



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

Rapport van het inspectiebezoek aan Woonzorgcentrum
De Drie Hoven te Amsterdam op 8 augustus 2013

Amsterdam, augustus 2013

Inhoud

1	Inleiding—3
2	Bevindingen inspectiebezoek—5
2.1	Opzet—5
2.2	Zorg(behandel)-/leefplan—5
2.3	Lichamelijk welbevinden—7
2.4	Zorginhoudelijke veiligheid—7
2.5	Woon- en leefomstandigheden—9
2.6	Voldoende en bekwaam personeel—10
2.7	Medicatieveiligheid—12
3	Beschouwing en conclusie—13
3.1	Inleiding—13
3.2	Beschouwing—13
3.3	Conclusie—13
4	Te nemen maatregelen—14
4.1	Inleiding—14
4.2	Maatregelen—14
4.3	Voortgangsrapportage—14

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 8 augustus 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Woonzorgcentrum De Drie Hoven te Amsterdam.

Het bezoek van 8 augustus

Dit bezoek betreft een follow up van inspectiebezoeken die in de periode van 5 juni 2012 tot en met 14 maart 2013 zijn gebracht aan De Drie Hoven. De inspectie constateerde tijdens het bezoek op 5 juni 2012 (zeer) hoge risico's op onverantwoorde zorg op meerdere thema's. Op basis van de bevindingen adviseerde de inspectie de staatssecretaris van VWS een aanwijzing voor De Drie Hoven af te geven. De staatssecretaris volgde dit advies op en gaf op 11 juli 2012 een aanwijzing voor een periode van 4 maanden af. De aanwijzing is 11 november 2012 van rechtswege verlopen.

Tijdens het bezoek van 31 oktober 2012 constateerde de inspectie dat De Drie Hoven de gegeven aanwijzing voor een groot deel heeft nageleefd, maar dat de ingezette verbeteringen nog kwetsbaar zijn en op bepaalde onderwerpen nog onvoldoende. Tijdens het bezoek op 14 maart 2013 constateerde de inspectie op onderdelen nog steeds hoge risico's.

Doel van dit bezoek is om opnieuw de balans op te maken en te beoordelen of er bij Woonzorgcentrum De Drie Hoven randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. De inspectie legt de bevindingen van het inspectiebezoek naast het plan van aanpak en de periodieke voortgangsrapportages die de zorgaanbieder heeft opgesteld, en toetst belangrijke onderdelen hieruit. De inspectie heeft tijdens dit onaangekondigd bezoek de nadruk gelegd op de psychogeriatrische en somatische afdelingen. De uitkomsten van dit rapport gelden dan ook voor deze afdelingen.

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

- gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het management, een van de specialisten ouderengeneeskunde, teamleiders en uitvoerende medewerkers
- zorgplannen ingezien;
- een rondleiding gehad;
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

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

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan;
- Lichamelijk welbevinden;
- Zorginhoudelijke veiligheid;
- Woon- en leefomstandigheden;
- Voldoende en bekwaam personeel.

¹ Zie bijlage 2

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

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

2 Bevindingen inspectiebezoek

2.1 Opzet

De inspectie beoordeelt Woonzorgcentrum De Drie Hoven op 5 thema's en 1 aanvullend onderwerp. 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. Hieronder vindt u de scores van de bezoeken. In de toelichting vindt u de bevindingen van het bezoek van 8 augustus 2013.

2.2 Zorg(behandel)-/leefplan

Onderwerp	oordeel			
	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
Zorg(behandel)/-Leefplansystematiek				
31 oktober 2012		✓		
14 maart 2013		✓		
8 augustus 2013		✓		
Individueel zorg(behandel)/-leefplan				
31 oktober 2012			✓	
14 maart 2013			✓	
8 augustus 2013			✓	

² In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

toelichting per onderwerp

1 Zorg(behandel)/-leefplansystematiek

De papieren systematiek in de dossiers zag er nu helder en netjes uit. Zorgplan, zorgdoelen en acties zijn helder geformuleerd. De werkwijze ten aanzien van het werken met BOPZ-behandelplannen is niet in voldoende mate zichtbaar. Afwegingen, observaties bij de start van maatregelen, trof de inspectie niet aan. In het medisch dossier van de cliënt is niet standaard de werkwijze ten aanzien van de BOPZ opgenomen. Gegevens waren niet vindbaar.

Omdat de systematiek nog niet geheel geïmplementeerd is en de ontwikkelingen voor een compleet elektronisch dossier nog in volle gang zijn, blijft de score van het onderwerp zorg(behandel)/-leefplansystematiek gering risico.

2 Individueel zorg(behandel)/-leefplan

Tijdens het inspectiebezoek van 8 augustus 2013 heeft de inspectie zorgdossiers ingezien op de afdelingen Amstel en Jordaan. De indeling van de dossiers was overzichtelijker dan bij de voorgaande bezoeken. Ze zagen er netjes uit, echter inhoudelijk zijn de volgende verbeterpunten gesignaleerd:

- Voortgangsrapportage vindt nog niet plaats naar de geformuleerde doelen, maar op bijzonderheden;
- Afspraken met artsen worden niet consequent nageleefd, bevindingen worden genoteerd, aantoonbare actie ontbreekt;
- Risicosignaleringen worden wel ingevuld maar nog niet altijd gebruikt om de zorgdoelen te formuleren;
- Observaties op de risico's zijn niet zichtbaar in de rapportage terug te vinden;
- Het (dagelijkse) gebruik van zorg(behandel)/-leefplannen wordt nog niet voldoende structureel op inhoud getoetst;
- Soms ontbreken handtekeningen van vertegenwoordigers;
- Ingezette middelen en maatregelen bij een patiënt zijn niet gemotiveerd, evaluaties en observaties ontbreken.

Vanwege het feit dat de zorgdossiers nog steeds niet aan de in de norm omschreven eisen voldoen en onvoldoende kunnen dienen als basis voor de zorgverlening, scoort dit onderwerp nog steeds hoog risico.

2.3 Lichamelijk welbevinden

Onderwerp	oordeel			
	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
Lichamelijk welbevinden				
31 oktober 2012		✓	✓	
14 maart 2013		✓	✓	
8 augustus 2013		✓		

toelichting per onderwerp

1 Lichamelijk welbevinden

Tijdens de rondgang zagen cliënten er netjes en verzorgd uit. Medewerkers geven aan zoveel als mogelijk rekening te houden met de wensen van de cliënt maar dit lukt niet altijd doordat er momenteel veel gewerkt wordt met flexmedewerkers.

Op een van de afdelingen waren cliënten om 11.30 uur nog bezig met de broodmaaltijd. Bij navraag werd duidelijk dat het hier ging om het ontbijt van de desbetreffende cliënten. Er was geen duidelijke reden of wens van deze bewoners bekend om het ontbijt zo laat te gebruiken.

Uit de dossiers en de gesprekken blijkt dat er meer moeite wordt gedaan om te voldoen aan de wensen en de behoeftes van de cliënten. Echter omdat de praktijk weerbarstiger is en laat zien dat dit niet altijd lukt, scoort dit onderwerp nog een gering risico.

2.4 Zorginhoudelijke veiligheid

Onderwerp	oordeel			
	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
Hygiëne en infectiepreventie				
31 oktober 2012	niet beoordeeld			
14 maart 2013			✓	
8 augustus 2013		✓	✓	

Zorg voor cliënten met gedragsproblemen

31 oktober 2012

✓

14 maart 2013

✓

8 augustus 2013 niet beoordeeld

toelichting per onderwerp

1 Hygiëne en infectiepreventie

Naar aanleiding van de externe audits zijn afspraken gemaakt met de GGD over de hygiëne en infectiepreventie. Er hebben interne audits plaatsgevonden door medewerkers op verschillende onderwerpen. De hygiëne verschilt nog steeds per afdeling. Sommige tilliften waren niet schoon, evenals douchestoelen. Enkele tilbanden waren verwassen en roepen vragen op over de veiligheid tijdens gebruik.

Een aantal zaken viel op tijdens de rondgang:

- Po-spoelers op een afdeling zijn nog steeds defect. Po's worden nu nagespoeld met 70% alcohol totdat de nieuwe po-spoelers aanwezig zijn. In de spoel bevinden zich incontinentiemateriaal en wasbenodigdheden van bewoners, een ongewenste situatie.
- Kledingvoorschriften voor zorgmedewerkers blijken uit de gesprekken nog steeds niet duidelijk te zijn. Medewerkers dragen privé kleding die niet op 60 graden gewassen kan worden. Medewerkers hebben geen extra kleding bij zich en zijn niet allen op de hoogte van de regel om kleding te wassen op 60 graden. Tijdens de zorg wordt wel gebruik gemaakt van plastic schorten en medewerkers hebben een sloof voor om hun broek te beschermen.

De hygiëne en infectiepreventie zijn weliswaar verbeterd maar er bestaan nog steeds risico's zoals hierboven beschreven. Daarom scoort dit onderwerp gering tot hoog risico.

2 Zorg voor cliënten met gedragsproblemen

Dit onderwerp is tijdens het bezoek van 8 augustus niet opnieuw beoordeeld.

2.5 Woon- en leefomstandigheden

Onderwerp	oordeel			
	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
Woon/leefklimaat				
31 oktober 2012		✓	✓	
14 maart 2013		✓	✓	
8 augustus 2013		✓		

toelichting per onderwerp

1 Woon/leefklimaat

De sfeer in De Drie Hoven is volgens gesprekspartners afgelopen maanden verder verbeterd. Zo is er meer openheid en ruimte voor initiatief. Medewerkers zijn opener geworden en er wordt meer gemeld dan voorheen.

Er heeft een grote schoonmaak plaatsgevonden, de afdelingen zien er duidelijk schoner en opgeruimder uit. Ook is er schilderwerk verricht. Enkele huiskamers zijn nu minder vol doordat er sprake is van leegstand van bedden op die afdelingen. Het blijft echter een verouderd pand en de huiskamers bieden (vooral op de pg) nog weinig geborgenheid en huiselijkheid, evenals de 2-persoonskamers. De plannen om minder cliënten per huiskamer te verzorgen gaan gewoon door. De huiselijkheid rondom de maaltijd kan verder verbeteren, het dekken van de tafel is daar een voorbeeld van.

Op de psychogeriatrische afdeling trof de inspectie open kasten aan met schoonmaakmiddelen en open laden met daarin messen terwijl deze laden en deuren wel voorzien waren van veiligheidsslotsen.

Om deze redenen scoort dit onderwerp een gering risico.

2.6 Voldoende en bekwaam personeel

Onderwerp	oordeel			
	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
Personele inzet afgestemd op doelgroep				
31 oktober 2012			✓	
14 maart 2013			✓	
8 augustus 2013		✓		
Professionele kwaliteit van medewerkers				
31 oktober 2012			✓	
14 maart 2013			✓	
8 augustus 2013			✓	

toelichting per onderwerp

1 Personele inzet afgestemd op doelgroep

De teamleiding is nu stabiel. Met uitzondering van afdelingen Jordaan/ Amstel is voor elke afdeling een bekwame teamleider aanwezig. Voor afdelingen Jordaan/ Amstel is gekozen om deze twee afdelingen door één teamleider aan te laten sturen. Binnen De Drie Hoven wordt momenteel gewerkt met twee kwaliteitsverpleegkundigen. Samen met de teamleiders geven zij inhoudelijke sturing en training on the job aan de zorgmedewerkers.

Er zijn op dit moment geen openstaande vacatures maar de locatie heeft wel te maken met een hoog ziekteverzuim (10,8%). Het ziekteverzuim is niet werk-gerelateerd en zit vooral in het langdurig verzuim door medische oorzaken. De dienstlijsten die de inspectie heeft ingezien op afdeling Jordaan laten zien dat de bezetting voldoende is maar dat er geen continuïteit in te zien is. De teamleider bevestigt dat de zorg in voldoende mate geleverd kan worden, ook al zijn er nu in de zomertijd wel veel vaste flexkrachten. Er is weinig kortdurend verzuim waardoor beter ingespeeld kan worden op de hiaten in de dienstlijst. De streefbezetting is in de personele bezetting gewaarborgd maar de continuïteit is door de inzet van de vele flexwerkers nog niet aanwezig.

De inspectie constateert op dit onderwerp een gering risico omdat de continuïteit van de personele bezetting nog niet gewaarborgd kan worden.

2 Professionele kwaliteit van medewerkers

Op alle afdelingen is in het voorjaar een 'kwaliteitsmap' ingesteld met daarin checklisten en mini-audits om uitvoering in de praktijk op een aantal thema's te toetsen. Recent hebben een aantal interne audits plaatsgevonden. Borging en monitoring van de verbeterpunten zal door de teamleiders moeten worden uitgevoerd.

Artsen melden dat medewerkers in onvoldoende mate opdrachten uitvoeren die zij hebben gegeven. Zij spreken medewerkers daarop aan. Anderzijds worden deze zaken niet gemeld bij het management om te achterhalen wat de precieze oorzaken zijn van het niet nakomen van afspraken.

Pro-actieve controle van dossiers door artsen blijft nu achterwege, terwijl in een kwetsbare situatie zoals in De Drie Hoven de arts meer nadrukkelijk aanwezig mag zijn.

De inspectie constateert dat er veel aandacht is voor scholing en dat er gestart is met toetsing in de praktijk. Deze ingezette verbetering vergt tijd waardoor op dit moment het vereiste deskundigheidsniveau van medewerkers nog niet helemaal op de aanwezige (complexe) doelgroepen is afgestemd. Hierdoor scoort dit onderwerp nog steeds een hoog risico.

2.7 Medicatieveiligheid

Onderwerp	oordeel			
	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
Medicatieveiligheid				
31 oktober 2012		✓		
14 maart 2013		✓		
8 augustus 2013		✓		

toelichting

De insuline wordt nu dubbel gecontroleerd en afgetekend. Toedienlijsten zijn actueel. Toch trof de inspectie op een enkele lijst nog handgeschreven informatie aan.

Om deze redenen scoort dit onderwerp nog steeds gering risico. De werkvoorraad is tijdens dit bezoek niet getoetst.

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 Woonzorgcentrum De Drie Hoven. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

Recente ontwikkelingen in De Drie Hoven

Een belangrijke recente ontwikkeling is dat de Raad van Bestuur besloten heeft om de verpleegafdelingen eind 2014 te sluiten. Het leidinggevend kader op de afdelingen is op dit moment stabiel aldus de Locatiemanager en de sfeer is goed in De Drie Hoven. Dit wordt bevestigd door de positieve uitkomsten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek. Nieuwe bedden zijn aangeschaft, het pand is verder opgeknapt en extra schoonmaak is gepleegd.

3.2 Beschouwing

De Drie Hoven werkt hard aan verbeteringen

Het is nu inmiddels ruim een jaar later, sinds het eerste inspectiebezoek begin juni 2012. De inspectie heeft in tussentijd meerdere (on-)aangekondigde bezoeken gebracht aan De Drie Hoven, maar zich ook laten informeren middels maandelijkse voortgangsrapportages. Uit alles blijkt dat hard wordt gewerkt aan het bewerkstelligen van de benodigde verbeteringen.

Resultaten worden voorzichtig zichtbaar in de praktijk

Het harde werken aan de noodzakelijke verbeteringen laat nu een voorzichtige verbetering zien in de praktijk. Risico's zijn afgenomen maar er zijn nog steeds enkele hoge risico's. Op dit moment is er continuïteit in het leidinggevend kader en de benodigde flexwerkers zijn veelal bekende mensen. Zorgplannen zijn in principe helder en duidelijk van opzet, gestuurd moet echter worden op nakomen van afspraken en integratie van medisch dossier en zorgdossier. De interne audits dragen bij aan het op peil brengen en houden van de behaalde resultaten. De komende tijd is het van extra belang om de behaalde resultaten te borgen, juist in het kader van de komende sluiting van de verpleegafdelingen.

3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in dit hoofdstuk concludeert de inspectie dat binnen Woonzorgcentrum De Drie Hoven nog steeds randvoorwaarden, praktijken of processen aanwezig zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit en de cliëntgerichtheid van de zorg. Echter de verbeteringen beginnen zichtbaar te worden in de praktijk. 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 Maatregelen

Op basis van haar oordeel verwacht de inspectie dat u met name ruime aandacht besteedt aan het zorgplan, het bopz-behandelplan en het nakomen van afspraken van de artsen.

4.3 Voortgangsrapportage

De inspectie zal ook de komende periode de uitvoering van de voorgenomen verbetermaatregelen nauwlettend volgen. De inspectie verwacht zoals afgesproken n.a.v. het inspectiebezoek van 5 maart 2013 uiterlijk 1 september a.s. een volgende voortgangsrapportage naar aanleiding van uw verbeterplan en gebaseerd op de geconstateerde risico's tijdens dit bezoek.

De opgevraagde informatie ontvangen wij gaarne per mail op ons algemene e-mail adres: ri.amsterdam@igz.nl onder vermelding van het kenmerk rechts bovenaan de begeleidende brief. Deze informatie voegt de inspectie toe aan uw instellingsdossier. Waar nodig zal de inspectie zich wederom beraden welk toezicht nog moet volgen. In aansluiting op de beschouwing zal ook nog een gesprek met de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht worden gepland om de organisatiebrede aanpak te bespreken.

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.

- Dossiers ter inzage tijdens bezoek;
- Interne auditrapporten;
- Mic meldingen ter inzage tijdens bezoek.

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

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

Wetgeving:

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

Veldnormen en rapporten:

- *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007;
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005;
- *Richtlijn decubitus 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

Iedere 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. Lichamelijk welbevinden

norm

De cliënt mag rekenen op een schoon en verzorgd lichaam.

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

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

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

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	Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling, V&VN 2011, geautoriseerd door ondermeer Verenso. 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	Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen, V&VN 2010, geautoriseerd door ondermeer Verenso. Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006
6	zorg voor cliënten met gedragsproblemen	Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002

4. Woon- en leefomstandigheden

norm

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

Opdat de cliënt zich thuis voelt is er sprake van:

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

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, 2010.

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.