

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)



**Rapport van het inspectiebezoek  
aan verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande  
op 8 en 18 januari 2010**

Den Haag, februari 2010

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek.....</b>	<b>4</b>
	Opzet .....	4
2.1	Zorg(behandel)-/leefplan.....	4
2.2	Lichamelijk welbevinden .....	7
2.3	Zorginhoudelijke veiligheid.....	8
2.4	Veilig wonen en verblijf .....	10
2.5	Voldoende en bekwaam personeel .....	11
2.6	Overige onderwerpen .....	12
<b>3</b>	<b>Beschouwing en conclusie.....</b>	<b>16</b>
3.1	Inleiding.....	16
3.2	Beschouwing.....	16
3.3	Conclusie.....	17
<b>4</b>	<b>Te nemen maatregelen .....</b>	<b>18</b>
4.1	Inleiding.....	18
4.2	Plan van aanpak .....	18

## Bijlagen:

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

# 1 Inleiding

Dit rapport doet verslag van twee toezichtbezoeken die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn gebracht aan verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande en bevat tevens een reactie op het plan van aanpak van 5 januari 2010. Verpleeghuis De Kreek maakt onderdeel uit van de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest te Delft.

Op 1 december 2009 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg Verscherpt Toezicht ingesteld bij verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande omdat het verpleeghuis niet voldeed aan de artikelen 2 en 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Als onderdeel van dit geïntensiveerde toezicht heeft de inspectie op vrijdag 8 januari 2010 een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan verpleeghuis De Kreek en op maandag 18 januari 2010 een aangekondigd Follow Up bezoek. Tijdens het Follow Up bezoek heeft de inspectie dezelfde onderwerpen getoetst als op 26 oktober 2009.

Doel van deze inspectiebezoeken is het beoordelen van randvoorwaarden, praktijken of processen waarin zich risico's kunnen voordoen ten aanzien van de veiligheid, de effectiviteit en/of cliëntgerichtheid van zorg in verpleeghuis De Kreek.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie:

- gesprekken gevoerd met de bestuurder, vertegenwoordigers van het management, de verpleeghuisarts, teamleiders, uitvoerende medewerkers en leden van de cliëntenraad;
- zorgplannen ingezien;
- een rondleiding gehad
- alle units (8 somatiek en 13 PG) van het verpleeghuis bezocht en alle aanwezige zorgverlenende medewerkers bevroegd (op 8 januari);
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

De methodiek voor dit bezoek is vastgelegd in het 'Tweede Fase Instrument programma ouderenzorg', versie 2008. Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.<sup>1</sup>

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan
- Lichamelijk welbevinden
- Zorginhoudelijke veiligheid
- Veiligheid wonen en verblijf
- Voldoende en bekwaam personeel

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Hoe scoort verpleeghuis De Kreek op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van verpleeghuis De Kreek in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- Welke maatregelen moet verpleeghuis De Kreek binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 2

## 2 Bevindingen inspectiebezoek

### Opzet

De inspectie beoordeelt verpleeghuis De Kreek op vijf thema's. Ieder thema bestaat uit een aantal onderwerpen. In dit hoofdstuk geeft de inspectie per onderwerp haar oordeel weer in vier gradaties: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' en 'zeer hoog risico'<sup>2</sup>. Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

Onderwerpen die niet in het instrument aan bod komen, en naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg binnen uw instelling, benoemt de inspectie in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

### 2.1 Zorg(behandel)-/leefplan

	<i>Onderwerp</i>	<i>Oordeel</i>	<i>Oordeel</i>
		<i>26-10-2009 en 30-10-2009</i>	<i>08-01-2010 en 18-01-2010</i>
1	Zorg(behandel)-/leefplansystematiek	<i>Hoog risico</i>	<i>Gering risico</i>
2	Individueel zorg(behandel)-/leefplan	<i>Hoog risico</i>	<i>Hoog risico</i>

#### toelichting per onderwerp

##### 1 Zorg(behandel)-/leefplansystematiek:

In het rapport van de inspectiebezoeken van 26 en 30 oktober 2009 heeft de inspectie beschreven dat de informatie in de zorg(leef)-behandelplannen op veel verschillende plekken was opgeslagen en dat daardoor het overzicht over de daadwerkelijk te leveren zorg moeilijk te verkrijgen was. De inspectie voorzag ook enig risico in het actueel houden van alle informatiebronnen die naast elkaar gebruikt werden.

Uit het plan van aanpak van verpleeghuis De Kreek (versie 5 januari 2010), is gebleken dat men ten aanzien van de structuur, het proces en het product (zorg(behandel)-/leefplan/zorgdossier) rond het werken met het papieren- en digitale zorg(behandel)-/leefplannen in verpleeghuis De Kreek een aantal acties in gang heeft gezet.

- Er is een voorbeeldmap papieren zorgdossier gemaakt;
- Er is in een Nieuwsbrief vastgelegd op welke wijze het papieren zorgdossier is ingericht;
- Dit is dit besproken in het werkoverleg;
- Douchelijsten worden niet meer separaat als werklijsten aangelegd maar zijn opgenomen in het individuele zorgplan van de cliënt.

Tijdens de inspectiebezoeken in oktober 2009 waren de helpenden kwalificatieniveau 2, niet geautoriseerd om zelfstandig het digitale 'moederdossier' (Plancare) te raadplegen en te checken of afspraken die elders

<sup>2</sup> In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

(ADL kaart, douchelijst, papieren dossier, dieetlijstjes, afdelingsagenda etc) vastgelegd waren en die soms tot onduidelijkheid leidden, nog actueel waren. Uit het plan van aanpak van verpleeghuis De Kreek en de inspectiebezoeken in januari 2010, is gebleken dat helpenden inmiddels geautoriseerd zijn om het digitale zorgdossier te raadplegen. Onder supervisie van verzorgenden kwalificatieniveau 3, mogen zij ook in dit digitale zorgdossier rapporteren.

Ook bleek in oktober 2009 dat medewerkers niet structureel geschoold werden over het inhoudelijke deel van de zorgplansystematiek.

Eerste informatiebijeenkomsten aan helpenden over de technische mogelijkheden van de Plancaresystematiek, hebben inmiddels plaatsgevonden. Naast de technische scholing aan medewerkers, om met Plancare te kunnen werken, is scholing om zorginhoudelijke evidence based zorgplannen te kunnen opstellen, noodzakelijk.

Volgens het plan van aanpak onder het kopje voortgangsverslag wordt periodieke inhoudelijke scholing over systematisch werken met zorg(leef)/-behandelplannen voor medewerkers kwalificatieniveau 2 op centraal niveau van de stichting opgesteld. Voor bewaking van de uitvoering van deze actie is het van belang dat daarbij wordt afgesproken en vastgelegd hoe de verantwoordelijkheden ten aanzien van de uitvoering, geregeld is. Is Raad van Bestuur of afdeling onderwijs op centraal niveau hiervoor verantwoordelijk of is dit de verantwoordelijkheid van locatiemanager of praktijkopleider op lokaal niveau?

In het rapport oktober 2009 heeft de inspectie melding gemaakt van het feit dat medewerkers (in dit geval iedereen die een taak/verantwoordelijkheid heeft bij het opstellen, managen en evalueren/ bijstellen van het zorgplan) niet structureel geschoold worden. Om de kwaliteit van de zorgplannen te waarborgen, is het van belang dat alle inhoudelijk betrokkenen hierover structureel scholing aangeboden krijgen dus niet alleen medewerkers van kwalificatieniveau 2.

#### Conclusie:

Ondanks het feit dat er in relatie tot de indicator zorg(behandel)/-leefplan systematiek initiatieven genomen zijn om de structuur, het proces en het product te verbeteren, wordt in bovenstaande matrix nog gering risico gescoord om onderstaande redenen:

- de lokale werkwijze in verpleeghuis De Kreek rond het papieren zorgdossier is nog niet vastgelegd en geborgd in een formele procedure;
- de zorginhoudelijke scholing over het werken met en opstellen van zorgplannen is nog niet aangeboden aan zorgverlenende medewerkers van de verschillende kwalificatieniveaus (dus ook 3 en 4);
- de zorginhoudelijke scholing over het werken met en opstellen van zorgplannen is nog niet vastgelegd en geborgd in een centraal scholingsplan en/of lokaal jaarwerkplan.

Eind februari 2010 zal de inspectie nog een bezoek brengen aan verpleeghuis De Kreek in het kader van de Wet Bopz. Specifieke eisen die de Wet Bopz stelt aan het leef(behandel)/-zorgplan van cliënten met een Bopz-indicatie zal de inspectie dan toetsen.

## 2 Individueel zorg(behandel)-leefplan:

Uit het bezoek van oktober 2009 is gebleken dat minimaal twee maal per jaar (en indien noodzakelijk vaker) het zorgplan van een individuele cliënt wordt besproken tijdens een multidisciplinair overleg (MDO). De cliënten of (wettelijk) vertegenwoordiger zijn daarbij niet aanwezig. In verpleeghuis De Kreek wordt van te voren aan de cliënten en/of vertegenwoordigers gevraagd of er nog bespreekpunten zijn voor het MDO en achteraf worden zij geïnformeerd over de uitkomsten van het overleg en wordt het zorgplan geactualiseerd. Volgens de Raad van Bestuur worden de resultaten met de cliënt besproken en wordt het beleid naar aanleiding van dat gesprek zonodig aangepast.

In het plan van aanpak (pag. 6) van verpleeghuis De Kreek is vastgelegd (citaat) "de cliënt/vertegenwoordiger wordt gekend in het zorgplan en stemt ermee in". De wetgever heeft de cliënt ten aanzien van de inhoud van het zorgplan een belangrijke rol toegekend. In het besluit Zorgplanbespreking van 25 maart 2009 is vastgelegd dat van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij bij het opstellen van het zorgplan de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger actief betrekken bij het opstellen van het zorgplan. Het is dus van belang dat de cliënt en/of de (wettelijk) vertegenwoordiger meepraten over de vormgeving van de zorg en behandeling die aan hen geboden wordt.

Het is de vraag of de formulering in het plan van aanpak 'de cliënt wordt hierin gekend', ook betekent dat in de praktijk aan de cliënt een actieve rol wordt toegekend. Uiteraard komen de onderwerpen uit onderstaand thema 2.2 ook in aanmerking om eerst te bespreken en af te stemmen met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger, alvorens een besluit over deze onderwerpen te nemen.

Samengevat: een zorgplan is een belangrijk hulpmiddel bij het maken, realiseren en evalueren van multidisciplinaire afspraken over welzijn, zorg en behandeling. Bij het opstellen van een zorgplan worden de zorgbehoeften en de wensen van de cliënt nader uitgewerkt en vertaald naar de dagelijkse zorgbehoefte die de cliënt heeft. Het zorgplan dient in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand te komen en het dient zichtbaar te zijn dat het zorgplan de instemming heeft van de cliënt (voor overige normen zie bijlage 3).

Tijdens het inspectiebezoek heeft de inspectie uiteenlopende signalen van cliënten gekregen over hun persoonlijke inbreng bij het opstellen en bijstellen van het zorgplan. Dit varieerde van aanwezigheid als vertegenwoordiger bij het MDO tot ontbreken van afstemming met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.

Volgens het plan van aanpak zullen medewerkers worden geïnformeerd over de MDO procedure en zal deze procedure worden geïmplementeerd. Tevens zal een planning worden gemaakt voor MDO's die in 2010 zullen worden gehouden. Ten tijde van het inspectiebezoek op 18 januari was men daarmee van start gegaan.

Volgens de gesprekspartners hebben alle cliënten en/of vertegenwoordigers recentelijk schriftelijk bericht ontvangen wie van de medewerkers hun vaste aanspreekpunt (contactverzorgende) is/wordt.

Conclusie: Ondanks het feit dat er in relatie tot de indicator individueel zorg(behandel)/-leefplan initiatieven genomen zijn om deze inhoudelijk te verbeteren, wordt nog hoog risico gescoord om onderstaande redenen:

- niet alle cliënten en/of vertegenwoordigers voelen zich voldoende betrokken bij het opstellen en/of evalueren van het zorg(behandel)/-leefplan;
- de procedure werkwijze MDO intramuraal (01.12.09 versie 1 Zorginstellingen Pieter van Foreest, Monica)) moet nog worden geïmplementeerd;
- met het houden van MDO's moet nog een start worden gemaakt.

Op basis van bovenstaande concludeert de inspectie dat de zorgplannen (nog) geen volledig beeld geven van de actuele wensen en zorgbehoeften van cliënten en hierdoor onvoldoende als basis kunnen dienen voor de zorgverlening.

## 2.2 Lichamelijk welbevinden

<i>Onderwerp</i>	<i>Oordeel</i>	<i>Oordeel</i>
	<i>26-10-2009 en 30-10-2009</i>	<i>08-01-2010 en 18-01-2010</i>
1 Lichamelijk welbevinden	<i>Hoog risico</i>	<i>Hoog risico</i>

### toelichting per onderwerp

#### A Lichamelijke verzorging:

Volgens de cliëntenraad wordt beter ingespeeld op de frequentie en continuïteit van douchebeurten, als de cliënt een douchebeurt wenst. Deze vorm van lichamelijke verzorging is nu ook opgenomen in het zorgdossier. Het grootschalig gebruik van geïmpregneerde washandjes is volgens de gesprekspartners afgeschaft.

#### B Gebitsverzorging:

Het Mondzorgproject van de Radboud Universiteit waaraan verpleeghuis het afgelopen jaar heeft deelgenomen moet nog worden geëvalueerd, geformaliseerd en geïmplementeerd. In het plan van aanpak (5 januari 2010) is opgenomen dat na afsluiting van het onderzoek de richtlijn mondzorg zal worden opgesteld en dat dit naar verwachting op 01-07-2010 gereed zal zijn.

Het is niet duidelijk of de daadwerkelijke verzorging van het gebit of protheses in voldoende mate plaatsvindt en of de hierbij behorende interventies in samenspraak met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger het in het zorgplan zijn opgenomen.

Uit de gesprekken die de inspectie gevoerd heeft met de medisch behandelaars is gebleken dat samenwerking met tandartsen moeizaam verloopt doordat er niet veel tandartsen bereid zijn om cliënten uit het verpleeghuis te behandelen. Volgens de behandelaars worden cliënten nog wel eens behandeld door hun "eigen" tandarts. Tandartsenzorg is ondergebracht bij de AWBZ voor cliënten die in het verpleeghuis verblijven. In verpleeghuis De Kreek blijkt tandartsenzorg in de praktijk nauwelijks te worden gevraagd en te worden verstrekt.

### C Incontinentiemateriaal:

De inspectie heeft in het rapport van oktober 2009 aangegeven dat het niet duidelijk is in welke mate de inbreng, van cliënten en/of hun wettelijke vertegenwoordiger, meeweegt bij keuzes die gemaakt worden door de zorgaanbieder op het gebied van incontinentiezorg en andere basiszorg. Ook tijdens de inspectiebezoeken in januari 2010 was hierover nog niets opgenomen in de zorgplannen van cliënten. Helaas is over bovenstaande punten niets opgenomen in het plan van aanpak.

Conclusie: verpleeghuis De Kreek scoort voor het onderwerp Lichamelijk welbevinden op hoog risico omdat:

- het beleid ten aanzien van lichamelijke verzorging zoals gebitsverzorging, nagelverzorging, haarverzorging en toiletgang niet geborgd (op schrift gesteld- geïmplementeerd- geëvalueerd –bijgesteld) is;
- deze onderwerpen niet altijd zijn opgenomen in het individuele zorg(behandel)/-leefplan van de cliënt.

## 2.3 Zorginhoudelijke veiligheid

<i>Onderwerp</i>	<i>Oordeel</i> 26-10-2009 en 30-10-2009	<i>Oordeel</i> 08-01-2010 en 18-01-2010
1 vocht en voeding	<i>Hoog risico</i>	<i>Hoog risico</i>
2 valpreventie	<i>Hoog risico</i>	<i>Hoog risico</i>
3 diagnostiek en behandeling bij incontinentie	<i>Hoog risico</i>	<i>Hoog risico</i>

### toelichting per onderwerp

#### 1 Vocht en voeding:

Tijdens het inspectiebezoek op 8 januari 2010 heeft de inspectie opnieuw moeten vaststellen dat de bezetting rond de maaltijd (rond 12 uur) erg krap was. Op de afdeling somatiek wordt de warme maaltijd tussen de middag geserveerd en op de PG afdelingen vindt de warme maaltijd aan het einde van de middag plaats. Op een van de etages van de units somatiek had één gastvrouw de taak om de maaltijden te verdelen en op te dienen voor ruim 30 cliënten en daar waar nodig cliënten te helpen bij het nuttigen van de maaltijd.

Ten tijde van het onaangekondigde inspectiebezoek op 8 januari was op een van de PG afdelingen een cliënt overleden. Dit heeft van het aanwezige zorgverlenende personeel veel aandacht gevraagd waardoor zij de gastvrouw(en) niet konden ondersteunen bij hulp met de maaltijd aan de bijna volledig zorgafhankelijke psychogeriatrische cliënten in de PG straatjes. De gastvrouwen hebben per gastvrouw de zorg voor hulp bij de maaltijden voor 12 psychogeriatrische cliënten. In theorie worden zij daarbij ondersteund door de dan aanwezige zorgverlenende medewerkers. Deze medewerkers dienen ook te pauzeren. Vlak voor de maaltijd of vlak na de maaltijd van de cliënten wordt deze pauze buiten de afdeling genomen. Daardoor staat de gastvrouw rond het middaguur vaak alleen op de huiskamer omdat de ene zorgverlenende medewerker die achter is gebleven allerlei afrondende werkzaamheden van de

's morgens geboden ADL zorg moet verrichten. Dit is veelal buiten de huiskamer.

Bij de personele planning volgens het ZZP rooster lijkt onvoldoende te zijn voorzien in onverwachtse situaties rond piektijden waarop de maaltijden worden aangeboden. Voor de kwetsbare cliënten die in het verpleeghuis verblijven is hulp bij de maaltijden van essentieel belang om hun lichamelijke conditie op peil te houden en hun kwaliteit van leven te bewaken.

De voedingsassistenten en gastvrouwen van de PG afdelingen hebben volgens het management onlangs een klinische les aangeboden gekregen rond slikproblematiek. Hiermee is de eerste aanzet tot het cyclisch scholen, van betrokkenen, over vocht en voeding gegeven.

Conclusie: Omdat in de personele bezetting randvoorwaarden ontbreken om verantwoorde zorg te bieden tijdens de pauzes van de medewerkers en op andere piekmomenten, scoort dit onderwerp in bovenstaande matrix nog op hoog risico.

## 2 Valpreventie:

Verpleeghuis De Kreek beschikt over een protocol 'Valincidenten', 01.10.09, gebaseerd op de CBO-richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen'. Van valincidenten wordt een MIC-melding gemaakt. Specifieke scholing op het gebied van valpreventie ontbreekt. Het protocol is dus nog niet geïmplementeerd. In de zorgdossiers/zorgplan is daardoor ook nog geen individueel gerichte valrisicoanalyse opgenomen.

In het plan van aanpak is opgenomen dat men het streven heeft om per 1 juli 2010 te werken met het nieuwe valprotocol.

Conclusie: met betrekking tot het onderwerp scoort verpleeghuis De Kreek nog hoog risico in bovenstaande matrix. De score 'hoog risico' is gebaseerd op het feit dat het beleid in de vorm van een protocol nog niet geïmplementeerd is, er geen structurele scholing over dit onderwerp plaatsvindt en omdat een individueel cliëntgerichte risico-inventarisatie ontbreekt in het zorgplan.

## 3 Diagnostiek en behandeling bij incontinentie:

Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest heeft sinds kort de beschikking over een protocol voor de diagnostiek en preventie van incontinentie. Dit protocol is echter nog niet geïmplementeerd in verpleeghuis De Kreek. Volgens het plan van aanpak zal dit uiterlijk plaatsvinden per 1 juli 2010. De gesprekspartners gaven aan recentelijk geen scholing over incontinentie aangeboden te hebben gekregen.

Conclusie: omdat het protocol nog niet geïmplementeerd is en er ook geen structurele scholing plaatsvindt ten aanzien van dit onderwerp en het onderwerp niet altijd is opgenomen in het individuele zorgplan van de cliënt, scoort dit onderwerp op hoog risico.

## 2.4 Veilig wonen en verblijf

<i>Onderwerp</i>	<i>Oordeel</i>	<i>Oordeel</i>
	<i>26-10-2009 en 30-10-2009</i>	<i>08-01-2010 en 18-01-2010</i>
1 Veilig wonen	<i>Hoog risico</i>	<i>Hoog risico</i>
2 Veiligheid materiaal en hulpmiddelen	<i>Hoog risico</i>	<i>Gering risico</i>

### toelichting per onderwerp

#### 1 Veilig wonen:

Een ondertekende gebruiksvergunning (18 december 2009) van de nieuwbouw PG locatie van de Gemeente Westland heeft de inspectie ingezien. Er heeft nog geen brandoefening en/of ontruimingsoefening in de PG nieuwbouw plaatsgevonden. Volgens de planning zal op 18 februari en op 9 maart 2010 een twee uur durende BHV oefening met 'droge ontruiming' plaatsvinden in verpleeghuis De Kreek.

Op 8 januari 2010 heeft de inspectie tijdens een onaangekondigd bezoek de personele bezetting in kaart gebracht tussen 10.15 uur en 14 uur. Op dat moment waren er vier BHV's aanwezig onder het zorgverlenend personeel. Mogelijk waren er nog andere BHV's in huis maar daar heeft de inspectie zich op dat moment niet op gericht. Volgens de gesprekspartners is het de bedoeling dat BHV's zich 's morgens bij de receptie melden. Hun naam wordt op een lijst gezet bij de receptie. Het is niet duidelijk wie deze lijst beheert en wie bewaakt of er per dienst en per dag voldoende BHV's in beide panden aanwezig zijn. Volgens het plan van aanpak zullen er per 1 juli 2010 10 BHV's per dag tijdens kantooruren aanwezig zijn.

De procedure Toezicht op PG bewoners (in de huiskamers) versie 21-10-2009, sluit maar voor een beperkt deel aan bij de norm veilig 24x 7uur wonen in verpleeghuis De Kreek. Doordat de nieuwe organisatievorm (kleinschalig wonen) voor PG cliënten in verpleeghuis De Kreek pas sinds eind september 2009 operationeel is, ontbreekt er concreet uitgewerkt beleid op dit gebied. De procedure Toezicht is een goed begin om het lokale beleid ten aanzien van 7x 24 uur veilig wonen in verpleeghuis De Kreek vast te leggen maar zou nog verder uitgebreid en geobjectiveerd moeten worden. Enerzijds ter verantwoording naar de cliënten en/of hun vertegenwoordigers en anderzijds naar medewerkers om een deze norm te concretiseren. Het beleid rond het toezicht op veilig wonen is vastgelegd op één A4 velletje en heeft geen link naar een zorgvisie of ander overstijgend beleid met betrekking tot veiligheid van PG bewoners. In het plan van aanpak is aan dit essentiële onderdeel van de norm Veilig Wonen helaas geen aandacht besteed.

Conclusie: Omdat 24 x 7 uur toezicht in de woon- en leefruimten van psychogeriatrische cliënten bemoeilijkt wordt door de bouwkundige situatie, er tijdens de avond- weekend- en nachtdienst een beperkte aanwezigheid van medewerkers is en omdat beleid over het onderwerp toezicht op dit onderwerp minimaal is vastgelegd, scoort dit deel onderwerp nog op hoog risico.

## 2 Veiligheid materiaal en hulpmiddelen:

Tijdens het inspectiebezoek in oktober 2009 was het voor de medewerkers van de technische dienst niet duidelijk wie de verschillende onderhoudscontracten in beheer had en wie er verantwoordelijk was om te checken of ook al het onderhoud ook daadwerkelijk zou worden uitgevoerd. Omdat het niet duidelijk was waar de regie lag, op centraal of lokaal niveau scoorde dit onderwerp op hoog risico. De inspectie heeft bij deze indicator de medewerkers van de technische dienst als voorbeeld gegeven. Het belangrijkste is dat medewerkers die te maken hebben met het gebruik en onderhoud van (medische) hulpmiddelen in een oogopslag kunnen vaststellen hoe het met het onderhoud gesteld is en hoe taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van dit onderwerp geregeld zijn. Centraal of lokaal?

Conclusie: uit het plan van aanpak blijkt dat er aandacht is voor dit onderwerp. Bij de voortgang wordt vermeld dat dit punt wordt opgenomen in het jaarplan van Pieter van Foreest. Welke verantwoordelijkheden heeft de locatie en hebben de lokale medewerkers in deze? Om het systeem voor preventief en correctief onderhoud en controle van medische hulpmiddelen inzichtelijk te maken, moet deze vertaalslag nog inzichtelijk worden gemaakt. Om die reden scoort de norm veiligheid materiaal en hulpmiddelen op gering risico in bovenstaande matrix.

### 2.5 Voldoende en bekwaam personeel

	<i>Onderwerp</i>	<i>Oordeel</i>	<i>Oordeel</i>
		<i>26-10-2009 en 30-10-2009</i>	<i>08-01-2010 en 18-01-2010</i>
1	personele inzet afgestemd op doelgroep	<i>Zeer hoog risico</i>	<i>Hoog risico</i>
2	professionele kwaliteit van de medewerkers	<i>Zeer hoog risico</i>	<i>Hoog risico</i>

#### toelichting per onderwerp

##### 1. Personele inzet afgestemd op doelgroep:

In december heeft verpleeghuis de Kreek het ZZP-basisrooster verder aangepast. Het is de bedoeling dat naast de basisplanning medewerkers flexibel worden ingezet. Medewerkers dienen zich hiervoor letterlijk flexibel op te stellen en roosters die jarenlang van toepassing waren, komen te vervallen. Dat vraagt flexibiliteit van de individuele medewerkers.

Op 8 januari heeft de inspectie onaangekondigd alle units bezocht tussen 10.15 uur en 14 uur. De inspectie heeft alle aanwezige medewerkers persoonlijk bevroegd. Het kwalificatieniveau was gemiddeld iets beter dan tijdens het vorige onaangekondigde bezoek. Op basis van het dit bezoek en observaties van de gesprekspartners is de bezetting rond de maaltijden nog steeds krap evenals de bezetting tijdens de avonduren en de nacht.

Het ziekteverzuim was in december 12 %. Volgens de gesprekspartners heeft men te maken met een aantal langdurig zieken. Tijdens de bezoeken is gebleken dat sommige medewerkers tijdelijk vanuit een andere locatie werkzaam waren in

verpleeghuis De Kreek. Volgens het locatiemanagement is men druk bezig met het werven van nieuwe medewerkers. Nog niet alle vacatures waren vervuld. In december heeft men tijdelijk een opnamestop gehad. Nog niet alle cliënten hebben al de juiste ZZP- indicatie. De capaciteitsplanning van zorgverlenende medewerkers is daardoor nog niet geheel afgestemd op de aanwezige cliënten.

Conclusie: bovenstaand onderwerp scoort nog op hoog risico omdat nog niet alle vacatures vervuld zijn en omdat nog niet alle cliënten de juiste ZZP hebben en dit van invloed is op de capaciteitsplanning van zorgverlenende medewerkers.

## 2. Professionele kwaliteit van de medewerkers:

Het scholingsbeleid ten aanzien van voorbehouden- en risicovolle handelingen wordt weer nieuw leven ingeblazen. Medewerkers krijgen allen een paspoort waarin bijgehouden wordt of ze nog bevoegd en bekwaam zijn om deze BIG-handelingen uit te voeren.

Tijdens het bezoek op 8 januari bleek een medewerker zonder opleiding bij een cliënt O2 aan te sluiten. De medewerker vertelde dat haar dit geleerd was door collega's. Dat is niet voldoende om ernstige gezondheidsrisico's voor de cliënt te vermijden. Het management reageerde geschokt en heeft de inspectie verzekerd dat dit niet meer voor zal komen.

Conclusie: dit onderwerp scoort nog op hoog risico omdat pas onlangs gestart is met verbeteringen op scholingsgebied (Wet BIG, farmaceutisch proces, valpreventie en incontinentie) en dit nog niet over alle relevante zorginhoudelijke onderwerpen structureel en cyclisch wordt aangeboden.

## 2.6 Overige onderwerpen

<i>onderwerp</i>	<i>oordeel</i>
1 Medicatieveiligheid	<i>Er is sprake van risico ten aanzien van de medicatieveiligheid</i>
2 Klachtenregeling	<i>Er is sprake van risico ten aanzien van de klachtenopvang, behandeling en afhandeling</i>
3 Medezeggenschap cliënten	<i>Er is sprake van risico ten aanzien de rol van de cliëntenraad</i>

### toelichting per onderwerp

#### 1 Medicatieveiligheid:

- Tijdens de rondgang heeft de inspectie zowel op 8 januari als op 18 januari op verschillende units van zowel de PG afdelingen als de somatische afdelingen medicatie aangetroffen buiten de Baxterrol, die niet op naam gesteld was. Het blijkt dat de apotheker de verpakking van druppels, flacons en dergelijke voorziet van een sticker met een naam en gebruiksvoorschrift. Als deze geneesmiddelen enige tijd in gebruik zijn, wordt de buitenverpakking weggegooid en is het niet meer duidelijk voor wie de betreffende medicatie bestemd is en welke dosering moet

worden gegeven. Dit kan tot (fatale) fouten leiden.

- De depotheek was ten tijde van het inspectiebezoek op 18 januari nog maar net ontmanteld. In de ruimte van de verpleegkundigen bevond zich een noodkoffer. Het werken met een noodkoffer was een nieuwe situatie in verpleeghuis De Kreek. De inhoud van de noodkoffer was niet exact vastgelegd (geen aantallen en geen stofnamen), de status van het lijstje dat gebruikt werd was onduidelijk en maakte geen deel uit van het geneesmiddelendistributieprotocol, de registratie van het verbruik was onduidelijk geregeld en ook was het niet duidelijk bij de gesprekspartners wie, naast de apotheker, in verpleeghuis De Kreek verantwoordelijk was voor de noodkoffer. De koffer was niet op slot en ook de kast waarin de koffer was opgeborgen kon niet op slot. De kamer waarin de koffer stond, is volgens de gesprekspartners normaal gesproken op slot.
- In de kamer van de specialisten ouderengeneeskunde bevond zich een koelkast voor de opslag van geneesmiddelen waarin de temperatuur te laag was afgesteld.

## 2 Klachtenregeling:

Op 2 december 2009 heeft de bestuurder van Zorginstellingen Pier van Foreest de inspectie schriftelijk op de hoogte gesteld van het feit dat de ambtelijk secretaris van de commissie vervangen wordt. De bestuurder heeft aangegeven dat de ambtelijk secretaris haar werkzaamheden ruim 10 jaar op voortreffelijke wijze vervuld heeft. De inspectie heeft in het rapport van 26 en 30 oktober opgemerkt dat de schijn van belangenverstrengeling vermeden zou moeten worden, de ambtelijk secretaris maakt immers ook deel uit van het directiesecretariaat. In die hoedanigheid verricht deze functionaris ook werkzaamheden voor de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. Dit punt van aandacht is nu door de bestuurder aangepast.

Op 8 en 18 januari stonden in de centrale toegangshal klachtenfolders.

Op basis van meldingen van cliënten heeft de inspectie geconstateerd dat de klachtenregeling niet voor alle cliënten van verpleeghuis De Kreek even duidelijk is. De inspectie behandelt in principe geen klachten van individuele klagers maar stuurt deze door naar de onafhankelijke klachtencommissie van de zorgaanbieder. De inspectie heeft echter wel een taak in het toezicht op naleving van artikel 2 van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ).

In de 'Klachtenfolder, informatie over de bemiddeling en behandeling van klachten in Zorginstellingen van: Zorginstellingen Pieter van Foreest, Delft-Westland, Midden- Delftland- Pijnacker- Nootdorp', 4<sup>e</sup> druk mei 2008, staat het volgende aangegeven:

Waar kunt u terecht met uw klacht?

1. U bespreekt uw klacht met de persoon die de klacht heeft veroorzaakt of met diens leidinggevende.
2. U bespreekt uw klacht met de klachtenfunctionaris.
3. U legt uw klacht schriftelijk voor aan de Regionale Klachtencommissie Delft Westland Oostland.

Hoewel u geadviseerd wordt de stappen in deze volgorde te nemen, bent u geheel vrij een andere volgorde aan te houden. (einde citaat).

In de klachtenfolder van Zorginstellingen Pieter van Foreest wordt door de numerieke indeling een volgorde gesuggereerd. Ondanks het laatste deel van de zin dat cliënten vrij zijn om een andere volgorde in te nemen, kan het (zeker ten aanzien van gezagsgetrouwe oudere verpleeghuiscliënten) een sturend effect hebben op de keuzevrijheid van betrokkenen.

In de klachtenfolder staat verder dat de cliënt niet zelf hoeft te klagen en dat dit ook door zijn familie of vertegenwoordiger kan worden gedaan. Uit de folder blijkt niet in welke gevallen dit mogelijk is. Om teleurstellingen te voorkomen, zou dit duidelijker moeten worden aangegeven.

Naast de (WKCZ) is de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, 2004, CBO richtinggevend voor de uitvoering van klachtenregelingen in de zorgsector. Deze richtlijn is opgesteld door de koepelorganisaties en beroepsorganisaties in de zorgsector. Voor de verpleeghuizen is Arcares (nu Actiz) betrokken geweest bij het opstellen van deze richtlijn.

In deze richtlijn is ondermeer vastgelegd (aanbeveling 1 M);  
'De klager kiest binnen de beschikbare mogelijkheden zelf waar hij zijn klacht kenbaar maakt en wil laten afhandelen. De klager wordt uitgenodigd de klacht eerst te bespreken met de aangeklaagde'.

De communicatie en uitleg naar cliënten over de verschillende mogelijkheden rondom de klachtenopvang/behandeling en afhandeling in verpleeghuis de Kreek vormt een punt van aandacht.

Tijdens het inspectiebezoek in het kader van de Wet Bopz zal de inspectie specifiek het Bopz onderdeel van de klachtenregeling beoordelen.

### 3 Medezeggenschap cliënten:

De cliëntenraad heeft aan de inspectie aangegeven dat de verslagen van de overleggen met het locatiemanagement ter kennisgeving aan de bestuurder worden doorgestuurd.

De cliëntenraad heeft zich eind vorig jaar aangeboden aan het locatiemanagement om bepaalde zaken in de zorgverlening op alle afdelingen te controleren. Het locatiemanagement heeft de bewoners en medewerkers geïnformeerd over deze acties. Het is de vraag of het verantwoord en wenselijk is om de cliëntenraad voor dergelijke acties in te zetten. De lokale cliëntenraad is klein en daardoor kwetsbaar. Sommige leden hebben een familielid in het verpleeghuis. Dat maakt hen extra kwetsbaar. Daarbij komt dat deze leden zich hierdoor beperkt kunnen voelen in het geven van feedback aan de instelling.

Nadat in december 2009 door de inspectie Verscherpt Toezicht is ingesteld in verpleeghuis De Kreek, heeft het locatiemanagement een Begeleidingscommissie ingesteld. In deze commissie hebben internen en externen zitting. De samenstelling is als volgt: de locatiemanager voorzitter, een medewerker van de afdeling Kwaliteit op centraal niveau van de stichting, een VIGer van een PG-unit, 2 leden van de cliëntenraad, een vertegenwoordiger van de gemeente en een vertegenwoordiger van de lokale kerk. De rol die de leden van de cliëntenraad in deze commissie hebben is belangrijk voor wat betreft de inbreng

van cliënten en de leden zijn in deze setting minder kwetsbaar dan bij hun controles door het verpleeghuis. Vanuit de cliënten en medewerkers van de somatische afdelingen is geen vertegenwoordiging in de Begeleidingscommissie. Deze cliëntengroep waaronder ook (CVA) revalidanten behoren, hebben te maken met specifieke gezondheidsproblematiek waarvoor ook aandacht in het verpleeghuis gewenst is.

## 3 Beschouwing en conclusie

### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de inspectie op de vijf thema's oordeelt over verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

### 3.2 Beschouwing

#### 3.2.1 Per 1 december 2009 Verscherpt Toezicht op verpleeghuis De kreek ingesteld

Op 1 december 2009 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg Verscherpt Toezicht ingesteld bij verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande omdat het verpleeghuis niet voldeed aan de artikelen 2 en 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en in het verlengde daarvan de Normen voor Verantwoorde zorg. Het Verscherpt Toezicht is in principe ingesteld tot 31 maart 2010. Op dat moment zal de inspectie opnieuw beoordelen hoe de kwaliteit van zorg in verpleeghuis De Kreek is en (eventuele) vervolgstappen bekend maken of het Verscherpt Toezicht opheffen.

Bij het nemen van maatregelen door de inspectie worden vier belangrijke wegingsfactoren meegewogen:

- De internationale 5 D's: dissatisfaction, discomfort, disease, disability en death voor de bepaling van de ernst van het risico;
- De omvang van de populatie waarop het risico van toepassing is of kan zijn (groot, gemiddeld of klein);
- De structuur van de zorgverlening gericht op kwaliteit en veiligheid (slecht, matig en goed)
- De houding van de zorgaanbieder (niet weten, niet kunnen, niet willen).

Verscherpt toezicht betekent intensief toezicht door de inspectie. Als onderdeel van dit geïntensiveerde toezicht heeft de inspectie op 8 januari 2010 opnieuw een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan verpleeghuis De Kreek en op 18 januari 2010 een aangekondigd Follow Up bezoek. Daarnaast heeft de inspectie een gesprek gevoerd met de Raad van Toezicht van Zorginstellingen Pieter van Foreest en met vertegenwoordigers van het betrokken zorgkantoor.

Om een indruk te krijgen over de kwaliteit van zorg bij overige locaties van de stichting, brengt de inspectie in februari 2010 algemene toezichtbezoeken aan drie woonzorgcentra van de stichting.

De inspectie zal eind februari opnieuw een aangekondigd inspectiebezoek brengen aan verpleeghuis De Kreek. Tijdens dit bezoek zal de organisatie en de kwaliteit van zorg worden beoordeeld in het kader van de Wet Bopz (Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen). Vrijwel alle cliënten die op de psychogeriatrische (PG) afdelingen verblijven, vallen onder deze wet.

### **3.2.2 Verpleeghuis De Kreek zet alle zeilen bij**

Uit de toelichtingen bij de scores in het vorige hoofdstuk blijkt dat verpleeghuis De Kreek de afgelopen tijd hard gewerkt heeft. Niet alleen het management maar alle medewerkers van verpleeghuis De Kreek hebben alle zeilen bijgezet om de kwaliteit en de continuïteit in de zorgverlening fors te verbeteren. De inspectie heeft kunnen vaststellen dat er stappen in de goede richting zijn gezet. Om het gewenste niveau te bereiken is niet alleen aandacht en menskracht nodig maar vooral ook tijd om de verbeteringen optimaal te kunnen realiseren en om ook dat niveau vast te houden. De bezoeken waar verslag van wordt gedaan in dit rapport, hebben plaatsgevonden krap drie maanden na het algemeen toezichtbezoek van 26 oktober 2009. De decembermaand maakte onderdeel uit van die drie maanden dus als dat in ogenschouw wordt genomen, is er op verschillende onderdelen al een behoorlijke vooruitgang geboekt.

### **3.2.3 Communicatie en informatievoorziening op lokaal niveau zijn verbeterd**

Sinds kort heeft verpleeghuis De Kreek een Nieuwsbrief voor de medewerkers in het leven geroepen waarin belangrijke organisatorische zaken worden gecommuniceerd naar medewerkers. Daarnaast zijn er volgens het locatiemanagement ook meer overlegmomenten met de medewerkers georganiseerd. In deze overlegmomenten zullen ook zorginhoudelijke aspecten die afstemming en onderhoud behoeven, worden besproken.

### **3.2.4 Verantwoordelijkheden tussen het lokale management en centrale afdelingen en Raad van Bestuur verder expliciteren**

Uit het plan van aanpak blijkt dat er verschillende randvoorwaarden die van belang zijn om cliënten in verpleeghuis De Kreek kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven te bieden, op centraal niveau worden georganiseerd. Voorbeelden daarvan zijn; de Flexpool, opleidingenbeleid, documentenbeheer, onderhoud van medische hulpmiddelen en materialen, organisatie van verschillende processen zoals het farmaceutische beleid, BHVers etc. De afgelopen jaren heeft de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest vooruitgang geboekt om verschillende zaken te harmoniseren en ook onder te brengen op centraal niveau. Het kan voordelen hebben om dat op deze wijze te organiseren maar het kan ook nadelen hebben. Een nadeel kan zijn, dat het soms niet duidelijk is op welk niveau de voortrekkersrol ligt en hoe de verantwoordelijkheden om tot daadwerkelijk uitvoering te komen zijn geborgd. Het verdient de aanbeveling om dit verder te expliciteren.

## **3.3 Conclusie**

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in dit hoofdstuk concludeert de inspectie dat binnen verpleeghuis De Kreek randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 4 staan de te nemen maatregelen.

## 4 Te nemen maatregelen

### 4.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken heeft de inspectie haar oordeel gegeven per onderwerp en een beschouwing over het geheel. Dat alles overziende geeft de inspectie in dit hoofdstuk aan wat zij van u verwacht.

### 4.2 Plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 22 maart 2010 een plan van aanpak voor de onderwerpen waar een oordeel in de categorie 'hoog' of gering risico wordt gegeven.

- In een plan van aanpak staat in elk geval per onderwerp helder omschreven:
  - welk risico u gaat aanpakken;
  - welke resultaten u wilt bereiken (doel, beoogde effecten);
  - wat hiervoor nodig is (activiteiten);
  - hoe u gaat implementeren;
  - hoe u de resultaten gaat monitoren;
  - wie waarvoor verantwoordelijk is;
  - wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Nadat de inspectie het plan van aanpak heeft ontvangen, ontvangt u binnen twee weken een schriftelijke reactie.

# BIJLAGE 1

## Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport.

De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Jaardocument 2008, Maatschappelijke Verantwoording Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest, 18 mei 2009;
- Organigram locatie De Kreek, 29.09.09 /versie1.0/geldig tot 29.09.10;
- Jaarplan RVE 5 locatie De Kreek, versie 2.0, geldig tot 31.12.2009;
- Informatie Verpleeghuis De Kreek 's-Gravensande, versie 3.0 geldig tot september 2010;
- Handleiding voor het maken van een zorgplan in Plan care dossier, 15-08-2009;
- MDO procedure, Pieter van Foreest, 05-08-2009;
- Mondstatus mondonderzoek, niet gedateerd bron onbekend
- Processchema mondzorg, richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen/ processchema/ NVVA 2007;
- Procedure beschrijving gebruik formulieren mondonderzoek, niet gedateerd status onbekend;
- Incontinentieprotocol, 07-09-2009, Pieter van Foreest;
- Protocol Valpreventie, 01-10-2009;
- Protocol Vocht en voeding, 01.01.2009, versie 3;
- Toezicht pg-bewoners locatie De Kreek, 21.10.2009;
- Registratie Transfermiddelen De Kreek, versie 1, 22.10.2009;
- Leerbegroting 2009, De Kreek;
- Centraal opleiding BIG beleid, 01.03.2009;
- Overzicht ZZP basisrooster december 2009,
- Implementatie Geneesmiddelenreglement, 15.10.2009;
- Veilige en verantwoorde geneesmiddelenregeling, 15.10.2009;
- Zes Zorgdossiers.

## BIJLAGE 2

### Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

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

#### *Wetgeving:*

- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

#### *Veldnormen en rapporten:*

- *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007*
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005*
- *Richtlijn decubitus 2<sup>de</sup> herziening, CBO 2002*
- *Samenwerking en logistiek rond decubitus, Tripartiete multidisciplinaire richtlijn, Solade 2003 (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)*
- *Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004*
- *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001*
- *De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006*
- *Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001*
- *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken, IGZ 2005*
- *Richtlijn probleemgedrag met herzien medicatieparagraaf, NVVA, 2008*
- *Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij dementie, Radboud en ZON-MW, 2008*

## BIJLAGE 3

### Overzicht normen per thema

#### 1. Zorg(behandel)-/leefplan

##### norm

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

- in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand is gekomen en zichtbaar de instemming heeft van de cliënt;
- invulling geeft aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden;
- een beeld geeft van de gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen;
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip;
- zichtbaar in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld (ook vaker voor revalidanten);
- duidelijk elke eventuele wijziging vermeldt.

Aanwijsbaar is dat:

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

Voor Bopz-aangemerkte instellingen of afdelingen/units moeten de zorg(behandel)-/leefplannen voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

#### 2. Communicatie en informatie

##### norm

De zorgorganisatie kent een gedragscode inzake de omgang tussen medewerkers en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerkers en wordt nageleefd. Zo nodig wordt de gedragscode vertaald naar de individuele cliënt.

Met de cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten wordt open en naar behoefte gecommuniceerd. Het resultaat van deze communicatie bestaat onder meer uit voor de cliënt begrijpelijke, op schrift gestelde afspraken tussen cliënt en zorgorganisatie/medewerkers over de zorg- en dienstverlening, instemming van de cliënt met de afspraken en het naleven van de afspraken.

De cliënt heeft een vaste contactpersoon als aanspreekpunt.

Bij aanvang van de zorg en/of opname wordt bijzondere aandacht besteed aan kennismaken en het thuis voelen.

De cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten worden uitgenodigd om eventuele verbeterwensen te uiten bij medewerkers dan wel bij de vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris. Ze worden geïnformeerd over wat er met hun wensen gebeurt.

De (telefonische) bereikbaarheid van de aanspreekpersoon of (andere belangrijke) behandelaars voor (vertegenwoordigers van) cliënten is voldoende.

De cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten worden bij opname en tijdens het verblijf op een adequate manier, zowel mondeling als schriftelijk, geïnformeerd over de volgende onderwerpen:

- De opnameprocedure.
- Het aanbod aan zorg, diensten en service (de leveringsvoorwaarden).
- De zorgovereenkomst, rechten en plichten.
- De financiën (waaronder de kosten die voor eigen rekening zijn).
- Het zorg(behandel)-/leefplansysteem, en de keuzevrijheid en autonomie van de cliënt daarbij.
- De communicatie.
- De cliëntenraad.
- De huisregels (waaronder regels over huisdieren)
- De veiligheid.
- Ethische aangelegenheden.
- De klachtenprocedure, de patiëntenvertrouwenspersoon.
- Ontslag en overplaatsing

### 3. Lichamelijk welbevinden

#### norm

De cliënt mag rekenen op een schoon en verzorgd lichaam.

Met het oog op een schoon en verzorgd lichaam is er sprake van:

- passende hulp bij wassen/douchen (dagelijks, op afspraak);
- passende hulp bij gebitsverzorging, 's ochtends en 's avonds;
- passende hulp bij nagelverzorging;
- passende hulp bij toiletgang (naar behoefte, op afroep);
- passend gebruik van adequaat incontinentiemateriaal (uitsluitend indien nodig, op tijd verschoond en verzorgd)
- passende hulp bij aan-/uitkleden (op afspraak);
- verzorgd gekleed zijn.

De afspraken met betrekking tot de passende hulp bij lichamelijke verzorging zijn opgenomen in het zorg(behandel)-leefplan.

### 4. Zorginhoudelijke veiligheid

#### norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering.

Adequate gezondheidsbescherming en -bevordering houdt in dat er sprake is van:

- tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
- een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:
  - decubituspreventie en -behandeling;
  - adequate verzorging inzake vocht- en voedselvoorziening;
  - valpreventie;
  - verantwoord medicijngebruik;
  - preventie en behandeling van infecties;
  - minimale vrijheidsbeperkende maatregelen;
  - passende aandacht en adequate zorg voor individuele

- gezondheidsklachten en pijn;
- passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden;
  - snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen (zie verder veiligheid wonen/verblijf).

Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: decubitus, vocht en voedsel, valpreventie, farmaceutische zorg en toiletgang en incontinentie.

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

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 1 | decubituspreventie en -behandeling                    | - | Decubitus, tweede herziening, CBO 2002<br>- Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)   |
| 2 | adequate verzorging van vocht en voeding              | - | Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en voedingvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001<br>- De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin in eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006<br>- Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001 |
| 3 | valpreventie  | - | Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004<br>- Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004   |
| 5 | adequate diagnostiek en behandeling bij incontinentie | - | Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006  |
| 6 | zorg voor cliënten met gedragsproblemen               | - | Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002  |

## 5. Woon- en leefomstandigheden

### norm

De cliënt mag rekenen op woonruimte waarin deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is.

Opdat de cliënt zich thuis voelt is er sprake van:

- een woon/leefklimaat dat de eigen levenssfeer en leefpatronen van de cliënt respecteert en actief ondersteunt;
- schone en comfortabele woonruimte;
- woonruimte die privacy biedt en de mogelijkheden tot het creëren van een eigen sfeer.

## 6. Participatie en sociale redzaamheid

### norm

In het kader van de participatie is er sprake van:

- een woon-/leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact, en het ondernemen van activiteiten. Dat betekent dat er

een aanbod is van (op beweging gerichte) activiteiten, passende hulp bij mobiliteit; dat er een ontspanningsaanbod is en mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, hobby's en het sociale leven van de cliënt; dat er een klimaat heerst van gastvrijheid, en faciliteiten die uitnodigend zijn voor verwanten, bezoekers en buurtbewoners, en voor het onderhouden van contact; en dat humor en menselijke warmte voelbaar zijn.

- ondersteuning bij het zoeken/vinden en gebruik maken van eigen dagbestedingsmogelijkheden.

De cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving.

## 7. Mentaal welbevinden

### norm

De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling.

Er is sprake van:

- mogelijkheden om zich ongestoord terug te kunnen trekken;
- aandacht voor het eigen leven en de persoonlijke waarde die daar aan toegekend én ontleend wordt;
- aandacht voor en ondersteuning van mogelijkheden om te sturen op het eigen leven;
- aandacht voor en ondersteuning van (levensfase gerelateerde) persoonlijke ontwikkeling, levenskeuzen en zingeving;
- de beschikbaarheid van geestelijke verzorging;

De instelling dient te zorgen voor adequate aandacht voor en ondersteuning bij depressies en stemmingsstoornissen.

## 8. Veiligheid wonen en verblijf

### norm

Met het oog op de veiligheid is er sprake van:

- een goed functionerend en gebruiksvriendelijk systeem van alarmering en alarmopvolging;
- brand/inbraak- en calamiteitenpreventie;
- adequaat toezicht.

De zorgorganisatie voorziet in een gericht preventiebeleid op het gebied van veiligheid. Daarbij gaat het in ieder geval om toezicht, alarmopvolging en veiligheid van hulpmiddelen en materialen. CR heeft adviesrecht op het algemene beleid op het gebied van veiligheid (Wet medezeggenschap, art. 4 lid i ). De maatregelen op het gebied van veilig wonen dienen dan ook te worden voorgelegd aan de cliëntenraad.

Met het oog op de veiligheid is er sprake van deugdelijk en adequaat gebruik van inventaris/hulpmiddelen zoals bedden, bedhekken en tilliften.

## 9. Voldoende en bekwaam personeel

### norm

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

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel/niet 7 x 24 uur een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel/niet een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse.

- In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts
- In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts en
- Op de verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie. Voor het overige is het aan de instelling om aan te geven wat een verantwoorde personeelsformatie is. Uitgangspunt daarbij is dat er rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte en de verschillende populaties.

#### **bronnen**

- Visiedocument: Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005.
- Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, Een operationalisatie van het Visiedocument op weg naar normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, november 2005.
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, oktober 2007.

## BIJLAGE 4

### Toelichting op het inspectieoordeel

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