



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het vervolgbezoek
aan Kleinschalige woon/zorgprojecten B.V.,
locatie Ons Thuis 'De Heuvel' te Dongen
op 7 augustus 2018

Utrecht, september 2018

V2006119

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Ons Thuis De Heuvel 3
2	Conclusie 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat moet beter 6
2.4	Conclusie bezoek 7
3	Wat zijn de vervolgacties 8
3.1	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 8
3.2	Vervolgacties van de inspectie 8
4	Resultaten 9
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1	Resultaten 9
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 15
4.4	Thema Medicatieveiligheid 18
4.4.1	Resultaten 18
4.5	Thema Vrijheidsbeperking 21
4.5.1	Resultaten 22
Bijlage 1	Methode 25
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 27

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) bracht op 7 augustus 2018 een onaangekondigd vervolfbezoek aan Kleinschalige Woon/zorgprojecten B.V. locatie Ons Thuis 'De Heuvel' (hierna: De Heuvel) in Dongen.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Mochten de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport. De inspectie schrijft haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.

De begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid. Ook letten de inspecteurs op de thema's vrijheidbeperkende maatregelen en medicatieveiligheid.

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

1.1 Aanleiding bezoek

Dit vervolfbezoek is naar aanleiding van het bezoek dat de inspectie heeft gebracht aan deze locatie op 20 september 2017. Van de 22 getoetste normen voldeden 17 (grotendeels) niet. In het rapport van dat bezoek geeft de inspectie de zorgaanbieder tot 2 juli 2018 de gelegenheid om te verbeteren. Het bestuur van Kleinschalige Woon/Zorgprojecten B.V. informeert op 16 mei 2018 en op 6 juni 2018 de inspectie over de behaalde (tussentijdse) resultaten. In deze resultaatverslagen schrijft het bestuur dat zij bezig zijn om op alle verbeterpunten maatregelen te nemen. In de verslagen beschrijft de zorgaanbieder ook welke maatregelen al (deels) gerealiseerd zijn.

Om na te gaan of de zorg in De Heuvel, na de verbetermaatregelen, van voldoende kwaliteit is en aan wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders voldoet, brengt de inspectie een vervolfbezoek aan De Heuvel. Tijdens het vervolfbezoek toetst de inspectie de normen die tijdens het bezoek in september ook zijn getoetst.

Dit rapport is niet los te zien van het rapport van het bezoek op 20 september 2017 en is ook terug te vinden op de website van de IGJ onder publicaties.

1.2 Beschrijving Ons Thuis De Heuvel

Kleinschalige Woon/Zorgprojecten B.V.

Kleinschalige woon/zorgprojecten (KWZP) B.V. is voortgekomen door overname van een aantal onderdelen van Familyhomes Zorg B.V. (ook handelend onder de naam Eaglehomes Zorg). Hierbij gaat het om overname van een groot deel van de bewoners en een groot deel van het personeel en een aantal huurcontracten. KWZP B.V. is gestart met daadwerkelijke zorgverlening per 1 juli 2015. Het grootste gedeelte van de cliënten was al eerder in zorg bij Eaglehomes Zorg en deze zorg is voortgezet door KWZP B.V. Onder KWZP B.V. hangen twee aparte B.V.'s die als volgt worden gebruikt: in De Boshoeve B.V. lopen alle personeelscontracten en

De Wildzang B.V. is op dit moment een niet actieve B.V. De locaties, de huurcontracten en de bewoners zijn alle onder gebracht in KWZP B.V. De WTZi-toelating is in mei 2018 opgezegd. De reden hiervoor was dat de organisatie binnen afzienbare tijd geen Zorg in Natura (ZIN) gaat leveren. KWZP B.V. werd op diverse locaties in Ulicoten, Rijsbergen, Dongen en Chaam ondergebracht. De organisatie heeft een regionaal werkgebied en werkt niet als hoofdaannemer en/of onderaannemer.

De zorg wordt gefinancierd via een persoonsgebonden budget (pgb). KWZP B.V. heeft geen Bopz-aangemerkte locaties.

KWZP B.V. heeft geen contract met een zorgkantoor inzake ZIN of met de gemeente inzake de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

KWZP B.V. is geen lid van een brancheorganisatie. Zij is wel voornemens een ISO-certificering te halen. Ook heeft de zorgaanbieder zich tot doel gesteld binnen twee tot drie jaar drie keer zo groot te zijn als dat de organisatie nu is.

De zorgaanbieder levert persoonlijke verzorging, begeleiding en verblijf aan cliënten met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek. Sinds oktober 2015 heeft de organisatie ook een locatie voor cliënten met psychogeriatrische problematiek.

Locatie De Heuvel

De Heuvel is ondergebracht onder KWZP B.V. en is een kleinschalige woon-/zorgvoorziening voor ouderen in Dongen. De Heuvel is opgericht in oktober 2015. De bewoners huren een appartement en kopen daarnaast met een pgb de zorg in, het zogenoemde gescheiden wonen- en zorgconcept.

Op de begane grond bevindt zich een ruime entree, gezamenlijke woonkamer, keuken met aparte eetkamer en wasruimte. Daarnaast zijn er op de begane grond twee appartementen en een gedeelde badkamer met toilet. Ook is er een kleine kantoorkamer met slaapvoorziening voor het personeel. Hier bevindt zich ook de medicatiekast. Op de eerste verdieping bevinden zich vijf appartementen en een gedeelde badkamer met toilet. Cliënten richten hun appartement met eigen meubels en spullen in, bij de deur hangt een foto van de cliënt als herkenningspunt. Er is een open lift in het trappenhuis die bediend wordt met een aparte sleutel. De derde verdieping, bereikbaar via een aparte ingang, wordt verhuurd aan niet-zorgvragers. Een van bewoners van de derde verdieping is een welzijnsmedewerker van De Heuvel. Om het huis heen is een ruime tuin omringd door een hek met een niet afgesloten poort.

Cliënten

Bij De Heuvel is plaats voor zeven cliënten. Tijdens het inspectiebezoek van september 2017 woonden er vier cliënten, waarvan drie met indicatie VV04 of VV05. Eén cliënt heeft indicatie LG06. Tijdens het inspectiebezoek van augustus 2018 wonen zeven cliënten in De Heuvel waarvan vier oudere cliënten. De cliënten hebben volgens opgave van de zorgaanbieder VV04 (één cliënt), VV05 (vier cliënten) VG06 (één cliënt) en LG06 (één cliënt). Een medewerker geeft aan dat één van de cliënten het syndroom van Korsakov heeft. Een andere cliënt heeft een verstandelijke beperking, één cliënt heeft een lichamelijke beperking; vier oudere cliënten hebben dementie gerelateerde problemen.

Personeelsbezetting

Op De Heuvel werken ten tijde van het inspectiebezoek in augustus 2018 overdag twee medewerkers waarvan één verzorgende deskundigheidsniveau 3. De andere medewerker kan een helpende zijn of een leerling helpende of leerling verzorgende. Daarnaast is er een paar dagen per week gedurende enkele uren een vrijwilliger.

In de nacht is een slaapwacht aanwezig. Dit is doorgaans een verzorgende deskundigheidsniveau 3, maar in de vakantieperiode soms een helpende plus. Er is een ervaren medewerker als achterwacht bereikbaar. In de vakantieperiode werken er veel (veelal 'vaste') uitzendkrachten (soms ZZP-ers). Het personeelsbestand in contracturen, bestaat in juni 2018 volgens opgave van de zorgaanbieder uit:

Teamcoördinator niveau 4: 32 uur per week;
Woonbegeleider niveau 4: 32 uur per week;
Woonbegeleider niveau 3: 20 uur per week;
Leerling niveau 3 (BBL, stagiaires) totaal 88 uur per week;
Assistentwoonbegeleider niveau 2: 32 uur per week;
Leerling niveau 2 (BBL): 20 uur per week;
Huishoudelijke medewerker: 20 uur per week;
Facilitair medewerker (verzorgt ook welzijnsactiviteiten): 32 uur per week.

Twee medewerkers (een assistent woonbegeleider niveau 2: 32 uur per week) en een leerling niveau 2: 32 uur per week) zijn langdurig ziek.

De zorgaanbieder geeft aan dat zij vacatures moeilijk kunnen opvullen. Recent zijn twee medewerkers uit dienst gegaan. Het betrof een leerling niveau 3 en een woonbegeleider niveau 3, totaal 48 per week.

2 Conclusie

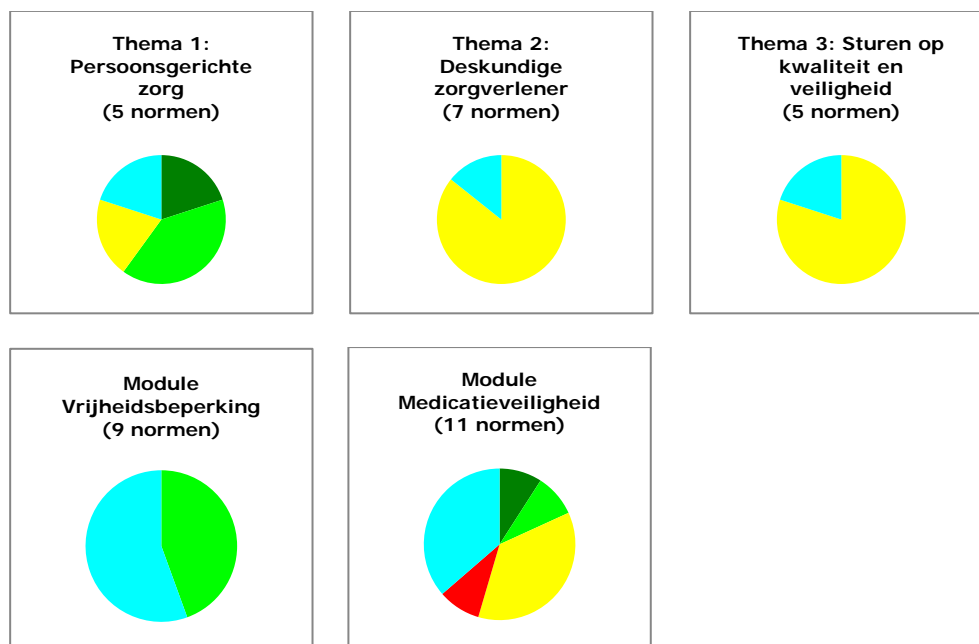
Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht met daarin de beoordeling hoe de inspectie de geleverde zorg ziet.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over De Heuvel. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

In hoofdstuk 4 ziet u het oordeel op normniveau terug van het bezoek van 7 augustus 2018.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten u per thema zien hoe de inspectie uw locatie beoordeelt.



2.2 Wat gaat goed

Sinds het vorige bezoek in september 2017 heeft De Heuvel een aantal verbeteringen doorgevoerd wat betreft vrijheidsbeperking. Zo is het buitenhek niet meer afgesloten en zijn de slaapkamers voorzien van hotelsluitingen, zodat cliënten te allen tijde de deur zelf van binnenuit kunnen openen.

2.3 Wat moet beter

Alle beoordeelde normen op het thema deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid moeten beter. De brede doelgroep in De Heuvel vraagt dat zorgverleners kennis en kunde hebben op zowel het gebied van psychogeriatric, psychiatrie als lichamelijk gehandicaptenzorg. De Heuvel biedt onvoldoende scholing aan de zorgverleners om zich deze kennis en kunde eigen te maken. Het ontbreekt bij de zorgverleners tenminste aan deskundigheid op het gebied van psychogeriatric. Zorgverleners maken mede hierdoor onvoldoende professionele afwegingen. Binnen De Heuvel werken zorgverleners niet methodisch met het

zorgdossier. Hierdoor kunnen cliënten niet rekenen op een actueel zorgplan dat tijdig wordt bijgesteld.

Het ontbreekt aan sturing van de zorgverleners. De Heuvel bewaakt, beheerst en verbetert in onvoldoende mate de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit geldt ook voor het leren van incidenten. De PDCA-cyclus is niet rond. Interne communicatie en planning van verbeteracties hebben alle aandacht nodig. Tot slot moet De Heuvel voldoen aan de normen voor de medicatieveiligheid.

2.4 Conclusie bezoek

De zorg in De Heuvel voldoet (grotendeels) niet aan zestien van de vijftientig getoetste normen.

De inspectie concludeert dat bij De Heuvel er na het inspectiebezoek op 20 september 2017 onvoldoende verbetering heeft plaatsgevonden. Ondanks de ingezette verbeteracties wordt op De Heuvel een groot deel van de normen niet nageleefd. Daardoor bestaan er nog steeds structurele tekortkomingen en risico's op onverantwoorde zorg op de locatie.

Naar het oordeel van de inspectie is de zorgaanbieder tot nu toe te afwachtend geweest en heeft zij onvoldoende gestuurd op de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de zorgverlening.

De inspectie heeft onvoldoende vertrouwen in de verbeterkracht van De Heuvel vanwege het reeds doorlopen tijdpad vanaf september 2017 en het feit dat de informatie in de door de zorgverlener aan de inspectie toegezonden resultaatverslagen niet overeenkomt met de bevindingen van de inspectie tijdens het bezoek op 7 augustus 2018.

Dit leidt ertoe dat de inspectie onvoldoende vertrouwen heeft dat de vereiste verbeteringen gerealiseerd en geborgd worden, zonder het nauwlettend volgen door de inspectie.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat we van u als zorgaanbieder verwachten. Daarna leest u wat de inspectie zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht

Als zorgaanbieder moet u voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

Gelet op de constatering in het rapport, concludeert de inspectie dat sprake is van risico's voor de veiligheid en kwaliteit van zorg. De continuïteit, de veiligheid en de kwaliteit van zorg zijn onvoldoende geborgd.

De inspectie heeft besloten om De Heuvel voor een periode van 4 maanden onder verscherpt toezicht te plaatsen. Het verscherpt toezicht gaat in 5 september 2018 voor de duur van vier maanden.

In de periode van het verscherpt toezicht kan de inspectie De Heuvel onaangekondigd bezoeken. Aan het einde van het verscherpt toezicht zal de inspectie, op grond van haar bevindingen en conclusies, naar aanleiding van een (on)aangekondigd inspectiebezoek en de resultaatrapportage, oordelen of het verscherpt toezicht kan worden opgeheven, moet worden verlengd of dat er verdere stappen genomen moeten worden in de vorm van bestuursrechtelijke maatregelen.

De inspectie verwacht dat verbetermaatregelen zo nodig ook op de andere locatie worden getroffen.

3.2 Vervolgacties van de inspectie

Als zorgaanbieder moet u voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie verwacht dat u haar in de periode van het verscherpt toezicht informeert over de genomen verbeteracties. Het gaat hierbij om de normen die de inspectie als 'voldoet grotendeels niet' of 'voldoet niet' heeft beoordeeld, in hoofdstuk 4.

De inspectie verwacht uiterlijk 6 oktober 2018 een plan van aanpak over de wijze waarop u de noodzakelijke verbeteringen gaat doorvoeren.

De inspectie verwacht uiterlijk 18 december 2018 een resultaatverslag.

Het resultaatverslag beschrijft de verbeteringen op de punten waarbij de zorg van De Heuvel niet of grotendeels niet aan de normen voldoet:

- welke aanpak en acties heeft de zorgaanbieder ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe heeft de zorgaanbieder gemeten dat hij volledig aan de norm voldeed;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag feitelijk heeft bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel)

Het plan van aanpak en het resultaatverslag kun u sturen naar e-mailadres ri.utrecht@igj.nl onder vermelding van kenmerk V2006119.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens het bezoek van 20 september 2017 heeft beoordeeld. Vervolgens ziet u hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt ten tijde van dit bezoek. De inspectie scoorde tijdens het bezoek of De Heuvel wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

Donker groen: De Heuvel **voldoet aan de norm.**

Licht groen: De Heuvel **voldoet grotendeels aan de norm.**

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De Heuvel **voldoet grotendeels niet aan de norm.**

De instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk.

Rood: De Heuvel **voldoet niet aan de norm.**

De instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.

Blauw: De norm is **niet getoetst.**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen en verlangens van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt, kent hij zijn geschiedenis, weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en de zorgverlener? Luistert de zorgverlener goed naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen en verlangens van de cliënt centraal? Geeft de zorgverlener hier gehoor aan? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverleners.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1¹

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

*Volgens de inspectie **voldeed De Heuvel** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet aan de norm.***

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeed De Heuvel grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie treft zorgverleners aan die op dezelfde manier met hetzelfde zorgplansysteem werken als in september 2017.

In het resultaatverslag leest de inspectie dat de zorgaanbieder bezig is met een nieuw zorgplansysteem. Eén zorgdossier is klaar. In dit voorbeeld ziet de inspectie veel mogelijkheden om de ondersteuningsvragen van de cliënt, naast de ondersteuningsvragen zoals de zorgverlener die ziet, vast te leggen. In het enige nieuwe zorgplan wat gereed is, zijn de ondersteuningsvragen zoals de cliënt die ziet niet ingevuld, terwijl het om een wilsbekwame jonge cliënt met een goede uitdrukingsvaardigheid gaat.

¹ Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

De inspectie ziet in dit voorbeeld wel dat met de cliënt overlegd is. Ook is het plan ondertekend door de cliënt.

Norm 1.2¹

Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek voldoet De Heuvel grotendeels aan deze norm.

De inspectie doet dezelfde bevindingen als beschreven in het rapport van september 2017. In de zorgdossiers is nog steeds onvoldoende aandacht voor het vastleggen van de wensen, behoeften en mogelijkheden en beperkingen. De inspectie merkt op en hoort van zorgverleners dat het vastleggen zeker ondersteunend zou zijn, juist in deze vakantieperiode met veel invalkrachten en nieuwe medewerkers.

In de huidige zorgdossiers maken zorgverleners de inspraak van cliënten over de doelen van de zorg en ondersteuning niet aantoonbaar. Onduidelijk is of cliënten inspraak hebben over de doelen van de zorg en ondersteuning.

De inspectie hoort en ziet wel dat zorgverleners verschillende bijzonderheden (wensen en behoeften) weten en daarmee rekening houden. Eén van de zorgverleners is een 'vaste' invalkracht. De andere zorgverlener is nog niet zo lang in dienst. Een zorgverlener vertelt over de plaats waar een rolstoelgebonden cliënt graag zit, ze houdt daarmee rekening als ze deze cliënt naar de huiskamer brengt. De inspectie ziet dat een cliënt om half elf nog op bed ligt. De zorgverlener vertelt dat dit juist is om die cliënt de gelegenheid te geven om bij te slapen, aangezien deze cliënt met de warme nachten slecht slaapt. De zorgverlener vertelt dat zij zag dat de cliënt overdag moe leek, en heeft deze aanpak met de cliënt besproken. Tijdens de observatie ziet de inspectie dat een zorgverlener even wat anders haalde voor een cliënt die geen koek(je) mag bij de koffie.

De inspectie ziet echter dat dergelijke wensen, behoeftes en/of afspraken niet in het zorgdossier of rapportage staan.

KWZP B.V. voert (sinds april 2018) een nieuw zorgplan in. Er is één ingevuld nieuw zorgleefplan als voorbeeld. De inspectie heeft deze bekeken en ziet dat het nieuwe zorgplan uit verschillende onderdelen bestaat. Zo zijn er naast basisgegevens inventarisaties op het gebied van wonen, lichamelijk, communicatief en sociaal-emotioneel functioneren. Ook is er een inventarisatie van ondersteuningsvragen. De doelen en daarbij horende acties staan in het actieplan wonen en actieplan dagbesteding. In een deel (deel E) van het zorgplan staan de afspraken over grondhouding.

De inspectie leest op verschillende plaatsen in het zorgplan dezelfde medische informatie over de cliënt. Het valt de inspectie op dat in verschillende risico-inventarisaties naar dezelfde zaken wordt gevraagd. Zo leest de inspectie bij medische zorg over/ondergewicht en bij bewonersveiligheid: 'ondervoeding'. Daarnaast zijn er verschillende risico-inventarisaties die niet toegespitst zijn op de zorg aan ouderen met dementie. De inspectie ziet ook dat de inventarisaties niet zijn toegespitst op zorgverlening binnen De Heuvel. Zo kunnen bij vrijheidbeperkende maatregelen maatregelen aangekruist worden die niet passen binnen het beleid van De Heuvel. Ook mist de inspectie de beschrijving van wat de zorgverleners doen met het gesignaleerde risico. Tevens is de rapportage los van de doelen.

De inspectie ziet dat voor de andere zes cliënten alleen nog formulieren klaar staan in de computer. De zorgaanbieder zegt dat eind september 2018 voor alle cliënten het nieuwe zorgplan is opgesteld.

Norm 1.3

Cliënten voeren binnen hun mogelijkheden zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek voldoet De Heuvel aan deze norm.

De inspectie ziet dat cliënten zelfstandig het pand en de tuin in en uit kunnen. De inspectie ziet ook dat in het overzicht van werkzaamheden per dienst is opgenomen dat op bepaalde tijden aandacht is voor activiteiten met cliënten. Deze activiteiten zijn aanbodgericht en de cliënt bepaalt zelf of hij wil meedoen of niet.

Daarnaast vertelt een zorgverlener dat zij de menulijst opstelt in samenspraak met de cliënten. Zij bespreekt dan wat de cliënten lekker vinden, wat ze graag nog eens zouden willen eten. Die gerechten komen terug op de menulijst.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek voldoet De Heuvel grotendeels aan de norm.

De inspectie ziet tijdens de observatie dat de zorgverleners een overwegend positieve houding hebben naar de cliënten. Een cliënt had last van haar oog. De zorgverlener besteedde daar aandacht aan en zag dat de lens in haar oog niet goed zat. Ze deed rustig een nieuwe lens in. Een andere cliënt die naar een krant zit te staren krijgt even een arm om zich heen en de zorgverlener gaat er een poosje naast zitten. In het dossier is echter niet terug te vinden waar op gelet moet worden en hoe om te gaan met de individuele cliënt. De inspectie ziet geen omgangs-/ benaderingsplannen in de zorgdossiers. Sommige cliënten worden met voornaam genoemd. Of cliënten dit zelf graag willen is tevens niet opgenomen in zorgdossier.

Norm 1.5

Cliënten worden ondersteund om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

De norm is tijdens het vorige bezoek niet getoetst.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek niet getoetst. De inspectie heeft deze norm niet getoetst in het vervolfbezoek omdat tijdens dat bezoek het accent ligt op de toets van normen waar De Heuvel in het bezoek van september 2017 (grotendeels) niet voldeed.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgverleners zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgmedewerker is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
 - Do: de verbeteringen uitvoeren.
 - Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
 - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.
- Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1

Resultaten

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg, ondersteuning en risico's op basis van de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm. De inspectie treft een situatie in de praktijk aan die niet is veranderd in vergelijking met het bezoek in september 2017.

De inspectie treft opnieuw zorgdossiers aan waarin naast andere zaken (zie 2.1) ook de risicoscores niet duidelijk zijn vastgelegd. De feitelijke zorgverlening komt daarom neer op de deskundigheid en inzet van de individuele medewerker. De inspectie spreekt met een zorgverlener die op basis van haar ervaring zich inzet voor de juiste zorg aan een specifieke cliënt in een specifieke situatie. Een andere zorgverlener had iets eerder in de rapportage geschreven welke verschijnselen zij had gezien bij deze cliënt, maar daar niet concreet naar gehandeld en verder geen actie ondernomen. De inspectie ziet van een cliënt een weeglijst, waarbij een cliënt in zeven maanden zeven kilo is aangekomen. Geen enkele opmerking in het rapport of in een overleg wat dit nu betekent en wat de zorgverleners met deze informatie doen.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch, passend bij hun functieniveau. Dit hele proces wordt inzichtelijk vastgelegd in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm.

De inspectie treft een situatie aan die niet wezenlijk is veranderd ten opzichte van de situatie in september 2017.

De zorgverleners werken niet op basis van een zorgplan, maar werken op basis van overzichten (ADL-lijsten) van wat ze moeten doen.

Zorgverleners werken met een elektronische zorgdossier en algemene en individuele rapportages. Daarnaast ziet de inspectie een schriftelijke afsprakenlijst. Uit wat gerapporteerd is constateert de inspectie dat niet duidelijk is afgesproken wat waar genoteerd moet worden, óf zorgverleners houden zich niet aan de afspraken.

Zo is te lezen bij een cliënt in de schriftelijke rapportage dat de medicatie verhoogd is, dit is geschreven door de arts. In de elektronische rapportage is enige tijd later te lezen dat de medicatie nogmaals verhoogd is. Dit staat niet in de schriftelijke rapportage. Veranderingen staan de ene keer in het elektronisch dossier – de andere keer rapporteert de zorgverlener op papier. De inspectie constateert dat op deze manier geen totaal overzichtelijk geheel bestaat van veranderingen en/of

afspraken. De inventarisaties lijken gebaseerd op de zorg aan mensen met een handicap. Het 'nieuwe zorgplan' (volgens de zorgaanbieder klaar voor gebruik) dat voor een cliënt gebruikt en ingevuld is, is niet actueel.

Zo leest de inspectie het doel 'X heeft september 2017 passende psycholoog gevonden' met een daarbij passende actie. Dit doel noch de acties zijn sindsdien bijgesteld. Het zorgplan is voor de zorgverlener niet overzichtelijk.

In het resultaatverslag leest de inspectie dat multidisciplinaire overleggen (MDO's) plaatsvinden. De zorgaanbieder kan geen verslagen van MDO's overleggen. Ook de kwaliteitsmedewerker kan in het zorgdossier geen aantekening van een MDO terugvinden.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.

De norm is tijdens het vorige bezoek niet getoetst

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek niet getoetst. De inspectie toetst deze norm in het vervolgbezoek niet omdat tijdens dat bezoek het accent ligt op de toets van normen waaraan De Heuvel in het bezoek van september 2017 niet voldeed.

Norm 2.4

Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm.

Sinds het vorige bezoek in september 2017 heeft de zorgaanbieder geen scholingsplan opgesteld waaruit blijkt dat de zorgaanbieder de deskundigheid van zorgverleners up-to-date houdt.

De zorgaanbieder biedt jaarlijks de gelegenheid om vaardigheden rond medicatiedelen en de voorkomende voorbehouden handelingen te leren/bij te scholen

De inspectie leest dat de zorgaanbieder in maart/april 2018 een scholing 'persoonsgerichte zorg bij dementie' heeft verzorgd. Van de deelnemers zijn een aantal mensen nu uit dienst waardoor, ten tijde van het inspectiebezoek, feitelijk drie vaste zorgverleners de scholing hebben gevolgd. De zorgaanbieder kan geen plan overleggen waaruit blijkt op welke manier hij de deskundigheid rondom dementie borgt.

Zorgverleners bij De Heuvel hebben te maken met uiteenlopende problematiek en ontvangen hiervoor geen passende scholing. De Heuvel biedt niet alleen psychogeriatrische zorg, er zijn ook cliënten met andere ziektebeelden. De inspectie ziet dat de zorgaanbieder kiest voor een brede doelgroep maar daar het scholingsplan niet op inricht.

Daarbij constateert de inspectie in 2017 dat het ontbreekt aan methodisch werken met zorgplannen. Medewerkers krijgen sindsdien geen scholing methodisch werken. Bij de ontwikkeling en invulling van het nieuwe zorgplansysteem lijken zorgverleners niet meegenomen te worden (of een zeer gering aantal zorgverleners).

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

*Volgens de inspectie **voldeed De Heuvel** tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.*

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeed De Heuvel grotendeels niet** aan deze norm. De inspectie hoort van de zorgaanbieder en de zorgverleners dat in de afgelopen maanden een verloop van personeel is geweest. Daarnaast zijn twee vaste medewerkers langdurig afwezig wegens ziekte. Om de zorg te kunnen bieden, zet de zorgaanbieder veel uitzendkrachten in. De inspectie constateert dat de continuïteit van de zorg in gevaar is. Zo leest de inspectie in de rapportage dat een cliënt bepaalde medicatie niet kreeg omdat de uitzendkracht niet wist waar die specifieke medicatie staat.

De inspectie ziet in het basisrooster dat er overdag van ongeveer 7.30 tot ongeveer 23.00 uur meestal twee medewerkers werken waarvan een verzorgende niveau 3. Dit is een verbetering ten opzichte van de situatie in september 2017. Zorgverleners vertellen dat nu duidelijk is wie de bereikbare achterwacht is.

Tussen 23.00 en 07.00 uur is een slaapwacht aanwezig. De inspectie hoort dat het niet altijd lukt om een verzorgende niveau 3 als slaapwacht in te zetten. De slaapwacht is dan een helpende plus. De inspectie ziet op het personeelsoverzicht geen helpende plus in vaste dienst.

De inspectie ziet in de gang het weekrooster hangen en ziet dat, behalve op vrijdag, iedere dag één en soms meerdere verantwoordelijke diensten door uitzendkrachten worden uitgevoerd. De andere aanwezige zorgverlener is soms een helpende in opleiding of de welzijnsmedewerker. Daarbij is op de dinsdag waarop de inspectie haar bezoek brengt het weekendrooster nog niet rond.

Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

*Volgens de inspectie **voldeed De Heuvel** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.*

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeed De Heuvel grotendeels niet** aan deze norm. Het is voor de inspectie onduidelijk of medewerkers handelen volgens afspraken, richtlijnen en handreikingen. De inspectie ziet bijvoorbeeld dat er in de praktijk geen richtlijn is betreffende rapporteren of zorgverleners houden zich er niet aan. Praktijk is dat zorgverleners wisselend omgaan met rapporteren op papier en/of elektronisch (zie norm 2.2.)

Handelen volgens protocollen: daarvan ziet de inspectie een overzicht (zonder datum) waarop zeven zorgverleners (van de negen zorgverleners op de lijst) aangeven dat zij protocollen hebben gelezen. De protocollen worden niet bij naam, maar op nummer benoemd. In het resultaatverslag leest de inspectie dat maandelijks in het teamoverleg een protocol ter sprake komt. De inspectie ziet drie teamverslagen. Dit zijn alle teamverslagen uit de periode januari tot augustus 2018 die de kwaliteitsmedewerker aan de inspectie kan laten zien. In twee teamverslagen leest de inspectie niet dat aandacht is gegeven aan tenminste één protocol.

De zorgaanbieder kan niet aantonen dat zij monitort of zorgverleners handelen volgens protocol.

De zorgaanbieder borgt niet dat zorgverleners zelf protocollen kunnen vinden en gebruiken. De inspectie ziet dat zorgverleners afspraken zoals medicatie-aftekenen of aantal afgesproken medicaties dubbel aftekenen niet altijd naleven. Het is

zorgverleners niet duidelijk hoe te handelen als zij niet volgens de norm kunnen handelen, zoals dubbel paraferen als er maar één zorgverlener aanwezig is. De organisatie heeft hiervoor geen handreiking.

Daarnaast hoort de inspectie dat de zorgaanbieder wel informatie meedeelt aan zorgverleners maar dat de zorgaanbieder niet nagaat of de informatie (door alle betreffende medewerkers) is ontvangen en begrepen. Zo ziet en hoort de inspectie van de zorgaanbieder dat de 'deurverklikkers' op de zit-slaapkamers van cliënten zijn verwijderd en cliënten alleen nog actief alarm maken via de alarmknop op de armband (of halsband). De inspectie sprak een zorgverlener die dacht dat bij iedere cliënt nog signalering is, een sensor (hangende sensor 'oog') in de zit-slaapkamer.

Zorgverleners in vaste dienst weten dat ze de protocollen kunnen benaderen via de portal op de computer. Niet alle invalkrachten weten waar en hoe ze protocollen en of richtlijnen kunnen vinden. De inspectie ziet geen instructie voor uitzendkrachten over het gebruik van de protocollen.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm. De huisarts is hoofdbehandelaar van de cliënten. De zorgverleners vertellen dat zij de huisarts alleen benaderen als zij dat nodig vinden. De inspectie hoort van de zorgverleners en huisarts dat zij niet bij een multidisciplinair overleg zijn geweest. In het resultaatverslag staat dat de zorgverleners de cliënten bespreken in het teamoverleg. In de agenda van de teamoverleggen staat wel dat cliënt X en Y worden besproken. In de drie verslagen die de inspectie aantreft, staat geen inhoudelijk verslag van de bespreking. Ook vindt de inspectie geen vervolg op een dergelijke bespreking in het zorgplan van betreffende cliënt. De inspectie hoort van de zorgaanbieder dat zij contact heeft gelegd met de huisarts van een paar cliënten. De zorgaanbieder beoogt om met één huisarts het multidisciplinair overleg op te zetten. De actie van de zorgaanbieder heeft nog niet tot concrete multidisciplinaire overleggen geleid.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze goed houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg en coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1¹

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm.

De inspectie ontvangt op 8 augustus 2018 per e-mail het document 'Visie, kernwaarden KSWZP'. De inspectie kan geen datum op dit document vinden. Uit het document kan de inspectie niet opmaken dat het hier om de vastgestelde aangekondigde herziene visie gaat. Ook is onduidelijk of medewerkers deze visie kennen. In de visie gaat de zorgaanbieder uit van onvoorwaardelijke liefde, veiligheid en respect. Persoonsgerichte zorg is het uitgangspunt voor de zorg.

De inspectie hoort van een zorgverlener dat binnen De Heuvel 'tijd is voor de cliënt'. Ook leest de inspectie op locatie (in de beschrijving van 'wat je hoort te doen in welke dienst'), dat er concreet tijd is ingeroosterd om met de cliënten activiteiten te ondernemen.

De inspectie ziet dat de borging van nieuwe werkmethoden, die invloed kunnen hebben op de veiligheid van cliënt, niet consequent plaatsvindt.

Een paar praktijkvoorbeelden:

De zorgaanbieder geeft in het resultaatverslag aan dat er een afsluitbare doos voor retourmedicatie is. In de praktijk ziet de inspectie een open, doorzichtige plastic zak in het kantoortje hangen.

De zorgaanbieder geeft aan in het resultaatverslag (mei 2018) dat één zorgplan is opgesteld en klaar is volgens het nieuwe concept. De kwaliteitsmedewerker kan dit elektronisch zorgdossier tijdens het inspectiebezoek op 7 augustus 2018 niet op de afgesproken plaats vinden. Dan blijkt dat het dossier geprint en ondertekend in een bakje ligt. Voor de zorgverleners is er dus geen actueel zorgdossier van die cliënt beschikbaar/bereikbaar.

De zorgaanbieder schrijft in het resultaatverslag van mei 2018 dat controle plaatsvindt op basis van interne en externe audits. Desgevraagd vertelt de zorgaanbieder dat deze audits nog niet hebben plaatsgevonden. Ook zegt de zorgaanbieder dat er nog geen concrete plannen zijn om audits uit te voeren.

Norm 3.2

De zorgaanbieder gebruikt (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten voor de verbetering van de zorg.

*Volgens de inspectie **voldeed De Heuvel** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.*

Tijdens dit vervolfbezoek **voldoet De Heuvel grotendeels niet** aan deze norm.

In het resultaatverslag geeft de zorgaanbieder aan meldingen te analyseren met behulp van de PRISMA-methode. Ook schrijft de zorgaanbieder in het resultaatverslag dat in het scorebord (een eigen systeem van de zorgaanbieder) bij elke melding een verbetermaatregel staat. Volgens de zorgaanbieder bespreekt het team iedere melding. Het doel is om te leren van (bijna) fouten.

De inspectie ziet op het 'scorebord' zeven meldingen in de periode tussen 1 januari en 7 augustus 2018. Dit zijn volgens de gesprekspartners alle MIC-meldingen. De inspectie ziet dat niet alle medicatiefouten zijn gemeld. De inspectie ziet bijvoorbeeld niet gearafeerde medicatie-uitdeel-momenten in de medicatiemap. Deze staan niet als MIC-melding op het scorebord en het scorebord is niet volledig ingevuld. De inspectie ziet dat bij vijf van de zeven meldingen het risico niet is beschreven, ook dat bij twee meldingen geen verbetermaatregel is benoemd.

In het scorebord leest de inspectie dat een melding (mei 2018, vermoeden diefstal) met een PRISMA-analyse is geanalyseerd. De inspectie leest dat de verbetermaatregel (een andere kluis) nog niet is gerealiseerd. De inspectie ziet dat de zorggerelateerde meldingen niet met de PRISMA-methode zijn geanalyseerd.

De inspectie leest in een teamverslag de mededeling dat een melding is besproken. Niet vermeld staat welke aspecten zijn besproken en of er en zo ja welke maatregel is ingevoerd.

De inspectie heeft tijdens het bezoek verschillende meldingswaardige dingen gezien en gehoord. Zoals het meerdere keren niet aftekenen van medicatie, waarbij het onduidelijk is of de medicatie wel of niet gegeven is. Verschillende cliënten hebben nog medicatie in doosjes en niet in de baxter. Mede daarom is het (nog) moeilijker en niet controleerbaar wat gegeven is. De inspectie treft een opiaat niet in de kluis maar in de gewone medicijnkast aan. Daarbij ontbreekt een registratie en lijkt het erop – bij ter plekke met de zorgverlener natellen - dat meer medicatie uit het doosje was dan bij gebruik volgens recept te verwachten is. Dit alles was niet gemeld.

Norm 3.3

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm.

De inspectie schrijft in het rapport van september 2017 dat de zorgaanbieder van plan is een ISO-certificering te halen. In augustus 2018 hoort de inspectie dat KWZP B.V. gaat samenwerken met een software aanbieder. Deze software aanbieder gaat een cliëntvolgsysteem implementeren. Bij de kwaliteitsmedewerker leeft de verwachting dat deze softwareaanbieder ook gaat ondersteunen richting de ISO-certificering. De zorgaanbieder heeft nog geen contact gehad met een certificerende instelling. Het management gaat er echter vanuit dat zij eind 2018 gecertificeerd zijn.

De inspectie mist de systematische aanpak. De zorgaanbieder vertelt steeds welke deelaspecten allemaal opgepakt worden. De zorgaanbieder heeft wel plannen om te verbeteren, maar kan geen totaalplan laten zien. Ook kan de zorgaanbieder geen PDCA-cyclus op haar handelen laten zien.

Norm 3.4

De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgverleners voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm.

De zorgaanbieder vertelt de inspectie dat zij willen verbeteren. De inspectie sprak met zorgverleners die niet konden vertellen welke veranderingen hebben plaatsgevonden (invalkracht en medewerker die er nog niet zo lange tijd werkt). Zij waren niet bij teamoverleggen. Wel gaven ze aan het als positief te ervaren dat er overdag en meestal ook 's avonds twee medewerkers werken.

De inspectie ziet dat de zorgaanbieder voorneemt om zorgverleners te laten leren. De inspectie hoort van de zorgaanbieder dat hij niet weet of zorgverleners ook daadwerkelijk leren en verbeteren. De inspectie merkt dat de zorgaanbieder gewenste veranderingen niet monitort.

Norm 3.5¹

Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

De norm is tijdens het vorige bezoek niet getoetst.

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek niet getoetst. De inspectie toetst deze norm in het vervolgbezoek niet omdat tijdens dat bezoek het accent ligt op de toets van normen waaraan De Heuvel in het bezoek van september 2017 niet voldeed.

4.4 Thema 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. 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.

4.4.1 Resultaten

Norm 4.1

De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde zorg beschreven.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm.

Een overeenkomst tussen De Heuvel of KWZP B.V. en de apotheker en/of de arts met betrekking tot veilig farmaceutische zorg kan desgevraagd niet aan de inspectie worden getoond.

De Heuvel heeft wel een werkafspraken over medicatiedelen. Dit mag alleen door een zorgverlener niveau 3 gebeuren of door een helpende met extra opleiding op medicatiegebied.

Norm 4.2

De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De gemaakte afspraken over het beheer liggen vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan deze norm.

In principe nemen zorgverleners de zorg rondom medicatiebeheer van de cliënten over. De zorgaanbieder heeft hiervoor een 'machtiging voor overdracht

medicatiebeheer' opgesteld voor alle cliënten. Het formulier is aan alle cliënten ter ondertekening aangeboden. De zorgaanbieder zegt nog bezig te zijn met een formulier 'beheer eigen medicatie' (BEM).

De inspectie bespreekt tijdens het bezoek met de zorgaanbieder dat zorgverleners eerst moeten nagaan of sprake is van mogelijkheden om medicatie zelf te beheren om daarna de overdracht van beheer van medicatie te regelen. Niet andersom zoals het nu gaat.

Zorgverleners nemen automatisch, zonder gesprek met de cliënt, het beheer van de medicatie over van de cliënt. De inspectie leest in het dossier niet dat het beheer van medicatie is overgenomen.

Bij de risico-inventarisatie wordt medicatie als mogelijk risico aangekruist. Wat dit risico is, waar dit op is gebaseerd en waar medewerkers op moeten letten staat niet genoteerd. Een cliënt van De Heuvel beheert zijn eigen 'zo nodig' pijnstilling.

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatie overzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels aan de norm.

De Heuvel heeft sinds het vorige bezoek in september 2017 medicatieoverzichten in de medicatiemap. Deze zijn verstrekt door de apotheek. De apotheek verzorgt ook de actuele toedienlijsten van de cliënten.

De inspectie ziet op een toedienlijst een handmatig aangepast aantal eenheden insuline. De zorgverlener kan laten zien dat dit per opdracht arts is veranderd. De zorgverlener geeft aan dat zij in afwachting – tijdens het inspectiebezoek ongeveer vijf dagen - van een nieuw toedienlijst is. Als deze niet bij de nieuwe bezorging van de apotheek zit, gaat de zorgverlener bellen. Niet alle cliënten hebben een baxterrol waarin de 24-uurs medicatie en nog niet alle cliënten hebben een medicatiehistorie overzicht.

Norm 4.4

Bij medicatiewijzigingen passen zorgverleners de GDS²-medicatie niet aan.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel aan deze norm.

Zorgverleners vertellen de inspectie dat bij wijzigingen in de medicatie de apotheek in principe verantwoordelijk is voor de wijzigingen in de baxter. Zorgverleners geven aan medicatie niet uit de baxter te halen.

Norm 4.5

Zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels niet aan de norm.

² Een GDS is een verpakking waarin medicijnen zijn verdeeld in eenheden per toedieningstijdstip en op naam van een individuele cliënt.

De inspectie ziet dat De Heuvel niet zorgvuldig omgaat met het verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.

De inspectie ziet dat medicatie bewaard wordt in twee te kleine afsluitbare medicijnkastjes. De zorgverleners kunnen deze kastjes alleen bereiken door op het bed van de slaapwacht te staan. De inspectie ziet dat de medicatie die niet in de baxter zit, in oude ompakdozen van andere medicatie zit. Een zorgverlener vertelt dat een andere uitzendkracht daardoor de medicatie niet kon vinden en dus niet heeft gegeven. De inspectie leest dit ook in de rapportage van de betreffende uitzendkracht.

De inspectie ziet een insulinepen zonder naamsticker van de cliënt.

De Heuvel bewaart de medicatie niet op zorgvuldige wijze in de koelkast. De koelkast staat in het kantoor, tevens kamer voor de slaapwacht. De inspectie ziet lijsten waarop de temperatuur van de koelkast genoteerd is. De inspectie leest dat vanaf begin 2018 de temperatuur van de koelkast ruim boven de aanbevolen temperatuur is gestegen (11 graden Celsius). Deze hoge temperatuur herhaalt zich maanden achter elkaar zonder enige actie. De inspectie hoort dat de koelkast begin augustus 2018 is vervangen. De inspectie vraagt de zorgverlener en de kwaliteitsmedewerker de thermometer in de koelkast af te lezen. Beiden lezen 10 á 11 graden af. Deze constatering leidt niet tot snelle actie.

Daarbij ziet de inspectie twee flesjes bier en een fles witte wijn in de koelkast staan. De inspectie ziet niet dat de medicatie in de koelkast in een afgesloten doos zit, vanwege hygiënemaatregelen als koelkast ook voor voedingsmiddelen wordt gebruikt.

De inspectie ziet dat zorgverleners een doorzichtige plastic tas gebruiken om retourmedicatie te bewaren. Een zorgverlener vertelt dat zij denkt dat de apotheek deze tas meeneemt als hij medicatie bezorgt.

Norm 4.6

De zorgaanbieder registreert de (werk) voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid hiervan.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek is deze norm niet getoetst omdat de inspectie haar prioriteit op andere normen heeft gelegd.

Norm 4.7

Een tweede persoon controleert de niet GDS-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor de cliënten.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel niet aan de norm.

De inspectie ziet dat op de toedienlijst staat wanneer zorgverleners dubbel moeten paraferen. Dubbel paraferen is volgens de zorgverleners en de kwaliteitsmedewerker niet altijd mogelijk. Soms werkt er maar een bevoegde zorgverlener. De zorgaanbieder weet geen oplossing voor deze situatie en heeft ook niet naar mogelijkheden gekeken of geïnformeerd bij andere organisaties.

Norm 4.8

Zorgmedewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet De Heuvel** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldoet De Heuvel grotendeels niet** aan deze norm. Zorgverleners paraferen per toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst. De inspectie ziet op de toedienlijsten dat niet altijd geparafeerd is. Een zorgverlener zegt dat het zo niet duidelijk is hoe het niet paraferen geïnterpreteerd moet worden: is het paraferen zelf vergeten of is de medicatietoediening vergeten. De inspectie begrijpt uit de gesprekken en het MIC-overzicht dat het binnen De Heuvel niet gebruikelijk is om dergelijke situaties te melden.

Norm 4.9

Zorgverleners signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**. De inspectie heeft deze norm in het vervolfbezoek ook niet getoetst.

Norm 4.10

De behandelaar en apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 4.11

Medicatie wordt voorgeschreven met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

4.5 Thema 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 kennis over vrijheidsbeperking.

Ten tijde van het vervolfbezoek maakt De Heuvel geen gebruik van vrijheidbeperkende maatregelen.

4.5.1

Resultaten

Norm 5.1

De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op een beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidbeperkende maatregelen.

Volgens de inspectie **voldeed De Heuvel** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldoet De Heuvel grotendeels** aan de norm. De Heuvel heeft geen Bopz-aanmerking. Daarom zijn vrijheidbeperkende maatregelen niet toegestaan. Desondanks is er een procedure om tot toepassing van vrijheidbeperkende maatregelen over te gaan. In de procedure staat niet expliciet vermeld dat het niet mag, alleen in uitzonderlijke situaties, waarbij altijd de arts de verantwoordelijkheid moet nemen voor het inzetten van een maatregel. Bij het opstellen van deze procedure zijn de arts en/of gedragskundige niet betrokken, terwijl de inspectie leest dat zij wel een rol hebben in de procedure. De inspectie hoort van de zorgverleners en de zorgaanbieder dat ten tijde van het vervolfbezoek geen vrijheidbeperkende maatregelen worden toegepast. De poort in het hek is overdag niet meer op slot. Cliënten kunnen vrij in en uit lopen. 's Nachts is het hek wel op slot vanwege insluipgevaar. De deurverklikkers zijn van alle deuren verwijderd. Cliënten dragen 's nachts een armband met alarmknop zodat zij om hulp kunnen vragen indien nodig.

Norm 5.2

Voor het inzetten van vrijheidbeperkende maatregelen wordt het (probleem)gedrag van de cliënt geanalyseerd.

Volgens de inspectie **voldeed De Heuvel** tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**. Daar er nu geen vrijheidbeperkende maatregelen zijn kon de inspectie deze norm niet toetsen.

Norm 5.3

Voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca vindt een psychosociale of gedragsinterventie plaats.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 5.4

In dialoog met de cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de inzet van vrijheidbeperkende maatregelen en vastgelegd in cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldeed De Heuvel** tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldoet De Heuvel grotendeels** aan de norm. Dit wil zeggen: op papier voldoet De Heuvel grotendeels aan de norm. De inspectie leest in de procedure 'Besluitvorming toepassen vrijheidbeperkende maatregelen' (laatst aangepast 9 mei 2018) op welke manier binnen De Heuvel besloten wordt tot vrijheidbeperkende maatregelen.

In de besluitvorming staat dat het multidisciplinair overleg (arts, persoonlijk begeleider, teamcoördinator en de cliënt/naaste van de cliënt) besluit tot een vrijheidbeperkende maatregel. Na het nemen van het besluit komt er een evaluatie in aanwezigheid van een gedragskundige. Echter in het overzicht van personeel in dienst of andere betrokkene bij de zorgverlening is geen melding gemaakt van een gedragskundige.

De zorgaanbieder kan geen overleg laten zien met een huisarts en/of gedragskundige waaruit blijkt dat deze betrokken zijn geweest (moeten zijn) bij een besluit en of evaluatie over vrijheidbeperkende maatregelen. De inspectie heeft wel een ingevuld formulier gezien.

De inspectie heeft 'op papier' toegevoegd, omdat de procedure in de praktijk nog niet is gebruikt.

Norm 5.5

Gedragswetenschapper en/of arts is verantwoordelijk voor het besluit over te gaan tot de vrijheidbeperkende maatregel en liggen vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels aan de norm.

De gesprekspartners geven aan dat er nu geen vrijheidbeperkende maatregelen zijn ingezet. Zoals het is vastgelegd op papier voldoet het nu grotendeels aan de norm.

In de procedure besluitvorming toepassen vrijheidbeperkende maatregelen leest de inspectie wel dat de arts en/of gedragskundige betrokken is, maar niet dat deze verantwoordelijk is voor het besluit.

Norm 5.6

De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidbeperkende maatregel(en).

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Heuvel grotendeels aan de norm.

De Heuvel kent in de procedure besluitvorming tot toepassen vrijheidbeperkende maatregelen een formulier waarop de cliënt of zijn vertegenwoordiger toestemming geeft. In de procedure leest de inspectie dat de cliënt zelf of zijn vertegenwoordiger betrokken is bij de besluitvorming.

De inspectie leest in de procedure niet of vastgesteld moet zijn dat de cliënt wilsonbekwaam is, door wie en hoe dat gebeurt en wat de consequenties zijn.

Norm 5.7

Alle toegepaste vrijheidbeperkende maatregelen zijn terug te vinden in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek niet aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek is de norm niet getoetst omdat volgens de zorgaanbieder op de dag van het inspectiebezoek geen vrijheidbeperkende maatregelen worden toegepast.

Norm 5.8

Zorgverleners passen vrijheidbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.

Volgens de inspectie voldeed De Heuvel tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek is de norm niet getoetst omdat volgens de zorgaanbieder op de dag van het inspectiebezoek geen vrijheidbeperkende maatregelen worden toegepast.

Norm 5.9

De zorgaanbieder gebruikt informatie over toepassing van vrijheidbeperkende maatregelen op locatie- en teamniveau voor kwaliteitsverbetering.

De norm is tijdens het vorige bezoek niet getoetst.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek niet getoetst

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door KWZP, locatie Ons Thuis 'De Heuvel' geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats waardoor de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Daarna zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig. In verschillende huiskamers observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is. Verder kijken de inspecteurs waarom vrijheidbeperkende maatregelen worden ingezet. Wat valt op en waar hebben de inspecteurs vragen over?

De inspecteurs voeren door de dag heen gesprekken met zorgverleners, behandelaren, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadleden. Ook worden cliëntdossiers en documenten ingezien.

Overlegvormen kunnen bijgewoond worden zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Observatie van vier cliënten op afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met twee uitvoerende medewerkers;
- Gesprekken met het management(team);
- Vier cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door De Heuvel.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie maakt gebruik van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij of zij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgmedewerker de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Wordt met de cliënten gepraat, een liedje gezongen, een spelletje gedaan, gewandeld? Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Procedure besluitvorming toepassen vrijheid beperkende maatregelen (laatst aangepast 9-5-2018);
- Overzicht van zorgzwaarte indicaties van cliënten in De Heuvel;
- Overzicht van aantal uren p/w van zorgverleners, werkzaam in De Heuvel;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van zorgverleners werkzaam in De Heuvel;
- Offerte van een scholingsactiviteit 'persoonsgerichte zorg bij dementie' (januari 2018);
- Een geanonimiseerd zorgdossier volgens het nieuwe concept;
- Reglement MIC (zonder datum);
- Formulier scorebord, een overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van De Heuvel;
- Een document waarin de zorgaanbieder aangeeft waarom er nog geen afspraken zijn met de huisartsen (7-8-2018);
- Visie en kernwaarden KWZP (zonder datum);
- Procedure beleidscyclus (laatst aangepast 1 juli 2015).