



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

Rapport van het inspectiebezoek aan Zuwe
Maria-oord te Vinkeveen op 22 februari 2012

Amsterdam
Juni 2012

Inhoud

1	Inleiding—3
2	Bevindingen inspectiebezoek—4
2.1	Opzet—4
2.2	Zorg(behandel)-/leefplan—4
2.3	Communicatie en informatie—5
2.4	Zorginhoudelijke veiligheid—6
2.5	Mentaal welbevinden—8
2.6	Voldoende en bekwaam personeel—8
2.7	Overige onderwerpen—9
3	Beschouwing en conclusie—11
3.1	Inleiding—11
3.2	Beschouwing—11
3.3	Conclusie—12
4	Te nemen maatregelen—13
4.1	Inleiding—13
4.2	Plan van aanpak—13
	Bijlagen
1	Overzicht gebruikte documenten
2	Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten
3	Overzicht normen per thema
4	Toelichting op het inspectieoordeel

1 Inleiding

Op 22 februari 2012 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een inspectiebezoek gebracht aan Zuwe Maria-Oord te Vinkeveen.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij Zuwe Maria-Oord randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

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

- gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het management, de specialist ouderengeneeskunde, afdelingsleiding, teamleiders, uitvoerende medewerkers en leden van de cliëntenraad;
- zorgplannen ingezien op papier en in het elektronisch dossier Plancare;
- een rondleiding gehad;
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

Zuwe Maria-Oord is in Vinkeveen een zorgcentrum dat een totaalconcept biedt voor wonen, welzijn en zorg. Zuwe Maria-Oord is een onderdeel van Careyn. Voor bewoners met een psychogeriatrische zorgvraag worden verschillende woonvormen en dagbehandeling aangeboden. Bewoners met een lichamelijke beperking kunnen er zelfstandig wonen, revalideren en een behandeling ondergaan in dagbehandeling. In het medisch behandelcentrum zijn alle noodzakelijke voorzieningen samengebracht. Daarnaast zijn er woonvoorzieningen voor senioren die zelfstandig willen wonen in een kleinschalig verzorgingshuis of in een eigen appartement.

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.¹

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan;
- Communicatie en informatie;
- Zorginhoudelijke veiligheid;
- Mentaal welbevinden;
- Voldoende en bekwaam personeel.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

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

1 Zie bijlage 2

2 Bevindingen inspectiebezoek

2.1 Opzet

De inspectie beoordeelt Zuwe Maria-Oord 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'².

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.

2.2 Zorg(behandel)-/leefplan

Onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	zorg(behandel)-/leefplansystematiek		✓		
2	individueel zorg(behandel)-/leefplan			✓	

toelichting per onderwerp

1 Zorg(behandel)-/leefplansystematiek

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als gering risico op onverantwoorde zorg. De redenen voor dit oordeel zijn:

- In de beschreven zorgplansystematiek zijn tekortkomingen te zien t.a.v. evaluaties en bijstelling;
- In de beschreven zorgplansystematiek zijn tekortkomingen te zien t.a.v. verantwoordelijkheidstoedeling;
- In de beschreven zorgplansystematiek zijn tekortkomingen te zien t.a.v. verslaglegging;

De instelling werkt met een elektronisch cliëntendossier (ECD) van het merk Plancare. Dit is een geautomatiseerde systeem met daarin in principe alle afspraken, het zorgleefplan op basis van SAMPC, de rapportage en de afspraken met andere disciplines. Er wordt niet domeingericht gerapporteerd zoals beschreven in de normen voor verantwoorde zorg. De voor akkoord getekende documenten worden bewaard in een aparte map. Uitzendkrachten en flexwerkers kunnen niet werken in het ECD vandaar dat op alle groepen, in een aparte map, de belangrijkste afspraken staan. Om per dag een duidelijk overzicht te hebben van de geplande afspraken werken sommige afdelingen met een aparte dagagenda waarin de afspraken staan zoals het wegen en meten, de controles en bezoek van de

² In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

fysiotherapie. Op deze manier functioneren er subsystemen naast elkaar wat afbreuk doet aan overzicht
 De revalidatie afdeling werkt met een apart communicatieblad waarop de afspraken per bewoner staan. De nachtdienst voegt deze informatie samen tot één overzichtelijk werkdocument voor alle diensten.
 Elke nieuwe medewerker wordt getraind in het gebruik van het ECD en er is een handboek zorgdossier te raadplegen.

2 Individueel zorgleefplan

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als hoog risico op onverantwoorde zorg. De redenen voor dit oordeel zijn:

- De aanwezige zorg(behandel)-/leefplannen zijn niet altijd actueel
- De aanwezige zorg(behandel)-/leefplannen zijn niet altijd volledig;
- Informatie ten behoeve van de continuïteit van de dagelijkse zorg is niet opgenomen in het zorg(behandel)-/leefplan.
- Instructie en/of opdrachten van of aan (para)medici staan niet vermeld in het zorg(behandel)-/leefplan
- Cliënten zijn onvoldoende betrokken bij het opstellen en/of evalueren van het zorg(behandel)-/leefplan
- Het (dagelijkse) gebruik van zorg(behandel)-/leefplannen wordt onvoldoende getoetst;

Twee keer per jaar wordt tijdens het MDO het zorgleefplan besproken en aangepast.

De bewoner of familie zijn hierbij niet aanwezig, ze zijn wel betrokken bij de voorbereiding hiervan. De gewijzigde afspraken staan in het zorgleefplan.

In de beoordeelde dossiers heeft elke bewoner een ondertekend zorgleefplan. In één dossier stond dat een bewoner sinds 2008 een enkelsensor droeg. In het ECD was de informatie hierover niet terug te vinden. Bij navraag wordt duidelijk dat deze afspraak niet meer actueel is. Het was bij de aanwezige medewerkers niet bekend sinds wanneer deze maatregel was beëindigd, door wie en op basis van welke afspraken en afwegingen.

In twee beoordeelde papieren dossiers zaten verklaringen van de rechtbank betreffende de wilsbekwaamheid. In het ECD was niet terug te vinden of de bewoner wilsbekwaam of wilsonbekwaam was.

De rapportage is algemeen beschreven en vindt niet dagelijks plaats. De evaluatie van gemaakte afspraken is beperkt terug te vinden in de rapportage, waardoor toetsing op gemaakte afspraken niet altijd mogelijk is.

2.3 Communicatie en informatie

onderwerp		Oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	communicatie en bejegening	✓			
2	informatievoorziening	✓			

toelichting per onderwerp

1 Communicatie en bejegening

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als nauwelijks tot geen risico op onverantwoorde zorg. De redenen voor dit oordeel zijn onder andere vanwege:

- De zorgorganisatie besteedt structurele aandacht aan het zich thuis voelen van de cliënt bij opname of tijdens het verblijf.
- Er is een duidelijke schriftelijk vastgelegde aanspreekpersoon voor individuele cliënten, cliënten weten wie hun aanspreekpersoon is
- Cliënten weten waar ze met vragen/opmerkingen over de zorg of de organisatie naar toe moeten,

2 Informatievoorziening

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als geen risico op onverantwoorde zorg.

Nieuwe bewoners ontvangen bij binnenkomst een uitgebreide informatiemap over Zuwe Maria-Oord. In deze map staat ook informatie over de cliëntenraad en de klachtencommissie. In de dossiers staat wie de contactpersoon is. De eerste verantwoordelijke onderhoudt de contacten met de bewoner en de familie.

Cliënten worden bij opname geïnformeerd over rechten en plichten middels een standaard zorgovereenkomst en passend voorlichtingsmateriaal. Tijdens opname besteedt men aandacht aan het informeren omtrent de behandeling en het bereiken van overeenstemming hierover.

De locatie heeft een lokale klachtencommissie en een lokale cliëntenraad. Deze laatste is vertegenwoordigd in een decentrale cliëntenraad.

2.4 Zorghoudelijke veiligheid

nummer	onderwerp	oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	decubituspreventie en -behandeling			✓	
2	vocht en voeding			✓	
3	valpreventie			✓	
4	infectiepreventie en -behandeling			✓	

toelichting per onderwerp

1 Decubitus preventie en -behandeling

Dit onderdeel scoort hoog risico omdat de protocollen op onderdelen niet meer actueel zijn en geschreven zijn in 2008. Er vindt kennelijk niet elke 2 jaar een evaluatie plaats. Het is goed te weten dat in 2011 de landelijke richtlijn is herzien. Bij opname wordt in kaart gebracht of een bewoner decubitus heeft. Er is nog geen structurele risico-inventarisatie, hiervoor zijn aanpassingen nodig aan het ECD. De afspraken met de leverancier hierover zijn gestart.

2 Voeding en vocht

Dit onderdeel scoort hoog risico omdat het beleid tav vocht en voeding in Maria-Oord achter blijft tav de feitelijk geleverde kwaliteit van zorg. Ook hier wordt de risico-inventarisatie gemist.

Maria-oord heeft het voornemen om de SNAQ in te voeren. De communicatie over de afspraken van de implementatie zijn niet voor iedereen duidelijk, waardoor de invoering wisselend verloopt en soms al een feit is. Zonder vastgesteld beleidsdocument is er geen grond voor periodieke toetsing.

De activiteitenbegeleiding wordt niet getraind hoe om te gaan met slikproblemen, terwijl zij wel verdikte voeding toedienen aan bewoners.

3 Valpreventie

Dit onderdeel scoort hoog risico omdat de risico-inventarisatie niet zichtbaar wordt ingevuld, ondanks dat sinds 2009 deze screening is geïmplementeerd. . In de dossier is zichtbaar dat er doelen zijn gemaakt.

Tijdens dit inspectiebezoek worden de valincidenten van het afgelopen jaar besproken. Na een incident voert een team een analyse uit. De instelling gebruikt daarvoor een eigen analysemethode en daarbij valt op dat de informatie niet volledig is. De informatie over medicatiegebruik ontbreken in de analyse, terwijl dit zeer essentieel is. De inspectie stelt daarom voor het Prisma-instrument van Actiz hierbij te gebruiken. Dat instrument heeft als voordeel dat ook de in te zetten maatregelen specifiek worden omschreven, ze zijn nu vooral algemeen beschreven.

Tijdens het gesprek komt aan de orde dat de locatiegebonden MIC vier keer per jaar bij elkaar komt. Medewerkers die een MICmelding hebben ingevuld missen een terugkoppeling, zodat ze niet goed weten wat er met een melding gebeurd is.

4 Infectiepreventie en behandeling

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als hoog risico op onverantwoorde omstandigheden voor de zorg. De redenen voor dit oordeel zijn:

- Er is een stichtingsbrede hygiënecommissie (in voorheen ZUWE-verband), waarin de medische dienst vertegenwoordigd is. De vergaderingen worden onregelmatig bijgewoond en de verslaglegging krijgt onvoldoende lokaal vervolg
- Er is geen structureel overleg met een ziekenhuishygiënist (van een ziekenhuis of GGD) en microbioloog.
- Er zijn geen hygiëne kwaliteitsmedewerkers aangesteld;
- Ziekenhuishygiënist (van een ziekenhuis of GGD) en microbioloog zijn betrokken bij de hygiënecommissie. Op basis van incidenten vindt hiermee overleg plaats;
- Nog niet alle relevante onderwerpen uit de richtlijnen van de WIP zijn verwerkt in handelingsgebonden protocollen. Een deel van de protocollen zijn verouderd;
- Het naleven van de protocollen toetst men nog niet periodiek;

2.5 Mentaal welbevinden

Onderwerp		Oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	mentaal welbevinden	✓			
2	adequate aandacht voor depressie en stemmingsstoornissen		✓		

toelichting per onderwerp

1 Mentaal welbevinden

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als geen risico op onverantwoorde zorg. De redenen voor dit oordeel zijn:

Het management heeft zich tot doel gesteld dat de cliënttevredenheid gemiddeld een drie scoort. De resultaten worden tijdens de teamvergaderingen besproken. De cliëntenraad geeft aan dat bejegening veel aandacht krijgt. Er worden regelmatig huiskamer gesprekken gepland op de verschillende afdelingen. De cliëntenraad geeft aan dat zij zich serieus genomen voelen en gehoord. Ze worden gevraagd en ongevraagd om advies gevraagd en zijn aanwezig tijdens de huiskamergesprekken. De organisatie besteedt voldoende zorg aan geestelijke verzorging. Er is een stiltecentrum aanwezig

2 Adequate aandacht voor en ondersteuning bij depressie en stemmingsstoornissen.

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als gering risico op onverantwoorde zorg. De redenen voor dit oordeel zijn:

Er zijn protocollen, sommige zijn niet actueel. In de dossiers wordt duidelijk dat bij problemen de psycholoog in consult komt. In sommige dossiers is een benaderingsplan opgenomen. In het opleidingsplan staan cursussen die gaan over depressie, probleemgedrag en stemmingstoornissen.

2.6 Voldoende en bekwaam personeel

onderwerp		Oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	personele inzet afgestemd op doelgroep		✓		
2	professionele kwaliteit van de medewerkers	✓			

toelichting per onderwerp

1 Personele inzet afgestemd op doelgroep

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als gering risico op onverantwoorde zorg. De redenen voor dit oordeel zijn:

De medewerkers zijn unaniem tevreden over de bezetting. Tijdens piekuren (bijvoorbeeld tijdens avondeten) helpt een servicemedewerker mee bij het dekken en afruimen van de tafels/kamers.

Op de groepswoonings is altijd meer dan één personeelslid aanwezig zodat toezicht gewaarborgd is. In de avonduren gaan bewoners van twee naast elkaar gelegen huisjes bij elkaar koffiedrinken. Tijdens de rondgang blijkt dat de medewerkers niet op de hoogte zijn van deze afspraken.

De instelling houdt een overzicht bij van zorgzwaarte irt inzet personeel. Uit de ontvangen schema's is niet te achterhalen of met verandering van zorgzwaarte ook flexibel personeel wordt ingezet.

2 Professionele kwaliteit van de medewerkers

De inspectie beoordeelt de aangetroffen situatie als nauwelijks of geen risico op onverantwoorde zorg. De instelling maakt goed gebruik van het stichtingsbrede scholingsbeleid. Centraal worden de verplichte scholingen en registratie geregeld tbv van voorbehouden en risicovolle handelingen en de BHV.

Tijdens het jaarlijkse functioneringsgesprek wordt gesproken over de scholingsbehoefte. Verder zijn er diverse overleggen op de afdelingen zoals werken team overleg.

Het management is gestart de overlegfrequentie te verminderen en efficiënter te laten verlopen.

2.7 Overige onderwerpen

Onderwerp		Oordeel
1	BOPZ	Er is sprake van verhoogd risico op onverantwoorde zorg
2	Medicatieveiligheid	Er is sprake van verhoogd risico op onverantwoorde zorg

toelichting per onderwerp

1 BOPZ

Tijdens de rondgang en bij de beoordeling van de dossiers wordt duidelijk dat op de dubbelzorg afdeling bewoners verblijven met Korsakov en/of NAH, terwijl de afdeling geen BOPZ aanmerking heeft en vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast (denk aan bedhekken en deuren op slot). Sommige bewoners hebben een zogenaamde BOPZ-opname status (rechtelijke machtiging, of art 60) In het ECD en op het zorgplan staat niet dat een bewoner wilsonbekwaam is terwijl in het papieren dossiers hierover een rechtsbeschikking is opgenomen.

Ingezette middelen en maatregelen moeten geregistreerd staan in het ECD, de informatie in het ECD is niet volledig.

2 Medicatieveiligheid

Het thema medicatieveiligheid is beperkt bekeken. Tijdens de rondgang is tav medicatieveiligheid gekeken naar de medicijnkar, de opslag van medicijnen en opiaten en het aftekenen van medicatie.

Het komt voor dat op de medicijnkar niet door de apotheek op naamgestelde medicatie ligt. Er staat wel een naam op die door de verzorging met de hand is bijgeschreven.

Bewoners die een insulinepen gebruiken krijgen deze pen niet op naam. De doos met daarin de voorraad van 5 pennen voor de bewoner is wel gestickerd. Op de afdeling liggen in de koelkast 2 dozen met insulinepennen.

De voorraad van bepaalde medicijnen vraagt aandacht. Op één afdeling lagen in een doos 1000 paracetamol zepillen. Op een andere afdeling stonden 2 volle dozen melatonine van 50 stuks en 1 doos met 50 stuks temazepam.

Bij controle van de opiaten valt op dat er veel doosjes in de kast liggen. Het zijn zowel volle als lege doosjes met daarin een aftekenlijst. De lege doosjes zijn niet afgevoerd naar de apotheek.

De voorraad opiaten staan zowel op naam als niet op naam.

Het voorraadbeheer voorraad van de medicijnen behoeft de aandacht.

Bij controle van de aftekenlijst in de medicijnklapper zijn lege vakjes zichtbaar, niet alle medicijnen zijn afgetekend. Tijdens de rondgang valt op dat de medicijnen voor meerdere rondes uit de strips worden gedrukt en afgetekend.

Medicatiekarren worden soms open en onbeheerd achtergelaten. Op basis van deze bevindingen oordeelt de inspectie dat hier sprake is van een verhoogd risico op onverantwoorde zorg.

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 Zuwe Maria-Oord. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

3.2 Beschouwing

De medewerkers zijn enthousiast en positief over het werken in Zuwe Maria-Oord. Het ziekteverzuim is laag en het welzijn van de medewerkers en bewoners is in orde. De personele bezetting heeft het afgelopen jaar veel aandacht gekregen en men is tevreden met het scholingsaanbod.

Aandachtspunten

Elektronisch dossier

Zuwe Maria-oord werkt al jaren met het ECD Plancare. Naast het ECD zijn er aparte mappen en formulieren ontwikkeld om in de behoefte van snel inzicht in gemaakte afspraken te voorzien en/of instructies voor handelingen paraat te hebben. Op niveau van de uitvoerenden dreigt zo het integraal overzicht te verdwijnen. Het risico is aanwezig dat het ECD niet optimaal 'gevuuld' wordt vanwege 'dubbel' werk en niet meer actueel is. Dat blijkt inderdaad zo te zijn bij controle van de gegevens.

Zorginhoudelijke veiligheid

Goed beleid op basis van hedendaagse vakinhoudelijke normen van Verenso en V&VV met structurele periodieke risicoinventarisaties zijn nog niet altijd gebruikelijk. Hierin schuilen risico's voor de kwaliteit van zorg want op basis van preventie kunnen problemen en vooral ook complicaties voorkomen worden. (Voor)tijdige deskundige signalering van bepaalde risicofactoren is dan echter onmisbaar. Hiervoor zijn bij diverse instantie deugdelijke gestandaardiseerde checklists voorhanden. De kwaliteit van de protocollen is sterk wisselend, sommige protocollen zijn verouderd en moeten herzien worden.

De terugkoppeling van de MIC commissie wordt gemist. Er zit een groot delay tussen melden en actie. De hygiënecommissie functioneert op stichtingsniveau maar heeft nog nauwelijks invloed op het te voeren hygiënebeleid in Maria-oord.

BOPZ

De middelen en maatregelen staan niet op de juiste wijze beschreven in het ECD. Tijdens de rondgang valt op dat bewoners verblijven op een afdeling die geen BOPZ aanmerking heeft terwijl er wel vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, zoals het afsluiten van de toegangsdeur. Daarmee lijkt de kennis van de BOPZ niet op peil. De doelgroep kent expliciet gerontopsychiatrische problemen en heeft vaak een ZZP-7-zorgindicatie gekregen met veelal geestesstoornissen. Op een niet-BOPZ aangemerkte afdeling is het *nimmer* toegestaan om vrijheidsbenemende interventies te plegen en/of tegen de kennelijke wil van de bewoner te (be)handelen. Ook is het niet mogelijk om iemand gecamoufleerd medicatie toe te dienen. Gezien de huidige doelgroep, lijkt het aanvragen van een BOPZ-aanmerking met spoed aangewezen.

Medicatieveiligheid

Het beleid ten aanzien van medicatieveiligheid en het onderdeel medicatiedistributie dient opnieuw tegen het licht gehouden te worden nu de inspectie een aantal risicovolle situaties aantrof. Ook de interne controle op medicatieveiligheid heeft aandacht. Een multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk om snel verbeteringen door te voeren. Voor achtergronden en suggesties verwijst de inspectie graag naar haar onderzoeksrapportage over dit onderwerp op 30 september 2010 welke reeds aan de instelling is toegezonden.

3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in dit hoofdstuk concludeert de inspectie dat binnen Zuwe Maria-oord 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 voor 1 mei 2012 een plan van aanpak voor in ieder geval de onderwerpen waar een oordeel in de categorie 'hoog' of 'zeer hoog' wordt gegeven. In uw situatie betreft dit het thema"

- Individueel zorg leefplan
- Zorginhoudelijke veiligheid
- BOPZ
- Medicatieveiligheid. U heeft via de mail inmiddels informatie hierover ontvangen. Voor advies over dit thema kunt u ook terecht bij "Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)".

Met betrekking tot het oordeel 'gering risico' verwacht de inspectie voor 1 juli 2012 een plan van aanpak. In uw situatie betreft dit de thema's:

- Zorg(behandel) plan
- Aandacht voor depressie en stemmingstroonissen
- Personele inzet afgestemd op doelgroep

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).

De opgevraagde informatie ontvangen wij gaarne per mail op ons algemene e-mail adres: ri.amsterdam@iqz.nl onder vermelding van het kenmerk rechts bovenaan de begeleidende brief.

Nadat de inspectie uw informatie heeft ontvangen, ontvangt u binnen zes weken een 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.

Vooraf verzonden:

Het definitieve bezoekschema.

Jaarwerkplan 2011.

Beschrijving producten en diensten.

Beschrijving doelgroepen waarop de producten en diensten zijn gericht.

Organogram

Thema Zorg (behandel)-/ leefplan

1. Beschrijving van het zorg (behandel)- leefplansysteem in de instelling en de keuzevrijheid en autonomie van de cliënt daarbij.
2. Opleiding- en scholingsplan met betrekking tot het zorg (behandel)-/ leefplan
3. Blanco voorbeeld zorg (behandel)-/ leefplan.
4. Zorgdossiers ten behoeve van zorg(behandel)- leefplantoets (6 dossiers)

Thema Communicatie en Informatie

5. Gedragscodes zoals gehanteerd (Visie naar Gedrag)
6. Opname-procedure
7. Aanbod zorg, diensten en service (leveringsvoorwaarden).
8. Zorgovereenkomsten, rechten en plichten.
9. Financiën (begroting 2012 en kosten voor eigen rekening cliënt/bewoner).
10. Beschrijving zorgplan (zie 9) en keuzevrijheid en autonomie cliënt.
11. Beschrijving hoe cliënten worden geïnformeerd (kabelkrant, brinkbode, activiteitenprogramma.)
12. Informatie cliëntenraad voor cliënten Maria-Oord.
13. Huisregels (waaronder regels over huisdieren).
14. Beschrijving wat Maria-Oord doet waaruit een veilig verblijf blijkt
15. en wat cliënt zelf kan/moet doen.
16. Visie t.a.v. ethische aangelegenheden bedoelt als informatie aan cliënten.
17. Informatie klachtenprocedure en vertrouwenspersoon voor cliënten.
18. Informatie t.b.v. cliënten over omgaan met bereiken bovengrens van zorg en overplaatsing.
19. (mondeling Jos Konings)

Thema Zorginhoudelijke veiligheid: decubitus

20. Protocol decubituspreventie en behandeling.
21. Uitkomsten meest recente gegevens decubitus (meetweek gegevens).

Thema Zorginhoudelijke veiligheid: Vocht en voeding

22. Protocol vocht en voeding

Thema Zorginhoudelijke veiligheid: Valpreventie

23. Protocol valpreventie en preventie van valletsel.

Thema Zorginhoudelijke veiligheid: Infectiepreventie en behandeling

24. Verslag laatste infectiecommissie vergadering
25. MRSA protocol

- 26. Protocol verzorging bij urinelozing en stoelgang
- 25 Protocol Zorg voor en behandeling van cliënten met incontinentie

Thema Zorginhoudelijke veiligheid: omgaan met cliënten met gedragsproblemen

- 26 Protocol Zorg voor en behandeling van cliënten met gedragsproblemen benadering (en agressie)
- 27 Protocol/Werkafspraken hoe om te gaan met cliënten met (vermoeden van) depressie of stemmingstoornissen al dan niet gecombineerd met dementie: uitdraai blanco voorbeeld Benaderingswijze.

Thema Mentaal Welbevinden

- 28 Visiedocument van de instelling (infomap)
- 29 Protocol/Werkafspraken hoe om te gaan met cliënten met (vermoeden van) depressie of stemmingstoornissen al dan niet gecombineerd met dementie: uitdraai blanco voorbeeld Benaderingswijze.
- 30 Scholingsplan waaruit blijkt dat scholing wordt gegeven m.b.t. cliënten met (vermoeden van) depressie of stemmingsstoornissen al dan niet gecombineerd met dementie (scholing bejegening).

Thema Voldoende en bekwaam personeel

- 31 Overzicht zorgzwaarte pakketten in de instelling per afdeling in planningsmap
- 32 Overzicht FTE verdeling met deskundigheidsniveau per afdeling in planningsmap.
- 33 Overzicht van individuele bevoegdheid en bekwaamheid voor voorbehouden en risicovolle handelingen.
- 34 Opleidings/scholingsplan voor zorgmedewerkers
- 35 Jaarplanning Scholing
- 36 Opleidingsjaarplan

Losse stukken

- Deskundigheidsbevordering
- Visie naar Gedrag NIKS
- Brochures Maria-Oord

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 2010;
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2010;
- *Richtlijn decubitus 2de 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.

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. 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 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 De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin

		in eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006 Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001
3	valpreventie	Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004 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

4. 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.

5. 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.

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