



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

Rapport
van het inspectiebezoek
aan Zonnehuis Westwijk
in Amstelveen
op 21 juli 2015

Utrecht
September 2015

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	5
2.1	Overzicht van de scores per thema	5
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen.....	5
2.2.1	Medicatieveiligheid vergt nog punten op de i.....	5
2.2.2	Cliëntgerichtheid verweven in de dagelijkse zorg	6
3	Bevindingen inspectiebezoek	7
3.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	7
3.2	Thema 2: cliëntdossier.....	10
3.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	14
3.4	Thema 4: medicatieveiligheid	18
3.5	Thema 5: vrijheidsbeperking	22
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten	26
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten	27

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 21 juli 2015 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Zonnehuisgroep Amstelland, locatie Zonnehuis Westwijk (hierna: Zonnehuis Westwijk) in Amstelveen. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie en beschouwing, 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 de naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij onder toezicht staande zorgaanbieders.

De inspectie doet dit niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

De inspectie geeft onder meer invulling aan haar taak door aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken te brengen aan onder toezicht staande zorgaanbieders.

1.2 Doelstelling

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

1.3 Methode

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

- voorzitter cliëntenraad;
- uitvoerende medewerkers;
- specialist ouderengeneeskunde en specialist ouderengeneeskunde (io);
- locatiemanager en hoofden zorg;
- cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

De inspectie selecteerde een aantal thema's waarvan bekend is dat zij binnen de langdurige zorg graadmeters zijn voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. De inspectie toetste de kwaliteit en de veiligheid van de zorg tijdens het bezoek aan de hand van de volgende thema's:

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

Per thema maakte de inspectie een selectie van normen waaraan zij de geboden zorg toetste. Bij deze selectie baseerde de inspectie zich op bekende risico's op gezondheidsschade bij cliënten. Bij iedere norm formuleerde zij één of meer beoordelingsaspecten. De inspectie toetste in hoeverre de geboden zorg voldeed aan de geselecteerde normen en bijbehorende beoordelingsaspecten.

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

Algemeen

Zonnehuis Westwijk is een verpleeghuis in de Amstelveense Westwijk, dat onderdeel uitmaakt van de Zonnehuisgroep Amstelland. Er zijn veertien kleinschalige groepswoningen (deels geschakeld) verdeeld over vier etages. In iedere groepswoning wonen zes of zeven bewoners die ieder over een eigen slaapkamer beschikken. Verder heeft de woning een huiskamer annex open keuken en drie douche- en toiletruimten. Elke dag kookt de verzorging op iedere woning. De was doen de medewerkers zelf. Op de begane grond zijn ondermeer een afgesloten binnentuin en een grand cafe 'het Dorpsplein'.

Doelgroep

Bewoners met een zorgzwaartepakket 5, 6 of 7 ontvangen zorg en behandeling in Zonnehuis Westwijk. Vooralnog zijn alleen de woningen op de begane grond en eerste etage bestemd voor bewoners met een Bopz-indicatie en daarom afgesloten. Op de overige woningen waar voorheen alleen zorg aan bewoners met een somatische indicatie werd geleverd voltrekt zich een transitie en langzaam komen er steeds meer bewoners met een vorm van dementie. De intentie is om volledig over te gaan op zorg aan bewoners met dementie.

Personele bezetting

Op iedere woning staat overdag en in de avond minimaal een zorgmedewerker. Het niveau van de medewerker kan verschillend zijn en ligt tussen niveau 2 tot 5. Op de woningen voor bewoners met dementie is de afspraak dat er altijd drie medewerkers (minimaal niveau 3) staan ingeroosterd. Indien nodig wordt een extra medewerker (overloop) in de spitsuren ingezet die op meerdere woningen extra hulp kan bieden. In de nachtdienst werken een medewerker niveau 2 en medewerker niveau 3, naast een medewerker niveau 4 die in spoedsituaties ook diensten verleent in een naburig gelegen locatie van Zonnehuisgroep Amstelland. Gedurende het gehele jaar biedt het verpleeghuis stageplaatsen voor HBO-V studenten.

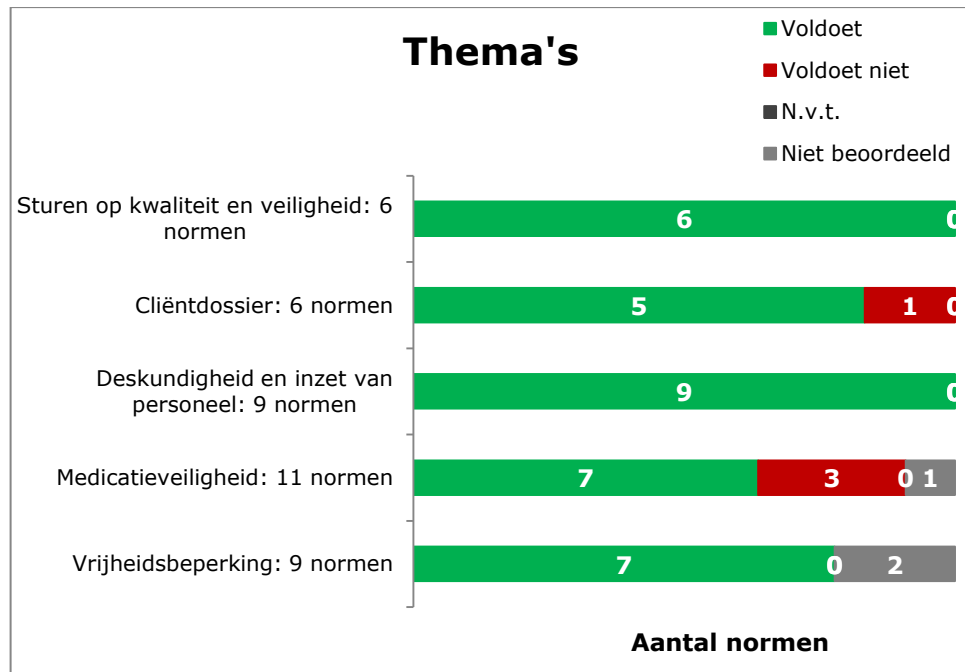
De medische- en paramedische diensten zijn weliswaar op centraal niveau georganiseerd maar iedere locatie werkt met vaste medici en paramedici. Voor avond, weekend en nachtdiensten werkt de Zonnehuisgroep Amstelland samen met andere zorgorganisaties in de regio.

2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. Daarna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. Voor de bevindingen van de inspectie: zie hoofdstuk 3.

2.1 Overzicht van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een overzicht van de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. Als de inspectie hierbij naast de geselecteerde normen ook andere normen heeft gehanteerd, zijn de bevindingen daarvan beschreven in hoofdstuk 3 en niet zichtbaar in deze tabel.



2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die Zonnehuis Westwijk biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Voor de normen en beoordelingsaspecten waaraan de zorgaanbieder niet voldoet, leidt dit tot risico's op gezondheidsschade voor cliënten. De zorg die Zonnehuis Westwijk biedt, voldoet niet aan vier normen. Om deze risico's verder te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 3 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren. De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder deze normen binnenkort zal naleven en sluit daarom met dit rapport het inspectiebezoek af.

2.2.1 Medicatieveiligheid vergt nog punten op de i

Binnen Zonnehuis Westwijk is door iedereen hard gewerkt om de kwaliteit van zorg te borgen. Uitvoering van interne audits op procedures in de praktijk en sterke sturing op de verbeterplannen dragen bij aan de goede scores zoals te lezen in hoofdstuk 3. Alleen het onderwerp medicatieveiligheid behoeft nog enige

aandacht. Het beleid medicatie Zonnehuisgroep Amstelland en het geneesmiddeldistributie protocol bieden voldoende handvaten om ook hierbij nog de punten op de i te zetten. De drie subnormen; de dubbele controle bij niet GDS-medicatie, de aanpassing bij GDS-medicatie en het bewaken van de houdbaarheid van geopende medicinale dranken en druppels, zijn met niet al te veel inspanning eenvoudig te behalen.

2.2.2

Cliëntgerichtheid verweven in de dagelijkse zorg

Professionaliteit, Respect, Elkaar blij maken en Toewijding (PRET) zijn de kernwaarden in de zorg en diensten van Zonnehuis Westwijk. De continue aandacht hiervoor draagt ondermeer bij aan de hoge scores van het onlangs gehouden cliënttevredenheidsonderzoek.

Ook bij de cliëntenraad staan de onderwerpen cliëntgerichtheid en kwaliteit van zorgverlening hoog op de agenda. De cliëntenraadsleden vormen de ogen en oren van de bewoners en signaleren naar het management zaken die verbetering behoeven. Door de voortvarende samenwerking van locatiemanager en voorzitter van de cliëntenraad blijft weinig onopgemerkt. Zo worden bijvoorbeeld de belangen van de steeds kleiner wordende groep bewoners met een somatische indicatie goed in beeld gebracht en worden daarop acties ondernomen.

3 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', 'niet van toepassing (n.v.t.)' en 'niet beoordeeld'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Zonnehuis Westwijk nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm en/of het beoordelingsaspect van toepassing is/zijn in Zonnehuis Westwijk wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. De inspectie beschouwt de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld, wanneer deze zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld' heeft. 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.

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.

3.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

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.

De zorgaanbieder 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.

De zorgaanbieder 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.

		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 cliënttevredenheidsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliënttevredenheids-onderzoek 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)	Er is een klachtencommissie conform de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			
c)	Cliënten en hun vertegenwoordigers weten waar ze met een klacht terecht kunnen en vinden dat de zorgaanbieder serieus met hun klacht(en) omgaat.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de 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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.	x			
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft 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			

Toelichting

1.1

In het eerste kwartaal 2015 werd een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. De manager besprak de uitkomsten van het onderzoek met de cliëntenraad en in samenspraak met de cliëntenraad werd een verbeterplan opgesteld.

1.4

De cliëntenraad van Zonnehuis Westwijk werd nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkelingen en veranderingen die Zonnehuis Westwijk onderging of in gang zette. Ook adviezen vanuit de cliëntenraad nam het management ter harte. Om de betrokkenheid van familie te verbeteren organiseerde management en cliëntenraad gezamenlijk familiebijeenkomsten. Deze bijeenkomsten stonden in het teken van een bepaald thema zoals brandveiligheid of voeding. Volgens de cliëntenraad werden deze bijeenkomsten druk bezocht.

1.5

Zonnehuis Westwijk hanteerde bij opname het inclusie criterium ZZP 5 of hoger en geen expliciete exclusiecriteria. De inspectie trof geen in- en exclusiecriteria op schrift aan. In de praktijk werd samen met de cliënt, diens familie en de verzorging gekeken of een bewoner paste binnen de samenstelling van de groepswoning. Indien gedurende het verblijf alsnog bleek dat een bewoner daar niet op z'n plek was, dan werd de bewoner in overleg met de familie overgeplaatst naar een andere woning of een andere locatie van Zonnehuisgroep Amstelland.

1.8

Zonnehuis Westwijk beschikte over een heel uitgebreid assortiment aan dagbestedingsactiviteiten. Als voorbeelden werden genoemd: boekenclub, beweeggroep, schilderclub, muziekgroep, wandelclub, tuinierclub, zangclub. Ook werden er maandelijkse uitstapjes georganiseerd: Sail Amsterdam, Madurodam, strand. Bij de invulling van de dagbesteding hielden medewerkers rekening met de individuele wensen en behoeften van bewoners. Voor iedere woning was een aparte activiteitenkalender opgesteld. Een coördinerend activiteitenbegeleider en creatief therapeut waren op locatie.

3.2 Thema 2: cliëntdossier¹

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

De zorgaanbieder 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 zorg-/ondersteuningsplan. 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.

De zorgaanbieder heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het zorg-/ondersteuningsplan 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 zorg-/ondersteuningsplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorg-/ondersteuningsplan.	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteuningsplan vastgesteld.	x			

¹ 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.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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 zorg-/ondersteuningsplan.	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 het zorg-/ondersteuningsplan.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	x			
a)	In de individuele zorg-/ondersteuningsplannen 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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.5	De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsbehoeften, de doelen, acties, rapportage 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 zorg-/ondersteuningsplannen gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorg-/ondersteuningsplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm of hoger.	x			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	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 zorg-/ondersteuningsplan.	x			

Toelichting

Zonnehuis Westwijk werkte sinds 2007 met een elektronisch cliëntdossier (ECD) dat qua opzet niet alleen door de inspectie maar ook door medewerkers redelijk onoverzichtelijk werd gevonden. Formulieren zoals een omgangsadvies of de risicosignaleringslijst waren weliswaar opgenomen in het ECD maar moeilijk terug te vinden. Reden voor medewerkers om bijvoorbeeld een omgangsadvies te printen en in een werkmap op de afdeling te bewaren zodat medewerkers het snel konden raadplegen.

De pilot voor het web ECD vond onlangs plaats op enkele woningen waar cliënten met een somatische aandoening woonden. In september ontvangen alle medewerkers een scholing over dit nieuwe systeem. Daarna wordt het web ECD breed ingevoerd. Via training on the job ontvangen medewerkers nadien verdere bijscholing. Gelijktijdig wordt het aangepaste risicosignaleringsformulier geïmplementeerd.

2.5

Bij inzage in enkele elektronische dossiers constateerde de inspectie dat medewerkers de rapportages niet structureel koppelden aan de doelen en acties in het zorgplan. Regelmatig werd de vrije rapportage benut. In de nieuwe webversie is er een automatische koppeling tussen doel en rapportage en is het niet langer mogelijk om in de vrije rapportage te rapporteren.

3.3

Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

De zorgaanbieder 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 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 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.

		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 behoeftes en wensen.	x			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten.	x			
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	x			
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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			
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

3.1

Op de gesloten woningen voor bewoners met dementie werden via de observatiemethode Dementia Care Mapping (DCM) de persoonlijke gewoonten en behoeften van de bewoners in beeld gebracht. De resultaten van deze observatie werden verwerkt tot passende en persoongerichte zorgdoelen. De komende periode wordt deze methode ingezet bij de overige bewoners met dementiezorg.

3.6

Zonnehuis Westwijk zette veel in op deskundigheid van medewerkers. Uitvoerige scholingsprogramma's op het gebied van bekwaamheid en kwaliteit waren beschikbaar. In het kader van de transitie van somatische verpleeghuiszorg naar meer verpleeghuiszorg voor bewoners met dementie ontvingen medewerkers scholingen over dementie, agressie en ouderenmishandeling. Ook was er brede

aandacht voor het onderwerp brandveiligheid. Er werden coaches (ondermeer een wascoach en kookcoach) aangesteld die medewerkers konden raadplegen.

3.9

Het ziekteverzuim bij Zonnehuis Westwijk lag afgelopen half jaar op 2,44%. Hoewel het volgens het management moeilijk was om personeel niveau 3 en 4 te werven waren ten tijde van het bezoek alle openstaande vacatures op dat niveau ingevuld. De hoofden zorg hielden de werkdruk op de woningen in de gaten. Indien de zorg op een woning zwaarder was dan normaal of indien een bewoner specifiek aandacht behoefde dan werd op bepaalde tijdstippen extra personeel ingezet.

3.4

Thema 4: medicatieveiligheid

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. De zorgaanbieder heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. Die samenwerking moet gebeuren op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

		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 zorg-/ondersteuningsplan.	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 zorg-/ondersteuningsplan.	x			
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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-medicatie² niet aan.		x		
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ² 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			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			

² 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
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-GDS¹-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.		x		
a)	Voor niet GDS ² -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			
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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

4.5

Bij een medicatiestop verwijderde de verpleging of verzorging zelf het medicijn uit de baxterzakjes tot de apotheek de nieuwe rol had geleverd waarin de wijziging was doorgevoerd. In het beleid medicatie Zonnehuisgroep Amstelland en het geneesmiddeldistributie protocol was terug te lezen dat deze handeling alleen in spoedgevallen mocht en dat de apotheker de baxterzakjes aanpaste.

4.7

Op een van de woningen trof de inspectie een meer dan noodzakelijke voorraad op naam aan van verschillende soorten tubes. Volgens een medewerker werd bij de bestelling onvoldoende gekeken naar de aanwezige voorraad. Enkele mandjes (waarin de medicatie van de bewoner werd bewaard) waren hierdoor onoverzichtelijk.

De openingsdatum van dranken en druppels, die de inspectie controleerde, werd niet consequent op de flesjes genoteerd. De inspectie trof een geopend flesje haldol aan waarvan de houdbaarheidsdatum was verlopen. De nachtdienst was verantwoordelijk voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum op de woningen. Deze controle voerde de nachtdienst maandelijks uit.

4.8

Inzage in medicijnklappers toonde aan dat de dubbelcheck regelmatig niet werd uitgevoerd en niet dubbel werd afgetekend. Voor de toediening van insuline hanteerde de zorgmedewerker naast de deellijst nog een apart formulier, de insuline toedienlijst waar ook de injectieplaats op kon worden aangegeven. Op de lijst die werd ingezien was wel een dubbele aftekening terug te zien.

3.5

Thema 5: vrijheidsbeperking

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.

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

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

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

Toelichting

In Zonnehuis Westwijk gold een non-fixatiebeleid. Veel voorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen waren laserbellen en laagbedden. De laserbellen werden niet alleen ingezet bij bewoners waarbij 's nachts sprake was van gevaargevaar maar ook ter voorkoming van ongewenst bezoek van medebewoners die in de nacht dwaalgedrag vertoonden.

Sinds maart 2015 werd een open deurenbeleid ingevoerd; de voordeur van de gesloten Bopz-woningen ging tussen 14.00 en 17.00 uur open waardoor bewoners

hun eigen woning konden verlaten. Bewoners konden zelfstandig naar het grand cafe 'het Dorpsplein', de binnentuin en andere woningen lopen. Gedurende de tijd dat de deuren open waren was er altijd een receptioniste aanwezig om zicht te houden op de voordeur van de locatie om te voorkomen dat bewoners het pand zouden verlaten. Volgens de cliëntenraad gaf het open deurenbeleid in het begin overlast bij de bewoners met een somatische indicatie. Deze doelgroep moest wennen en zich aanpassen aan het concept.

5.3

Dit punt kon de inspectie niet beoordelen omdat geen dossiers werden ingezien van cliënten met psychofarmaca. Wel gaf de specialist ouderengeneeskunde nadrukkelijk aan dat psychofarmaca pas werd ingezet als een benaderingsadvies of een op een begeleiding niet werkte.

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.

- Scholingsoverzicht 2014
- Introductie HBO-V stagiaires
- Scholingskalender 2015
- Overzichten van gevolgde scholingen 2015
- Overzicht van medewerkers die een beroepsgerichte opleiding doen, 2015
- Opzet scholing: kwaliteitsscholing niveau 3/4/5, 16 februari 2015
- Opzet scholing bekwaamheidsscholing en kwaliteitsscholing niveau 2, 11 maart 2015
- Opzet scholing bekwaamheidsscholing en kwaliteitsscholing verzorgende C en helpende plus, 14 maart 2015
- Opzet scholing: bekwaamheidsscholing niveau 4/5, 16 februari 2015
- Opzet scholing: bekwaamheidsscholing niveau 3/4/5, 11 maart 2015
- FTE's op organisatieniveau, 15 juli 2015
- Notulen locale MIC commissie, 21 juli 2015
- Wie werkt waar overzicht, afdelingsindeling KBO, 21 juli 2015
- MIC rapportage lokale MIC commissie van het eerste kwartaal 2015
- Overzicht ZZP's per maand 2015
- Beleid medicatie Zonnehuisgroep Amstelland, 18 augustus 2013
- Geneesmiddelen distributie Protocol, versie 21 mei 2014
- Beleidsnotitie BOPZ, 10 juli 2015
- Huisregels, januari 2015
- Folder 'Niet tevreden of klachten?' september 2014

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

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- 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.
- Besluit langdurige zorg.

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.
- Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.