



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

Rapport van het hertoetsbezoek
aan verpleeghuis Vreugdehof
in Amsterdam
op 11 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 beschouwing	6
2.1	Samenvatting van de scores per thema	6
2.2	Resultaten bezoek 6 januari 2016 onvoldoende	7
2.3	Resultaten hertoetsbezoek 11 mei 2016: verbeteringen in gang gezet maar nog niet toereikend	7
2.4	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol	8
2.4.1	Motivatie en verbeterkracht aanwezig	8
2.4.2	Zorgvuldige invoering zelforganiserende teams; belastbaarheid medewerkers vraagt continue aandacht	8
2.4.3	Goede dossiervoering en verslaglegging moet prioriteit krijgen	8
2.4.4	PDCA-cyclus rond maken	9
2.5	Aantoonbare verbeteringen cliëntgericht werken	9
3	Handhaving	10
3.1	Inleiding	10
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed	10
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder: extra verbeterijd en resultaatsverslag	11
3.4	Beoordeling van overige locaties	11
3.5	Vervolgacties inspectie	11
4	Bevindingen inspectiebezoek	12
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	12
4.1.1	Inleiding	12
4.1.2	Scores	13
4.2	Thema 2: cliëntdossier	16
4.2.1	Inleiding	16
4.2.2	Scores	17
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	20
4.3.1	Inleiding	20
4.3.2	Scores	20
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid	24
4.4.1	Inleiding	24
4.4.2	Scores	24
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking	28
4.5.1	Inleiding	28
4.5.2	Scores	28
4.6	Overige bevindingen	31
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten	32
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten	33

1 Inleiding

Op 11 mei bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een aangekondigd hertoetsbezoek aan revalidatie- en verpleeghuis Vreugdehof (hierna Vreugdehof). De inspectie kondigde het bezoek een dag tevoren aan omdat ze zeker wilde zijn dat de beoogde gesprekspartners aanwezig zouden zijn. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op een vorig bezoek aan dezelfde locatie op 6 januari 2016. Tijdens dit vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 11 mei 2016 beoordeelde de inspectie de geboden zorg op die punten opnieuw. Ook beoordeelde de inspectie een aantal normen die zij op 6 januari 2016 niet had beoordeeld.

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

1.1 Aanleiding en belang

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

Bij het inspectiebezoek op 6 januari 2016 bleek de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen te voldoen. Op 18 april 2016 ontving de inspectie een resultaatsverslag waarin de zorgaanbieder over deze punten het volgende aangaf:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldeed 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 voldeed;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldeed: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag feitelijk had bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het hertoetsbezoek aan Vreugdehof was te beoordelen in hoeverre de zorg die Vreugdehof biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte op 11 mei 2016 hetzelfde bezoekinstrument met te toetsen thema's, normen en beoordelingsaspecten als bij het vorige inspectiebezoek. De geboden zorg is op de volgende thema's opnieuw getoetst:

- Sturen op kwaliteit en veiligheid;

- Cliëntdossier;
- Deskundigheid en inzet personeel;
- Medicatieveiligheid;
- Vrijheidsbeperking.

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 opnieuw of de door Vreugdehof geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- het vastgestelde rapport van het vorige inspectiebezoek;
- het resultaatsverslag d.d. 18 april 2016;
- gesprekken met cliënten;
- gesprekken met twee leden van de cliëntenraad en familie van cliënten;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- gesprekken met behandelaars: twee specialisten ouderengeneeskunde, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut;
- gesprekken met een teamcoach en een kwaliteitsverpleegkundige;
- gesprekken met het management(team);
- het inzien van cliëntdossiers;
- het inzien van documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

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

Organisatie

Vreugdehof maakt deel uit van Stichting Amstelring Groep (hierna Amstelring). Amstelring levert thuiszorg en zorg aan cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen in Amsterdam en de regio Amstelland De Meerlanden.

Vreugdehof is een revalidatie- en verpleeghuis en ligt in de Amsterdamse wijk Buitenveldert. Het gebouw bestaat uit negen etages. Vreugdehof heeft plaats voor 105 somatische cliënten verspreid over vijf afdelingen en 40 revalidatie cliënten verspreid over twee afdelingen. Ook biedt Vreugdehof zorg aan 62 psychogeriatrische cliënten.

De pg-afdeling bevindt zich in een apart gebouw achter het hoofdgebouw.

Het inspectiebezoek betrof twee somatische afdelingen. De cliënten op deze afdelingen beschikken over een eigen zit/slaapkamer. Alle afdelingen hebben een grote huiskamer met een keukenblok.

Cliënten

De meeste cliënten op de somatische afdeling hadden een zorgzwaartepakket (ZZP) 6. Een paar cliënten hadden een ZZP 5, 7 of 8. Vreugdehof had te maken met een toenemende groep cliënten met een combinatie van somatische en psychiatrische en/of psychogeriatrische problematiek.

Personele inzet

In Vreugdehof werkten in totaal 179 medewerkers (133 fte). De meeste zorgmedewerkers hebben niveau 2 (13 fte) of niveau 3 (68 fte). Medewerkers niveau 2 (helpenden), niveau 3 (contactverzorgenden en verzorgenden IG) en niveau 4 (verpleegkundigen) verlenen de zorg. Zij krijgen ondersteuning van medewerkers niveau 1 (voedingsassistenten). Op de afdelingen

werken ook leerlingen en stagiaires. Vreugdehof werkt met activiteitenbegeleiders voor centrale activiteiten en activiteiten op de afdelingen.

Vreugdehof zette de afgelopen jaren in op een andere personeelssamenstelling en nam hoger opgeleide medewerkers aan, voornamelijk verzorgenden niveau 3. Vreugdehof wil verdere verhoging van het deskundigheidsniveau bereiken door een aantal eigen zorgmedewerkers op te leiden tot verpleegkundige niveau 4.

De bezetting van de dagdienst bestaat op iedere etage met 21 cliënten uit drie zorgmedewerkers en een voedingsassistent. In de avonddienst werken op iedere etage twee zorgmedewerkers en in de nacht gaat het om één zorgmedewerker per twee etages. Medewerkers kunnen daarnaast buiten kantoor tijden een beroep doen op een weekend-avond-nacht hoofd (WAN).

In de behandel dienst werken de volgende disciplines: specialisten ouderengeneeskunde (SO), basisartsen, psychologen en paramedici.

Multidisciplinair overleg

Cliënten worden tweemaal per jaar besproken in een multidisciplinair overleg (MDO). De cliënt is hierbij niet aanwezig. De contactverzorgende bespreekt voorafgaand aan en na het MDO het zorgplan met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger. Daarnaast zijn er wekelijks zogenaamde mini-MDO's op iedere etage. Hierin worden cliënten multidisciplinair besproken door de arts, de contactverzorgende, de dagoudste, de psycholoog en zo nodig andere disciplines. Vreugdehof heeft plannen om de cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers meer bij het MDO te betrekken.

Ontwikkelingen in de organisatie

Vreugdehof had te maken met een onrustige periode waarin veel veranderingen plaatsvonden in de organisatie. Vreugdehof startte in april 2016 met zelforganiserende teams. Tegelijkertijd verdween het middenmanagement, waaronder de functie van teamleider. Alleen de functie van weekend-avond-nachthoofd (WAN) bleef bestaan. De locatie wordt aangestuurd door de resultaatverantwoordelijke eenheid (RVE)manager. Dit was voorheen de locatiemanager.

Medewerkers kregen meer taken en verantwoordelijkheden, zoals zorgcoördinatie en planning. Zij werden hierin vanaf 1 maart 2016 ondersteund door twee teamcoaches en twee kwaliteitsverpleegkundigen. Ook kregen ze ondersteuning van het interne servicebureau (ISB) voor administratieve zaken.

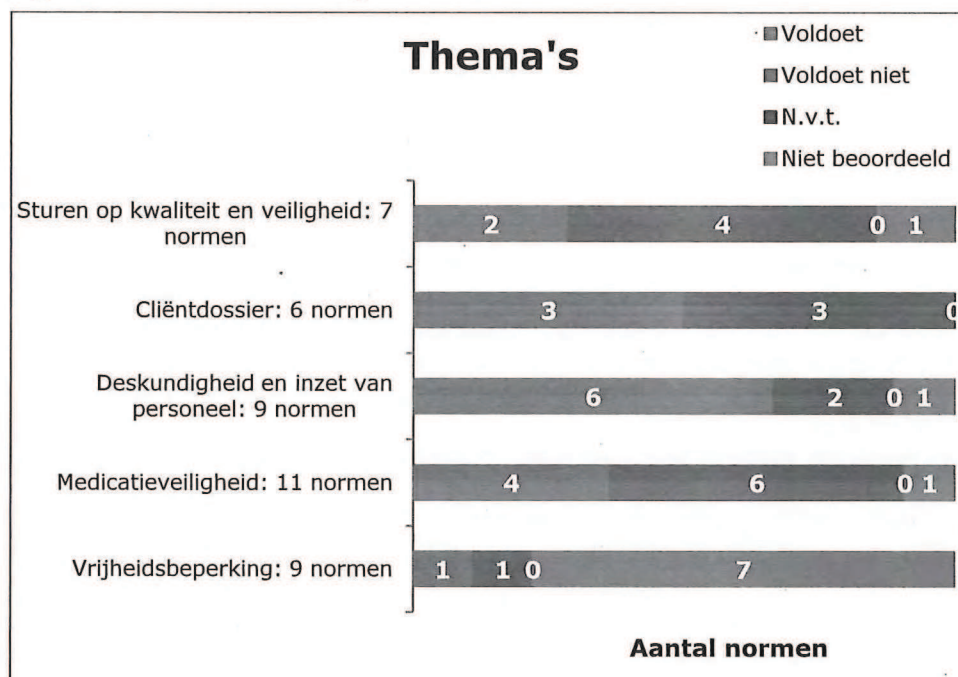
2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema van het vorige inspectiebezoek en van het hertoetsbezoek. 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.

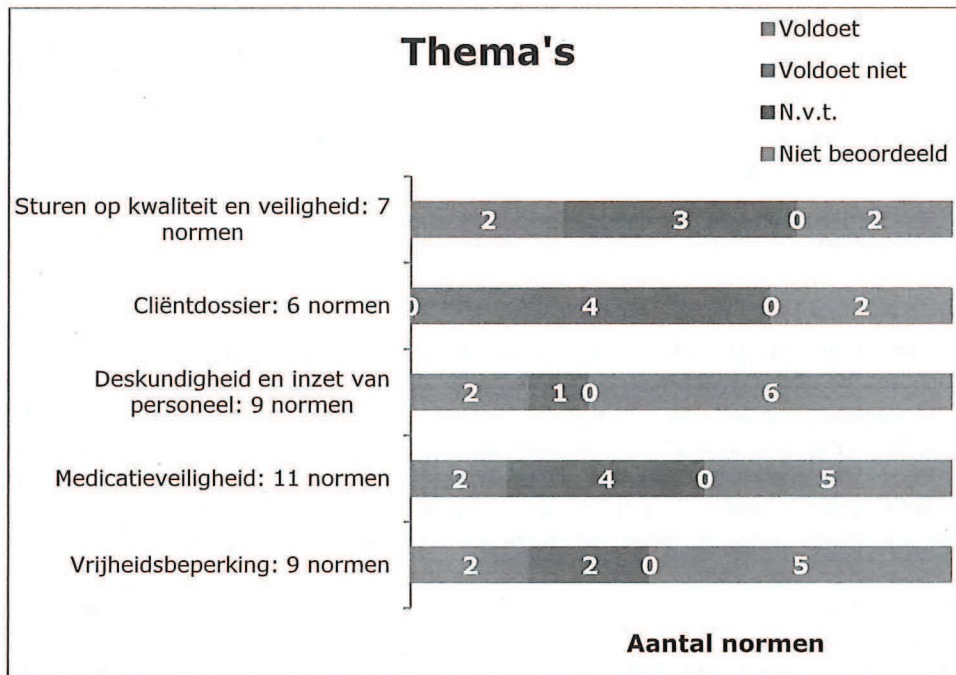
2.1 Samenvatting van de scores per thema

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

Figuur 1. Scores bezoek 6 januari 2016



Figuur 2. Scores hertoetsbezoek 11 mei 2016



2.2

Resultaten bezoek 6 januari 2016 onvoldoende

Tijdens het bezoek op 6 januari 2016 constateerde de inspectie dat de zorg die Vreugdehof bood niet voldeed aan 16 van de 32 beoordeelde normen. Vreugdehof investeerde in cliëntgericht werken. Zorg verlenen vanuit het perspectief van de cliënt en diens familie was echter niet voor alle medewerkers vanzelfsprekend. Verder schoot de dossiervoering tekort, evenals de medicatieveiligheid. Daarnaast was de Plan-Do-Check-Act (PDCA-)cyclus niet rond. Verbeterpunten en tekortkomingen in de zorg werden onvoldoende in kaart gebracht. Ook kwamen medewerkers afspraken niet altijd na.

Vreugdehof was in januari 2016 bezig met de voorbereiding voor de invoering van zelforganiserende teams per april 2016. Nog niet duidelijk was of alle randvoorwaarden dan gerealiseerd zouden zijn. Dit leidde tot onrust bij medewerkers.

De inspectie maakte zich verder zorgen over het Amstelringbreed realiseren en borgen van verbeteringen naar aanleiding van inspectiebezoeken.

2.3

Resultaten hertoetsbezoek 11 mei 2016: verbeteringen in gang gezet maar nog niet toereikend

Tijdens het hertoetsbezoek op 11 mei 2016 bleek dat Vreugdehof druk bezig was met het implementeren van verbeteringen op de somatische afdelingen. De somatische afdelingen voldeden op 11 mei 2016 aan diverse normen waar men op 6 januari 2016 niet aan voldeed. Een voorbeeld is het cliëntgericht werken. Tegelijkertijd constateerde de inspectie dat men aan een aantal normen nog niet of niet meer voldeed. Voorbeelden zijn het cliëntdossier en de inzet van voldoende deskundig personeel. De inspectie heeft verder in het thema vrijheidsbeperking een aantal normen beoordeeld die zij op 6 januari 2016 niet had beoordeeld. Het voorgaande betekent dat de tabellen niet zonder meer met elkaar vergeleken kunnen worden. Wel blijkt uit het hertoetsbezoek dat Vreugdehof niet voldoet aan 14 van 22 beoordeelde normen plus niet aan een extra beoordeelde norm.

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

De zorg die Vreugdehof biedt voldoet niet aan 14 normen in de thema's in de tabel en niet een aanvullende norm in de categorie 'overige bevindingen'. 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. De inspectie voert hierover het gesprek met bestuur en raad van toezicht van Amstelring. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

2.4.1 *Motivatie en verbeterkracht aanwezig*

De inspectie constateerde dat management, zorgmedewerkers en behandelaren op de somatische afdelingen in Vreugdehof gemotiveerd zijn om de kwaliteit en veiligheid van de zorg blijvend op orde te krijgen. Er is verbeterkracht. Men had geïnvesteerd in het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen zorgmedewerkers en behandelaren. Dit was gelukt, onder andere door het invoeren van 'mini-MDO's' en teamsessies met de teamcoach. Er was meer duidelijkheid over de organisatorische ontwikkelingen en zorgmedewerkers kregen meer mogelijkheden om te laten zien wat ze kunnen.

2.4.2 *Zorgvuldige invoering zelforganiserende teams; belastbaarheid medewerkers vraagt continue aandacht*

Uit gesprekken en documentatie bleek dat Vreugdehof de invoering van zelforganiserende teams zorgvuldig voorbereidde. Medewerkers kregen scholing in de nieuwe taken en verantwoordelijkheden. Ook kregen zij ondersteuning van teamcoaches, kwaliteitsverpleegkundigen en een intern servicebureau. Medewerkers waren blij hiermee. Zij vertelden dat zij daardoor positiever zijn over de zelforganisatie en over het nemen van meer verantwoordelijkheden. De medewerkers met wie de inspectie sprak kregen er energie van. De verbeterde multidisciplinaire samenwerking droeg hieraan bij. Wel gaven alle gesprekspartners aan dat Vreugdehof in korte tijd veel van de medewerkers vraagt. Hierdoor bestaat het risico dat medewerkers overbelast raken. Het is belangrijk dat Vreugdehof dit goed in de gaten houdt en waar nodig passende maatregelen neemt.

2.4.3 *Goede dossiervoering en verslaglegging moet prioriteit krijgen*

De tekortkomingen in het cliëntdossier waren nog niet ondervangen. Relevante cliëntinformatie ontbrak, cliëntdossiers waren niet actueel en rapportages onvolledig. Door de tekortkomingen is de continuïteit in de zorgverlening en het cliëntgericht werken onvoldoende geborgd. Ook is niet gegarandeerd dat cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben en waarop zij recht hebben. Dit blijkt uit de resultaten (zie de toelichting bij norm 3.7). Vreugdehof voert in juli 2016 een nieuw elektronisch cliëntdossier in. Men verwacht dat dit dossier het procesmatig werken en het klinisch redeneren beter ondersteunt, evenals het cliëntgerichte werken. Zoals ook benoemd in het vorige rapport zijn daadwerkelijke verbeteringen daarmee echter niet gegarandeerd. In gesprekken op 6 januari 2016 gaven diverse gesprekspartners aan dat de tekortschietende verslaglegging meerdere oorzaken heeft. Onder andere noemde men het niet onderkennen van het belang van verslaglegging en onvoldoende alertheid op actualiteit en volledigheid. Volgens de inspectie duidt dit op het ontbreken van kennis en kunde bij medewerkers en op het ontbreken van goede ondersteuning en sturing door leidinggevendenden. In de maanden na het bezoek op 6 januari 2016 is dit niet aantoonbaar verbeterd. Goede dossiervoering en verslaglegging moeten prioriteit krijgen, onder andere door hierop vanuit de leiding beter te sturen. De inspectie heeft dit nadrukkelijk benoemd in een gesprek met de raad van bestuur van Amstelring na het hertoetsbezoek aan Vreugdehof en een andere locatie van Amstelring.¹

¹ In haar reactie op het conceptrapport merkt de raad van bestuur op dat Vreugdehof het implementatietraject voor het nieuwe ECD naar voren heeft gehaald en dat medewerkers in mei trainingen hebben gevolgd om hun kennis en vaardigheden te vergroten.

2.4.4 *PDCA-cyclus rond maken*

Uit de resultaten blijkt dat de PDCA-cyclus nog niet rond is. Ook is de kwaliteit van de informatie voor verbetering vatbaar. Onder andere betreft dit de (analyses van de) MIC. Vreugdehof zet wel stappen in de goede richting om de PDCA-cyclus rond te krijgen en om het sturen op kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg mogelijk te maken. Zo ontwikkelt men een nieuw systeem voor het meten van cliëntervaringen en het afhandelen van klachten. Medewerkers krijgen hierin een grotere rol, ondersteund door teamcoaches en kwaliteitsverpleegkundigen.

2.5 **Aantoonbare verbeteringen cliëntgericht werken**

Het cliëntgericht werken was aantoonbaar verbeterd. Medewerkers op de bezochte somatische afdelingen gingen op een prettige en respectvolle manier met de cliënten om. Dit werd bevestigd door de gesprekspartners, waaronder een aantal cliënten. Daarnaast werkte Vreugdehof aan een betere multidisciplinaire samenwerking. Hierdoor zijn de lijnen korter geworden. Dit komt de zorg aan de cliënten ten goede. Wel constateert de inspectie dat het cliëntgericht werken nog niet geborgd is. Een belangrijke randvoorwaarde daarvoor, een goede dossiervoering, ontbreekt.

Diverse gesprekspartners benoemden dat zorgmedewerkers en behandelaren nagaan hoe de inbreng van cliëntvertegenwoordigers en familie bij de zorgverlening kan verbeteren. Onder andere wil men met de cliënten diens familie het boekje 'Goede zorg voor onze bewoners. Zo doen wij dat' bespreken.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

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

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

3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 1.4 De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 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.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 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 zorg-/ondersteuningsplan.
- 4.5 Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁴ niet aan.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 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.
- 5.1 De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- 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.
- 6.1 De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering. De zorgaanbieder zorgt voor een effectieve Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus.

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder: extra verbeterijd en resultaatsverslag

De inspectie geeft de zorgaanbieder extra tijd om de geboden zorg alsnog te laten voldoen aan de hierboven genoemde normen. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan opnieuw een resultaatsverslag stuurt.

Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie **vóór 17 september 2016**.

In dit resultaatsverslag staat per norm:

- of de geboden zorg 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 de geboden zorg volledig aan de norm voldoet;
- als de geboden zorg 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).
- De inspectie verwacht bovendien dat de zorgaanbieder controleert of de geboden zorg bij overige locaties of teams aan alle getoetste normen voldoet en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

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

De inspectie heeft mede naar aanleiding van de bevindingen van dit bezoek op 24 mei 2016 een gesprek gevoerd met de raad van bestuur en raad van toezicht van Amstelring. Het gesprek was een vervolg op het gesprek van 26 januari 2016. In dit gesprek heeft de inspectie de urgentie aangegeven voor verbetering en handhavingsmaatregelen aangekondigd indien deze dit najaar niet gerealiseerd zijn.

Er vindt daarnaast een aangekondigd en/of onaangekondigd hertoetsbezoek plaats aan Vreugdehof. De inspectie zal het resultaatsverslag gebruiken ter voorbereiding op dit bezoek. De inspectie zal verdergaande maatregelen overwegen als blijkt dat sprake is van onvoldoende verbeteringen.

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 Vreugdehof nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Vreugdehof 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.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek de geboden zorg alleen op de normen die tijdens het vorige bezoek 'voldoet niet' scoorden.

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 resultaten 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 ² .				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

² Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.V.t.	Niet beoordeeld
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap 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		
1.5	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 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. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>				x

Toelichting

- 1.1a Vreugdehof voerde in 2015 een cliënttevredenheidsonderzoek uit met behulp van de CQ-index. Vreugdehof was bezig met het opzetten van een nieuwe methode voor het meten van cliëntervaringen. Hiervoor is het plan dat contactverzorgenden vanaf juni 2016 ieder half jaar een vragenlijst afnemen over de zorg bij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers. Ook wil Vreugdehof vanaf oktober 2016 bijeenkomsten organiseren met cliënten, mantelzorgers en medewerkers over ervaringen in de zorg.
- 1.1b) Vreugdehof verwerkte de verbeterpunten uit de CQ-index van 2015 in het jaarplan van 2016. Vanaf juni 2016 wil Vreugdehof de uitkomsten van vragenlijsten (zie 1.1a) gebruiken voor verbeteracties. Ook wil Vreugdehof deze informatie gebruiken voor het opstellen van de werkplannen voor de teams.
- 1.2 Tijdens het bezoek op 6 januari 2016 benoemden medewerkers dat zij incidenten en fouten, zoals het niet aftekenen van medicatie, moeten melden maar dat dit niet altijd gebeurde. Dit bleek ook tijdens het bezoek op 11 mei 2016. Op drie medicatietoedienlijsten ontbrak op twee achtereenvolgende dagen en op hetzelfde

- tijdstip de paraaf voor dubbele controle. Medewerkers maakten hiervan geen melding. Men week daarmee af van de procedure 'melding incidenten cliënten' (MIC).
- 1.2b Vreugdehof had een overzicht van het aantal keren dat de verschillende type meldingen voorkwamen per afdeling en instellingsbreed. In het laatste kwartaal van 2015 en het eerste kwartaal van 2016 was vooral sprake van valincidenten en medicatiefouten.
- In het verslag van de MIC-commissie met analyses en adviezen ontbrak informatie over achterliggende factoren en oorzaken van de incidenten. Er was geen sprake van een systematische analyse naar basisoorzaken. Zo stond in het verslag dat medicatie incidenten vooral voorkwamen in de drukke uren. De MIC-commissie constateerde dat niet helemaal duidelijk was hoe dit precies kwam. Uit het verslag bleek niet dat de MIC-commissie dit had onderzocht.
- 1.2c Het verslag van de MIC-commissie bevatte adviezen. Uit het verslag werd niet duidelijk waarop de adviezen gebaseerd waren. Zo luidde een advies gele 'niet storen'-hesjes te dragen tijdens het medicatiedelen. Uit het verslag bleek echter niet dat het storen van medewerkers de oorzaak was van de incidenten. Een ander advies luidde het bespreken van een geaccepteerd risico op vallen bij cliënten die vaak vallen. Dit voorstel was niet gebaseerd op een systematische analyse van de basisoorzaken van de verschillende valincidenten. Er was geen informatie over resultaten van verbeteracties.
- 1.3b Het overzicht van klachten in het eerste kwartaal 2016 bevatte verbeteracties. Om die reden beoordeelt de inspectie de norm als 'voldoet'. Wel merkt de inspectie op dat de acties globaal waren beschreven en dat uit het overzicht niet bleek of er daadwerkelijk verbetering was opgetreden.
- De inspectie kreeg te horen dat Vreugdehof sinds maart 2016 een nieuw systeem opzet voor de afhandeling van klachten. In dit nieuwe systeem besprak men de binnengekomen klachten in het multidisciplinaire team en formuleerde men met elkaar verbeteracties.
- 1.4b De leden van de cliëntenraad met wie de inspectie sprak voelden zich onvoldoende betrokken bij belangrijke ontwikkelingen in de organisatie. Zo vertelden ze wel te zijn geïnformeerd over de invoering van de zelfsturende teams, maar niet over hoe dit zou gebeuren en wanneer dit van start zou gaan.³ Ook hadden ze het gevoel te weinig gehoor te krijgen over zorgen die bij de cliëntenraad leven. Als voorbeeld noemden ze het paasweekend, waarin te weinig vast personeel aanwezig was. Cliënten kregen daardoor niet de zorg die ze nodig hadden.
- Het locatiemanagement gaf aan dat Vreugdehof op basis van de problemen in het paasweekend nieuwe afspraken had gemaakt over de planning en minimale aanwezigheid van vaste medewerkers.
- 1.5 In- en exclusiecriteria waren op de dag van de inspectie niet beschikbaar. Amstelring was bezig nieuwe criteria te formuleren voor de hele organisatie.

³ In haar reactie op het conceptrapport merkt de raad van bestuur op dat de RVE-manager meent dat zij de CR voldoende heeft geïnformeerd of betrokken. De zaken die zij nog niet wist, kon ze ook niet vertellen. Er was geen kant en klaar plan voor de invoering van zelforganisatie.

4.2 Thema 2: cliëntdossier⁴

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.

⁴ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan 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.⁵		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 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 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

⁵ 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 aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.				X
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.				X
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.				X

Algemeen

In 2016 voeren alle locaties van Amstelring een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD) in met het Nedap-systeem. De vier levensdomeinen in het zorgplan worden daarbij vervangen door de domeinen uit het OMAHA-classificatiesysteem. Vreugdehof vervangt in de loop van 2016 het huidige ECD door de nieuwe versie. Medewerkers van Vreugdehof volgden hiervoor in april en mei 2016 een scholing. De kwaliteitsbewaker in de zelforganiserende teams en de kwaliteitsverpleegkundige zullen de medewerkers ondersteunen bij het goed leren werken met het ECD. Men verwacht dat het nieuwe ECD medewerkers zal ondersteunen bij het klinisch redeneren, met name wat betreft het in kaart brengen van de benodigde zorg en de zorginhoudelijke risico's.

Toelichting

- 2.1c Uit de cliëntdossiers die de inspectie inzag bleek niet dat de cliënt/cliëntvertegenwoordiger ingestemd had met het zorgplan. Ook ontbraken getekende versies van de zorgplannen.
- 2.2a Het was niet altijd duidelijk of zorgdoelen pasten bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Medewerkers beschreven problemen en doelen vaak globaal. Zo was volgens een zorgplan bij een cliënt sprake van onrust. Het doel luidde 'mevrouw is rustig'. Waaruit de onrust bestond was niet beschreven. In een aantal zorgdossiers ontbrak informatie over aanwezige beperkingen en bijbehorende doelen en acties. Zo zat in een van de huiskamers een cliënte scheef in haar stoel. Haar arm hing naar beneden en was pijnlijk bij bewegen. De cliënt kon haar houding door haar beperkingen niet zelf corrigeren. De ergotherapeut had in maart in het dossier gerapporteerd dat hoofddoel was: "Mevrouw zit comfortabel in rolstoel zonder dat zij naar links hangt." In het zorgplan ontbrak echter een zorgdoel met acties om een afhangende en daardoor pijnlijke arm te voorkomen.
- 2.4a In één van de dossiers ontbraken risico-inventarisaties. De cliënt woonde al drie maanden op de afdeling. Bij een andere cliënt vond de laatste risico-inventarisatie plaats in maart 2015. De inspectie kreeg wel te horen dat vanaf mei 2016 de afspraak gold dat medewerkers risico's twee keer per jaar beoordelen, voorafgaand aan het halfjaarlijkse MDO.
- 2.4b De risico-inventarisaties en zorgdoelen sloten onvoldoende op elkaar aan. Zo bevatte een zorgplan een doel over een valrisico. Op welke bevindingen medewerkers dit doel baseerde was niet terug te vinden. Een risico-inventarisatie ontbrak. Uit de risicoinventarisatie bij een andere cliënt kwam niet naar voren dat er sprake was van een risico op vallen. Volgens het zorgplan was er wel sprake van valgevaar, tijdens de toiletgang. Medewerkers vermeldden niet op welke bevindingen zij dit baseerden.
- 2.5a Een logische samenhang tussen zorgbehoeften, zorgdoelen, acties en evaluaties ontbrak regelmatig, mede door het ontbreken van relevante informatie. Bij een cliënt die ADL-zorg nodig had, ontbrak bijvoorbeeld informatie over de wijze waarop deze cliënt het beste geholpen kon worden. Bij een andere cliënt die niet goed in haar stoel zat (zie 2.2a) waren volgens medewerkers meerdere stoelen uitgetprobeerd, zonder goed resultaat. In het dossier ontbrak informatie over de acties, effecten en evaluaties. Wel noteerde de ergotherapeut op 9 mei 2016 dat een nieuwe stoel geleverd zou worden. Deze was op 11 mei 2016 niet aanwezig.
- 2.5b Medewerkers koppelden de rapportages niet aan de zorgdoelen. Ze rapporteerden in het algemeen over de cliënt. In de rapportage ontbrak bijvoorbeeld informatie over de stemming van een cliënt. De psycholoog had hierom wel gevraagd. Een benaderingsadvies van de psycholoog leidde zelden tot rapportages.
- 2.5c Medewerkers evalueerden het zorgplan tijdens het halfjaarlijkse MDO. Men maakte geen evaluatieverslag, maar verwerkte de bevindingen meteen in het zorgplan.

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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
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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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		
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

- 3.1b Op 6 januari 2016 bleek dat niet alle medewerkers cliëntgericht werkten. Tijdens het bezoek op 11 mei 2016 benoemden diverse gesprekspartners dat men op de somatische afdelingen had geïnvesteerd in cliëntgericht werken. De cliënten met wie de inspectie sprak vertelden tevreden te zijn over de geboden zorg. Alleen één cliënt vond dat er te weinig medewerkers waren, waardoor hij later dan hij wilde aan zijn ontbijt zat. Dit kwam vaker voor. Medewerkers vertelden dat zij zich inzetten om de zorg af te stemmen op de behoefte van de cliënt. Hiervoor hield de contactverzorgende regelmatig gesprekken met de cliënt over de tevredenheid van de verleende zorg. Ook evalueerden medewerkers de cliëntgerichtheid in teambesprekingen. Medewerkers kregen scholing, ook in het kader van de overgang naar zelfsturende teams. Dit gebeurde onder andere tijdens lunchbijeenkomsten. Cliëntgerichtheid was volgens medewerkers hierin een belangrijk thema. Ook was Vreugdehof bezig met het invoeren van welkomstgesprekken. Hierbij brachten medewerkers de wensen en behoeften van nieuwe cliënten in kaart.
- 3.2b Op 6 januari 2016 bleek dat bejegening en reflectie op eigen handelen geen gespreksonderwerp was in overleggen. Volgens gesprekspartners is de bejegening van de cliënt inmiddels een vast onderwerp in het werkoverleg. Ook kregen medewerkers individuele training door de teamcoach. Daarnaast organiseerde Vreugdehof casuïstiekbesprekingen in het team en trainde men medewerkers in het geven van feedback aan elkaar. Medewerkers vertelden dat ze elkaar durfden aan te spreken als er zich problemen voordeden in de bejegening van cliënten. De teamcoaches ondersteunden hen hierin.
- 3.7b en cOp 6 januari 2016 beoordeelde de inspectie beide aspect als 'voldoet'. Tijdens het bezoek op 11 mei 2016 trof de inspectie in een huiskamer een cliënte die scheef in haar stoel zat. De cliënt kon haar houding door haar beperkingen niet zelf corrigeren. Haar arm hing naar beneden en bleek pijnlijk bij bewegen (zie ook 2.2a). Medewerkers leken dit niet te zien. Een kussen of ander middel om het afhangen van de arm te voorkomen was er niet. Medewerkers vertelden desgevraagd dat een andere stoel was besteld. In het dossier ontbrak informatie over passende acties. De inspectie constateerde op 6 januari 2016 dat Vreugdehof op de afdelingen somatiek regelmatig flexkrachten inzette maar dit dat doorgaans bekende flexwerkers waren. Tijdens het bezoek op 11 mei 2016 bleek dat flexmedewerkers zorg verleenden op basis van onvolledige en soms verouderde informatie over de cliënt. Zo had een afdeling voor de flexmedewerkers een papieren flexmap aangelegd met cliëntinformatie voor de dagelijkse zorgverlening. Deze informatie was ongedateerd. Uit de digitale dossiers bleek dat de informatie in de flexmap niet altijd volledig en actueel was. Een afspraak over het afstemmen van de informatie in het digitale dossier en de papieren flexmap ontbrak. Volgens medewerkers was het de verantwoordelijkheid 'van iedereen'.

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		

		Voldoet	Voldoet 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-medicatie⁶ 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		
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

⁶ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
b)	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 ⁴ -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
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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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

- 4.1a Tijdens het bezoek op 6 januari 2016 bleek dat medewerkers werkten met deels verouderde procedures. Op 11 mei 2016 voldeden de procedures aan de Veilige principes in de medicatieketen.
- 4.2a Artsen maakten nog niet met alle cliënten/cliëntvertegenwoordigers afspraken over het eigen beheer van medicatie. Vreugdehof sprak af met de artsen dat ze dit vanaf begin mei 2016 gingen oppakken.
- 4.2b Cliëntdossiers bevatten nog geen afspraken over het beheer van de eigen medicatie (BEM). De inspectie kreeg te horen dat Vreugdehof dit vanaf juni 2016 gaat regelen.
- 4.2c Evaluaties van afspraken over het eigen beheer van medicatie vonden nog niet plaats. Vreugdehof wil hier vanaf juni 2016 mee starten.
- 4.5a Medewerkers vertelden dat ze alleen medicatie uit de Baxterzakjes haalden in acute situaties. Zij wijken daarmee af van het medicatiebeleid van Amstelring. Volgens dit beleid moet ingeval van acute wijzigingen de apotheker dezelfde dag een nieuwe baxterrol leveren na telefonisch overleg (of past de apotheek de rol aan). Het is volgens de procedure niet toegestaan dat zorgmedewerkers de baxterzakjes openen en de inhoud te veranderen. 4.6c) Op één van de twee bezochte afdelingen klopten niet alle waarden op de registratielijst van de koelkast. Zo was op een aantal dagen de maximumtemperatuur lager dan de gemiddelde temperatuur. De kwaliteitsverpleegkundige had hiervoor geen verklaring. Wel hielden medewerkers de registratielijst van de koelkast wekelijks bij volgens afspraak.
- 4.8b Op drie medicatietoedienlijsten ontbrak op twee achtereenvolgende dagen op hetzelfde tijdstip de tweede controleparaaf bij medicatie die dubbel afgetekend moest worden. Het bleek te gaan om dezelfde medewerker (een invalkracht), die verzuimde de parafen in te vullen na toediening van risicovolle medicatie.
- 4.9a Op 6 januari 2016 voldeed deze norm niet. Op de toedienlijsten die de inspectie op 11 mei 2016 inzag was de medicatie op alle toedientijden 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 38.5 en 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

Algemeen

De inspectie heeft tijdens het bezoek op 6 januari 2016 zeven van de negen normen niet beoordeeld. Onder andere omdat bij cliënten, van wie de inspectie dossiers inzag, er geen sprake was van vrijheidsbeperkende maatregelen. Tijdens het bezoek op 11 mei 2016 heeft de inspectie wel dossiers ingezien van cliënten met vrijheidsbeperkende interventies.

Toelichting

- 5.1a Vreugdehof had geen beleid voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in situaties waarin de wet Bopz niet van toepassing is, zoals op een somatische afdeling. Volgens informatie van Vreugdehof was dit een bewuste keuze. Voor medewerkers en inspectie was daardoor echter niet duidelijk:
 - hoe men op somatische afdelingen vrijheidsbeperkende maatregelen wil voorkomen en terugdringen;
 - wie de wils(on)bekwaamheid van de cliënt vaststelt en hoe;
 - hoe de besluitvorming moet verlopen en wat daarvoor nodig is zoals kennis over risico's van VBM, alternatieven voor VBM en de regelgeving;
 - welke informatie de cliënt/cliëntvertegenwoordiger moet krijgen om een verantwoorde beslissing te kunnen nemen (informed consent).
- 5.2a Een probleemanalyse van het gedrag van de cliënt voorafgaand aan de inzet van een sensor ontbrak. Niet duidelijk was welk gedrag had geleid tot de inzet van de sensor.
- 5.2c Uit de dossiers viel niet op te maken of de inzet van sensor en een bedhek was beoordeeld in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid
- 5.3a De dossiers die de inspectie inzag betroffen cliënten die geen psychofarmaca kregen.
- 5.6a Uit gesprekken bleek dat medewerkers de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger toestemming vroegen voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. De inspectie kreeg te horen dat artsen de toestemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger vastlegden in het medisch dossier. De inspectie heeft deze dossiers niet ingezien.
- 5.9a Volgens Vreugdehof meldt men noodmaatregelen in het kader van de WGBO bij de inspectie. Dit is niet vereist.

4.6

Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering. De zorgaanbieder zorgt voor een effectieve Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus.		x		

Toelichting

- 6.1 Vreugdehof verzamelde kwaliteitsinformatie en maakte verbeterplannen. Wel was de PDCA-cyclus nog niet rond. Zo waren diverse tekortkomingen in de uitvoering van de MIC procedure en in de cliëntdossiers nog niet goed aangepakt en ondervangen. Informatie over de daadwerkelijke uitvoering van verbetermaatregelen, bereikte resultaten en evaluaties was beperkt aanwezig (zie ook thema 1).

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie 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.

- Overzicht 'bezette plaatsen' (aantal cliënten en ZZP's), Vreugdehof, 11 mei 2016.
- Kopie van personeelssterkte op niveau per afdeling, Vreugdehof, 11 mei 2016.
- Kopie van verzuim, 1 januari 2016 tot en met 10 mei 2016, Vreugdehof 11 mei 2016.
- Inzet invalkrachten, 1 januari 2016 tot en met 10 mei 2016, Vreugdehof, 11 mei 2016.
- Overzicht klachtmeldingen Vreugdehof en verbeteracties, eerste kwartaal 2016, Vreugdehof, 11 mei 2016.
- MIC-beleid, Amstelring 2013.
- Decentraal MIC-reglement, Amstelring 2013.
- Overzicht MIC-meldingen vierde kwartaal 2015 en eerste kwartaal 2016, Vreugdehof mei 2016.
- Analyses en adviezen nav kwartaaloverzichten MIC 4ekwartaal 2015 en 1e kwartaal 2016.
- Tijdstip plaatsvinden medicatie-incidenten eerste kwartaal 2016. Vreugdehof, mei 2016.
- Analyses en verbeteracties MIC vierde kwartaal 2015 en eerste kwartaal 2016. Vreugdehof, mei 2016.
- Concept in- en exclusiecriteria opname Amstelring, Amstelring, mei 2016.
- Jaarplan 2016 Vreugdehof en woongroep Noordhollandstraat, Vreugdehof, december 2015.
- Medicatiebeleid voor de locaties van Amstelring, in samenwerking met de toezichthoudend apotheken, versie 2015, 11 mei 2016.
- Beleid BOPZ Amstelring; visie, beleid, procedures, protocollen en begrippen, Amstelring 2013.
- Aanvullende informatie van Vreugdehof per email over beleid vrijheidsbeperkende maatregelen.

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire 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)⁷.
- 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.

Circulaire 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.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.

⁷ 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.

- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.