



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Rapport van de inspectiebezoeken
aan De Pannehoeve in Helmond
op 24 februari en 13 mei 2016**

Utrecht
augustus 2016

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	3
1.4	Toetsingskader	4
1.5	Beschrijving locatie	4
2	Conclusie en onderbouwing	6
2.1	Samenvatting van de scores per thema	6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol	6
2.2.1	Belevingsgerichte cliëntenzorg in ontwikkeling	7
2.2.2	Zorg laten aansluiten bij veldnormen	7
3	Handhaving	8
3.1	Inleiding	8
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed	8
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder	8
3.4	Beoordeling van overige locaties	9
3.5	Vervolgacties inspectie	9
4	Bevindingen inspectiebezoek	10
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	10
4.1.1	Inleiding	10
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	19
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid	24
4.4.1	Inleiding	24
4.4.2	Scores	24
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking	29
4.5.1	Inleiding	29
4.5.2	Scores	29
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten	33
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten	34

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 24 februari 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting De Zorgboog (hierna: De Zorgboog), locatie De Pannehoeve (hierna: De Pannehoeve) in Helmond. Op 13 mei 2016 bracht de inspectie een onaangekondigd aanvullend bezoek aan De Pannehoeve. Dit aanvullend bezoek vond plaats omdat de inspectie nog aanvullende informatie wilde verzamelen om zo tot een gefundeerd oordeel te kunnen komen. De inspectiebezoeken richtten zich op de cliënten met een ZZP 5 of hoger. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij de bezoeken bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

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

1.2 Doelstelling

De doelstelling van de inspectiebezoeken was te beoordelen in hoeverre de door De Pannehoeve 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 Pannehoeve geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- cliënten;
- cliëntvertegenwoordigers;
- uitvoerende medewerkers;
- een behandelaar;
- het management(team);
- cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een observatie van 45 minuten op twee afdelingen;
- een rondgang door de locatie.

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

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

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Dit kan reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven.

Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

1.4 Toetsingskader

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

1.5 Beschrijving locatie

De Zorgboog

De Pannehoeve maakt deel uit van De Zorgboog. De Zorgboog levert een breed pakket aan diensten in wonen, welzijn en zorg. De website vermeldt verder dat De Zorgboog ongeveer 2.400 medewerkers heeft, 1.100 vrijwilligers, ruim 2.000 cliënten in de thuissituatie, ruim 1.000 cliënten met zorg en verblijf, bijna 10.000 0 tot 4 jarigen en hun gezinnen met jeugdgezondheidszorg en ruim 1.800 cliënten met kraamzorg.

De Pannehoeve

De Pannehoeve biedt zowel woonruimte aan zelfstandige ouderen en enkele studenten als aan bewoners met zorg en behandeling. In totaal is er in de Pannehoeve ruimte voor ongeveer 170 bewoners. In februari 2016 waren er ongeveer 150 bewoners. De woonruimte varieert van een studio (21 stuks) waarin een oudere of student geheel zelfstandig kan wonen tot een gesloten afdeling voor cliënten met dementie (hierna: psychogeriatrische of pg-cliënten).

Cliënten

De cliënten met een ZZP 5 of hoger wonen op de etages 1 tot en met 4 van De Pannehoeve. Op de etages 1, 3 en 4 wonen 57 cliënten met ZZP 5 en 13 cliënten met ZZP 7. Op de eerste etage wonen 30 pg-cliënten, verdeeld in twee groepen (groepswoningen) van 15 cliënten. Op de derde en vierde etage wonen per etage 20 pg-cliënten verdeeld in twee groepen (groepswoningen) van tien cliënten. De tweede etage is een semigesloten etage voor 22 cliënten met een somatische grondslag en psychiatrische problematiek. In de aanleunwoningen wonen cliënten van wie er ongeveer 11 in het bezit zijn van een ZZP 4 indicatie.

Inrichting afdelingen en De Pannehoeve

De derde en vierde etage zijn recent verbouwd en in de zomer van 2015 in gebruik genomen als kleinschalig wonen afdelingen. Voor de afdelingen met kleinschalig wonen zijn nieuwe teams van medewerkers samengesteld.

Iedere etage heeft twee huiskamers. De derde en vierde etage hebben sinds de verbouwing een huiselijke, moderne uitstraling. De eerste en tweede etage zijn nog niet verbouwd. Iedere cliënt in De Pannehoeve heeft een eigen kamer en sanitair.

De entree van De Pannehoeve oogt prettig en gezellig. Er zijn diverse zitjes, een receptie en een zogenaamde Gasterij. Cliënten kunnen er ontbijten of een kopje koffie drinken met familie. Medewerkers gebruiken de Gasterij om er te pauzeren. Mensen uit de wijk en van binnen de Pannehoeve kunnen elkaar hier ontmoeten. Diverse (bewoners)verenigingen uit De Pannehoeve en uit de omliggende wijk gebruiken de ruimte als ontmoetingsplaats of als verenigingsruimte. De activiteiten in De Pannehoeve staan vermeld op een activiteitenkalender. De Pannehoeve beschikt verder over verschillende faciliteiten voor de bewoners, zoals een kapsalon, een wasserette, een stilteruimte, een winkeltje, een fysiotherapieruimte en een lounge. In De Pannehoeve is ook een eerstelijns paramedische praktijk gevestigd.

Personele inzet

In de Pannehoeve zijn twee afdelingshoofden die met een behandelaar in duaal leiderschap de diverse teams aansturen. Op iedere etage werkt een eerste verpleegkundige met een coachende, kwaliteitsbewakende rol. Op de etages 1, 3 en 4 bestaan de verzorgende teams uit voornamelijk verzorgenden IG. Daarnaast is er in elk team een helpende. In enkele teams werken ook invalkrachten, vanwege vacatures en/of ziekteverzuim van vaste medewerkers. Invalkrachten zijn afkomstig van de flexpool van De Zorgboog. Verder zijn er in De Pannehoeve activiteitenbegeleiders die in meerdere teams werken. De bezetting is wisselend per groepswoning/team en wordt afgestemd op de zorgvraag. Overdag bestaat de bezetting over het algemeen uit vier medewerkers per afdeling. In de avond zijn er twee volledige avonddiensten per afdeling. In de Pannehoeve werken drie nachtdiensten. Binnen elk team is een coördinator zorg (hierna: cozo) aangesteld. De cozo coördineert de zorg voor ongeveer tien cliënten. Dit betekent onder andere dat de cozo de doelen in het zorgleefplan zet, het werkplan voor de cliënt opstelt (= het dag-/weekschema van de cliënt dat is afgeleid van het zorgleefplan), het contact met de familie onderhoudt en het multidisciplinaire overleg (MDO) bijwoont. Op de tweede etage werkt – gezien de andere doelgroep – een aantal niveau 3 verzorgenden en niveau 4 verpleegkundigen met ervaring in het werken in de psychiatrie. Op deze etage zijn vijf cozo's. Elk team heeft zogenaamde 'aandachtvelders' die het kwaliteitsbeleid met betrekking tot een zorggebied vormgeven (hygiëne, mondzorg, medicatie, dossiervoering, verpleegartikelen en voeding).

De Zorgboog heeft een eigen behandeldienst. Een vaste specialist ouderengeneeskunde, nurse practitioner en psycholoog zijn vanuit deze behandeldienst verbonden aan De Pannehoeve.

Ontwikkelingen

Het management van De Pannehoeve speelt in op ontwikkelingen in de ouderenzorg. Zo is men in gesprek over verhuur van de vijfde etage aan een andere zorgaanbieder. Een andere doelgroep zou een andere dynamiek in het gebouw kunnen brengen. Bovendien wil men verbinding met de buitenwereld vergroten door de buurt meer bij de cliënten van De Pannehoeve te betrekken. Er is de ambitie om het hele gebouw van De Pannehoeve beschikbaar voor cliënten met dementie te maken. Door slim domotica te gebruiken zou hun bewegingsruimte en daginvulling verrijkt kunnen worden. Zorgpunten hierbij zijn enkele bouwkundige aspecten, zoals de liften en de trap. Een andere ambitie van de afdelingshoofden is om samen met de locatiemanager te komen tot een gezamenlijk activiteitenplan voor De Pannehoeve als geheel.

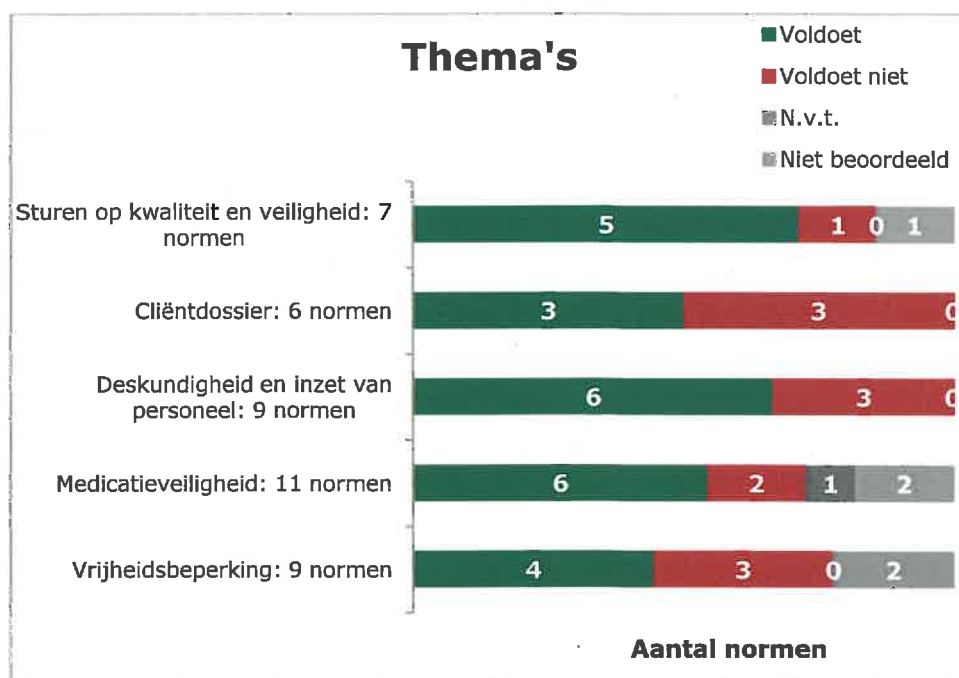
2 Conclusie en onderbouwing

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

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

2.1 Samenvatting van de scores per thema

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



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

De zorg die De Pannehoeve biedt, voldoet niet aan 12 van de 36 getoetste normen. Het niet voldoen aan normen kan leiden tot onnodige risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert. Het gaat om verbeteringen op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

2.2.1 *Belevingsgerichte cliëntenzorg in ontwikkeling*

In De Pannehoeve zijn sinds de zomer van 2015 veel ontwikkelingen geweest om in te spelen op de complexer wordende zorgvraag van cliënten. Hierbij zijn belangrijke stappen in het creëren van voorwaarden gezet. Zo waren er Belevingsgerichte Omgang(BGO)-scholingen voor alle medewerkers en het werken met eerste verpleegkundigen en cozo's is op alle afdelingen ingevoerd. De inspectie ziet dat er in de tussenliggende periode van de bezoeken meer stabiliteit in de teams is gekomen. Bij de bezoeken blijkt dat de wens leeft om de belevingsgerichte cliëntenzorg meer te ontwikkelen. Een spanningsveld hierbij is de ervaren tijd en ruimte voor begeleiding. In de dagelijkse zorg en in de cliëntendossiers komt de belevingsgerichte zorg nog niet voldoende tot uiting. De zorg kan beter aansluiten bij de levensgeschiedenis van de cliënt en de dagbesteding kan meer op de het individu worden afgestemd. Het inzetten van gedragsbeïnvloedende interventies bij cliënten met onbegrepen gedrag is een belangrijk aandachtspunt.

Management is zich hiervan bewust en ziet verdere verbetering van de zorg voor cliënten met dementie als één van de kern ontwikkelpunten voor de komende periode. Meer aandacht voor scholing over dementie en bijvoorbeeld structureel intervisie of omgangsoverleg zouden hierbij ondersteunend kunnen zijn.

2.2.2 *Zorg laten aansluiten bij veldnormen*

Bij de inspectiebezoeken blijkt dat de zorg bij een aantal normen niet voldoet aan de veldnormen die hiervoor zijn. Dit geldt voor normen binnen verschillende thema's. Zo wijkt de evaluatiefrequentie van het zorgplan af van de veldnorm. Bij het thema medicatieveiligheid zijn bijvoorbeeld de toegang tot en de controle op de bewaarcondities van de medicatie niet voldoende geregeld. Bij het thema vrijheidsbeperking geldt dat niet alle vrijheidsbeperkende maatregelen volgens de voorschriften worden ingezet. Verdere aanscherping van het beleid en controle hierop zijn nodig om goede zorg aantoonbaar te maken.

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

- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinnige/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afsproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.
- 3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 5.4 In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.6 De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.7 Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

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

In dit resultaatsverslag staat per norm:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldoet aan de norm;
- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij volledig aan de norm voldoet;

- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag feitelijk heeft bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

3.4 Beoordeling van overige locaties

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

3.5 Vervolgacties inspectie

Op basis van het ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan De Pannehoeve 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 Pannehoeve nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in De Pannehoeve wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

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

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

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 Inleiding

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

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

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

4.1.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de bevindingen op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				x
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.				x
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de 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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.	x			
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.	x			
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.		x		
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.		x		
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	x			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. (Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)	x			

Toelichting

- 1.1a)** Eens in de twee jaar voerde de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek was van november 2015.
- 1.1b)** De zorgaanbieder stelde op basis van het cliëntervaringsonderzoek op clusterniveau aanbevelingen op. Dit resulteerde in een plan van aanpak voor de locaties.
- 1.2b + c)** De leidinggevende bekeek de meldingen, schatte in wat de herhalingskans was voor de cliënt en nam in overleg met de medewerkers zo nodig maatregelen. De leidinggevende besprak de MIC-meldingen ook in het groot teamoverleg, dat één keer in de zes weken plaatsvond. Daarnaast zette de leidinggevende de meldingen door naar de MIC-commissie. De MIC-commissie verzamelde de meldingen, maakte daarvan kwantitatieve overzichten en gaf aan of de melding afgehandeld was. De inspectie bekeek een overzicht van de MIC-meldingen uit 2015 van een afdeling van De Pannehoeve. Hierop stonden cliëntgegevens, de datum van het incident, het type Incident (vallen, agressief gedrag, medicatie, overig) en de status. De analyse van de meldingen waarbij gezocht werd naar basisoorzaken, ontbrak. In een reactie op het concept rapport gaf de zorgaanbieder aan dat er vanuit de MIC commissie en de raad van bestuur aandacht is voor trends en analyses van meldingen ter onderbouwing van het te voeren beleid.

Analyses gebeurden volgens de zorgaanbieder op de hoogrisico meldingen. Voor de analyse hanteerde men soms de prisma methode. Zo nodig volgden hierop acties en maatregelen. De managers volgden de uitvoering van de verbetermaatregelen.

- 1.3a)** De Zorgboog had een klachtenreglement cliënten dat voldeed aan de inmiddels vervallen Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Het klachtenreglement cliënten voldeed ook aan het Besluit klachtenbehandeling Bopz. Het klachtenreglement cliënten van De Zorgboog was nog niet aangepast aan de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg). Gezien de overgangstermijn voor de Wkkgz beoordeelde de inspectie deze norm als 'voldoet'.
- 1.3b)** Bij eventuele klachten was de werkwijze dat de cozo of andere leden van het team in eerste instantie in gesprek gingen met de klager. Op die manier probeerde men tot een oplossing te komen. Indien gewenst kon hierbij een klachtenbemiddelaar van de Stichting Meê worden ingeschakeld. Het management van de Pannehoeve benutte de informatie uit klachten voor verbeteracties.
- 1.5a)** Volgens het management waren de in- en exclusiecriteria voor cliënten van De Pannehoeve beschreven in de zorgverleningsovereenkomst van De Zorgboog en de bijbehorende Algemene Voorwaarden. Agressief gedrag en ernstig dwalen waren exclusie criteria bij kleinschalig wonen.
- 1.8a)** Cliënten hadden onvoldoende een dagbesteding die paste bij hun wensen en behoeften². Dit bleek uit de observatie op de afdelingen. Ook kwamen medewerkers van de verzorging en verpleging in de praktijk weinig toe aan het begeleiden van activiteiten voor de cliënten. Volgens diverse gesprekspartners lag de verantwoordelijkheid voor een zinvolle en passende dagbesteding voornamelijk bij de activiteitenbegeleiders. De activiteitenbegeleiders verzorgden een aanbod aan centrale en individuele activiteiten voor cliënten. De activiteitenbegeleiders waren parttime aanwezig gedurende de week. Het activiteitenaanbod kreeg mede inhoud dankzij de vrijwilligers, die hierin ondersteunden. Zo waren er onder andere centrale activiteiten met honden, gezamenlijk zingen en gymnastiek. Medewerkers van de verzorging en verpleging zochten bij het opstellen van het werkplan van de cliënten naar mogelijkheden voor individuele activiteiten. In de praktijk kwamen zij hier weinig aan toe. Tijdens de rondleiding op 24 februari 2016 was in vijf van de zes huiskamers voor het merendeel van de cliënten niets te doen. Cliënten zaten te slapen of te wachten. In één huiskamer zaten alle cliënten aan een tafel en zongen zij liedjes van vroeger met een activiteitenbegeleider. Tijdens de observatie op de afdelingen op 13 mei 2016 dronken de cliënten in een huiskamer koffie. Enkele cliënten hadden daarbij een individuele activiteit, zoals lezen van een tijdschrift, breien en verzorgen van een pop. In een andere huiskamer zat het merendeel van de cliënten aan tafel te slapen of te wachten. In beide huiskamers stond de radio aan op een moderne zender, zonder dat cliënten hiervan zichtbaar genoten of aanstoot aan namen. In een derde huiskamer waren medewerkers voornamelijk bezig met administratieve werkzaamheden. Volgens gesprekspartners gingen cliënten over het algemeen alleen naar buiten als familie dit kon begeleiden. Op één afdeling was er voor cliënten de mogelijkheid om zelfstandig op een balkon naar buiten te gaan.

2 De zorgaanbieder geeft in een reactie op het conceptrapport aan de mening van de Inspectie niet te delen. De zorgaanbieder meldt in deze zelfde reactie dat met de inzet van de middelen die recent via VWS (programma Waardigheid en Trots) zijn toegekend en die in overleg met het lokale cliëntenoverleg zijn vertaald in een op maat gesneden activiteitenprogramma, een extra boost aan het activiteitenprogramma wordt gegeven.

4.2 Thema 2: cliëntdossier³

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.

³ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

4.2.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.⁴	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.				x
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	x			
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.	x			
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			

⁴ 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. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.		x		
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		x		
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³		x		
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.	x			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.		x		
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.		x		

Toelichting

- 2.1b) In de dossiers die de inspectie inzag was een levensgeschiedenis van de cliënten opgenomen. Ook waren de wensen en mogelijkheden van de cliënt beschreven. Zo stond van een cliënt beschreven dat zij bij haar voornaam aangesproken wilde worden. Volgens gesprekspartners wisten de activiteitenbegeleiders daarnaast veel over de levensgeschiedenis van de cliënt.
- 2.1c) De cliëntdossiers bevatten een formulier waarop de instemming van de cliënt of de cliëntvertegenwoordiger met het zorgplan was vastgelegd. De cozo kruiste in het cliëntdossier op een formulier aan wanneer ze het zorgleefplan met de cliëntvertegenwoordiger had besproken. Dit kruisje betekende ook dat de cliëntvertegenwoordiger met het zorgleefplan ingestemd had. Eén gemachtigde per cliënt had de mogelijkheid om thuis in te loggen in het cliëntdossier. Zo kon de familie het zorgplan, het werkplan en de rapportage volgen.
- 2.2a) In de cliëntdossiers die de inspectie op 13 mei 2016 inzag waren voor elke cliënt de vijf verplichte zorgdoelen beschreven. Over deze doelen moest gerapporteerd worden. Afhankelijk van de situatie van de cliënt bevatten de cliëntdossiers daarnaast andere specifieke doelen, waarover ook rapportage gebeurde. De vijf verplichte zorgdoelen hadden betrekking op de fase van dementie, beweging, ADL, activiteiten en mondzorg. In het werkplan van de cliënt, dat onderdeel was van het cliëntdossier, stonden nog andere doelen vermeld. Dit waren afgehandelde doelen die nog wel als doel voor de cliënt vermeld waren. Het geheel van doelen in het cliëntdossier paste bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.
- 2.2b) De inspectie vond in de dossiers van cliënten met onbegrepen gedrag en agressie, die daarvoor medicatie gebruikten, een omgangsplan van een psycholoog.
- 2.3a) De dossiers die de inspectie op 13 mei 2016 inzag bevatten informatie en adviezen van behandelaren. Zo zag de inspectie onder andere de resultaten van de inschakeling van een diëtist en een GIP-verslag (Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric) van de psycholoog.
- 2.3c) De psycholoog liet een voorbeeld van een signaleringsplan zien. Het gebruik van video-interactieopnames vond soms plaats. De inspectie zag de omgangsadviezen in de zorgdossiers terug.
- 2.4a) De medewerkers schatten één keer per jaar, voor het MDO, systematisch de cliëntgebonden risico's in. Deze frequentie kwam niet overeen met de veldnorm. De resultaten van de risico-inventarisatie noteerden zij in het cliëntdossier. Indien van toepassing bespraken de nurse practitioner, de psycholoog, de cozo en de eerste verpleegkundige tussendoor eventuele veranderingen in cliëntgebonden risico's. Dit gebeurde in het zogenaamde kernteam, dat eens per twee weken bij elkaar kwam.
- 2.5a) Zowel het werkplan als het zorgleefplan van de cliënt bevatte doelen en acties. De acties die volgden uit het zorgleefplan waren opgenomen in het werkplan. De acties en de doelen hadden een logische samenhang. Het dagelijks werkplan, met afspraken en behoeften rondom goede zorg van een cliënt, was voor de medewerkers de leidraad bij het uitvoeren van hun werkzaamheden.
- 2.5b) Over de PDA's (probleem – doel – acties) in het zorgleefplan rapporteerden de medewerkers op doel. Over de punten die in het werkplan beschreven waren vond geen rapportage plaats.
- 2.5c) In de dossiers die de inspectie inzag bleek dat evaluatie van de geboden zorg plaatsvond. Niet duidelijk was dat de rapportage over de doelen en

acties benut was in de evaluatie. Over de punten die in het werkplan stonden en niet in het zorgleefplan vond geen evaluatie plaats:

- 2.6a)** De cliëntvertegenwoordiger kon in De Pannehoeve standaard aanwezig zijn bij het MDO. Ook was de cliëntvertegenwoordiger betrokken bij de tussentijdse evaluatie met de cozo.
- 2.6b)** De periodieke evaluatie van het zorgplan gebeurde in De Pannehoeve twee keer per jaar. Als er tussendoor reden was tot aanpassing van het zorgplan kon dit in het kernteam besproken worden. Eén vaste evaluatie vond plaats in een MDO. Hierbij kon de cliëntvertegenwoordiger aanwezig zijn. De andere keer evalueerde de cozo samen met de cliënt(-vertegenwoordiger) de zorg. Volgens een cozo kwamen bij de tussentijdse evaluatie niet alle doelen van het zorgplan, zoals de medische doelen, aan bod. De inspectie zag in één van de dossiers een kort verslag van een tussentijdse evaluatie. Dit handelde niet over de doelen van het zorgplan, maar ging vooral over de kapperskosten.
- 2.6c)** In het dossier was niet terug te vinden hoe evaluatie leidde tot aanpassingen in het zorgplan. Als er veranderingen waren in de zorgzorgleefplan, noteerden de cozo's de nieuwe zorgdoelen en acties. Vervolgens stemden de cliëntvertegenwoordigers hiermee in op het instemmingformulier.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 Inleiding

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

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

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

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

4.3.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.		x		
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.	x			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.		x		
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	x			
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.		x		
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.		x		
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.		x		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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		
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			

		Voldeet	Voldeet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.	x			
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

Toelichting

- 3.1a)** Medewerkers ondersteunden cliënten in het uiten van hun behoeften en wensen in de gesprekken die zij met cliënten en cliëntvertegenwoordigers hadden. De resultaten van de gesprekken noteerden zij in het dossier van de cliënten. In het werkplan van de cliënten waren de activiteiten vermeld. In de Belevingsgerichte Omgang(BGO)-scholingen was aandacht besteed hoe ingegaan kon worden op wensen en behoeften van cliënten. Deze BGO-scholingen waren verplicht voor alle medewerkers, inclusief de flexmedewerkers. De BGO-scholing werd periodiek herhaald.
- 3.1b)** Tijdens de rondleiding op 24 februari 2016 waren medewerkers bezig in het kantoor, de medicijnruimte of de keuken. In één huiskamer was een vrijwilliger actief met het verzorgen van thee/koffie en het ontbijt, in een andere huiskamer was er onder leiding van een activiteitenbegeleider een zangactiviteit met cliënten. Tijdens de observatie op 13 mei 2016 zag de inspectie in een huiskamer dat een medewerker drinken verzorgde voor de cliënten en hierbij met hen een praatje maakte. In de andere huiskamer was een vrijwilliger aanwezig, die ook een praatje maakte met de cliënten. Enkele cliënten hadden een halfvol glas drinken voor zich op tafel staan maar dronken hier niet van, zij zaten slaperig in hun stoel. In een derde huiskamer waren cliënten en enkele medewerkers aanwezig. De medewerkers waren vooral bezig met administratieve werkzaamheden op een tablet of een laptop. De inspectie merkte bij herhaling op dat een medewerker een cliënt verbaal corrigeerde. Een gesprekspartner vertelde dat medewerkers hun tijd hard nodig hadden om persoonlijke verzorging te bieden. Zij zag geregeld dat glazen/kopjes drinken (half)vol terug gingen. Vanwege hun werkzaamheden in de zorg zouden medewerkers niet voldoende tijd hebben om in te spelen op de

wensen en behoeften van de cliënten. Naar buiten gaan met de cliënten was bijna niet aan de orde.

- 3.2a)** Medewerkers waren zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenden invloed had op het gedrag van die cliënten. Dit kwam ook in de verplichte BGO-scholingen aan bod.
- 3.2b)** In De Pannehoeve waren het kernteam en het overleg van de cozo met de teamleden de formele overlegstructuren waarin medewerkers de invloed van hun gedrag op cliënten bespraken. Als medewerkers knelpunten ervoeren in de omgang met cliënten, besprak de cozo dit in het kernteam. Vervolgens koppelde de cozo de uitkomst van het overleg terug aan de medewerkers. Daarnaast was er incidenteel bij erg lastige situaties een bewonersoverleg waarbij het team verpleging/verzorging en de behandelaren aanwezig waren.
- 3.3b)** Medewerkers gaven wisselend aan in welke mate zij waren toegerust voor het werken met cliënten met dementie. Volgens gesprekspartners hadden diverse medewerkers geen scholing op het gebied van werken met cliënten met een vorm van dementie gehad. Medewerkers hadden wel een scholing belevingsgericht werken gevolgd. Een medewerker beschreef dat in het nabije verleden een cliënt met onbegrepen en agressief gedrag niet of gedeeltelijk verzorgd werd. Zij beschreef de situatie dat het team geen adequaat antwoord meer kon geven op de specifieke zorgvraag en het gedrag van sommige cliënten. Ook vernam de inspectie dat medewerkers niet tijdig signaleerden dat er een mogelijk verband kon bestaan tussen de diarree die de cliënt kreeg en de drie soorten laxantia die hij/zij gebruikte. Een cozo vertelde geen specifieke scholing voor haar coördinerende taken en de rol van eerst verantwoordelijke verzorgende gevolgd te hebben.
- 3.4a)** Medewerkers gaven aan dat zij met protocollen van Vilans werkten en deze regelmatig raadpleegden. De protocollen waren digitaal beschikbaar. Wanneer er een verandering was in een protocol, stond dit op intranet onder een apart hoofdstuk aangegeven. De eerste verpleegkundigen hadden daarnaast de taak om de teams te attenderen op veranderingen in de protocollen. Tijdens de rondgang op 24 februari 2016 constateerde de inspectie dat medewerkers niet altijd werkten volgens de geldende protocollen/werkinstructies. Zo controleerden de medewerkers de temperatuur van de koelkast met medicatie niet of namen zij geen actie als de temperatuur te hoog was. De openingsdatum van een zalf die gekoeld bewaard moest worden, was niet genoteerd. Ook kon de controle van de werkvoorraad medicatie niet overlegd worden.
- 3.4b)** Medewerkers wisten dat zij beargumenteerd konden afwijken van een protocol. Wanneer een handeling niet volgens protocol kon worden uitgevoerd, gingen zij in overleg met de arts om te bezien wat wel mogelijk was.
- 3.4c)** Gezien de afwijkingen van de werkwijzen genoemd bij 3.4a, borgde de zorgaanbieder niet voldoende dat medewerkers zich aan de afspraken hielden.
- 3.5b)** Medewerkers creëerden een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's. Potentieel gevaarlijke spullen als scherpe messen of afwasblokjes waren in afgesloten kasten en laden opgeborgen.
- 3.6a)** De afdelingshoofden kenden de scholingsbehoeften van de teams. De afdeling personeelszaken beoordeelde voor elke medewerker op individuele basis wat diens scholingsbehoeften waren. In het digitale systeem De Leerboog was vastgelegd welke scholing de afgelopen twee jaar gegeven was in De Pannehoeve. De afdelingshoofden hadden onder andere de wens om meer belevingsgericht te gaan werken in De Pannehoeve. Zij wilden dit gaan opnemen in het scholingsplan.

- 3.6c)** Medewerkers volgden scholingen vooral volgens de E-learning methode. In 2015 was er daarnaast in De Pannehoeve een scholing beleavingsgericht werken geweest. In de planning voor 2016 stonden volgens gesprekspartners vooral scholingen op het gebied van agressiehantering. Drie medewerkers gingen de opleiding tot Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric volgen. In het scholingsplan 2016 waren voor De Pannehoeve verder scholingen op het gebied van groepsdynamica, sensorische informatieverwerking en begeleiding bij intervisie opgenomen. Scholing in het omgaan met bewoners met dementie stond niet op het programma. De afdelingshoofden stimuleerden medewerkers om hierin eigen verantwoordelijkheid te nemen en op dit gebied cursussen te volgen.
- 3.7b)** Volgens de gesprekspartners met wie de inspectie sprak, was de bezetting voldoende om de basiszorg te kunnen verrichten. Op piekmomenten, zoals bij de middagmaaltijd, was er dankzij de hulp van vrijwilligers voldoende begeleiding beschikbaar. Volgens een gesprekspartner was er regelmatig te weinig tijd voor de begeleiding van cliënten bij eten en drinken. Naar buiten gaan met de cliënten was niet aan de orde. De inspectie sprak tijdens de rondleiding op 24 februari 2016 met een medewerker die vertelde regelmatig werk in eigen tijd uit te voeren. Het beantwoorden van e-mail van cliëntvertegenwoordigers en het bijstellen van dossiers waren zaken waarvoor gedurende de diensttijd nauwelijks gelegenheid was.
- 3.7c)** De gesprekspartners vertelden dat de bezetting in de teams sinds enkele maanden veel stabiel was en dat het ziekteverzuim fors gedaald was. Op 13 mei 2016 waren er bijna geen vacatures meer in de teams. Als het nodig was om een tijdelijke kracht in te zetten, waren deze flexmedewerkers afkomstig van de vaste invalpool van De Zorgboog. De flexmedewerkers volgden de verplichte scholingen binnen De Zorgboog. In de Pannehoeve probeerde men zo veel mogelijk vaste flexmedewerkers in te zetten, zodat kennis over de doelgroep en over de werkwijzen op de locatie aanwezig was.
- 3.8b)** Medewerkers vonden dat zij de vakinhoudelijk specialisten gemakkelijk konden bereiken. Zij gaven aan steun te ondervinden van deze specialisten, zoals bijvoorbeeld bij de omgangsadviezen die de psycholoog gaf.
- 3.9b)** In het wekelijks 'prestatieoverleg' bespraken afdelingshoofd, eerste verpleegkundige en cozo's zorg wat de stand van zaken was en welke acties zij hierbij inzetten. Hierbij bekeken zij ook wat de bezetting was in relatie tot de zorgvraag van de cliënten.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 Inleiding

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

4.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.			x	
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.			x	
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.			x	

		Voldeet	Voldeet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
	c) De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.			x	
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
	a) Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
	b) De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
	c) Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.				x
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁵ niet aan.	x			
	a) De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁴ heeft uitgezet.	x			
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.		x		
	a) De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.		x		
	b) De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
	c) Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.		x		

⁵ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.		x		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.		x		
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.		x		
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	x			
a)	Voor niet GDS-medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	x			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	x			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	x			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				x
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.				x
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.				x
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.				x
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			

Toelichting

- 4.2** Het bezoeken bij De Pannehoeve richtte zich op de psychogeriatrische afdelingen. Norm 4.2 is voor deze doelgroep van cliënten niet van toepassing.
- 4.6a)** In De Pannehoeve was tussen de afdelingen verschil in de toegang tot de medicatie. Op een afdeling hadden alleen bevoegde medewerkers toegang tot de medicatiekast en de werkvoorraad. Dit gebeurde door middel van sleuteloverdracht. Op een andere afdeling hadden alle medewerkers toegang tot de ruimte met de medicatie. De sleutels voor de medicatiekast en de werkvoorraad op deze afdeling hingen in een niet afgesloten kastje. Zodoende hadden ook niet-bevoegde medewerkers toegang tot de medicatie.
- 4.6b)** De zorgaanbieder had met de apotheek afspraken over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.
- 4.6c)** Op een afdeling controleerden de medewerkers de temperatuur van de koelkast met medicatie dagelijks. Uit de registratielijst bleek dat de temperatuur van de koelkast vaak, bijvoorbeeld tien dagen achtereen, te hoog was geweest. Hierop was verder geen actie genomen. Op een andere afdeling vond geen controle van deze koelkasttemperatuur plaats.
- 4.7a)** In de Pannehoeve kon de periodieke controle op de medicatievoorraad niet aangetoond worden. Er was geen registratie van de uitgevoerde controle beschikbaar. Als medewerkers medicatie uit de werkvoorraad haalden, schreven zij dit op in een map. Controle hierop gebeurde niet of niet voldoende. In de kast met werkvoorraad op een afdeling stond een doos met Haldol tabletten, waarin volgens het geprinte etiket tien stuks zouden moeten zitten. Het aantal was met pen gewijzigd in 15 stuks. In de doos zaten negen stuks van het geneesmiddel. In de kast met werkvoorraad lag een doos met opiaten van een inmiddels overleden cliënt.
- 4.7b)** In De Pannehoeve was op elke afdeling een kast met een werkvoorraad geneesmiddelen. Voor alle afdelingen tezamen was de totale werkvoorraad zo groot dat de hoeveelheden van de verschillende geneesmiddelen niet in redelijke verhouding stonden tot het aantal cliënten en de termijn

waarbinnen aanvulling van de werkvoorraad mogelijk was. De hoeveelheid geneesmiddelen van De Pannehoeve voldeed daarom niet aan de Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen.

- 4.7c)** De inspectie trof in de koelkast met medicatie een tube met Miconazol aan zonder openingsdatum. Volgens de medewerker met wie de inspectie sprak was het wel de afspraak om de openingsdatum van druppels en zalven op de primaire verpakking te noteren.
- 4.8b)** Medewerkers voerden de tweede controle bekwaam uit. De tweede controle was steeds afgetekend op de medicatietoedienlijsten.
- 4.9a)** De inspectie zag dat de medicatietoedienlijsten volledig waren afgetekend.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 Inleiding

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

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

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

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

4.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over 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			

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

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

Toelichting

- 5.4a)** Besluitvorming over de inzet van de vrijheidsbeperkende maatregelen gebeurde in het kernteam, waaraan de specialist ouderengeneeskunde, de psycholoog, afdelingverpleegkundige en cozo zorg deelnamen, of in het MDO.
- 5.4b)** De inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen werd besproken met de cliëntvertegenwoordigers. Soms gebeurde dit in urgente situaties achteraf. Dit gold ook voor de 'comfortmaatregelen', dat wil zeggen voor de middelen

die op eigen verzoek werden ingezet. Cliëntvertegenwoordigers werden volgens gesprekspartners niet geïnformeerd over de toepassing van de sensor op de deuren van de kamers van de cliënten. Op de etages drie en vier waren alle deuren van de kamers van de cliënten voorzien van een sensor. Medewerkers zetten deze sensor door middel van een schakelaar 's avonds aan als een cliënt naar bed ging. Dit gebeurde omdat er in De Pannehoeve voor de etages drie en vier één nachtdienst was. De nachtdienst kon zodoende via het oproepsysteem zien dat een cliënt 's nachts zijn/haar kamerdeur en vervolgens eventueel andere kamerdeuren opende.

- 5.6a)** De toestemming van de cliënt(vertegenwoordiger) voor de sensoren op de deuren van de kamers van de cliënten stond niet in het cliëntdossier.
- 5.7a)** Het gebruik van de sensor op de kamerdeur van de cliënt stond niet in het zorgplan vermeld.
- 5.9b)** Artsen en psychologen hielden vier keer per jaar een overleg over vrijheidsbeperkende interventies. In dit overleg liepen zij de registratie met vrijheidsbeperkende maatregelen door en bezagen zij of terugdringing mogelijk was. In het overleg bespraken zij ook de maatregelen die genomen waren vanwege comfort of op eigen verzoek.

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.

- Activiteitenkalender De Pannehoeve, geraadpleegd via www.zorgboog.nl op 23-02-2016
- Algemene Voorwaarden van de Zorgboog bij levering van Wlz-zorg in natura, januari 2015
- Basisformatie diverse afdelingen De Pannehoeve
- BHV scholing Q4 2015, De Pannehoeve
- Dienstrooster 2016 De Pannehoeve, week 5 – 9 februari 2016
- Flexboog aanvragen overzicht periode 1-1-2016 t/m 22-02-2016
- Flex productie per KPL / functie, periode 2015, afdelingen Hilbeemden 1, Hilbeemden 2, groepswonen 3a en 3b.
- Folder 'De Pannehoeve', geraadpleegd via www.zorgboog.nl op 23-02-2016
- Klachtenreglement cliënten, versie 04, datum 04-09-2012, geraadpleegd via www.zorgboog.nl
- Medicatieproces woonverpleging, De Zorgboog, versie 0
- Notitie Wet Bopz binnen De Zorgboog, versie 3, 10 september 2013
- Opleidingsbegroting 2016 De Pannehoeve
- Overeenkomst tot het aangaan van zorg met of zonder verblijf, De Zorgboog
- Overzicht MIC meldingen De Pannehoeve afdeling 3a en 3 b van 1-1-2015 tot en met 31-12-2015, gegenereerd op 25-2-2016
- Overzicht werkvoorraad medicatie voor groepswonen 3a en 3b, periode 25-2-2016 t/m 2-3-2016
- Overzicht ZZP's De Pannehoeve, afdelingen 1, 3 en 4, printdatum 24-02-2016
- Verzuimgegevens basis van 1-1-2015 t/m 31-12-2015 voor Hilbeemden 1, Hilbeemden 2 en cluster KDH PHH
- Verzuimgegevens basisgegevens van 1-1-2016 t/m 24-02-2016 voor groepswonen 1, groepswonen 3a en groepswonen 3b

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)⁶.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

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

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.

⁶ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

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

