niet optimaal was.

Medewerkers maakten gebruik van tablets voor het raadplegen van de dossiers.

Op iedere afdeling waren hiervoor enkele tablets beschikbaar.

De inspectie constateerde dat de kwaliteit van de geraadpleegde dossiers erg verschilde. Zo bleek de dossiervoering op de revalidatieafdeling Mimosa veel beter te zijn dan op de PG-afdelingen. Uit de auditverslagen en het gesprek met het management bleek dat er op de afdeling Mimosa extra inzet was geweest om de dossiers op orde te krijgen.

Toelichting

- 2.1 b)** De levensgeschiedenissen waren soms wel, maar in een aantal gevallen deels of niet ingevuld. Westhoff betrok volgens gesprekspartner cliënten of hun vertegenwoordigers bij het opstellen van het zorgplan en het beschrijven van de levensgeschiedenis, maar dit was niet in alle dossiers aantoonbaar gemaakt.
- 2.2 a)** Medewerkers gaven aan dat ze de zorgdoelen opstelden samen met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Hierbij hielden ze zoveel als mogelijk rekening met iemands wensen en behoeften. Echter bij een aantal cliënten, waarbij de levensgeschiedenis ontbrak in het dossier, was niet aantoonbaar dat deze de basis was voor de opgestelde doelen. Ook was in de geraadpleegde dossiers te zien dat de dagbesteding van een cliënt niet was opgenomen in de zorgdoelen.
- 2.3 c)** De opdrachten van de behandeldienst aan zorgmedewerkers waren alleen te zien in de tijdslijn van Label-care. Dit was een tabblad voor de dagelijkse rapportage. Om geïnformeerd te zijn over deze opdrachten moesten medewerkers de tijdslijn van iedere cliënt doorlopen. Dit kostte veel tijd. Om die reden werden opdrachten vaak ook mondeling toegelicht door de behandelaren, met het risico dat niet iedere medewerker over dezelfde informatie beschikte.
- 2.4 a)** Risico-inventarisaties werden twee keer per jaar uitgevoerd voorafgaand aan het Multi Disciplinaire Overleg (MDO). Een korte elektronische versie werd indien nodig gevolgd door een meer uitvoerige versie. Er bleek geen formulier te zijn voor problemen met medicatiegebruik. Verder werd het risico voor vallen vastgesteld op basis van drie vragen. Zorg voor Beter heeft ten behoeve van de risico-inventarisatie per domein een checklijst opgenomen van mogelijke gezondheidsrisico's. Hierbij wordt verwezen naar de beschikbare landelijke richtlijnen. Zorg voor Beter gebruikt zes vragen voor het vaststellen van valrisico's. Een ander punt was dat bij een ongewijzigde score in de elektronische versie, de datum van de eerstvolgende afname niet automatisch werd aangepast. Hierdoor kan het voorkomen dat ingevulde data mogelijk niet klopten met de data van afname.
- 2.5 a)** De samenhang tussen de zorgbehoeften, doelen, acties en rapportages was onvoldoende terug te zien in het zorgdossier. Er was veel informatie over de cliënt beschikbaar, maar een overzicht met tussentijdse bijstellingen ontbrak. Daardoor bestaat er een risico dat belangrijke cliëntinformatie gemist werd. In het verlengde hiervan constateerde de

inspectie dat uitzendkrachten geen toegang hadden tot het ECD en geen mogelijkheid hadden zelf te rapporteren.

- 2.5 b)** De dagelijkse rapportages waren niet specifiek gekoppeld aan zorgdoelen en acties. De technische mogelijkheid hiervoor ontbrak. Medewerkers rapporteerden niet specifiek per doel, maar legden de bevindingen vast in een algemene rapportage voor iedere cliënt. Het kostte veel tijd om specifieke informatie terug te vinden. Daarom verliep de informatieverstrekking over de zorg in veel gevallen mondeling.
- 2.5 c)** De geraadpleegde zorgdossiers bevatten evaluaties. Ze betroffen echter niet altijd alle zorgdoelen.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 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.

4.3.2 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

- 3.2 a)** Uit de gesprekken met medewerkers kwam naar voren dat ze weten wat de effecten zijn van hun bejegening op het gedrag van cliënten. De inspectie zag dat medewerkers respectvol omgingen met hun cliënten en dat cliënten hier goed op reageerden.
- 3.2 b)** Uit de gesprekken met de medewerkers en behandelaren bleek dat de benadering van cliënten een vast onderwerp was tijdens het MDO. Ook gaven medewerkers aan dat zij de psycholoog raadpleegden als er zich op dit gebied problemen voordeden. Met elkaar overlegden ze dan over de meest optimale benaderingswijze van een cliënt.
- 3.3 a)** De vaste medewerkers waren goed op de hoogte van de zorgbehoefte van cliënten. Flexwerkers waren niet goed op de hoogte omdat zij beperkt toegang hadden tot het zorgdossier. Vaste medewerkers droegen daarom mondeling de informatie over.
- 3.3 b)** Medewerkers vonden dat ze voldoende kennis en kunde in huis hadden om goed met hun doelgroep om te gaan.
- 3.3 c)** Medewerkers vertelden dat binnen Westhoff vakinhoudelijke ondersteuning in voldoende mate aanwezig was.
- 3.4 a)** Tijdens de rondgang constateerde de inspectie dat medewerkers protocollen en werkafspraken over medicatieveiligheid en het melden van (bijna) fouten onvoldoende naleefden. Zo ontbraken er parafen op de toedienlijst voor medicatie. De afspraak was dat medewerkers hiervoor een MIC-melding deden. Dit was niet gedaan.
- 3.5 a)** Uit de interne audits kwam naar voren dat er recent op alle afdelingen binnen Westhoff veel aandacht was voor het creëren van een veilige omgeving voor de cliënten.
- 3.5 b)** Tijdens de rondleiding bleek dat de veiligheid van de bezochte afdelingen op orde was. Kranen waren bijvoorbeeld goed afgesteld op temperatuur, laden en kasten met gevaarlijke voorwerpen waren afgesloten.
- 3.6 b)** Westhoff wist niet over welke kennis en kunde medewerkers beschikten. Met de invoering van de zelfsturende teams waren medewerkers zelf verantwoordelijk voor een deel van de scholing die zij volgden. De medewerkers gaven aan dat Westhoff hier onvoldoende op toezag.

Westhoff had een digitaal overzicht van de gevolgde scholingen van iedere medewerker. Scholing die medewerkers volgden, gericht op de specifieke doelgroep en op het werken in zelfsturende teams, waren hier nog niet in opgenomen.

- 3.6 c)** Westhoff bood scholing aan vanuit de Florence-academie. Medewerkers konden zich zelf voor de verplichte (GRIP-training over onbegrepen gedrag en een training over communicatie met familieleden) en niet verplichte scholingen inschrijven. Verschillende medewerkers bleken achter te lopen op het schema met het volgen van de scholingen.
- 3.7 a)** De zorgmedewerkers die roosters samenstelden, maakten geen gebruik van de informatie die beschikbaar was in het Leerplein over de gevolgde scholingen voor voorbehouden en risicovolle handelingen. Hierdoor was niet bekend of de ingezette medewerkers altijd bevoegd en bekwaam waren voor de voorbehouden en risicovolle handelingen die zij uitvoerden.
- 3.7 b)** Het lukte Westhoff niet om op alle diensten voldoende en deskundig personeel in te zetten. Dit kwam op de eerste plaats vanwege een hoog ziekteverzuim. In 2015 was het ziekteverzuim gemiddeld 7% op de PG en 10% op de GRZ. Op één afdeling van de GRZ was het ziekteverzuim 12%. Westhoff was hierdoor genoodzaakt flexmedewerkers in te zetten. Een tweede punt was dat Westhoff graag hoger opgeleid personeel wilde inzetten voor de complexe zorg die zij biedt. Het was echter nog niet gelukt de formatie hierop aan te passen. Uit de gesprekken kwam naar voren dat hierdoor niet altijd het vereiste deskundigheidsniveau beschikbaar was. Ten slotte brachten medewerkers naar voren dat zij zelf verantwoordelijk waren voor de roosters. Dit ging volgens hen niet altijd goed. Zo plande één medewerker zich op de dag van de inspectie in voor een cursus, maar hield hierbij geen rekening met de bezetting op de afdeling. Dit betekende dat zij met vijf medewerkers dertig cliënten met complexe problematiek moesten helpen en pas om twaalf uur klaar waren. Volgens de medewerker was dit niet conform de afspraken. De bestuurder meldt in de reactie op feitelijke onjuistheden dat: Medewerkers op de GRZ-afdelingen zijn niet zelf verantwoordelijk voor het rooster. Er is een centrale roosteraar voor alle GRZ-afdelingen.
- 3.7 c)** Medewerkers gaven aan dat zij flexmedewerkers meestal alleen mondelinge instructie gaven over de zorg voor de cliënten. Daarbij bleek dat flexmedewerkers beperkt toegang hadden tot het zorgdossier. Hierdoor was het onmogelijk voor hen om alle informatie van cliënten in te zien en te rapporteren. De bestuurder meldt in de reactie op feitelijke onjuistheden dat: Op de GRZ-afdelingen zijn inlogcodes voor flexmedewerkers die zo de voor hen relevante informatie van cliënten kunnen zien en kunnen rapporteren.
- 3.9 a)** Westhoff beschikte over overzichten van het ziekteverzuim, het personeelsverloop en de inzet van invalkrachten. Ook was via de interne audits (scans) informatie beschikbaar over de ervaren werkdruk van medewerkers.
- 3.9 b)** De informatie liet zien dat het ziekteverzuim hoog was, het personeelsverloop hoog en dat Westhoff veel werkte met flexmedewerkers. Ook lieten de interne audits zien dat de werkdruk al langere tijd als hoog ervaren werd. Op de dag van de inspectie kwam in alle gesprekken naar voren dat dit probleem nog niet was opgelost.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 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.

4.4.2 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.	x			
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.	x			
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.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.				x
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁴ niet aan.	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ² heeft uitgezet.	x			
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 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-GDS¹-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.		x		
a)	Voor niet GDS ² -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.				x
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1.1	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.	x			
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.	x			
4.1.2	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			

Toelichting

- 4.1 a)** Westhoff beschikte over een farmaceutische procedure. In deze procedure was echter niet opgenomen dat opiaten altijd afzonderlijk in een afgesloten kast bewaard moeten worden. Ook misten duidelijke afspraken over het eigen beheer van medicatie en over de verantwoording binnen Westhoff voor de registratie van de werkvoorraad.
- 4.6 a)** Westhoff had afspraken over het bewaren van medicatie. Tijdens de rondgang constateerde de inspectie dat de medicijnkarren, de werkvoorraad en de opiaten bewaard werden in een afgesloten voorraadruimte. Deze ruimte maakte wel een onoverzichtelijke indruk. De inspectie trof morfinepreparaten aan in de medicijnkarren, maar buiten de baxterrollen. Volgens de Veilige principes in de medicatieketen horen deze morfinepreparaten in een aparte kluis of afgesloten kast bewaard te worden. De gesprekspartners gaven hierbij aan dat de aangetroffen situatie zo was afgesproken met de apotheek.
- 4.6 b)** Westhoff had afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie. Hiervoor was op iedere afdeling een afgesloten retourbox aanwezig. De inspectie trof tijdens de rondgang echter diverse retourmedicatie aan op een plank in het voorraadhok. Ook bevond zich retourmedicatie van een overleden cliënt in de medicijnkar. Deze medicatie bleek al in 2014 verlopen te zijn.
- 4.6 c)** De inspectie controleerde op meerdere afdelingen de koelkast met medicatie. Eén koelkast miste een temperatuurmeter, één koelkast kon niet op slot en in één koelkast die niet op slot kon, lag medicatie. Medewerkers controleerden de temperatuur van de koelkasten niet wekelijks conform de afspraken hierover.
- 4.7 a)** Een overzicht van de beschikbare werkvoorraad ontbrak. Zo was het niet duidelijk of de hoeveel morfinepleisters klopte. Er was geen medewerker aangewezen als verantwoordelijk voor deze taak. Deze verantwoordelijkheid lag bij de apotheek. Wel tekenden medewerkers en behandelaren alle medicatie af die ze uit de werkvoorraad haalden.

- 4.7 b)** Tijdens de rondgang trof de inspectie een flesje haldol niet-op-naam aan. De reden die medewerkers hiervoor gaven was dat op de betreffende afdeling maar één cliënt haldol gebruikte. Daarnaast vond de inspectie losse medicatie in de medicijnkar.
- 4.7 c)** In de medicijnkarren van de verschillende afdelingen trof de inspectie meerdere flesjes aan met druppels en tubes met crème zonder openingsdatum op de primaire verpakking. In een kast lagen zeven aangebroken tubes zinkzalf zonder openingsdatum.
- 4.8 b)** Het dubbel aftekenen gebeurde in een elektronisch systeem. Het systeem gaf een melding als medewerkers de niet-GDS-medicatie niet aftekenden. Op de dag van de inspectie en de twee dagen daarvoor, was te zien dat alle benodigde dubbele controles gedaan waren. De dubbele controles voor bloedverdunners waren niet opgenomen in het elektronische systeem, maar werden op papier gedaan. De inspectie constateerde dat de dubbele controle niet altijd aantoonbaar werd uitgevoerd. Medewerkers gaven hierbij aan dat zij het ontbreken van de dubbele paraaf niet gemeld hadden.
- 4.8 c)** In de medicijnkar lag inhalatievloeistof zonder een op naam gesteld etiket van de apotheker. Volgens medewerkers was de doos waarin de medicatie werd aangeleverd te groot om op te bergen in de medicijnkar. Daarom was dit zo met de apotheek afgesproken. Niet alle insulinepennen waren voorzien van een op naam gesteld etiket van de apotheker.
- 4.9 a)** Zie ook norm 4.8 b. Medewerkers parafeerden de toegediende of aangereikte medicatie op de toedienlijst in het elektronische systeem. Het systeem gaf een melding als dit niet gebeurde. Op de dag van de inspectie waren alle benodigde parafen aanwezig.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 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.

4.5.2 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 vrijheidsbeperving hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.	x			
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.	x			
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.	x			
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.	x			
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.	x			
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.	x			
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.	x			
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.	x			
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.	x			
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.	x			
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.	x			
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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.	x			
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.				x

Algemeen

In de nota wordt gesproken over toezichthoudende maatregelen. Deze term komt niet voor in de Wet Bopz.

Toelichting

5.7 a) Bij één cliënt bleek dat een ingezette vrijheidsbeperkende maatregel niet was opgenomen in het cliëntdossier. Het ging om een hansop.

5.8 a) Medewerkers gebruikten deze hansop niet volgens afspraak. De familie bestelde de hansop zelf, maar dit nam veel tijd in beslag. Aangezien er nog een hansop in voorraad was, besloten medewerkers om deze alvast in te zetten. Er was niet gekeken of deze hansop passend was voor deze cliënt. Hierover had geen overleg plaatsgevonden met de arts, terwijl dit wel had moeten gebeuren volgens de gesprekspartners.

5.9 a) Westhoff had een overzicht van alle middelen en maatregelen die op de verschillende afdelingen van de locatie werden ingezet. De meest ingezette middelen waren bewegingssensoren, laag-laagbedden en bedhekken. Ook maakten enkele cliënten gebruik van een zogenaamd posybed.

4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.		x		
6.2	De zorgaanbieder meldt dwangbehandelingen in het kader van de Wet Bopz bij de inspectie		x		
6.3	De zorgaanbieder past de toepasselijke juridische regels toe bij de besluitvorming over het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen.		x		

Toelichting

- 6.1** Florence had in onvoldoende mate een duidelijke PDCA-cyclus. Voorbeelden hiervan waren interne audits, waarbij aantoonbare verbeterplannen ontbraken ondanks het signaleren van enkele hoge risico's. In de audits over 2015 verwees de zorgorganisatie naar verouderde veldnormen, zoals het kwaliteitskader van 2007, terwijl nieuwe richtlijnen voorhanden waren. Het Bopz-beleid had volgens het schema in het derde kwartaal van 2015 geëvalueerd moeten worden. Het digitale leersysteem werd in onvoldoende mate geraadpleegd en gebruikt voor de planning, omdat afhankelijk van de manager, medewerkers wel of niet aangesproken werden op het nakomen van afspraken.
- 6.2** Uit de registratie middelen en maatregelen van november 2015 bleek het volgende: bij een cliënt, opgenomen onder artikel 60 van de Wet Bopz, was beschreven dat zij onrustmedicatie weigerde en deze daarom gemalen en 'blind' kreeg toegediend. Deze dwangbehandeling was niet gemeld bij de inspectie.
- 6.3** Een cliënt die vrijwillig was opgenomen kreeg verborgen medicatie toegediend in verband met paranoïde gedachten. Uit het dossier bleek niet dat de eisen die de WGBO hieraan stelt waren toegepast. Op de registratielijst was deze cliënt vermeld onder het kopje "Bopz-vrijwillig".

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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.

- Bopzbeleid kadernotitie, december 2014
- Medicatiedistributieprotocol Florence 2014-2017
- Zorgprogramma complexe psychogeriatricie november 2014
- Formulieren set triage geriatriche revalidatiezorg 21 maart 2013
- Registratie in het kader van de Bopz en toepassing middelen en maatregelen, november 2015
- Kennisprogramma preventie vrijheidsbeperkende maatregelen maart 2014
- Flexaanvragen 07-12-2015 t/m 13-12-2015 21/12-2015 t/m 27/12 2015 en 0401-2016 t/m 10-01-2016
- Verzuimstaten verschillende afdelingen
- Auditrapportages 9/10 maart 2015 Hofwijck prins Clausplein, 29/30 juni afdeling Mimosa herbeoordeling afdeling Mimosa 23/24 november 2015
- Hygiene audits verschillende afdelingen, verschillende data in 2015
- Jaaverslag meldplein 2015
- Diverse documenten ter inzage

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires 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)⁵.
- 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.

Circulaires 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.

⁵ 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.

- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.