



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Amstelring Groep  
Raad van bestuur  
Postbus 9225  
1006 AE AMSTERDAM



Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igz.nl

**Inlichtingen bij**  
C. Dekker  
ri.utrecht@igz.nl

Datum 22 maart 2017  
Onderwerp Vastgestelde rapportage

*eigenaar: Luciana Masala*

**Ons kenmerk**  
2017-  
1392598/V1010617/CD/ak

**Bijlagen**  
1

**Uw kenmerk**  
RVB U-9026-2017 IB/RR/lw

**Uw brief**  
15 februari 2017

Geachte raad van bestuur,

Op 14 december 2016 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een toezichtbezoek gebracht aan locatie De Bogt in Amsterdam. Het bezoek is gebracht door mevrouw A.M. Buijse, senior inspecteur en ondergetekende.

Naar aanleiding van dit bezoek stuurde de inspectie u op 20 januari 2017 met kenmerk 2017-1371567/V1010617/CD/bvp een conceptrapport toe. De inspectie verzocht u hierbij vóór 17 februari 2017 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport aantrof.

Op 15 februari 2017 ontving de inspectie in goede orde uw reactie op het conceptrapport. Hieronder volgt de reactie van de inspectie.

Uw reactie heeft geleid tot aanpassingen in het inspectierapport.

- Pagina 4, punt 1.5; tekst is aangepast;
- Pagina 5, aansturing; tekst is aangepast;
- Pagina 11, punt 1.2; tekst in conceptrapport is opgemaakt uit de gesprekken en de aangeleverde stukken naar aanleiding van het bezoek. Tekst blijft ongewijzigd;
- Pagina 11, punt 1.8; tekst is aangepast;
- Pagina 15, punt 2.2; uw reactie betreft geen feitelijke onjuistheid. Tekst blijft ongewijzigd;
- Pagina 15, punt 2.3; tekst in conceptrapport is opgemaakt uit de gesprekken en de stukken die de inspectie tijdens het bezoek inzag. Tekst blijft ongewijzigd;
- Pagina 18, punt 3.2; uw reactie betreft geen feitelijke onjuistheid. Tekst blijft ongewijzigd.

Hiermee heeft de inspectie het rapport vastgesteld. Bijgaand treft u het vastgestelde rapport aan.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt door plaatsing op haar website:



www.igz.nl. Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igz.nl/onderwerpen).

**Ons kenmerk**  
2017-  
1392598/V1010617/CD/ak

De inspectie verwacht dat u de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie **vóór 22 juni 2017** op haar e-mailadres: ri.utrecht@igz.nl, onder vermelding van het kenmerk van deze brief. In dit resultaatsverslag staat per norm:

**Datum**  
22 maart 2017

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

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,



C. Dekker,  
senior inspecteur





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

Rapport  
van het inspectiebezoek  
aan Amstelring,  
locatie De Bogt  
in Amsterdam  
op 14 december 2016

Utrecht  
maart 2017

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
<b>2</b>	<b>Conclusie en onderbouwing 6</b>
<b>3</b>	<b>Handhaving 8</b>
<b>4</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek 10</b>
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 11
4.2	Thema 2: cliëntdossier 14
4.2.1	Inleiding 14
4.2.2	Scores 15
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 18
4.3.1	Inleiding 18
4.3.2	Scores 18
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 22
4.4.1	Inleiding 22
4.4.2	Scores 22
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 25
4.5.1	Inleiding 25
4.5.2	Scores 25
4.6	Overige bevindingen 28
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten 29</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 30</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 14 december 2016 een toezichtbezoek gebracht aan Stichting Amstelring Groep (hierna: Amstelring), locatie De Bogt (hierna: De Bogt) in Amsterdam. Het bezoek werd op 13 december aan het eind van de middag aangekondigd, omdat de inspectie wilde spreken met de specialist ouderengeneeskunde van de locatie.

In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en tenslotte de bevindingen.

### 1.1 Aanleiding en belang

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

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

In 2015 en in de eerste drie kwartalen van 2016 bezocht de inspectie diverse locaties van Amstelring. Daarnaast sprak zij diverse malen met de raad van bestuur en raad van toezicht. De inspectie zag bij Amstelring een voorzichtig stijgende lijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Op een drietal onderwerpen bleven zorgen bestaan. Dit betrof het cliëntdossier, de inzet en deskundigheid van personeel en de medische regie van de behandeldienst. Amstelring bracht naar voren hier specifiek aandacht aan te besteden en deze onderwerpen eind 2016 op orde te hebben.

De inspectie toetste onder andere deze onderwerpen tijdens dit bezoek en tijdens een bezoek aan twee andere locaties van Amstelring.

### 1.2 Doelstelling

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

### 1.3 Methode

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

- vertegenwoordiger van de cliëntenraad
- uitvoerende medewerkers
- specialist ouderengeneeskunde
- management (locatiemanager, Raad van Bestuur)
- cliëntdossiers

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

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

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

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Dit kan reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

#### **1.4 Toetsingskader**

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

#### **1.5 Beschrijving locatie**

De Bogt maakt deel uit van Amstelring. Amstelring levert zorg aan huis en in verpleeg- en verzorgingshuizen in Amsterdam en de regio Amstelland De Meerlanden. Amstelring exploiteert 24 locaties voor intramurale ouderenzorg.

De Bogt ligt in de Spaarndammerbuurt in Amsterdam-West. In De Bogt wonen 100 cliënten met een Wlz-indicatie (Wet Langdurige Zorg) en 64 cliënten met een Wmo-indicatie (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Daarnaast maken 94 aanleunwoningen onder de naam Westerbeer deel uit van de locatie. Bewoners van de aanleunwoningen en buurtbewoners kunnen gebruik maken van het restaurant in en de verschillende activiteiten in De Bogt. De Bogt verleent zorg aan cliënten met zorgvragen op het gebied van psychogeriatric, somatiek en psychiatrie.

De Bogt heeft op de begane grond een open afdeling voor 17 cliënten met zorgvragen op het gebied van psychogeriatric (hierna: PG-cliënten). Op de eerste etage wonen cliënten met voornamelijk somatische aandoeningen en op de tweede en derde etage wonen cliënten met voornamelijk psychiatrische aandoeningen. De interventieafdeling op de tweede etage biedt (in samenwerking met Ggz Ingeest) crisisinterventie en kortdurende behandeling aan cliënten met ernstige gedragsproblemen bij dementie. Op de bovenste (vierde) etage wonen cliënten met verslavingsproblematiek (voormalig dak- en thuislozen).

Elke cliënt heeft een eigen zit-/slaapkamer met eigen sanitair. Alle afdelingen hebben een of meer huiskamers. In de Bogt is de afgelopen jaren een aantal afdelingen verbouwd. De appartementen en huiskamers zijn geschikt gemaakt voor de zorgverlening aan cliënten met toenemende complexe zorgvragen. In de komende jaren wordt de locatie verder hierop aangepast/verbouwd.

De inspectie bezocht de afdeling psychogeriatric (pg) op de begane grond en de afdeling somatiek op de 1<sup>ste</sup> etage.



### *Organisatieontwikkelingen*

In De Bogt zijn vier veranderingsprocessen gaande:

1. de transitie van verzorgingshuis- naar verpleeghuiszorg;
2. de invoering van het nieuwe elektronisch cliëntdossier op basis van de Omaha-systematiek. De Bogt startte hier binnen Amstelring als een van de laatste locaties mee;
3. uitbreiding van de doelgroepen. Sinds medio 2015 is de interventieafdeling van locatie De Drie Hoven naar De Bogt over gegaan;
4. de overstap naar zelforganiserende teams. Dit traject begon in het voorjaar 2016 en is gaande. Zo waren de teams bezig met het aanstellen van aandachtsvelders voor onderwerpen als medicatie en de Bopz. De teams krijgen ondersteuning van twee teamcoaches en een kwaliteitsverpleegkundige. Gesprekspartners vertelden dat medewerkers de tijd en ruimte krijgen die nodig is om de zelforganisatie goed in te voeren. De zorgaanbieder is in gesprek met de behandelgroep over het meegaan in de nieuwe werkwijze.

### *Aansturing en personele bezetting*

Een locatiemanager stuurt sinds vijf jaar De Bogt aan.

Op de PG-afdeling op de begane grond woonden tijdens het inspectiebezoek twee cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) 4, één cliënt met een ZZP 6 en veertien cliënten met een ZZP 5. Op de PG-afdeling werken overdag minimaal twee zorgmedewerkers (maximaal drie), waarvan minimaal één verzorgende IG (niveau 3) en een voedingsassistent. In de middaguren is er een extra dienst.

Op de afdeling somatiek en de interventieafdeling werken overdag drie zorgmedewerkers (allen niveau 3 of vier).

's Avonds werken op alle afdelingen twee zorgmedewerkers. In de nachtdienst werken drie zorgmedewerkers op de locatie; twee verpleegkundigen en een verzorgende 3 IG. Een van de verpleegkundigen werkt op de interventieafdeling. In De Bogt is 24 uur per dag een verpleegkundige beschikbaar.

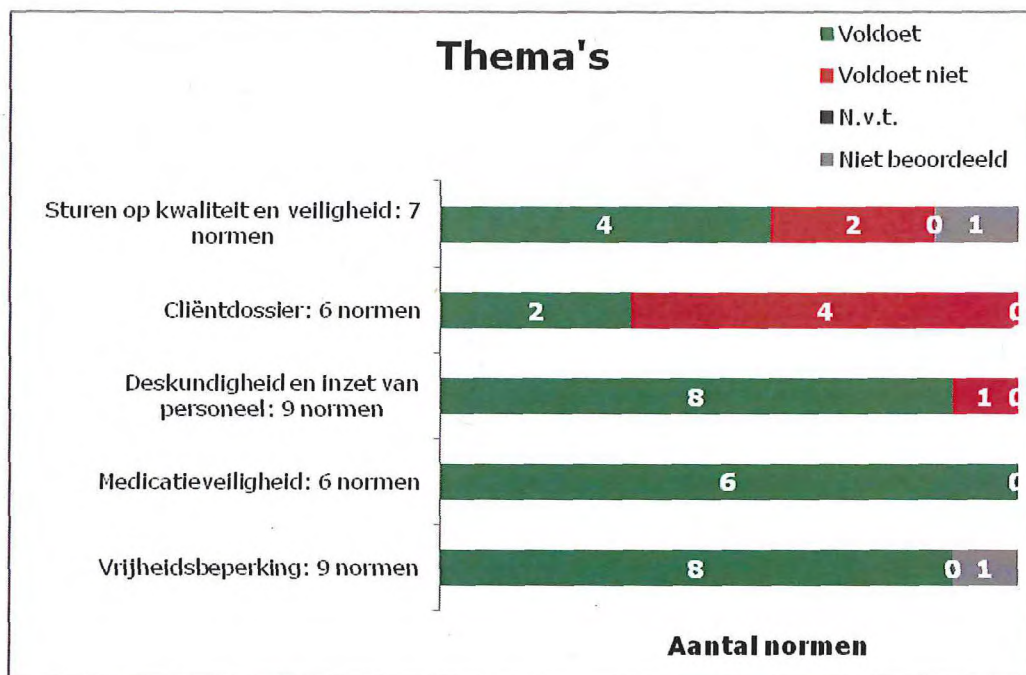
## 2 Conclusie en onderbouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

In alle thema's zit het onderwerp cliëntgerichtheid verweven. In dit 2<sup>e</sup> hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van De Bogt. De inspectie besteedt expliciet aandacht aan dit onderwerp, omdat goede zorg staat of valt met de mate waarin de cliënt invloed heeft op de invulling van deze zorg. In kwaliteitskaders en wetgeving krijgt cliëntgerichtheid een steeds prominere plaats.

### 2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste.



### 2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die De Bogt biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de zeven normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke

risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

- 2.2.1 *Veel veranderingen tegelijkertijd zet verantwoorde zorg onder druk*  
De inspectie trof gemotiveerde medewerkers aan. Zij gaven aan dat de afgelopen periode zwaar was geweest, vanwege de transitie van verzorgingshuis naar verpleeghuis, de invoering van het nieuwe ECD, de uitbreiding van de doelgroepen en de overstap naar zelforganiserende teams. Daarnaast werden medewerkers geconfronteerd met de toename van complexe zorgvragen van de cliënten. Dit trok een grote wissel op het personeel.
- 2.2.2 *Nieuwe ECD nog onvoldoende geborgd*  
In juni 2016 was een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD) ingevoerd. Hiervoor hadden medewerkers een cursus gekregen. Gesprekspartners gaven aan dat veel teamleden nog moeite hadden met het ECD en dat het werken hiermee nog extra training vergde. De inspectie constateerde dat de basis gelegd was, maar dat er nog geen sprake was van een geborgd systeem.
- 2.2.3 *Leren van (bijna) fouten*  
Er was beperkte informatie over de verbetermaatregelen die de zorgaanbieder inzette naar aanleiding van meldingen over (bijna) fouten. Een systematische analyse van de meldingen en verbetermaatregelen hierop zag de inspectie tijdens het bezoek niet. Onduidelijk bleef in hoeverre de zorgaanbieder op grond van (bijna) fouten leert en verbetermaatregelen inzet op micro-, meso-, en macroniveau om herhaling van soortgelijke situaties in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen.

## 3 Handhaving

### 3.1 Inleiding

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

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

### 3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.3 In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 3.2 Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.

### 3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

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

In dit resultaatsverslag staat per norm:

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

### 3.4 Beoordeling van overige locaties

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

### 3.5

#### **Vervolgacties inspectie**

Op basis van het ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan locatie De Bogt behoort tot de mogelijke vervolgacties.

## 4 Bevindingen inspectiebezoek

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

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

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

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

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

## 4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

### 4.1.1 Inleiding

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

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

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

### 4.1.2 Scores

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

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

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



## **Toelichting**

**1.1** De inspectie zag een rapport in van het cliëntervaringsonderzoek van februari 2015. Op basis van de uitkomst van deze meting schreef De Bogt op 8 mei 2015 een verbeterplan, waarin de verbeteracties SMART waren omschreven. Uit andere stukken bleek dat Amstelring per 1 januari 2017 een nieuwe wijze van het ophalen van cliëntervaringen introduceert: tweemaal per jaar ontvangen alle intramurale cliënten een vragenlijst.

**1.2 a)** Medewerkers gaven aan dat ze veilig (bijna-) incidenten konden melden. Overzichten van MIC-meldingen zijn door de inspectie ingezien.

**1.2 b)** De inspectie heeft een aantal meldingen ingezien. In de meldingen ontbrak informatie die nodig is voor een goede analyse naar basisoorzaken. Zo stond in een melding dat een cliënt de medicatie bewust niet had ingenomen. De reden was niet vermeld.

De Bogt had een MIC-commissie. In het verslag van deze MIC-commissie trof de inspectie geen systematische analyses van incidenten aan.

**1.2 c)** De inspectie trof geen aantoonbare verbetermaatregelen aan. Op het MIC formulier werd niet vermeld wat er naar aanleiding van de melding was gedaan. De inspectie kreeg te horen dat verbeteracties wel opgenomen werden in het cliëntdossier. Er was echter geen koppeling tussen het digitale meldingssysteem en het cliëntdossier. De inspectie kreeg te horen dat hier wel aan gewerkt werd.

De verslagen van de MIC commissie bevatten adviezen op casusniveau. Of deze daadwerkelijk opgevolgd werden en tot het gewenste resultaat leiden stond niet vermeld in de verslagen.

**1.3** De inspectie zag de resultaten van klachtenregistraties van De Bogt tot En met december 2015 in. Er waren vier klachten van cliënten in die periode binnengekomen. Op basis van de klachten nam de zorgaanbieder verbeteracties.

**1.8 a)** Uit de diverse gesprekken kwam naar voren dat er veel centrale activiteiten werden georganiseerd voor de cliënten. Op de dag van het inspectiebezoek bezochten veel cliënten de bingo. Gesprekspartners vertelden dat een toenemend aantal cliënten niet deel kan nemen aan centrale activiteiten en een passend activiteitenaanbod op de huiskamers nog tekort schiet. Door de toenemende zorgzwaarte is de transitie gaande om centrale activiteiten meer om te zetten in individuele activiteiten en groepsactiviteiten op de afdeling. Voor de cliëntenraad (CR) is uitbreiding van deze activiteiten een prioriteit. De vertegenwoordigster van de CR vertelde dat de CR in gesprek was met activiteitenbegeleiders over het aanbieden van activiteiten die aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van cliënt.

## 4.2 Thema 2: cliëntdossier<sup>2</sup>

### 4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

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

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

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

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

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

## 4.2.2

## Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>2.1</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.<sup>3</sup></b>	x			
a)	Voor iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
<b>2.2</b>	<b>De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen. Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.		x		
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>		x		
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.		x		
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg-/ondersteuningsdoelen.		x		
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.		x		
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.</b>		x		

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen.				
	Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - huidletsel - incontinentie - vallen - problemen medicatiegebruik - ondervoeding/overgewicht - probleem- of onbegrepen gedrag - mondzorg	X			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.		X		
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>		X		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		X		
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		X		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		X		
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.</b>	X			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.	X			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	X			
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.	X			

### Algemeen

Zorgmedewerkers rapporteerden in het elektronisch cliëntdossier (ECD). Dit was ingevoerd in juni 2016.

Het zorgplan in het ECD is gebaseerd op het Omaha classificatiesysteem. In de Omaha systematiek stellen de zorgmedewerkers de zorgvragen van de cliënt niet op als problemen met bijbehorende doelen, maar brengen ze onder in 42 aandachtsgebieden met 4 soorten acties en 75 actievlakken. Medewerkers

maken voor het opstellen van het zorgleefplan hieruit keuzes. De dagelijkse zorg wordt apart beschreven in de 'zorgkaart'.

Medewerkers kunnen in het ECD op de zorgplanpagina direct rapporteren op de aandachtsgebieden. Daarnaast is er een apart formulier 'Dossier' voor overige rapportages.

Niet alle medewerkers waren al even bedreven in de toepassing van de Omaha-systematiek. Zij vertelden nog regelmatig het (instructie)boekje te raadplegen. Behandelaars hadden een eigen behandelplan en rapporteerden in het medisch dossier (hierna: Ysis).

ECD en Ysis zijn gekoppeld. Behandelaren kunnen medische informatie en rapportages in Ysis openstellen voor inzage via het ECD. Zij kunnen inzage van informatie in Ysis ook blokkeren door deze informatie met een zogenaamd 'slotje' te beveiligen.

Nog niet alle mogelijkheden van het systeem waren ingevuld en werden benut. Zo was het niet mogelijk om in rapportages te zoeken op trefwoorden.

### **Toelichting**

**2.2** In de zorgplannen die de inspectie inzag, was niet alle relevante informatie over de cliënt verwerkt in aandachtsgebieden en acties. Zo bevatte de levensgeschiedenis van een PG-cliënt informatie over doofheid en gedrag. Dit was niet opgenomen in een concept zorgplan uit augustus 2016. De cliënt kreeg sinds mei 2016 haldol. De reden was in het concept zorgplan niet vermeld. Het concept zorgplan was in december 2016 nog niet vastgesteld.

**2.3** De cliëntdossiers bevatten niet alle relevante informatie van betrokken disciplines. In diverse gesprekken kwam naar voren dat opdrachten van betrokken disciplines voor medewerkers beperkt waren in te zien of waren door de medewerkers niet of onvoldoende vertaald naar concrete acties. Uit gesprekken met medewerkers bleek dat de behandelaars tijdens visites of overlegmomenten adviezen en opdrachten bespraken. Medewerkers moesten deze zelf noteren in het cliëntdossier. Behandelaars controleerden naderhand niet of adviezen en afspraken goed genoteerd waren. In een van de cliëntdossiers die de inspectie heeft ingezien ontbrak de opdracht voor de inzet van een plukpak.

**2.4 a)** Medewerkers inventariseerden relevante cliëntgebonden risico's voor iedere cliënt. Medewerkers gebruikten hiervoor vragenlijsten. De uitkomsten van de risico-inventarisaties bespraken zij met de behandelaars tijdens de MDO's.

**2.4 b)** In de systematiek van het cliëntdossier, bevatte ieder zorgplan een aantal aandachtsgebieden. Dit betrof de aandachtsgebieden waarvan de risico-inventarisaties uitwezen dat hierbinnen risico's waren. Binnen deze systematiek beschreven medewerkers niet consequent concrete acties.

**2.5** Medewerkers koppelden sommige rapportages aan een aandachtsgebied. De inspectie zag dat een verwijzing naar een benaderingsadvies van de psycholoog uit juli 2016 ontbrak. De adviezen waren evenmin opgenomen op de zorgkaart met de dagelijkse zorg.

De arts gaf aan dat de behandelaars de kwaliteit van de rapportages op voorgeschreven beleid wisselend van kwaliteit vonden.

**4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers**

**4.3.1 Inleiding**

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

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

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

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

**4.3.2 Scores**

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht.</b>	X			
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.	X			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.	X			
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.</b>		X		
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				X
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.		X		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>	x			
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>	x			
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	x			
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij	x			

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

### Toelichting

**3.2** Uit de gesprekken bleek dat de medewerkers niet gewend zijn om in formele overlegstructuren en in de dagelijkse praktijk met elkaar te bespreken hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.

**3.6** De inspectie zag het scholingsplan 2015/2016 en 2016/2017 in. Hierin waren vakopleidingen opgenomen en ook scholing op vakinhoudelijke gebieden als valpreventie, medicatieveiligheid, mondzorg, diverse ziektebeelden (o.a. CVA), decubitusbeleid en het omgaan met depressie, angst, agressie en claimend gedrag (cliënt en familie). De inspectie kreeg te horen dat medewerkers die MIC meldingen moeten beoordelen geen scholing hadden gehad over analysemethoden.



**3.7 b)** De mate van inzet van medewerkers binnen De Bogt sloot volgens de gesprekspartners voldoende aan op de wensen en behoeften van de cliënten. De Bogt streefde naar verhoging van het deskundigheidsniveau omdat de complexiteit van de zorg toenam. Zo waren niveau 2 medewerkers vrijwel allemaal vervangen door medewerkers met een hoger deskundigheidsniveau. Ook beschikte iedere afdeling over een verpleegkundige.

**3.7 c)** De inspectie kreeg te horen dat het inzetten van tijdelijke invalkrachten niet nodig was. Medewerkers losten problemen in de bezetting onderling op.

#### 4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

##### 4.4.1 Inleiding

Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op medicatieveiligheid in de sector Verzorging en Verpleging (V&V), is in 2008 gestart met een thematisch toezicht op dit onderwerp. Dit resulteerde in 2010 in het rapport 'Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende – september 2010'. Vanaf dat moment is medicatieveiligheid in de V&V een structureel onderdeel van het toezicht door de IGZ geworden en is dan ook terug te vinden in haar jaarlijkse werkplannen en meerjarenbeleidplannen.

Dat er op het gebied van medicatieveiligheid in de V&V nog verbetering noodzakelijk is bleek uit het recente IGZ-rapport 'Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen: Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden', van 4 juli jl. In dit rapport kwam onder andere aan de orde dat zorginstellingen bepaalde stappen die nodig zijn voor een veilig medicatieproces nog onvoldoende zetten en/of structureel vast kunnen houden.

Om die reden vraagt de IGZ binnen de sector wederom extra aandacht voor medicatieveiligheid.

De focus van het toezicht hierop zal zich met name richten op de normen omtrent de thema's:

- een actueel medicatieoverzicht,
- veilig en verantwoord bewaren van medicatie,
- dubbel paraferen bij risico volle medicatie

Deze focus op de medicatie veiligheid past de inspectie in al haar bezoeken toe tot 31 december 2016.

Dit betekent overigens niet dat de andere normen over bijvoorbeeld beleid, Elektronisch Voorschrift Systeem of bijwerkingen niet van belang zijn.

##### 4.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.3</b>	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.5</b>	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>4</sup> niet aan.</b>	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>1</sup> heeft uitgezet.	x			
<b>4.6</b>	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren van medicatie.</b>	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	x			
<b>4.8</b>	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b>	x			
a)	Voor niet GDS-medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	x			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	x			
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>	<b>x</b>			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			

**Toelichting**

**4.5** a) Medewerkers vertelden dat tussentijdse medicatiewijzigingen sporadisch voorkwamen. In principe gingen wijzigingen in bij de wisseling van de medicatierollen.

**4.7** De inspectie zag dat de periodieke controle op de medicatievoorraad plaatsvond. Medewerkers noteerden de datum van openen op de primaire verpakking van zalven en druppels (bijvoorbeeld oogdruppels).

**4.8** De inspectie zag op de aftekenlijsten dat de tweede controle van niet GDS-medicatie plaatsvond.

**4.9** Op de toedienlijsten van de afgelopen weken zag de inspectie dat medewerkers de aangereikte medicatie per medicijn en per tijdstip aftekenden.

## 4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

### 4.5.1 Inleiding

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

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

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

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

### 4.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.1</b>	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.	x			
b)	Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.	x			
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.	x			
<b>5.2</b>	<b>Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het</b>	<b>x</b>			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
	<b>(probleem)gedrag van de cliënt.</b>				
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.	x			
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.	x			
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.	x			
<b>5.3</b>	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>	<b>x</b>			
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.	x			
<b>5.4</b>	<b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>	<b>x</b>			
a)	Bij het multidisciplinaire overleg (MDO) over de besluitvorming over de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.	x			
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.	x			
<b>5.5</b>	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>	<b>x</b>			
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.	x			
<b>5.6</b>	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>	<b>x</b>			
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.	x			

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

### Toelichting

**5.2 a)** Behandelaren gaven aan dat zij (probleem)analyses van gedrag van de cliënt vastlegden in het medisch dossier (Ysis). De analyse was niet inzichtelijk tijdens het bezoek.

**5.3 a)** Behandelaren gaven aan dat zij een psychosociale of gedragsinterventie dat vóór de inzet van psychofarmaca plaatsvond, vastlegden in Ysis. Medewerkers vertaalden deze interventies in acties in het ECD.

**4.6 Overige bevindingen**

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>6.1</b>	Medische regie	X			

**Toelichting**

**6.1 Organisatie van de behandeldienst binnen de zorgorganisatie**

De behandeldiensten zijn per regio georganiseerd. In totaal zijn er vier regio 's binnen Amstelring. Iedere regio wordt aangestuurd door een arts. Binnen Amstelring is een Bopz-arts beschikbaar; de vervanging van deze arts is geregeld.

*Organisatie behandeldienst op locatie*

De Bogt beschikte over vaste behandelaren. Het behandelteam bestond uit drie specialisten ouderengeneeskunde (hierna: SO), basisarts, huisarts in opleiding en psycholoog. Waarnodig aangevuld met een fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist en logopedist. Gesprekspartners gaven aan dat op doordeweekse dagen overdag voldoende artsen aanwezig waren in De Bogt.

*Samenwerking artsen – zorgmedewerkers*

De gesprekspartners ervoeren de samenwerking tussen zorgmedewerkers en de behandelaren als goed. Men hield regelmatig overleg en maakte gezamenlijk de behandelplan voor de cliënten.

De behandelaren onderhielden rechtstreekse contacten met de medewerkers. De zorgverleners ervoeren voldoende bereikbaarheid van de dienstdoende artsen. De SO had twee keer per jaar medicatieoverleg met de vaste apotheker over de medicatie van alle cliënten.

*Taakdelegatie*

De aanwezige avond-, nacht- en weekendverpleegkundige riep indien nodig dienstdoende artsen op van de behandeldienst van de regio. De dienstdoende artsen hadden toegang tot de cliëntdossiers.

*Overdracht van dienst*

Voor de overdracht van dienst was een communicatieformulier in gebruik. Alle leden van het behandelteam hadden via Ysis inzage in alle cliëntdossiers van alle waarnemingslocaties.



## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Overzicht van ZZP's van cliënten van De Bogt.
- Overzicht van fte's van zorgmedewerkers en behandelaars van De Bogt.
- Werkroosters (dagplanning) van medewerkers.
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van van De Bogt.
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar.
- Bevoegd- en bekwaamheidsregistratie BIG-handelingen van alle medewerkers die zorg aan de cliënten verlenen.
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van van De Bogt.
- Overzicht van ingediende klachten in 2015 op van De Bogt en daarvoor ingezette verbeteracties.
- Meest recente cliënttevredenheidsonderzoek en daarvoor ingezette verbeteracties.
- Overzicht van geregistreerde vrijheidsbeperkende maatregelen van de afgelopen zes maanden van van De Bogt.
- Beleid rondom het opvragen van een Verklaring omtrent gedrag (VOG).

## Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten

### Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz)<sup>5</sup>.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Veldnormen:

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

### Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.

<sup>5</sup> De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.

