



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

rapport
van het onaangekondigd inspectiebezoek
aan Felixoord te Oosterbeek
op 14 november 2013

Zwolle,
januari 2014

Inhoud

1	Inleiding—3
2	Bevindingen inspectiebezoek—4
2.1	Opzet—4
2.2	Zorg(behandel)-/leefplan—4
2.3	Communicatie en informatie—5
2.4	Zorginhoudelijke veiligheid—6
2.5	Mentaal welbevinden—6
2.6	Voldoende en bekwaam personeel—7
2.7	Overige onderwerpen—9
3	Beschouwing en conclusie—11
3.1	Inleiding—11
3.2	Beschouwing—11
3.3	Conclusie—11
4	Te nemen maatregelen—12
4.1	Resultaatsverslag—12
4.2	Beoordeling van overige locaties—12
4.3	Vervolgacties inspectie—12

Bijlagen

1	Overzicht gebruikte documenten
2	Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten
3	Overzicht normen per thema
4	Toelichting op het inspectieoordeel

1 Inleiding

Op 14 november 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd her inspectiebezoek gebracht aan Felixoord te Oostereek.

Het Vegetarisch Zorgcentrum is het enige Vegetarisch Zorgcentrum in Nederland en is onderdeel van Icare. Icare is onderdeel van Espria met twee andere organisaties op het gebied van wonen en (thuis)zorg. Het Zorgcentrum heeft plaats voor 70 cliënten waarvan 6 (verpleeghuis) plaatsen somatiek en beschikt over een Bopz aangemerkte afdeling waar voornamelijk cliënten (18) met een indicatie zorgzwaartepakket (ZZP) 5 en ZZP 7 verblijven.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij Felixoord randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. Dit mede naar aanleiding van een onaangekondigd toezichtbezoek aan Felixoord in mei 2013. Op grond van de bevindingen is een verbeterplan gevraagd aan de organisatie. Gezien de ernst van de bevindingen van mei 2013 heeft de inspectie aan de Raad van Bestuur aangegeven dat indien de hoge risico's dan niet tot een aanvaardbaar niveau zijn teruggebracht (geen tot gering risico), zal de inspectie de procedure voor verscherpt toezicht starten. De inspectie brengt in 2013 nog een niet aangekondigd bezoek aan Felixoord. En zal de verbeteringen zal toetsen tijdens een herinspectiebezoek, dit herinspectiebezoek heeft plaatsgevonden op 14 november 2013. De scores van mei 2013 zijn met een ✘ en de scores van november 2013 met ✔. De inspectie heeft vooral gekeken naar de thema's welke een risico scoorden.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie

- gesprekken gevoerd met de directeur V&V, locatiemanager, teamleider, uitvoerende medewerkers;
- zorgplannen ingezien;
- een rondleiding gehad;
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.¹

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan;
- Communicatie en informatie;
- Zorginhoudelijke veiligheid;
- Mentaal welbevinden;
- Voldoende en bekwaam personeel.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Hoe scoort Felixoord op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van Felixoord in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- Welke maatregelen moet Felixoord binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

¹ Zie bijlage 2

2 Bevindingen inspectiebezoek

2.1 Opzet

De inspectie beoordeelt Felixoord op vijf thema's. Ieder thema bestaat uit een aantal onderwerpen. In dit hoofdstuk geeft de inspectie per onderwerp haar oordeel weer in vier gradaties: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' en 'zeer hoog risico'².

Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

Onderwerpen die niet in het instrument aan bod komen, en naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg binnen uw instelling, benoemt de inspectie in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

2.2 Zorg(behandel)-/leefplan

onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	zorg(behandel)/-leefplansystematiek	⊘	✓		
2	individueel zorg(behandel)/-leefplan		✓	⊘	

toelichting per onderwerp

1. Zorg(behandel)/-leefplansystematiek

Inspectie scoort gering risico: er is een vastgestelde zorgleefplansystematiek maar er zijn zoveel formulieren dat medewerkers dit niet allemaal meer lezen.

De zorgleefplansystematiek, die gebruikt wordt, is beschreven en gebaseerd op de vier levensdomeinen. In de handleiding over de zorgleefplansystematiek zijn de taken vastgelegd. Uiterlijk zes weken na opname wordt in samenspraak met de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger het zorgleefplan vastgesteld. De cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger tekent het vastgestelde zorgleefplan voor akkoord.

Minimaal tweemaal per jaar worden mogelijke gezondheidsrisico's in kaart gebracht door het invullen van de risicoscoreformulieren over zorginhoudelijke problemen. Vastgelegd is ook dat minimaal tweemaal per jaar het zorgleefplan in overleg wordt geëvalueerd.

Doordat men de zorgleefplansystematiek wilde verbeteren zijn er veel formulieren bijgekomen. Dit draagt niet bij tot een duidelijk, overzichtelijk goed leesbaar zorgleefplan.

² In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

2. Individueel zorg(behandel)/-leefplan

De inspectie scoort op dit onderwerp gering risico, omdat de zorgleefplannen niet overzichtelijk zijn met alle informatie ineen.

Voor iedere cliënt is een zorgleefplan opgesteld. De instemming van de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger is terug te vinden in het zorgleefplan.

Er is een duidelijke verbetering met mei dit jaar. De zorgleefplannen, geven nu over het geheel een beeld van de gezondheidssituatie, de gezondheidsrisico's en de eventuele professionele maatregelen. Maar er zijn nu veel formulieren die ongeveer dezelfde informatie verzamelen, waardoor niet helder is hoe relevant welke informatie is. De vertaling van al deze informatie is in het zorgleefplan 'tekort door de bocht' ofwel niet geheel duidelijk weergegeven, wat nu precies het probleem is en waarop, hoe welke actie gedaan moet worden. Voorbeeld: 'cliënt heeft een verhoogd risico op huidletsel', actie: 'huid blijft intact'.

Niet duidelijk is (waar en wanneer of bij gebruik van bepaalde producten?) waarom er sprake is van een verhoogd risico en niet duidelijk is wat er gedaan moet worden.

Bij cliënten verblijvend op de Bopz-aangemerkte afdeling staat de juridische status en tevens de ingezette middelen en maatregelen met de reden goed vermeld in de het zorgleefplan.

2.3 Communicatie en informatie

onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	communicatie en bejegening	⊘ ✓			
2	informatievoorziening	✓	⊘		

toelichting per onderwerp

1. Communicatie en bejegening

Inspectie scoort geen risico: de zorgaanbieder heeft geïnvesteerd in een gedragscode voor medewerkers en scholing over verantwoorde bejegening naar cliënten.

De zorgorganisatie heeft een gedragscode over de omgang tussen medewerkers en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerkers en wordt meer nageleefd. Cliënten zijn meer tevreden over de bejegening van personeel. Medewerkers hebben scholing gehad in bejegening en medewerkers zijn begonnen met meer elkaar aan te spreken over gemaakte afspraken en bij niet correcte bejegening naar een cliënt.

2. Informatievoorziening

De inspectie scoort geen risico, omdat de informatievoorziening naar tevredenheid van cliënt en diens vertegenwoordiger verloopt.

De cliënt heeft een vaste contactpersoon als aanspreekpunt. Elke cliënt heeft een eerstverantwoordelijk verzorgende. Met deze kan de cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten zijn/haar zorgbehoefte bespreken.

De communicatie over de zorg- en dienstverlening met clientvertegenwoordiger is aanwezig en waar van toepassing zijn afspraken tussen cliënt en zorgorganisatie/medewerkers in het zorgleefplan. Er is instemming van de cliënt en/of diens vertegenwoordiger te zien in het zorgleefplan.

2.4 Zorginhoudelijke veiligheid

onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	Zorginhoudelijke veiligheid	✓		✗	

1. Zorginhoudelijke veiligheid

De inspectie scoort geen risico, daar cliënten door de preventieve risicoscores en de daarop nodige acties, voldoende kunnen rekenen op adequate gezondheid bescherming en -bevordering.

De items van de zorginhoudelijke veiligheid zijn bij de ingeziene zorgdossiers allen ingevuld. Tevens is er een vertaling in het zorgleefplan als er uit de risicoscore blijkt dat een verhoogd risico aanwezig is. Te lezen is dat er ook daadwerkelijk actie op wordt ondernomen. Wel moet nog gelet worden op duidelijke vertaling in doel en acties. De inspectie heeft in dit onverwacht toezichtbezoek niet gesproken met de behandelend arts (was niet aanwezig), aangegeven -en te lezen in de zorgleefplannen- werd dat de risicoscores in het MDO aan de orde worden gesteld.

2.5 Mentaal welbevinden

onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	mentaal welbevinden	✗ ✓			
2	adequate aandacht voor depressie en stemmingsstoornissen	✓	✗		

toelichting per onderwerp

1. Mentaal welbevinden

De inspectie scoort geen risico.

Door de vertegenwoordigers van de cliënten (leden van de cliëntenraad CR) werd aangegeven dat de wensen van de cliënt gehoord en voor zover mogelijk ook ingevuld en gerespecteerd worden. In de zomer waren er verschillende klachten van cliënten, mede over het niet gehoord worden. "De lucht is nu opengebroken", verzorgenden luisteren beter naar de cliënt. De cliëntenraad geeft aan dat de barrières bij medewerkers onderling doorbroken zijn, er wordt weer meegedaan, de lijnen zijn kort. Cliënten hebben terdege wat van de onrust gemerkt, maar de onrust is voor cliënten niet meer merkbaar en medewerkers staan nu meer open voor vragen en/of opmerkingen van cliënten en/of diens vertegenwoordigers.

2. Adequaat aandacht voor depressie en stemmingsstoornissen

Inspectie scoort geen risico.

Dit jaar is scholing gegeven over het voorkomen van depressie. Het afgelopen jaar is naar aanleiding van de aanwezige cliëntsituaties en casuïstiek vanuit de diverse disciplines aan de medewerkers kennis overgedragen. In teamsessies is mede aandacht besteed aan aandacht voor de stemmingsstoornissen en depressie van de cliënt. In de zorgleefplannen en de rapportage is te zien dat meer signalen over en aandacht voor stemmingstoornissen aanwezig zijn. Samen met de psycholoog is er nog meer casuïstiek geweest en de deskundigheid in deze is uitgebreid.

2.6 Voldoende en bekwaam personeel

onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	personele inzet afgestemd op doelgroep	✓			
2	professionele kwaliteit van de medewerkers		✓		

toelichting per onderwerp

Algemeen

Uit de gesprekken tijdens het vorige inspectiebezoek kwam naar voren dat bij sommige medewerkers de eigen functie als 'groter' wordt gezien dan deze is vastgelegd in de taak-/functie- beschrijvingen en in de protocollen. Hierdoor werden taken soms 'dubbel' gedaan, terwijl andere taken niet worden opgepakt. Dit is heel goed opgepakt. Er is een duidelijke aansturing geweest en men voert nu ook de taken die opgedragen worden door de leidinggevende uit zoals afgesproken.

1. Personele inzet afgestemd op doelgroep

De inspectie scoort op dit onderwerp geen risico, omdat de zorgaanbieder voorziet in het vaststellen van voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheids-toedeling, passend bij het cliëntenbestand.

In de periode tussen mei en november 2013 hebben er verschillende personeelwisselingen plaatsgevonden, waaronder een nieuw (a.i.) hoofd zorg. Een op schrift gesteld beleid rond de benodigde kwaliteit van personeel gebaseerd op de zorgzwaarte, de zorgbehoefte van de cliënten en de producten en diensten die worden geboden is aanwezig. Deze situatie is duidelijk ten positieve veranderd. Er zijn 40 cliënten met zorgzwaartepakketen 2 t/m 4 en 6 (verzorging) en 23 cliënten ZZP 5 t/m 8 (verpleging). De formatie en deskundigheid van het personeel is afgestemd op de doelgroepen die in Felixoord verblijven. De formatie van het personeel is als volgt samengesteld: verzorgende medewerker met deskundigheidsniveau 4, verzorgende medewerker met deskundigheidsniveau VIG 3 dit zijn de eerstverantwoordelijk verzorgende en verzorgende, verzorgende medewerker met deskundigheidsniveau 2 (rond eenderde van de medewerkers in de zorgformatie). Op elke zorggroep is overdag en 's avonds een verzorgende met minimaal deskundigheidsniveau 3.

2. Professionele kwaliteit van de medewerkers

De inspectie scoort op dit onderwerp geen risico.

Het afgelopen jaar en nog, is er veel aandacht geschonken aan (bij)scholing. Er is door de zorgaanbieder goed ingezet op scholing. Zo hebben dertien medewerkers de eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV) scholing gevolgd. Deze EVV scholing is in februari 2013 gestart en liep door tot juni 2014. Alle medewerkers die hiervoor bevoegd zijn hebben de scholing en toetsing van voorbehouden en risicovolle handelingen (Wet BIG) gevolgd, zodat ze (weer) bevoegd en bekwaam zijn. Alle zorgmedewerkers hebben een scholing over bejegening gevolgd. Verder zijn er verplichte klinische lessen over kennis van de wet Bopz, valpreventie, decubitus, incontinentie, depressie, training fysieke belasting en medicatiegebruik en feedback. In Felixoord blijft het zeer van belang dat te toetsen of het geleerde in theorie ook in praktijk wordt gebracht. Deskundigheidsbevordering is ingezet, nu zal borging op 'de uitvoering in de praktijk' zeker aandacht behoeven.

2.7 Overige onderwerpen

onderwerp		oordeel	
		Mei 2013	november 2013
1	Cultuur	Risico	gering risico
2	Medicatie veiligheid	Hoog risico	gering risico
3	Middelen en maatregelen risico	Risico	gering risico

1. Cultuur

Er is stevig ingezet op de verandering van de cultuur onder de medewerkers. Een extern bureau is aangetrokken, de samenstelling van teams heeft een wisseling ondergaan en zoals al geschreven zijn er personeelwisselingen geweest. Een belangrijk punt was ook binnen Felixoord, de duidelijkheid over wie nu waarvoor verantwoordelijk is. Er is een VERI-matrix ingevoerd. Een dergelijke matrix geeft een duidelijk overzicht van de verantwoordelijkheden. In de matrix wordt vastgelegd wie verantwoordelijk is voor de uitvoer (V) en eindverantwoordelijk (E) is. Ook wordt vastgelegd wie mogelijk geraadpleegd (R) of geïnformeerd (1) moet worden. De lijnen en werkwijzen zijn nog niet altijd helder, maar de openheid is er nu wel om te vragen hoe, wat of wie. Daarnaast werden steeds werkgesprekken gehouden en werd gestimuleerd om elkaar op een positieve manier feedback te geven. Alle gesprekspartners geven aan dat er een positieve verandering/goede verbetering gaande is'.

2. Medicatieveiligheid

De inspectie had geconstateerd dat medicatie die door de arts voorgeschreven werd niet op de toedienlijst stond. Met de apotheker zijn afspraken gemaakt over het toesturen van de juiste lijsten. Tijdens de rondgang is hier ook naar gekeken en er wordt nu goed gewerkt met medicatie toedienlijsten. Er is maar één toedienlijst die alleen gebruikt mag worden. Hierop worden geen veranderingen geschreven, maar bij verandering worden nieuwe lijsten geleverd. Ook het aftekenen van gegeven medicatie gebeurde niet consequent en op verschillende afdelingen ook niet volgens eendzelfde systeem. Nu wordt per gegeven medicatie, meteen na het geven en inname geparafeerd door de medewerker. En dit wordt regelmatig gecontroleerd. Reden van gering risico is dat de insuline pennen niet op naam van cliënt staan en dat insuline niet consequent door een tweede bevoegde persoon wordt gecontroleerd en deze ook parafreerd voor gezien/gegeven.

3. Vrijheidsbeperkende maatregelen

Er is gekeken naar de vrijheidsbeperkende maatregelen. Daar waar op een afdeling PG alle beddekken omhoog gingen voor de nacht, onafhankelijk van de geconstateerde risico's, is gekeken of dit nodig was. Beddekken van PG cliënten worden alleen omhoog gezet als dat als een middel/maatregel is beschreven met reden en als dat is afgestemd met de vertegenwoordiger, die daar dan ook voor getekend heeft (op het moment van inspectiebezoek 8x gebruik van beddekken omhoog). Dit staat ook vermeld in het zorgleefplan. Bij het inzetten van middelen en maatregelen (m&m) staat nu de reden van de inzet in het zorgleefplan.

Er is een totaaloverzicht van de vrijheidsbeperkende maatregelen en deze m&m worden nu geëvalueerd. Gering risico is gescoord daar er behoorlijk wat bewegingsmelders met akoestisch systeem zijn ingezet en het niet de indruk geeft dat er voldoende gewerkt wordt - /kennis is van terugdringing van de vrijheidsbeperkende maatregelen.

3 Beschouwing en conclusie

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de inspectie op de vijf thema's oordeelt over Felixoord. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

3.2 Beschouwing

Binnen Felixoord is er hard en gemotiveerd gewerkt aan de structurele voorwaarden voor verantwoorde zorg. Er is een omslag gemaakt in de cultuur, medewerkers spreken elkaar nu meer aan, afspraak is afspraak. Nieuwe systemen zoals op het gebied van het zorgdossier en cliëntveiligheid en verantwoordelijkheidstoedeling zijn en worden ingevoerd. Veranderslagen die de instelling bezig is te maken zijn gericht op systematiek & samenhang, gezamenlijkheid en een gelijkwaardig en open klimaat. Dit zijn positieve ontwikkelingen, voortkomend uit ervaringen van het niet goed gaan in die uit het verleden zijn getrokken. Er is veel in ontwikkeling, en er is nog het nodige af te maken. Er is veel 'in progress', maar nog niet (volledig) operationeel. Koersvastheid en de wijze waarop Felixoord de inhoud en kwaliteit van zorgverlening op een effectieve manier bewaakt, zijn nu belangrijk. Het succes van de ingeslagen weg hangt mede af van de implementatie en borging.

3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in dit hoofdstuk concludeert de inspectie dat binnen Felixoord randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die nog enige risico's kunnen zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. Om de risico's verder te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 4 staan de te nemen maatregelen.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Resultaatsverslag

De inspectie verwacht een resultaatsverslag van de onderwerpen welke nu nog op gering risico staan, waarin staat:

- De aanpak en acties waarmee is bereikt dat aan de norm is voldaan.
- De wijze waarop is gemeten dat aan de norm is voldaan.

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor binnen zes maanden na vijf maanden na conceptverslag uiterlijk **1 mei 2014**.

4.2 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties of in ander teams beoordeelt of aan de normen wordt voldaan en zo nodig passende maatregelen neemt.

4.3 Vervolgacties inspectie

Op basis van de ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Felixoord behoort tot de mogelijke vervolgacties.

Bijlage 1 Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Aantal cliëntdossiers ingezien;
- Overzicht registratie Middelen en maatregelen (november 2013);
- Overzicht formatie (FTE) en deskundigheidsniveau medewerkers zorg (november 2013);
- Overzicht geïndiceerde zorgzwaartepakketten cliënten (november 2013);
- Scholingsbeleid Felixoord 2013;
- Overzicht van ZZP's van cliënten van de te bezoeken locatie(s);
- Overzicht geregistreerde vrijheidsbeperkende maatregelen;
- Jaaroverzicht van MIC-meldingen;
- Procedure farmaceutische zorg;
- Bevoegd- en bekwaamheidsregistratie BIG-handelingen van alle medewerkers die zorg aan de cliënten verlenen.

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen;
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Veldnormen en rapporten:

- *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007;
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005;
- *Richtlijn decubitus 2de herziening*, CBO 2002;
- *Samenwerking en logistiek rond decubitus*, Tripartiete multidisciplinaire richtlijn, Solade 2003 (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP);
- *Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen*, CBO 2004;
- *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden*, Arcares 2001;
- *De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen*, AVVV 2006;
- *Richtlijn slikproblemen*, NVVA 2001;
- *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken*, IGZ 2005.

Bijlage 3 Overzicht normen per thema

1. Zorg(behandel)-/leefplan norm

Iedere cliënt heeft een zorg(behandel)-/leefplan dat:

- in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand is gekomen en zichtbaar de instemming heeft van de cliënt;
- invulling geeft aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden;
- een beeld geeft van de gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen;
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip;
- zichtbaar in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld (ook vaker voor revalidanten);
- duidelijk elke eventuele wijziging vermeldt.

Aanwijsbaar is dat:

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op zo'n manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren.

Voor Bopz-aangemerkte instellingen of afdelingen/units moeten de zorg(behandel)-/leefplannen voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

2. Communicatie en informatie norm

De zorgorganisatie kent een gedragscode inzake de omgang tussen medewerkers en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerkers en wordt nageleefd. Zo nodig wordt de gedragscode vertaald naar de individuele cliënt.

Met de cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten wordt open en naar behoefte gecommuniceerd. Het resultaat van deze communicatie bestaat onder meer uit voor de cliënt begrijpelijke, op schrift gestelde afspraken tussen cliënt en zorgorganisatie/medewerkers over de zorg- en dienstverlening, instemming van de cliënt met de afspraken en het naleven van de afspraken.

De cliënt heeft een vaste contactpersoon als aanspreekpunt.

Bij aanvang van de zorg en/of de opname wordt bijzondere aandacht besteed aan kennismaken en het thuis voelen.

De cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger (en zijn verwanten) worden uitgenodigd om eventuele verbeterwensen te uiten bij medewerkers dan wel bij de vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris. Ze worden geïnformeerd over wat er met hun wensen gebeurt.

De (telefonische) bereikbaarheid van de aanspreekpersoon of (andere belangrijke) behandelaars voor (vertegenwoordigers van) cliënten is voldoende.

De cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger (en zijn verwanten) worden bij opname en tijdens het verblijf op een adequate manier, zowel mondeling als schriftelijk, geïnformeerd over de volgende onderwerpen:

- de opnameprocedure;
- het aanbod aan zorg, diensten en service (de leveringsvoorwaarden);
- de zorgovereenkomst, rechten en plichten;
- de financiën (waaronder de kosten die voor eigen rekening zijn);
- het zorg(behandel)-/leefplansysteem, en de keuzevrijheid en autonomie van de cliënt daarbij;
- de communicatie;
- de cliëntenraad;
- de huisregels (waaronder regels over huisdieren);
- de veiligheid;
- ethische aangelegenheden;
- de klachtenprocedure, de patiëntenvertrouwenspersoon;
- ontslag en overplaatsing.

3. Zorginhoudelijke veiligheid norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. Adequate gezondheidsbescherming en -bevordering houdt in dat er sprake is van: tijdige herkenning van gezondheidsrisico's; een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:

- decubituspreventie en -behandeling;
- adequate verzorging inzake vocht- en voedselvoorziening;
- valpreventie;
- verantwoord medicijngebruik;
- preventie en behandeling van infecties;
- minimale vrijheidsbeperkende maatregelen;
- passende aandacht en adequate zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijn;
- passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden;
- snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen (zie verder veiligheid wonen/verblijf).

Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: decubitus, vocht en voedsel, valpreventie, farmaceutische zorg en toiletgang en incontinentie.

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

1	decubituspreventie en - behandeling	Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling, V&VN 2011, geautoriseerd door ondermeer Verenso. Decubitus, tweede herziening, CBO 2002 Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)
2	adequate verzorging van vocht en voeding	Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en voedingvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001 De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin in eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006 Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001
3	valpreventie	Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004 Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004
5	adequate diagnostiek en behandeling bij incontinentie	Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen, V&VN 2010, geautoriseerd door ondermeer Verenso. Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006
6	zorg voor cliënten met gedragsproblemen	Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002

4. Mentaal welbevinden norm

De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling.

Er is sprake van:

- mogelijkheden om zich ongestoord terug te kunnen trekken;
- aandacht voor het eigen leven en de persoonlijke waarde die daar aan toegekend én ontleend wordt;
- aandacht voor en ondersteuning van mogelijkheden om te sturen op het eigen leven;
- aandacht voor en ondersteuning van (levensfase gerelateerde) persoonlijke ontwikkeling, levenskeuzen en zingeving;
- de beschikbaarheid van geestelijke verzorging.

De instelling dient te zorgen voor adequate aandacht voor ondersteuning bij depressies en stemmingsstoornissen.

5. Voldoende en bekwaam personeel norm

De zorgorganisatie voorziet in voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheidstoedeling, passend bij het cliëntenbestand.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling 7 x 24 uur een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse.

In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts.

In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts.

Op de verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie. Voor het overige is het aan de instelling om aan te geven wat een verantwoorde personeelsformatie is. Uitgangspunt daarbij is dat er rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte en de verschillende populaties.

bronnen

- Visiedocument: Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005;
- Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, Een operationalisatie van het Visiedocument op weg naar normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, november 2005;
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, 2010.

Bijlage 4 Toelichting op het inspectieoordeel

Oordeel	Definitie	Mogelijke consequenties	Acties	Noot
Zeer hoog risico	(Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheidsschade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname.	Een patroon van (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als 'hoog risico' beoordeeld worden, kan als 'zeer hoog risico' beoordeeld worden.
Hoog risico	(Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor de cliënt is reëel of heeft al plaatsgevonden.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is op korte termijn nodig. Inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie volgt, stelt inspectie verscherpt toezicht in.	Een patroon van (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als 'gering risico' beoordeeld worden, kan als 'hoog risico' beoordeeld worden.
Gering risico	(Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor de cliënt.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. Deze geeft de verbetering aan in een plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.	Veel kleine opmerkingen die ieder apart als 'geen risico' beoordeeld worden, kunnen samen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als 'gering risico' beoordeeld worden.
Geen risico	De inspectie constateert geen (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.	Geen actie nodig.	Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.