



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

Rapport naar aanleiding van het inspectie-
bezoek aan Zorghuis Dr. Willem Drees
te Den Haag op 18 januari 2010

Den Haag,
maart, 2010

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Bevindingen inspectiebezoek	4
	Opzet.....	4
2.1	Zorg(behandel)-/leefplan.....	4
2.2	Zorginhoudelijke veiligheid.....	6
2.3	Woon en leefomstandigheden.....	8
2.4	Participatie en sociale redzaamheid.....	9
2.5	Overige onderwerpen.....	10
3	Beschouwing en conclusie	11
3.1	Inleiding.....	11
3.2	Beschouwing.....	11
3.3	Conclusie.....	12
4	Te nemen maatregelen	13
4.1	Inleiding.....	13
4.2	Plan van aanpak.....	13

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 18 januari 2010 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een inspectiebezoek gebracht aan Zorghuis Dr. Willem Drees te Den Haag.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij Zorghuis Dr. Willem Drees randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie:

- gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het management, verpleeghuisartsen, teamleiders, uitvoerende medewerkers, en leden van de cliëntenraad;
- zorgplannen ingezien;
- een rondleiding gehad;
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

De methodiek voor dit bezoek is vastgelegd in het 'Tweede Fase Instrument programma ouderenzorg', versie 2008. 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;
- Zorginhoudelijke veiligheid;
- Woon en leefomstandigheden;
- Participatie en sociale redzaamheid.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

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

Algemeen: Zorghuis Dr. Willem Drees is een instelling die behoort tot de Haagse Wijk- en Woonzorg (een voortzetting van het failliete Meavita) en is gesitueerd aan de rand van het Valkenboskwartier te Den Haag.

De instelling huisvest 40 verzorgingshuiscliënten en 30 verpleeghuiscliënten, waarvan er zeven verblijven op een Bopz-aangemerkte afdeling.

Aanleiding voor het inspectiebezoek is een aantal meldingen. Vanwege het karakter van de meldingen is gekozen voor een algemeen toezichtbezoek.

¹ Zie bijlage 2

2 Bevindingen inspectiebezoek

Opzet

De inspectie beoordeelt Zorghuis Dr. Willem Drees op vier 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.

2.1 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 -- In algemene zin moet worden opgemerkt dat de uitvoerende medewerkers niet/onvoldoende van het protocollenbestand op de hoogte zijn. Dit komt enerzijds omdat de uitvoerende medewerkers er niet van op de hoogte zijn gebracht hoe ze de protocollen digitaal kunnen opzoeken. Anderzijds zijn de medewerkers niet/onvoldoende van het protocollenbestand op de hoogte omdat kennisname van de protocollen in belangrijke mate wordt overgelaten aan het eigen initiatief van de medewerkers.
- In algemene zin moet ook worden opgemerkt dat er kanttekeningen bij het protocollenbestand zijn te maken:
 - Ten eerste beschikt de instelling over een omvangrijke hoeveelheid (stichtingsbrede) protocollen die zijn opgeborgen in drie dikke ordners. Deze constellatie nodigt niet uit energie te steken in de bestudering van de protocollen. Hierbij komt dat een aantal protocollen alleen digitaal op de zogenaamde 'J-schijf' van het stichtingsbrede intranet beschikbaar zijn.
 - Ten tweede zijn deze protocollen in formeel opzicht verouderd. Een groot aantal protocollen dateert van 2007 en zou in 2008 geëvalueerd moeten worden. Evaluatie heeft echter niet plaatsgevonden. Op een aantal van deze protocollen (hygiëne-protocollen; protocollen voor voorbehouden handelingen en protocollen voor de uitvoering van de Wet Bopz) staat vermeld dat de geldigheidsduur tot eind 2009 is verlengd. Het is echter niet duidelijk of de evaluatie in 2008 en/of eind 2009 heeft plaatsgevonden.

² In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

- De instelling beschikt over protocollen voor het werken met zorgplannen. De zorgplannen komen tot stand in samenspraak met de cliënt of diens (wettelijke) vertegenwoordiger. Met de zorgplannen wordt getracht invulling te geven aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid; woon- en leefomstandigheden; participatie en mentaal welbevinden.
 - Mede omdat de zorgdossiersystematiek onlangs is gewijzigd, hebben de EVV-ers scholing gehad over het werken met zorgplannen/zorgdossiers.
 - Omdat de protocollaire voorschriften voor het werken met zorgplannen/zorgdossiers onvoldoende bekend zijn, is 'gering risico' gescoord.
- 2
- Alle cliënten beschikken over een zorgplan.
 - De zorgplannen worden op adequate wijze ('achter slot en grendel') opgeborgen.
 - Tijdens het inspectiebezoek zijn enige zorgdossiers/zorgplannen ingezien. De indruk is dat er over het algemeen getracht wordt serieus en nauwgezet met de zorgdossiers/zorgplannen om te gaan.
 - Mede vanwege de gehanteerde dossier-systematiek, zijn er kanttekeningen bij de zorgdossiers/zorgplannen te plaatsen. Zonder uitputtend te zijn:
 - in de zorgdossiers/zorgplannen staat niet systematisch vermeld met welke aan- doeningen de cliënten te kampen hebben;
 - in de zorgplannen staan wel doelen en acties maar geen probleemgebieden vermeld waarop de doelen en acties zouden moeten zijn gebaseerd;
 - de relatie tussen zorgplannen en dagrapportages c.q. in-de-praktijk-ervaren-proble- matiek is niet altijd optimaal. Zo ondervindt een cliënt blijkens de gesprekken hinder van gedragsstoornissen, terwijl er in het zorgplan geen melding van werd gemaakt;
 - de rubriek 'evaluatie' van de zorgplannen is stelselmatig niet ingevuld;
 - deskundigenrapportages worden in de dagrapportage vastgelegd, zodat ze vermoedelijk na korte tijd niet meer gevonden en/of gelezen zullen worden;
 - niet in alle gevallen staat (met een handtekening of anderszins) vermeld dat de cliënt/de vertegenwoordiger instemt met het zorgplan;
 - de zorgplannen zijn soms gedateerd. In tenminste één zorgdossier dateerde het zorgplan van een jaar geleden. Blijkens een evaluatieverslag was het zorgdossier na een half jaar wel opnieuw besproken maar kennelijk niet geactualiseerd;
 - allerlei 'medische' gegevens (wel of geen reanimatie, wel of geen ziekenhuisop- name, e.d.) zijn zodanig geformuleerd dat een strict eenduidige interpretatie van de gegevens niet goed mogelijk is;
 - allerlei formulieren (bijvoorbeeld met betrekking tot domeingegevens) die zich in de zorgdossiers bevinden, zijn niet ingevuld;
 - vermoedelijk staat de juridische status van de/een aantal psychogeriatrische cliënten niet goed in het zorgdossier vermeld;
 - de scorelijsten worden niet altijd even goed bijgehouden.
 - Het verdient aanbeveling een inhoudelijk-deskundige de zorgdossiers bij wijze van steekproef te laten controleren. Daarbij zou met name moeten worden nagegaan: of het zorgdossier volledig is; of er sprake is van een adequaat zorgplan; of er sprake is van een wederzijdse afstemming tussen het zorgplan en de dagrapportage; of de afspraken in het zorgplan daadwerkelijk worden nagekomen.
 - Vanwege het relatief grote aantal onvolkomenheden in de zorgplannen/zorgdossiers is 'hoog risico' genoteerd.

2.2 Zorginhoudelijke veiligheid

Onderwerp	oordeel			
	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1 decubituspreventie en -behandeling			✓	
2 vocht en voeding			✓	
3 Valpreventie			✓	
4 infectiepreventie en -behandeling			✓	
5 diagnostiek en behandeling bij incontinentie			✓	
6 zorg voor cliënten met gedragsproblemen			✓	

toelichting per onderwerp

- 1 -- In de drie eerdergenoemde ordners bevindt zich geen protocol voor decubituspreventie en -behandeling. *Deze opmerking geldt voor alle onder 2.3 genoemde onderwerpen, met uitzondering van infectiepreventie en -behandeling.* Op het (stichtingsbrede) intranet bevindt zich wel documentatie over decubituspreventie en -behandeling.
- In het kantoor van de medewerkers op de eerste verdieping werd een omvangrijke ordner aangetroffen met een groot aantal artikelen over decubitus. Deze ordner is klaarblijkelijk bedoeld als naslagwerk.
- De medewerkers zijn de afgelopen tijd niet geschoold over decubituspreventie en -behandeling. *Deze opmerking geldt voor alle onder 2.3 genoemde onderwerpen, met uitzondering van gedragsproblemen.*
- In het verleden heeft een (stichtingsbrede) decubituscommissie gefunctioneerd. Deze commissie is inmiddels opgeheven.
- De instelling beschikt wel over een EVV-er die fungeert als aandachtsfunctionaris voor decubitus. Zij maakte destijds deel uit van de decubituscommissie. Haar toegevoegde taak is niet geformaliseerd. Op eigen initiatief ontplooit zij activiteiten ter bevordering van decubituspreventie en -behandeling.
- Er zijn volgens de gesprekspartners voldoende hulpmiddelen aanwezig.
- Bij opname worden aan de hand van een checklist relevante gegevens over de gezondheidstoestand van de cliënt in kaart gebracht. De checklist heeft onder meer, zo werd meegedeeld, betrekking op gegevens over decubitus, de voedingssituatie, incontinentie en probleemgedrag. Het vaststellen van valrisico's zou eveneens onderdeel uitmaken van de checklist, maar op dit punt werden tegenstrijdige uitspraken gedaan.
- 2 -- Stichtingsbreed is er uitvoerige documentatie voorhanden over het onderwerp 'voeding en vocht'. Deze stukken dateren echter van 2002. Op basis van de vastgelegde afspraken zou bij opname op de voedingstoestand worden gelet en zou iedere cliënt elk half jaar worden gewogen. Een en ander bleek evenwel niet duidelijk uit de zorgdossiers.

- In het verleden heeft er een voedingsteamoverleg gefunctioneerd. Hieraan namen de specialist ouderengeneeskunde, de diëtiste en een zorgcoördinator deel. Het laatste overleg dateert van medio 2009. In september 2009 is de functie van zorgcoördinatoren geëlimineerd. Sindsdien is er geen voedingsteamoverleg meer gehouden. Het is de bedoeling dit overleg binnenkort nieuw leven in te blazen.
 - Tijdens de diverse gesprekken ontstond de indruk dat de verzorgende medewerkers niet allen even goed letten op slikproblemen.
 - De tijd tussen de maaltijden is niet altijd voldoende, omdat het voorkomt dat de ochtendverzorging van de cliënten pas laat in de ochtend plaatsheeft.
- 3
- Ten aanzien van valpreventie is geen structureel-schriftelijk beleid ontwikkeld.
 - Zoals eerder aangegeven, heeft de afgelopen periode geen scholing over dit onderwerp plaatsgevonden. Er is wel een tilcursus aan de uitvoerende medewerkers gegeven.
 - Zoals eerder aangegeven, is niet duidelijk in hoeverre bij opname bij iedere cliënt het valrisico in kaart wordt gebracht.
- 4
- Ten aanzien van infectiepreventie en -behandeling werd in één van de drie ordners een groot aantal protocollen over infectiepreventie en -behandeling aangetroffen.
 - De voorheen aanwezige zorgcoördinatoren werden ten aanzien van dit onderwerp twee keer per jaar bijgeschoold door de specialist ouderengeneeskunde. De zorgcoördinatoren zorgden op hun beurt weer voor kennisoverdracht naar de zorgteams.
 - Uit een aantal gesprekken kwam naar voren dat er te weinig tijd beschikbaar is om het gebouw en de appartementen goed schoon te houden.
- 5
- Ten aanzien van diagnostiek en behandeling van incontinentie is geen structureel-schriftelijk beleid ontwikkeld.
 - Ook is ten aanzien van incontinentiezorg niet duidelijk of voldoende aandacht wordt besteed aan diagnostiek en preventie.
- 6
- In het kader van scholing over het onderwerp 'dementie' is aandacht besteed aan gedragsstoornissen.
 - Er is een concept-protocol over agressie.
 - Bij gedragsproblemen van een verzorgingshuiscliënt wordt de huisarts en zonodig een psycholoog van de regionale GGZ-instelling geconsulteerd. Voor verpleeghuiscliënten zijn dat respectievelijk de specialist ouderenzorg en de psycholoog van HWW Zorg.
 - Tijdens één van de gesprekken werd naar voren gebracht dat er sprake is van uiteenlopende benaderingswijzen bij cliënten met gedragsproblematiek. Deze handelwijze creëert een onsamenhangend beeld en leidt niet tot positieve behandelresultaten.

Op alle zorgonderwerpen is 'hoog risico' genoteerd vanwege:

- het ontbreken van structurele scholing voor de uitvoerende zorgverleners sinds één à twee jaar;
- de wisselende bekendheid van de uitvoerende medewerkers met de protocollaire voorschriften;
- de daardoor wisselende uitvoering van de zorgverlening;
- het ontbreken van toezicht door een functionaris op de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- de omstandigheid dat er per onderwerp in nog andere redenen zijn om hoog risico te scoren (zie hiervoor de separate teksten).

2.3 Woon en leefomstandigheden

Onderwerp	oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 woon/leefklimaat			✓	

toelichting per onderwerp

- 1 -- De instelling beschikt over een breed scala aan zorgverleningsmogelijkheden: van lichte zorgverlening in aanleunwoningen via zwaardere zorgverlening in het verzorgingshuisgedeelte tot intensieve verpleeghuiszorg.
- Mede vanwege de omstandigheid dat alle cliënten over een eigen kamer beschikken, is de privacy van de cliënten in belangrijke mate gewaarborgd.
- Het gebouw waarin de instelling is gehuisvest, is afgestemd op de cliëntenpopulatie die normaliter in verzorgings- en verpleeghuizen is opgenomen. Zo zijn er verschillende grote ruimten voor gemeenschappelijke activiteiten; de kamers van de cliënten zijn ruim en voorzien van adequate sanitaire voorzieningen; er zijn loopcircuits voor cliënten met loopdrang; etc.
- Tijdens de diverse gesprekken ontstond de stellige indruk dat, in tegenstelling tot de normtijd die in de documentatie staat vermeld, voor het schoonhouden van de kamers van de cliënten onvoldoende tijd beschikbaar is.
- Tijdens de rondgang door de instelling werden enige potentieel-risicovolle situaties waargenomen:
- in twee van de drie bezochte kamers van psychogeriatrische cliënten op één van de hogere verdiepingen bleek de 'buitendeur' (de deur aan de raamkant) niet afgesloten te zijn. Deze deur wekt de suggestie dat, hetgeen niet het geval is, er zich aan de straatzijde een balkon bevindt. Opgemerkt werd dat deze deur wordt gebruikt om te kunnen luchten. Verwarde cliënten zouden de deur kunnen openen en met behulp van een stoel over de afrastering, die tot heuphoogte reikt, kunnen stappen;
 - in de huiskamer van de Bopz-aangemerkte afdeling bevond zich een keukenblok met laden. In de laden lagen scherpe messen voor het grijpen, hetgeen gevaarlijke situaties kan opleveren.
 - de bedden in deze kamers hebben bedhekken die een te grote ruimte hebben tussen de 'spijlen'. Onrustig slapende cliënten zouden zich hieraan kunnen verwonden. Dit probleem is op eenvoudige wijze te verhelpen door het aanbrengen van bedhekhoezen;
 - in een aantal kamers waren de matrassen op de bedden enigermate te klein;
 - bij (in elk geval) twee tilliften ontbraken de tilinstructies.
- Vanwege de vijf punten onder het laatste aandachtsstreepje is 'hoog risico' genoteerd. Met name de gevaarlijke situatie op de appartementen voor psychogeriatrische cliënten baart zorgen. Hierbij dient ook een recent incident op één van de andere locaties van HWW Zorg in aanmerking te worden genomen, waarbij de toedracht van het incident verband hield met een raam dat niet goed afgesloten was.

2.4 Participatie en sociale redzaamheid

onderwerp	oordeel			
	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1 participatie en sociale redzaamheid		✓		

toelichting per onderwerp

- 1 -- Tot voor kort beschikte de instelling over drie activiteitenbegeleiders: één met een fulltime-dienstverband, één voor 20 uur per week, en één voor 28 uur per week. De laatste medewerker is onlangs vertrokken en de vacature is niet opnieuw ingevuld.
- Tijdens het inspectiebezoek werd het maandprogramma van de activiteitenbegeleiding uitgereikt. Het laatste kwartaalblad voor de cliënten ('Morsetekens winter 2009') bevat eveneens allerlei informatie over de dagbestedingsactiviteiten. Uit deze informatie valt af te leiden dat er sprake is van een groot aanbod aan dagbestedingsmogelijkheden.
- Tijdens de gesprekken werd opgemerkt dat actief gezocht wordt naar meer geïndividualiseerde dagbesteding voor cliënten die niet uit de voeten kunnen met het 'voorgeprogrammeerde' aanbod.
- In de/sommige zorgdossiers is beperkte informatie vastgelegd over hobby's, liefhebberijen e.d. van de cliënten. In de zorgdossiers is geen informatie te vinden over de koppeling van deze gegevens aan de feitelijke dagbesteding. De daadwerkelijke dagbesteding van de cliënten is derhalve niet te volgen.
- Door allerlei oorzaken (vertrek en overlijden van leden) bestaat de cliëntenraad momenteel nog maar uit één lid. De afgelopen tijd heeft er geen structureel overleg plaatsgevonden tussen de cliëntenraad en het management. Volledigheidshalve moet worden gewezen op de wettelijke verplichting van de zorgaanbieder om één keer per twee jaar de nodige inspanningen te verrichten om een volwaardige cliëntenraad tot stand te doen komen.
- Het dienstverband van de geestelijke verzorgers is als gevolg van bezuinigingen beëindigd. Er is nu een vrijwilliger die de leemte opvult. Er worden wel kerkdiensten gehouden en voor pastorale bijstand kan een beroep worden gedaan op de kerkgenootschappen in de buurt. Benadrukt moet worden dat de continuïteit van de geestelijke verzorging aandacht behoeft. De aard van de cliëntenpopulatie vereist ondersteuning bij zingevingsvraagstukken.
- Vanwege de laatste drie punten is 'gering risico' genoteerd.

2.5 Overige onderwerpen

<i>onderwerp</i>	<i>oordeel</i>
1 MIC-procedure	niet helemaal voldoende
2 Registratie voorbehouden handelingen	onvoldoende
3 Medicatiedistributie	onvoldoende

toelichting per onderwerp

- 1 -- De instelling beschikt over een MIC-procedure. Bij deze procedure is een aantal kanttekeningen te plaatsen:
 - De medewerkers zullen over het algemeen niet op de hoogte zijn van de inhoud van het MIC-reglement. Daardoor zullen ze vermoedelijk niet weten dat de MIC-procedure met geheimhoudingsregels is omgeven. Deze situatie kan een nadelige invloed hebben op de meldingsbereidheid.
 - In feite worden de geheimhoudingsregels niet geheel nagekomen omdat de medewerkers hun MIC-meldingen eerst aan de leidinggevende (moeten) voorleggen voordat ze naar de MIC-commissie worden doorgestuurd.
 - Eén of meer leidinggevendenden met arbeidsrechtelijke bevoegdheden maken deel uit van de MIC-commissie. Deze omstandigheid en de situatie dat de medewerkers de meldingen eerst aan de leidinggevende voorleggen, kunnen eveneens een nadelige invloed op de meldingsbereidheid hebben. Als een medewerker bijvoorbeeld een moeizame relatie heeft met de leidinggevende, bestaat het risico dat een (bijna-) incident niet wordt gemeld.
- 2 -- De medewerkers worden geschoold in het correct uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Na de training volgt een schriftelijke toets en worden de praktische vaardigheden van de medewerkers steekproefsgewijs beoordeeld. Tijdens de gesprekken kwam naar voren dat dat er momenteel op deze locatie geen overzicht aanwezig is waaruit blijkt voor welke handelingen de individuele medewerkers bevoegd en bekwaam zijn verklaard.
- 3 -- Wat betreft het medicatiedistributiesysteem verkeert de instelling in een overgangssituatie: omdat het oude systeem niet meer voldoet, wordt een nieuw systeem geïntroduceerd. Gelet op de kwaliteit van de beide systemen verdient een spoedige invoering van het nieuwe systeem nadrukkelijk aanbeveling.

3 Beschouwing en conclusie

3.1 Inleiding

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

3.2 Beschouwing

3.2.1 De kwaliteit van de zorgverlening voldoet niet aan de normen voor verantwoorde zorg

Zo is per 1 september 2009 de functie van zorgcoördinator opgeheven. Voor deze functie zijn zorgmanagers in de plaats gekomen. Hun 'span of control' is aanmerkelijk groter dan die van de zorgcoördinatoren. Over de vraag of deze ingrijpende organisatieverandering een juiste beslissing is geweest, zijn de meningen enigermate verdeeld. Zeker lijkt wel dat de snelle invoering van deze organisatorische wijziging grote lacunes in de aansturing van de daadwerkelijke zorgverlening heeft teweeggebracht. In allerlei opzichten (zorg-inhoudelijke deskundigheid, coördinatie, communicatie, sturing, coaching en slagvaardigheid) zijn er hiaten ontstaan die de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar hebben gebracht. Het is immers niet verantwoord een essentiële schakel uit de keten te verwijderen zonder compensatiemaatregelen. Dit verklaart in belangrijke mate waarom er bij een groot aantal zorgonderdelen 'hoog risico' is genoteerd.

3.2.2 Interne communicatie moet verbeterd worden

Tijdens het inspectiebezoek is de indruk ontstaan dat ondanks de nodige inspanningen van het management (via intranet, nieuwsbrieven en personeelsbijeenkomsten) het tamelijk frequent voorkomt dat medewerkers van bepaalde zaken niet op de hoogte zijn, die ze wel zouden moeten weten. Het lijkt erop dat de stichtingsbrede communicatie niet goed verloopt. Het verdient derhalve overweging goed na te denken over de inrichting van de communicatie en een communicatieplan op te stellen.

3.2.3 Verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening vereist intensieve aandacht

Tijdens het inspectiebezoek kwam een aantal onderwerpen aan de orde dat aandacht behoeft. In tamelijk willekeurige volgorde:

- Zorgplannen;
- Zorgdossiers;
- Protocollen;
- Aansturing;
- Communicatie;
- zorg-inhoudelijke deskundigheidsbevordering;
- veiligheidsaspecten op kamers psychogeriatrische cliënten;
- formalisering dagbesteding;
- MIC-procedure;
- Cliëntenraad.

3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing concludeert de inspectie dat binnen het Zorghuis Dr. W. Drees er randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. De inspectie is van mening dat de optelsom van de hoge risico's leidt tot zeer hoge risico's voor de bewoners, die verblijven op deze door de inspectie bezochte locatie. Om de hoge risico's op korte termijn te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 4 staan de te nemen maatregelen.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Inleiding

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

4.2 Plan van aanpak

- De inspectie verwacht van de Raad van Bestuur van HWW Zorg binnen vier weken een plan van aanpak voor de onderwerpen waar een oordeel in de categorie 'hoog' wordt gegeven.
- De inspectie ontvangt, nadat het plan van aanpak binnen twee weken is beoordeeld en goedgekeurd door de inspectie, een maandelijkse voortgangsrapportage van dit plan van aanpak.
- De inspectie zal na vaststelling van het plan van aanpak mogelijk een onaangekondigd bezoek afleggen aan deze locatie.

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

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

Tenslotte wijst de inspectie erop, dat indien binnen drie maanden geen forse vooruitgang zichtbaar is en de hoge risico's persisteren, zij verdere noodzakelijke stappen zal nemen.

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.

- Haagse Wijk- en WoonZorg. Een wijkgericht bedrijf (2009);
- HWW Zorg. Wonen in Zorghuis Dr. W. Drees (ongedateerd);
- HWW Zorg. Mijn leven: verpleegd worden. Informatie over het Zorghuis Dr. W. Drees als verpleeghuis (ongedateerd);
- HWW Zorg. Mijn leven: verzorgd worden. Informatie over Zorghuis Dr. W. Drees als woonzorgcentrum (ongedateerd);
- Documentatie 'voeding en vocht' (2002);
- Maandprogramma Activiteitenbegeleiding (ongedateerd);
- Morsetekens Winter 2009;
- Klappers met diverse protocollen.

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 2^{de} 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

Ieder 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. 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 | 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 | Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie,
VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006 |
| 6 | zorg voor cliënten met
gedragsproblemen | Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002 |

3. Woon- en leefomstandigheden norm

De cliënt mag rekenen op woonruimte waarin deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is.

Opdat de cliënt zich thuis voelt is er sprake van:

- een woon/leefklimaat dat de eigen levenssfeer en leefpatronen van de cliënt respecteert en actief ondersteunt;
- schone en comfortabele woonruimte;
- woonruimte die privacy biedt en de mogelijkheden tot het creëren van een eigen sfeer.

4. Participatie en sociale redzaamheid norm

In het kader van de participatie is er sprake van:

een woon-/leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact, en het ondernemen van activiteiten. Dat betekent dat er een aanbod is van (op beweging gerichte) activiteiten, passende hulp bij mobiliteit; dat er een ontspanningsaanbod is en mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, hobby's en het sociale leven van de cliënt; dat er een klimaat heerst van gastvrijheid, en faciliteiten die uitnodigend zijn voor verwanten, bezoekers en buurtbewoners, en voor het onderhouden van contact; en dat humor en menselijke warmte voelbaar zijn. ondersteuning bij het zoeken/vinden en gebruik maken van eigen dagbestedingsmogelijkheden.

De cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving.

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, oktober 2007.

BIJLAGE 4 Toelichting op het inspectieoordeel

<i>Oordeel</i>	<i>Definitie</i>	<i>Mogelijke consequenties</i>	<i>Acties</i>	<i>Noot</i>
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.