



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20584 1001 NN Amsterdam

Osira Amstelring
T.a.v. de heer drs. R. van Dam,
voorzitter Raad van Bestuur
Postbus 9225
1006 AE AMSTERDAM

Raad van Bestuur	
Per.	
06 NOV 2012	
CC:	RvB
Scan:	ABenk / LRoelke, GIC
Archief:	162

gjs
ABenk
IvW
RR
SK

Werkgebied Noordwest

Kabelweg 79 - 81
Amsterdam
Postbus 20584
1001 NN Amsterdam
T 020 580 01 00
F 020 580 01 50
www.igz.nl

Inlichtingen bij
T (020) 580 01 00

Ons kenmerk
AB/FL/V53092/459372

Bijlagen
1

Datum 5 november 2012
Onderwerp rapportage inspectiebezoek verpleeghuis Bornholm

Geachte heer Van Dam,

Op 18 oktober jl. heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg, hierna inspectie, in het kader van de tweede fase van het gefaseerd toezicht een onaangekondigd bezoek gebracht aan verpleeghuis Bornholm te Hoofddorp. Het bezoek is uitgevoerd door mevrouw drs. T.G.M. van Maasacker en ondergetekende.

Hierbij ontvangt u het inspectierapport. In dit rapport vindt u het oordeel van de inspectie en haar onderbouwing. Met nadruk wijst de inspectie u op hoofdstuk 4 van het rapport, waarin staat welke maatregelen u dient te nemen en op welke termijn.

De inspectie attendeert u erop dat alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar gemaakt worden.¹ Indien u feitelijke onjuistheden aantreft, of u heeft naar aanleiding van dit rapport nog vragen of opmerkingen, dan kunt u hierover schriftelijk contact opnemen met ondergetekende vóór 3 december a.s. Daarna stelt de inspectie het rapport vast. U ontvangt daarover bericht. Na vaststelling maakt de inspectie het rapport openbaar en plaatst het op haar website: www.igz.nl.

De inspectie stuurt dit rapport alleen naar de Raad van Bestuur. Ik verzoek u de gesprekspartners, medewerkers én de cliëntenraad van de inhoud van het rapport op de hoogte te stellen.

Hoogachtend,

A.Y. Bink MSc
senior inspecteur

cc: Locatiemanagement Bornholm

¹ Actieve openbaarmaking betekent ondermeer dat de inspectie het rapport op haar website www.igz.nl plaatst. Bij actieve openbaarmaking worden de wettelijke normen, zoals gesteld in de Wet openbaarheid van bestuur en de Wet bescherming persoonsgegevens, in acht genomen. Dit houdt in dat geen (bijzondere) persoonsgegevens opgenomen zijn op een wijze die tot een privépersoon herleidbaar is. Dit zijn bijvoorbeeld medische gegevens van patiënten of cliënten van uw instelling. De functionarissen van de instelling worden zonnig met hun functie aanduiding wel in het rapport genoemd.



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

Rapport van het onaangekondigd
inspectiebezoek aan verpleeghuis Bornholm
te Hoofddorp op 18 oktober 2012

Amsterdam,
september 2012

Inhoud

1	Inleiding 3
2	Bevindingen onaangekondigd inspectiebezoek 4
2.1	Zorg(behandel)-/leefplansystematiek en het individuele zorg (behandel)-leefplan
2.2	Voldoende en bekwaam personeel, personele inzet
2.3	Zorginhoudelijke veiligheid, farmaceutische zorg
2.4	Veiligheid wonen en verblijf, psychogeriatrische doelgroep
2.5	Overig: Medezeggenschap 6
3	Beschouwing en Conclusie 7
3.1	Inleiding
3.2	Beschouwing
3.3	Conclusie
4	Te nemen maatregelen 8
4.1	Inleiding
4.2	Plan van aanpak
Bijlage 2	Overzicht wetten, veldnormen en rapporten
Bijlage 3	Normen per thema

1 Inleiding

Op 18 oktober 2012 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan verpleeghuis Bornholm te Hoofddorp, onderdeel van de stichting Osira-Amstelring.

De inspectie ontving de afgelopen maanden een aantal klachten / meldingen van mantelzorgers over de kwaliteit van de zorg in Bornholm. Daarnaast ontving de inspectie het bericht dat de cliëntenraad was opgestapt. De inspectie heeft naar aanleiding van deze signalen op 18 oktober 2012 een kort onaangekondigd bezoek aan Bornholm gebracht.

Doel van dit bezoek was te beoordelen of er bij Bornholm aspecten zijn, die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. Om tot een verantwoord oordeel te komen heeft de inspectie:

- gesprekken gevoerd met de locatiemanager, een teamleider en uitvoerende medewerkers en cliënten, voor zover beschikbaar gedurende het bezoek;
- zorgdossiers ingezien;
- psychogeriatrische afdelingen, huiskamers en kamers van cliënten bezocht.

De aard van het onaangekondigd inspectiebezoek brengt met zich mee dat niet alle onderwerpen uitputtend aan de orde kunnen komen. Bovendien is de beschikbaarheid van de gesprekspartners afhankelijk van werktijden en werkzaamheden op de betreffende dag. De zorg voor de cliënten krijgt voorrang en dit heeft tot gevolg dat gesprekken soms kort van duur zijn.

In dit rapport staat het oordeel van de inspectie op de normen voor verpleeg- en verzorgingshuizen. De normen hebben betrekking op de thema's:

1. Zorg(behandel)-/leefplan;
2. Voldoende en bekwaam personeel;
3. Zorginhoudelijke veiligheid: farmaceutische zorg;
4. Veiligheid wonen en verblijf.

2 Bevindingen onaangekondigd inspectiebezoek

2.1 **Thema: Zorg(behandel)-/leefplansystematiek en het individuele zorg (behandel)-leefplan**

In Bornholm wordt gewerkt met de zorgleefplansystematiek. Iedere cliënt heeft een eigen zorgdossier met daarin een multidisciplinair leefplan. De leefplannen zijn ondertekend door cliënt en/of vertegenwoordiger en van actuele datum. De contactverzorgende is hiervoor verantwoordelijk. In de door de inspectie bekeken dossiers op de psychogeriatrische afdeling viel het volgende op:

- Risicosignaleringsformulieren waren recent ingevuld en daaruit voortkomende acties in het leefplan verwerkt;
- Alle benodigde formulieren waren aanwezig in de cliëntdossiers, maar veelal nog niet (volledig) ingevuld, zo was bijvoorbeeld het wel of niet reanimeren niet ingevuld;
- Evaluatiedata van doelen in het leefplan ontbraken;
- Het laatste gevoerde MDO was bij twee dossiers langer dan een half jaar geleden gehouden, een kort verslag met gemaakte afspraken ontbrak;
- Bij een cliënt met probleemgedrag is een benaderingsadvies, opgesteld door een psycholoog, van recente datum in het dossier opgenomen, er bevindt zich echter nog een benaderingsadvies in het dossier dat niet gedateerd is;
- De doelen zoals geformuleerd in het leefplan betreffen met name het 'somatische' deel van de zorgbehoefte, voor de overige domeinen waren nauwelijks doelen geformuleerd of in zeer globale termen;
- Rapportage van de (para)-medici / overige disciplines was nog zeer summier, maar in enkele dossiers wel aanwezig;
- Een registratieformulier voor een vrijheidsbeperkende maatregel was niet volledig ingevuld, argumentatie en afwegingen ontbraken;
- Er waren uitgeprinte protocollen voor risicovolle en voorbehouden handelingen in het papieren dossier opgenomen, de datum was niet meer actueel.

De inspectie ziet dat in Bornholm de dossiers grotendeels actueel zijn, de dossiers bevatten echter ook veel verouderde formulieren / documenten. Hierdoor is het soms lastig om informatie terug te vinden en om doelen en acties navolgbaar terug te zien. Daarnaast is niet altijd duidelijk wat nu de meest actuele informatie is, waar vanuit de zorg verleent dient te worden. Onduidelijk is of periodieke toetsing op inhoud van de dossiers plaatsvindt.

2.2 **Thema: Voldoende en bekwaam personeel, personele inzet**

Op de psychogeriatrische afdeling (30 cliënten) worden de diensten als volgt ingevuld (streefbezetting): in de dagdienst starten 5 medewerkers, waaronder minimaal 2 verzorgenden niveau 3 en 2 helpenden niveau 2. Tijdens de avonddienst werken 3 medewerkers, waaronder minimaal 2 verzorgenden niveau 3 en tijdens de nachtdienst werkt 1 medewerker niveau 3 en een verpleegkundige achterwacht. Op de afdeling is tijdens de dag meestal ook een teamleider aanwezig om eventueel bij te springen, dit betreft een verpleegkundige.

Deze personele bezetting is afgestemd op de ZZP-mix, aldus het management. Tijdens het inspectiebezoek zijn 5 zorgmedewerkers aanwezig, waaronder 2 verzorgenden niveau 3, 2 helpende niveau 2 en een leerling niveau 2. In de huiskamer van laagbouw 2 waren 15 cliënten aanwezig, onder toezicht van een activiteitenbegeleider, een leerling en een teamassistent, in de huiskamer aan de andere kant van de keuken waar ook een aantal cliënten verbleven was tijdens de rondgang aldaar geen toezicht aanwezig.

De afdeling roosterplanning in Bornholm plant een maand vooruit. De inspectie heeft zowel de maandplanning als de weeklijsten ingezien, deze voldoen aan de streefbezetting. Op de weekplanning staan in roze gearceerd de medewerkers die niet in vaste dienst zijn. Dit betreffen zowel ZZP'ers (zelfstandigen zonder personeel) als flexmedewerkers via Flexira. De teamleider geeft aan dat er zoveel als mogelijk vaste ZZP'ers en flexmedewerkers worden ingezet om kwaliteit en continuïteit te kunnen waarborgen. Het komt nog slechts in enkele gevallen voor dat de streefbezetting niet wordt gehaald, door bijvoorbeeld ziekte van een medewerker, dan is het gebruikelijk dat de teamleider bijspringt in de zorg.

Een 'vaste flexmedewerker' is volgens de gesprekspartners een flexmedewerker die minimaal 3 maanden werkzaam is op dezelfde afdeling. Voor deze medewerker geldt ook dat zij meedoet in scholing en deskundigheidsbevordering.

Voor wat betreft de maand- en weekplanning is zichtbaar dat steeds dezelfde namen roze gearceerd zijn weergegeven, de ingezette flexmedewerkers worden veelal ingezet als teamassistent. De zorgmedewerker die de inspectie gesproken heeft tijdens het bezoek ervaart een prettige werksfeer maar ook een hoge werkdruk. Ze geeft aan dat de basiszorg aan cliënten altijd geleverd kan worden, en momenteel ook voldoende continuïteit kan worden geboden.

De formatie is niet geheel op orde binnen Bornholm. Recent is gestart met een wervingscampagne voor verzorgenden. Voor de psychogeriatrische afdeling is er 1 fte vacatureruimte voor een verpleegkundige, volgende week zal een eerste gesprek plaatsvinden met een kandidaat voor deze functie.

De personele inzet op de psychogeriatrische afdeling voldoet aan de streefbezetting. Er wordt grotendeels gewerkt met inzet van vaste ZZP'ers en vaste flexmedewerkers, er meer continuïteit in medewerkers dan enkele maanden geleden. De personele bezetting blijft een punt van aandacht voor Bornholm om kwaliteit en continuïteit te kunnen blijven waarborgen op deze afdeling.

2.3 Thema: Zorginhoudelijke veiligheid, farmaceutische zorg

In Bornholm is een centrale noodvoorraad aanwezig. Daarnaast is nog een kleine voorraad van medicatie niet op naamgesteld op de psychogeriatrische afdeling aanwezig, bestaande uit onder andere Haldol, Dipiperon en uit de verpakking gehaalde Bisacodyl. Onduidelijk hoe deze kleine decentrale voorraad wordt beheerd, van de Bisacodyl is niet meer te zien wat de uiterste houdbaarheidsdatum is.

Zelfzorgmedicatie is in de toedienlijst opgenomen. Op een toedienlijst is met de hand bijgeschreven dat medicatie gemalen moet worden. Betreffende cliënt krijgt medicatie al sinds langere tijd gemalen toegediend, onduidelijk is waarom dit niet op de toedienlijst is aangepast. In de zorgdossiers en medicatieklapper ontbreekt een medicatieoverzicht met historie.

Indien een cliënt medicatie weigert dan wordt dit aangegeven op de toedienlijst met een symbooltje, komt het vaker voor dan wordt het pas besproken met de

arts. Dit zou risicovol kunnen zijn, afhankelijk van het medicament. Een MIC melding wordt niet gemaakt / genoemd.
Medicatie (soort en dosering) is eveneens opgenomen in de zorgleefplannen. Volgens gesprekspartners is dit gedaan als tegemoetkoming naar familie/ mantelzorgers van cliënten die graag deze gegevens in willen zien. Dit is risicovol, aangezien medicatie sterk kan wisselen en het zorgleefplan in principe eenmaal per half jaar wordt geëvalueerd.
Volgens de gesprekspartners vindt bij iedere cliënt op deze afdeling controle op inname van de medicatie plaats.
In Bornholm loopt een pilot met elektronisch voorschrijven.

De inspectie constateert dat wat betreft het onderwerp medicatieveiligheid in de praktijk nog een aantal concrete zaken verbeterd moeten worden om risico's te verkleinen en om te voldoen aan vigerende wetgeving, veldnormen en richtlijnen.

2.4 Thema: Veiligheid wonen en verblijf, psychogeriatrische doelgroep

Bornholm is gevestigd in een gebouw dat door renovaties moet voldoen aan de norm voor deze tijd. Voor de huidige psychogeriatrische afdeling laagbouw 2 geldt dat de woonomgeving niet meer voldoet aan de norm voor deze tijd en niet passend is voor de doelgroep. Op deze afdeling verblijven een groot aantal cliënten met een complexe zorgvraag. In de huiskamer heerste ten tijde van het bezoek onrust: sommige bewoners waren aan het roepen of aan het dwalen. De grote huiskamer biedt weinig geborgenheid en huiselijkheid voor mensen met een dementieel syndroom. Het betreft een open ruimte, grenzend aan een open gang en grote keuken wat veel prikkels oplevert.

Op een kamer van een cliënt hing een televisiekabel vanuit het plafond tot op de grond, daarnaast komt er zeer heet water uit de kranen: er is hier sprake van een onveilige slaapkamer.

Het naastgelegen deel dat gerenoveerd biedt een prettiger en veiliger woonomgeving voor deze doelgroep, zo is in dit gedeelte de temperatuur van het kraanwater wel begrensd opdat verbranding niet kan plaatsvinden.

2.5 Overig: Medezeggenschap

Na meermaals te hebben overlegd is enkele maanden geleden besloten de samenwerking tussen de locatiemanager en de cliëntenraad op te zeggen. Communicatie en samenwerking verliepen niet naar tevredenheid, de cliëntenraad had geen vertrouwen in de locatiemanager die vorig jaar is aangesteld.

Osira Amstelring heeft in verband met deze problematiek het LOC (Landelijk Orgaan Cliëntenraden) ingeschakeld voor ondersteuning. De locatiemanager is gaan werven voor een nieuwe cliëntenraad. Inmiddels is deze bijna compleet. Er zijn momenteel 4 familieleden van cliënten verblijvend op de psychogeriatrische afdeling en 1 familielid van een cliënt die verblijft op een somatische afdeling lid van de cliëntenraad. Komende tijd is de begeleider vanuit het LOC nog voorzitter van deze cliëntenraad tot het goed loopt.

Een eerste overleg heeft plaatsgevonden, hiervan zijn notulen beschikbaar.

3 Beschouwing en Conclusie

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk staan de bevindingen van de inspectie tijdens het onaangekondigd bezoek bij Bornholm te Hoofddorp, onderdeel van Osira-Amstelring. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter.

3.2 Beschouwing

Verbeteringen zichtbaar, echter blijvende onvrede

De inspectie constateert dat een aantal thema's afgelopen tijd verbeterd zijn en er meer continuïteit in de zorg wordt geboden in Bornholm. Borging zal nog moeten plaatsvinden. Daarnaast zijn nog een aantal verbetermaatregelen noodzakelijk op de beschreven thema's, waarmee risico's kunnen worden beperkt en de zorg beter kan worden afgestemd op de individuele behoefte van de cliënt.

Ondanks de zichtbare verbeteringen, lijkt er blijvend sprake te zijn van onvrede onder een aantal cliënten, families / mantelzorgers. Wat zich uit in meldingen en klachten die worden gedaan bij de inspectie, bij de locatiemanager en waartoe ook de media worden benaderd.

De inspectie maakt zich zorgen over de grote verschillen in beleving van de kwaliteit van zorg tussen enerzijds deze cliënten, familieleden, mantelzorgers en anderzijds het management. Er wordt volgens het management veel belang gehecht aan goede en open communicatie, er vinden zelfs maandelijkse gesprekken met bepaalde familieleden en het management plaats, maar dit lijkt niet te leiden tot meer vertrouwen bij de betrokkenen. Zij voelen zich niet gehoord.

3.3 Conclusie

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

Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 4 staan de te nemen maatregelen.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Inleiding

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

4.2 Plan van aanpak

De inspectie verwacht dat u **uiterlijk 14 december 2012** een plan van aanpak heeft opgesteld en toegestuurd aan de inspectie.

In een plan van aanpak staat in elk geval per onderwerp helder omschreven:

- welk risico u gaat aanpakken;
- welke resultaten u wilt bereiken (doel, beoogde effecten);
- wat hiervoor nodig is (activiteiten);
- hoe u gaat implementeren;
- hoe u de resultaten gaat monitoren;
- wie waarvoor verantwoordelijk is;
- wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

De opgevraagde informatie ontvangen wij graag per mail op ons algemene e-mail adres: ri.amsterdam@igz.nl onder vermelding van het kenmerk rechts bovenaan de begeleidende brief. Nadat de inspectie uw rapportage heeft ontvangen, ontvangt u binnen 4 weken een reactie.

Bijlage 1 Overzicht gebruikte documenten

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

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

- *Brieven die zijn verzonden aan de cliëntenraadsleden met daarin een uitnodiging voor de eerste vergadering, september 2012.*

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

Het instrument voor het onaangekondigd toezichtbezoek 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
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Veldnormen en rapporten:

- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2010;
- Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005;
- Landelijke richtlijn 'Depressie', CBO 2009 en 'Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. Richtlijn voor verzorgenden' NIVEL, herziene versie 2006
- Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken, IGZ 2005.
- Veilige principes in de medicatieketen, 2011.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz VGN en GGZ Nederland, 2011.

Bijlage 3 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. 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.

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.

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

1	farmaceutische zorg	Veilige principes in de medicatieketen, taskforce medicatieveiligheid care 2012
---	---------------------	---

4. Veiligheid wonen en verblijf norm

Met het oog op de veiligheid is er sprake van:

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

De zorgorganisatie voorziet in een gericht preventiebeleid op het gebied van veiligheid. Daarbij gaat het in ieder geval om toezicht, alarmopvolging en veiligheid van hulpmiddelen en materialen. CR heeft adviesrecht op het algemene beleid op het gebied van veiligheid (Wet medezeggenschap, art. 4 lid i). De maatregelen op

het gebied van veilig wonen dienen dan ook te worden voorgelegd aan de cliëntenraad.

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