



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

Rapport naar aanleiding van het inspectie-
bezoek aan woonzorgcentrum Op de Laan
te Den Haag op 27 januari 2010

Den Haag,
maart, 2010

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Bevindingen inspectiebezoek	5
	Opzet	5
2.1	Zorg(behandel)-/leefplan.....	5
2.2	Lichamelijk welbevinden	7
2.3	Zorginhoudelijke veiligheid.....	7
2.4	Mentaal welbevinden.....	10
2.5	Voldoende en bekwaam personeel	11
2.6	Overige onderwerpen	13
3	Beschouwing en conclusie	15
3.1	Inleiding.....	15
3.2	Beschouwing.....	15
3.3	Conclusie.....	16
4	Te nemen maatregelen	17
4.1	Inleiding.....	17
4.2	Plan van aanpak	17

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 27 januari 2010 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een inspectiebezoek gebracht aan woonzorgcentrum Op de Laan te Den Haag.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij woonzorgcentrum Op de Laan 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, de specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, zorgmanager, 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;
- Lichamelijk welbevinden;
- Zorginhoudelijke veiligheid;
- Mentaal welbevinden;
- Voldoende en bekwaam personeel.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

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

Algemeen:

Woonzorgcentrum Op de Laan is een instelling die behoort tot de Haagse Wijk- en Woonzorg (een voortzetting van het failliete Meavita) en is gelegen aan de Laan van Meerdervoort, in het Zeeheldenkwartier te Den Haag.

De instelling huisvest 90 bewoners, waaronder 30 somatische verzorgingshuiscliënten en 18 psychogeriatrische bewoners (op de 3^e en 4^e verdieping), waarvan op dit moment zes op de 'Bopz-aangemerkte' gesloten afdeling vertoeven voor aanvullende verpleeghuiszorg. Op deze afdeling wonen ook twee cliënten met een verstandelijke handicap.

¹ Zie bijlage 2

Daarnaast wonen er in dit verzorgingshuis psychiatrische cliënten en cliënten met een verstandelijke handicap. Woonzorgcentrum Op de Laan werkt samen met regionale organisaties die gespecialiseerd zijn in laatstgenoemde groepen. Mede aanleiding voor het inspectiebezoek is een melding van de lokale cliëntenraad over de kwaliteit van zorg en over de inzet van het personeel in woonzorgcentrum Op de Laan.

Vanwege het karakter van de melding is gekozen voor een algemeen toezichtbezoek.

2 Bevindingen inspectiebezoek

Opzet

De inspectie beoordeelt woonzorgcentrum Op de Laan 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.

2.1 Zorg(behandel)-/leefplan

onderwerp	Oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
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.
 - 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.
 - Omdat de zorgdossiersystematiek onlangs is gewijzigd, hebben de EVV-ers scholing gehad over het werken met zorgplannen/zorgdossiers.

² In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

- 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 bewaard op de verpleegpost van elke afdeling.
 - 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 aandoeningen 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-problematiek is niet altijd optimaal.
 - de rubriek 'evaluatie' van de zorgplannen is niet altijd ingevuld;
 - het (huis)artsenblad is vaak onbeschreven, zodat relevante medische gegevens in de rapportage ontbreken.
 - deskundigenrapportages van paramedici worden in de dagrapportage vastgelegd, zodat ze vermoedelijk na korte tijd niet meer gevonden en/of gelezen zullen worden.
 - allerlei 'medische' beleidsgegevens (zoals wel of geen reanimatie, wel of geen ziekenhuisopname) zijn zodanig geformuleerd dat een strikt eenduidige interpretatie van de gegevens niet goed mogelijk is;
 - allerlei formulieren (bijvoorbeeld met betrekking tot de voortgang domeingegevens gedurende het verblijf) die zich in de zorgdossiers bevinden, zijn niet ingevuld;
 - 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 Lichamelijk welbevinden

Onderwerp	oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 Lichamelijk welbevinden			√	

- 1 - In de algemene folders van HWW Zorg, die per locatie zijn aangepast, wordt duidelijk aangegeven dat er aandacht is voor diensten in huis zoals kapper, pedicure en tandheelkundige zorg. Ook wordt aandacht besteed aan de was.
- Het is uit gesprekken duidelijk gebleken dat de medewerkers in de zorg het werk zwaar vinden, omdat er volgens hen een tekort is aan EVV'ers (zie bij 2.5 personeel). Dit heeft tot gevolg dat twee-drie keer per maand bewoners te laat uit bed komen en de zorg niet op tijd krijgen door gebrek aan personeel. Ook missen bewoners dan hun douchebeurten aangezien er te weinig tijd voor ze is. Medewerkers in de zorg voelen zich op zo'n moment onthand.
- De cliëntenraad geeft aan dat bewoners regelmatig klagen over het zoekraken van wasgoed.
- De inspectie scoort op dit onderwerp 'gering risico' met de kans op 'hoog risico' omdat het in de afgelopen periode regelmatig is voorgekomen dat een aantal keren per maand bewoners te laat verzorgd worden, ondanks de inspanningen van het personeel.

2.3 Zorginhoudelijke veiligheid

Onderwerp	oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
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.
 - De inspectie kreeg een protocol van januari 2006 aangereikt waarop de evaluatiedatum september 2006 stond. De vraag deed zich ook voor of de richtlijnen wel gebaseerd waren op die van het CBO uit 2002. Dat leek niet het geval.
 - De inspectie is vanwege bezoeken op andere locaties van HWW Zorg ervan op de hoogte dat op het (stichtingsbrede) intranet wel actuele documentatie te vinden is over decubituspreventie en -behandeling.
- Opvallend is dat een van de medewerkers in de zorg, zijnde een VIG'er met

- bevoegdheid en bekwaamheid voor een aantal risicovolle handelingen, in tegenstelling tot de EVV'ers niet geautoriseerd is om gebruik te maken van intranet.
- 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 scholing over gedragsproblemen voor verzorgenden voor de psychogeriatrische bewoners.
 - In het verleden heeft een (stichtingsbrede) decubituscommissie gefunctioneerd. Deze commissie is inmiddels opgeheven.
 - De resultaten van de meetweek uit het 4^e kwartaal 2009 zijn nog niet bekend.
- 2 - Stichtingsbreed is er documentatie voorhanden over het onderwerp 'voeding en vocht'. De stukken die de inspectie in woonzorgcentrum Op de Laan aangereikt kreeg, betroffen een conceptnota van november 2005, getiteld: 'Eten en drinken in Meavita.
- Volgens de medewerkers uit de zorg wordt bij opname van een bewoner op de voedingstoestand gelet en wordt elke cliënt gewogen. In de zorgdossiers heeft de inspectie geen lijsten aangetroffen waaruit blijkt dat cliënten regelmatig worden gewogen. Volgens de medewerkers uit de zorg gebeurt dat pas op indicatie.
 - Bij slikproblemen wordt volgens de zorgmedewerkers de huisarts wel ingeschakeld voor diagnostiek en behandeling.
 - Door bezuinigingen werd de functie van voedingsassistent in 2009 opgeheven. Vanwege stichtingsbrede protesten van cliëntenraden en medewerkers in de zorg is deze bezuinigingsmaatregel niet doorgevoerd. Een aantal voedingsassistenten waren echter naar elders vertrokken en zijn nadien niet meer in de organisatie teruggekeerd met als gevolg dat zich de vraag voordoet of er op dit moment wel voldoende wordt gelet op vocht- en voedselinname bij een aantal bewoners. In één geval is dat probleem aan de orde geweest. Overigens wordt het ontbijt op tijd (al dan niet op bed) geserveerd om zo voldoende ruimte tussen de maaltijden te bewerkstelligen. Ook kan de bewoner kiezen om de warme maaltijd 's middags of 's avonds te gebruiken.
- 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.
 - Er is geen bewegingsprogramma om op die wijze de mobiliteit van de bewoners te verbeteren. Uit de notulen van de werkgroep valpreventie van oktober 2008 blijkt dat een idee om een valpreventieproject te starten wel geopperd is.
 - Het is niet duidelijk gebleken uit de zorgdossiers dat bij opname van 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. Daarnaast bevond zich op een van de geïnspecteerde afdelingen een tweede klapper met hygiëneprotocollen uit 2003. Dit kan verwarring wekken.
- Het is de inspectie bekend dat voorheen aanwezige zorgcoördinatoren ten aanzien van dit onderwerp twee keer per jaar werden bijgeschoold door de specialist ouderengeneeskunde. De zorgcoördinatoren zorgden op hun beurt

- weer voor kennisoverdracht naar de zorgteams. Dat is nu niet meer het geval.
- Uit het jaarverslag 2009 van de Commissie Infectie Preventie (CIP) blijkt dat de adviseur infectiepreventie is verzocht alleen het hoogst noodzakelijke te doen binnen HWW Zorg en geen extra werkzaamheden te verrichten (zoals bijvoorbeeld een infectiepreventie audit), omdat de formatie voor een adviseur infectiepreventie niet begroot was. In dit jaarverslag staat dat de leden van de CIP zich hier ernstig zorgen over maken, omdat 'de cliëntveiligheid in gevaar kan komen als er geen activiteiten uitgevoerd kunnen worden op het gebied van implementatie en controleren op de uitvoering van het infectiepreventiebeleid en naar aanleiding daarvan het bijstellen van het beleid'. In verband met de reorganisatie binnen HWW Zorg is ook de voorzitter vertrokken en is in 2009 nog geen opvolger aangesteld.
 - Het management gaf aan dat er de laatste tijd juist weer meer aandacht voor de schoonmaak is gekomen en dat er een positieve groei zit in het aantal daarvoor bestemde uren. Uit een aantal gesprekken kwam naar voren dat er te weinig tijd beschikbaar is om het gebouw en de appartementen goed schoon te houden en er zou regelmatig sprake zijn van onvoldoende schone appartementen en verblijfsruimten.
 - De inspectie trof bij de rondgang schone algemene ruimten en appartementen aan.
- 5 - Ten aanzien van diagnostiek en behandeling van incontinentie is geen structureel-schriftelijk beleid ontwikkeld.
- Ook is niet duidelijk geworden of voldoende aandacht wordt besteed aan diagnostiek en preventie van incontinentie.
- 6 - Het bijzondere van woonzorgcentrum Op de Laan is dat de populatie bestaat uit somatische verzorgingshuisbewoners, psychogeriatrische verzorgingshuisbewoners met al dan niet aanvullende verpleeghuiszorg, bewoners met een verstandelijke beperking en bewoners met psychiatrische problematiek. Elke groep heeft haar eigen gedragskenmerken en vergt deskundigheid en ervaring om daar op de juiste wijze mee om te gaan. Uit de gevoerde gesprekken komen een aantal punten naar voren, namelijk:
- De afgelopen jaren heeft geen systematische scholing plaats gevonden voor medewerkers in de zorg over gedragsproblemen met uitzondering van medewerkers, die betrokken waren bij de toepassing van de Wet Bopz.
 - Per groep worden andere professionals ingeschakeld voor behandeling en advies. In het geval van bewoners met een verstandelijke beperking wordt een beroep gedaan op functionarissen van een daartoe gespecialiseerd regionaal instituut. In geval van bewoners met een psychiatrische problematiek wordt samengewerkt met een regionale GGZ-instelling. Opvallend hierbij is dat ook de mogelijkheid van hulp via 112 werd genoemd.
 - Bij psychogeriatrische bewoners worden de verpleeghuisarts en de psycholoog van HWW Zorg ingeschakeld voor diagnostiek en omgangsadviezen. Deze psycholoog komt tweemaal per week op de afdeling voor de psychogeriatrische bewoners.
 - In de praktische benadering van bewoners wordt aangegeven dat door het (organisatorisch) wegvallen van twee medewerkers op de psychogeriatrische afdeling het zicht op de bewoners met gedragsproblemen is verdwenen. Dit heeft gevolgen gehad ten aanzien van de preventie van dergelijke problemen en levert ook spanningen op met familie van bewoners met gedragsproble-

men. Omdat er op dit moment te weinig EVV'ers zijn (zie bij het onderwerp 'voldoende en bekwaam personeel'), is er geen duidelijk aanspreekpunt meer. Omgangsadvisen worden niet altijd meer opgevolgd. Wel wordt zoveel mogelijk volgens de principes van belevingsgerichte zorg gewerkt.

- Voorts blijkt uit de gesprekken dat de diversiteit van de bewoners aanleiding kan geven tot onderlinge spanningen en gedragsproblemen. Het management geeft aan dat men zich beraadt over de samenstelling van de toekomstige populatie.

- 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).

2.4 Mentaal welbevinden

Onderwerp	oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 Mentaal welbevinden		✓		
2 Adequate aandacht voor depressie en stemmingsstoornissen			✓	

toelichting per onderwerp

- In de algemene folders van HWW Zorg, die per locatie zijn aangepast, wordt aangegeven dat er allerlei activiteiten worden georganiseerd voor de bewoners en er aandacht is voor levensbeschouwing en religie.
 - In woonzorgcentrum Op de Laan zijn activiteitenbegeleiders werkzaam (88 uur per week). Zij verzorgen ondermeer huiskameractiviteiten op de twee psychogeriatrische afdelingen, alsmede centrale en groepsactiviteiten. Ook is het mogelijk een individuele activiteit te regelen, waarbij vrijwilligers kunnen worden ingeschakeld. Een probleem hierbij is wel dat het aantal vrijwilligers te laag is volgens meerdere gesprekspartners.
 - De activiteitenbegeleiders maken geen verslag van hun bevindingen in de zorgdossiers en het is niet altijd duidelijk wat op dit gebied de behoeften en wensen van de bewoners zijn.
 - Er kan voor wat betreft de pastorale zorg een beroep worden gedaan op een dominee of pastoor. Er worden op gezette tijden kerkdiensten gehouden. Er is geen (vaste) geestelijk verzorger aanwezig voor het beantwoorden van de zingevingsvragen, die zich voordoen in deze fase van het leven van menig bewoner. Desgevraagd is het management van mening, dat dit laatste een manco is.

- De inspectie scoort op dit onderwerp 'gering risico' met een kans op hoog risico als er geen initiatieven ontplooid worden om de wensen en behoeften van bewoners systematisch in kaart te brengen en te voorzien in geestelijke verzorging.
- 2
- Er heeft de afgelopen jaren geen systematische scholing over depressie plaatsgevonden.
 - Er is recent een concept protocol met richtlijnen over depressie gemaakt, maar dit protocol moet nog goedgekeurd worden door het management en vervolgens nog geïmplementeerd worden.
 - In 2007 scoorde Op de Laan 'een hoog risico' ten aanzien van het onderwerp depressie. Tijdens dit bezoek is niet duidelijk geworden of er naar aanleiding van dit resultaat tussentijds maatregelen zijn getroffen om het risico op een depressie te verlagen. Voor het overige verwijst de inspectie naar de tekst bij de gedragsproblemen en het mentaal welbevinden, aangezien deze onderwerpen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.
- De inspectie scoort op dit onderwerp 'hoog risico', omdat er op dit moment onvoldoende kennis over dit onderwerp aanwezig is bij de uitvoerenden in de zorg en de implementatie van de richtlijnen over depressie nog op zich laat wachten.

2.5 Voldoende en bekwaam personeel

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

toelichting per onderwerp

- 1
- Er zijn duidelijke overzichten aanwezig, waaruit blijkt hoe de populatie op grond van de ZZP-indicatie is samengesteld.
 - Zoals reeds eerder aangegeven, is mede door de reorganisatie een tekort ontstaan aan EVV'ers. Er zouden er negen moeten zijn, maar er zijn er op dit moment vier. Wel is er zicht op de komst van twee EEV'ers. Op dit moment heeft een EVV'er de verantwoordelijkheid voor gemiddeld 20 bewoners. Dit betekent, kijkend naar de landelijke cijfers (ongeveer één EVV'er op zes-acht bewoners) een te hoge 'span of control' met risico's op fouten in de zorg.
 - De bijzondere samenstelling van de populatie van woonzorgcentrum Op de Laan vraagt om extra deskundigheid en de juiste kwantitatieve inzet van personeel. Onder de huidige omstandigheden is de vraag of hier aan voldaan wordt. Zoals al eerder aangegeven, beraadt het management zich wat dit betreft op de toekomst. Wel streeft het management een optimale bezetting na en probeert men via zogenaamde zorgroutes de benodigde zorg te bieden. Men zoekt in dit kader ook naar een optimale verhouding tussen EVV'ers en verpleegkundigen (ondermeer afkomstig uit de wijkzorg).
 - Er is altijd een VIG'er in huis, die tevens bedrijfshulpverlener is.

- De inspectie scoort op dit onderwerp 'hoog risico' omdat er op dit moment een tekort is aan EVV'ers en de huidige EVV'ers de verantwoordelijkheid hebben voor te veel bewoners. De inspectie realiseert zich daarbij wel dat het lokale management de nodige inspanningen verricht om de dagelijkse zorgvraag in goede banen te leiden.
- 2
- Sinds één-twee jaar is er weinig structureel geschoold over de zorgonderwerpen, zoals vermeld onder 2.3.
 - Er is een actueel overzicht, waarop vermeld staat welke werknemer waarvoor bevoegd en bekwaam is. De risicovolle en voorbehouden handelingen worden structureel getraind en getoetst. Daarnaast heeft scholing plaatsgevonden over brandpreventie, reanimatie, vrijheidsbeperkende maatregelen, diabetes mellitus en medicatiedistributie.
 - Binnenkort vindt scholing plaats over EVV specifieke taken.
 - Een aantal gesprekspartners geven aan dat je je wel zelf moet inschrijven voor scholing en dat het voorheen zo was, dat een zorgmedewerker zich inschreef op advies van de voormalige zorgcoördinator naar aanleiding van het jaarlijkse functioneringsgesprek. Deels zou de scholing een verplicht karakter hebben, maar niet duidelijk is welk deel.
- De inspectie scoort op dit onderwerp 'hoog risico' omdat er door de organisatorische omstandigheden een achterstand is ontstaan op scholing over meerdere zorgonderwerpen en dientengevolge bij de inspectie twijfels zijn gerezen over de deskundigheid van het personeel. Er is een forse inhaalslag nodig in 2010. De inspectie is zich wel bewust van het feit dat dit onderwerp zeker de aandacht heeft van het lokale (interim)management.

2.6 Overige onderwerpen

onderwerp	Oordeel
1 Cliëntenraad	verstoorde relatie met centrale management
2 MIC-procedure	Niet geheel voldoende
3 Veiligheid pg bewoners	Is niet gegarandeerd

toelichting per onderwerp

- 1 - De inspectie heeft uitvoerig gesproken met vertegenwoordigers van de lokale cliëntenraad over vele onderwerpen. De cliëntenraad toonde zich positief over de inspanningen en toewijding van de medewerkers in de zorg. Tegelijkertijd waren er veel punten van kritiek, zoals deze door de cliëntenraad in een brief in 2009 aan de inspectie reeds kenbaar waren gemaakt. De kritische houding van de cliëntenraad richt zich op inspraak op het gebied van beleidszaken, het woon- en leefklimaat, de kwantiteit en kwaliteit van de verzorgenden, het gebrek aan aansturing van de verzorgenden sinds de reorganisatie, het gebrek aan communicatie van het management met de bewoners, de hygiëne in de zorginstelling, het activiteiten aanbod, de lichamelijke zorg, de kwaliteit van de medicatiedistributie en het toezicht op de psychogeriatrische afdelingen. Ondanks een regulier overleg met de stadsdeelmanager en de lokale zorgmanager blijven genoemde punten van kritiek, omdat oplossingen grotendeels uitblijven.
 - De inspectie heeft twijfels over de communicatie tussen het (centrale) management en de cliëntenraad en dringt erop aan de relatie te herstellen en op een positieve manier samen te werken.
- 2 - 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 leidinggevenden 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.
- 3 - Tijdens de rondgang door de instelling werden enige potentieel-risicovolle situaties waargenomen:
 - op een van de afdelingen (3^e verdieping) voor psychogeriatrische bewoners bevond zich in de keuken een kast met laden. In één van de laden lagen scherpe messen voor het grijpen, hetgeen gevaarlijke situaties kan opleveren.

- de bedden in de kamers, waar psychogeriatrische bewoners verblijven, hebben beddekken die een te grote ruimte hebben tussen de 'spijlen'. Onrustig slapen-de cliënten zouden zich hieraan kunnen verwonden. Dit probleem is op eenvoudige wijze te verhelpen door het aanbrengen van beddekhoezen in geval het beddek omhoog gaat.
 - in een aantal kamers waren de matrassen op de bedden enigermate te klein; bij één tillift ontbraken de tilinstructies.
- Vanwege de genoemde punten is de veiligheid in hierboven vermelde situaties niet gegarandeerd.

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 woonzorgcentrum Op de Laan. 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

Aan het inspectiebezoek is enerzijds als algemene indruk overgehouden dat de medewerkers bijzonder gemotiveerd zijn en zich in sterke mate inzetten om kwalitatief verantwoorde zorgverlening te realiseren. Anderzijds heeft de organisatie met zodanige structurele tekortkomingen te kampen heeft dat de kwaliteit van de zorgverlening niet meer voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg. De redenen voor de structurele tekortkomingen zullen in hoofdzaak in verband gebracht moeten worden met de veelvuldige reorganisatie-perikelen (fusies, ontvechtingen, faillissement, interne reorganisaties, het vertrek van sleutelfiguren, e.d.) van de afgelopen periode.

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. Voor deze zorginstelling is een van de zorgcoördinatoren geschikt bevonden om zorgmanager te zijn. Op zich is dat een gunstige omstandigheid, ware het niet dat er een vacature is voor een tweede zorgmanager. Op dit moment heeft elke EVV'er de verantwoording voor 20 bewoners en dat is volgens de inspectie een onverantwoorde situatie met risico's voor de veiligheid in de zorg. Wel is er zicht op de komst van twee EVV'ers, maar dat is nog steeds te weinig.

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. Tijdens dit bezoek werd de tweede conceptversie van het jaarplan 2010 overhandigd. Uitgangspunten en strategie worden hierin ondermeer verwoord, maar het ontbreekt nog aan concrete actiepunten.

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. In dit kader moet ook de relatie van het management met de cliëntenraad extra aandacht krijgen.

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 en niet uitputtend:

- Zorgplannen;
- Zorgdossiers;
- Protocollen;
- Aansturing;
- Communicatie;
- Zorg-inhoudelijke deskundigheidsbevordering;
- Kwantiteit personeel;
- Veiligheidsaspecten matrassen/bedden en huiskamer psychogeriatrische cliënten;
- Formalisering dagbesteding;
- MIC-procedure;
- Mentale welbevinden.

3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing concludeert de inspectie dat binnen woonzorgcentrum Op De Laan 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);*
- *Jaarplan 2010, tweede conceptversie 24 januari 2010;*
- *Jaarverslag 2009, Commissie Infectie Preventie;*
- *Stappenplan probleemgedrag, versie 2009;*
- *Documentatie 'eten en drinken' in Meavita woonzorgcentra, conceptstatus;*
- *Klappers met diverse protocollen waaronder beschrijving maatregelen tav preventie van en omgang met agressief gedrag uit 2007, protocol depressie concept januari 2010, communicatieregels op de laan ongedateerd, handleiding cliëntdossier verzorgingshuiszorg, protocol decubituspreventie januari 2006;*
- *Overzicht klantvraag Op de Laan 25-01-2010;*
- *Focus op optimale inzet Op de Laan, oktober 2009;*
- *Overzichtslijst voorbehouden en risicovolle handelingen St. HWWZ., locatie Op de Laan (06-01-'10);*
- *Bopz en Vrijheidsbeperkende maatregelen, overzicht vaardigheden personeel 06-01-2010;*
- *Planning bij- nascholing HWWZorg 2009;*
- *Notulen cliëntenraad Op de Laan 27-10-2009 en 01-12-2009;*
- *Notulen werkgroep valpreventie 8 oktober 2009.*

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*
- *Richtlijn probleemgedrag met herzien medicatieparagraaf, NVVA, 2008*
- *Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij dementie, Radboud en ZON-MW, 2008*

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. Lichamelijk welbevinden

norm

De cliënt mag rekenen op een schoon en verzorgd lichaam.

Met het oog op een schoon en verzorgd lichaam is er sprake van:

- passende hulp bij wassen/douchen (dagelijks, op afspraak);
- passende hulp bij gebitsverzorging, 's ochtends en 's avonds;
- passende hulp bij nagelverzorging;
- passende hulp bij toiletgang (naar behoefte, op afroep);
- passend gebruik van adequaat incontinentiemateriaal (uitsluitend indien nodig, op tijd verschoond en verzorgd)
- passende hulp bij aan-/uitkleden (op afspraak);
- verzorgd gekleed zijn.

De afspraken met betrekking tot de passende hulp bij lichamelijke verzorging zijn opgenomen in het zorg(behandel)-leefplan.

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 | - 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 |

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 en 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 wel/niet 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 wel/niet een 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 en
- 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 zorgwaarde 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, oktober 2007.

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.