



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Amstelring Groep
t.a.v. de raad van bestuur
Postbus 9225
1006 AE AMSTERDAM

Raad van Bestuur	
Par.	W
- 1 MEI 2017	129
CC:	
Scan: RJB, RR, SK, MdG, RB	
Archief: IGZ	

Datum 25 april 2017

Onderwerp vastgestelde rapportage inspectiebezoek Leo Polak

eigenaar: Ruth Bayd

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
C. Dekker
ri.utrecht@igz.nl

Ons kenmerk
2017-
1401983/V1010440/CD/bvp

Uw kenmerk
RVB U-9035-2017 IB/RR/lw

Uw brief
20 maart 2017

Bijlage
Vastgesteld rapport

Geachte raad van bestuur,

Op 17 januari 2017 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek aan Leo Polak in Amsterdam. Het bezoek is gebracht door mevrouw M.W.M.H. Vos-Ceelen, coördinerend/specialistisch inspecteur en dhr. S.W.J. Hopman, senior inspecteur.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 22 februari 2017 met kenmerk 2017-1382286/V1010440/CD/ak een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 22 maart 2017 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

Op 20 maart 2017 ontving de inspectie in goede orde uw reactie op het conceptrapport. Hieronder volgt de reactie van de inspectie.

Uw reactie heeft geleid tot aanpassingen in het inspectierapport.

Thema 1; sturen op kwaliteit en veiligheid;

- 1.2b; op basis van uw reactie is de bevinding bij dit beoordelingsaspect aangepast;
 - o In de bevinding staat nu dat ieder team twee MIC-coördinatoren heeft;
 - o Aan de bevinding is uw reactie op het concept rapport als volgt toegevoegd: *In de reactie op het conceptrapport, gaf de bestuurder aan dat de MIC-coördinatoren de meldingen analyseren en verbeteracties uitzetten. Kwaliteitsverpleegkundigen ondersteunen de MIC-coördinator hier desgewenst bij. Verder gaf de bestuurder aan dat het programma i-Prova medewerkers ondersteunt bij de registratie en systematische analyse van meldingen. Ook gaf de bestuurder een toelichting op de werkwijze en doelstelling van het project 'Implementatie PDCA/MIC' en de 'Werkwijze MIC locaties Leo Polak en Wolbrantskerkweg'.*

De beoordeling van de inspectie van dit beoordelingsaspect is echter niet gewijzigd; uit uw toelichting blijkt dat de structuur is ingericht om een systematische analyse plaats te laten vinden. Uit



- de gesprekken en inzage van stukken door de inspectie bleek echter dat deze (systematische) analyse niet voldeed;
- 1.8a; uw reactie op de bevinding onder dit beoordelingsaspect heb ik (samengevat) toegevoegd aan de bevinding in het vastgestelde rapport. Dit beoordelingsaspect en deze norm heb ik daardoor nu als voldoende beoordeeld. De inspectie heeft begrip voor uw reactie maar constateerde ook dat medewerkers aangaven dat zij meestal niet aan de gewenste activiteiten/activering toekwamen.

Ons kenmerk
2017-
1401983/V1010440/CD/bvp

Datum
25 april 2017

Thema 2; cliëntdossier

- 'Correctie toelichting'; op basis van uw reactie heb ik in de eerste zin van de algemene toelichting 'Omaha' vervangen door 'ONS'. In de vijfde regel daardoor 'Omaha' vervangen door 'Omaha-systeem'. Uw opmerking over de verleden tijd schrijfvorm van de koppeling die tussen Ysis en ONS 'bestaat' in plaats van 'bestond', begrijp ik maar neem ik niet over omdat de huidige schrijfwijze van de inspectie de verleden tijd betreft.
- 2.2a; op basis van uw reactie bij dit beoordelingsaspect, deel ik met u dat de beschrijving te algemeen en onvoldoende herleidbaar is. De bevinding bij dit beoordelingsaspect is daardoor verwijderd en het beoordelingsaspect als voldoende beoordeeld. De beoordeling van de norm wijzigt echter niet.
- 2.4a; in uw reactie geeft u aan dat u vindt dat de inspectie dit beoordelingsaspect als 'niet beoordeeld' zou moeten beoordelen. De inspectie constateerde dat risicoanalyses op inzicht van een medewerker werden bepaald. Het niet standaardiseren van een risicoanalyse binnen een methodische behandelsetting als Leo Polak, geeft volgens de inspectie risico's op individuele beoordelingen of het risico juiste risico-beoordelingen te missen. Ik laat daarom deze bevinding staan, omdat van een zorgaanbieder verwacht mag worden dat risicobeoordeling methodisch en niet (geheel) persoonsafhankelijk wordt bepaald;
- 2.5c; op basis van uw reactie is de bevinding t.a.v de GRZ als volgt gewijzigd; *'Binnen de GRZ zat de verantwoordelijke verzorgende IG/verpleegkundige het MDO voor en was er meer structurele aandacht tussen zorgteam en behandelaren. De kwaliteitsverpleegkundige is indien gewenst, beschikbaar om het MDO te begeleiden'*. Uw reactie over de aanwezigheid van de eerste contactpersoon bij het MDO op Groepswonen is ten behoeve van deze verduidelijking aan de bevinding van beoordelingsaspect 2.6a toegevoegd;
- 2.6a; conform uw reactie is de bevinding 2.6a gewijzigd.

Thema 3; deskundigheid en inzet medewerkers

- 3.6 a en c; op basis van uw reactie begrijp ik dat er meer scholing is en wordt aangeboden dan de inspectie op basis van de aangeleverde documenten kon beoordelen. Ik verwijder daarom deze bevindingen en beoordeel de norm als 'niet beoordeeld'. Uit uw reactie spreekt u over scholing in 'de afgelopen jaren' en over het leertraject klinisch redeneren welke in maart 2017 start. De inspectie stelt daarbij vraagtekens over het aanbod van scholing in afgelopen jaar (2016) en/of relevante onderwerpen zoals belevingsgerichte zorg, omgaan met angst en dementie daarin recent terugkwamen.



- 3.7c; naar aanleiding van uw reactie voeg ik aan de bevinding het volgende toe: *'Uit de reactie van de bestuurder op het conceptrapport bleek dat Groepswonen van Leo Polak ten tijde van het inspectiebezoek geen openstaande vacatures had. Verder gaf de bestuurder aan dat zij gebruik maakten van een vaste groep flexmedewerkers. Deze vaste flexmedewerkers hebben toegang tot het ECD (ONS) en kunnen volgens de bestuurder wel over dezelfde informatie beschikken als de vaste medewerkers'*. Omdat deze informatie niet overeenkomt met de informatie en toelichting die de inspectie tijdens het bezoek kreeg, laat ik de bevinding en beoordeling verder ongewijzigd.

Ons kenmerk
2017-
1401983/V1010440/CD/bvp

Datum
25 april 2017

Thema 5; vrijheidsbeperking

- 5.6a; in uw reactie geeft u aan dat de registratie van de toestemming van de cliënt of cliëntvertegenwoordiger door de arts gebeurt en terug te vinden is in Ysis. De veldnorm geeft aan dat deze terug te vinden moet zijn in het cliëntdossier.

Hiermee heeft de inspectie het rapport vastgesteld. Bijgaand treft u het vastgestelde rapport aan.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt door plaatsing op haar website: www.igz.nl. Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igz.nl/onderwerpen).

De inspectie verwacht dat u de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. **Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie vóór 25 juli 2017 op haar e-mailadres: ri.utrecht@igz.nl, onder vermelding van het kenmerk van deze brief.** In dit resultaatsverslag staat per norm:

- of u binnen de gestelde termijn volledig voldoet aan de norm;
- welke aanpak en acties u heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe u heeft gemeten dat u volledig aan de norm voldoet;
- als u per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering –in kwalitatieve en kwantitatieve zin– u per de datum van het resultaatsverslag feitelijk heeft bereikt.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

C. Dekker,
senior inspecteur



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

Rapport
van het inspectiebezoek
aan Stichting Amstelring, locatie
verpleeghuis Leo Polak in
Amsterdam
op 17 januari 2017

Utrecht
april 2017

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusie en onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie 6
3	Handhaving 8
3.1	Inleiding 8
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 8
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 9
3.4	Beoordeling van overige locaties 9_Toc480973068
3.5	Vervolgacties inspectie 9
4	Bevindingen inspectiebezoek 10
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 11
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 20
4.3.1	Inleiding 20
4.3.2	Scores 20
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 25
4.4.1	Inleiding 25
4.4.2	Scores 25
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 30
4.5.1	Inleiding 30
4.5.2	Scores 30
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 34
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 35

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 17 januari 2017 een aangekondigd inspectiebezoek gebracht (met onaangekondigde elementen) aan Stichting Amstelring (hierna: Amstelring), locatie verpleeghuis Leo Polak (hierna: Leo Polak) in Amsterdam. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. De zorgaanbieder stemt de zorg af op de reële behoefte van de cliënt en levert de zorg in overeenstemming met de professionele standaard. Hierbij neemt de zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht en borgt hij dat de cliënt ook met respect wordt behandeld.

De inspectie vult haar taak in door erop toe te zien dat zorgaanbieders die onder toezicht staan, wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden naleven. Zij doet dit onder meer door het brengen van aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken. De inspectie oefent haar toezicht niet uit vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen een onontbeerlijk kader vormen voor goede zorg, en daarmee bijdragen aan de preventie van onnodige risico's voor cliënten. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

In 2015 en in de eerste drie kwartalen van 2016 bezocht de inspectie diverse locaties van Amstelring. Daarnaast sprak zij diverse malen met de raad van bestuur en raad van toezicht. De inspectie zag bij Amstelring een voorzichtig stijgende lijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Op een drietal onderwerpen bleven zorgen bestaan. Dit betrof het cliëntdossier, de inzet en deskundigheid van personeel en de medische regie van de behandeldienst. Amstelring bracht naar voren hier specifiek aandacht aan te besteden en deze onderwerpen eind 2016 op orde te hebben.

De inspectie had tijdens dit bezoek extra aandacht voor genoemde onderwerpen.

1.2 Doelstelling

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

1.3 Methode

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

- cliëntvertegenwoordigers
- uitvoerende medewerkers; verzorgenden en verpleegkundigen, teamcoaches en kwaliteitsverpleegkundigen
- behandelaars; een specialist ouderengeneeskunde (tevens de Eerste geneeskundige van de regio West, een psycholoog en een ergotherapeut
- de RVE-manager en een lid van de raad van bestuur (tijdens de terugkoppeling)
- inzage in diverse cliëntdossiers

- documenten, genoemd in bijlage 1
- een rondgang door de locatie.

Met dit instrument toetste de inspectie de geboden zorg aan de hand van de volgende thema's:

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

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Dit kan reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

1.4 Toetsingskader

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie

Organisatie

Leo Polak maakt deel uit van Stichting Amstelring Groep. Amstelring levert thuiszorg en zorg aan cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen in Amsterdam en omgeving. Leo Polak is een groot verpleeghuis in de wijk Osdorp in Amsterdam. De RVE-manager stuurt de locatie aan.

Cliënten

Leo Polak biedt zorg aan 103 cliënten met een somatische zorgvraag, waarvan 28 cliënten met behandeling (ZZP6) en 75 cliënten zonder behandeling. Verder verblijven er binnen Leo Polak 51 cliënten voor geriatrische revalidatie zorg (hierna: GRZ) en heeft Leo Polak vijf bedden voor cliënten met hospicezorg. Tot slot heeft Leo Polak twaalf groepswoningen voor cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag (hierna: pg-cliënten). Iedere groepswoning heeft zes cliënten, die overwegend een ZZP5 hebben. De cliënten op het groepswonen beschikken over een eigen zit/slaapkamer met gedeelde badkamer en toilet. Leo Polak biedt daarnaast thuiszorg en een uitgebreid pakket aan dagbesteding en dagbehandeling voor bewoners uit de wijk. Er zijn hierbij veel vrijwilligers actief binnen Leo Polak.

Zorgverlening

Leo Polak werkt sinds anderhalf jaar met zelforganiserende teams van verpleegkundigen en verzorgenden (niveau 3) en voedingsassistenten. Deze teams, zeventien in totaal, worden ondersteund door twee teamcoaches en twee kwaliteitsverpleegkundigen. Daarnaast heeft Leo Polak een zogenaamde steunstructuur die bijvoorbeeld de intakes doen, vragen over indicaties beantwoorden en administratieve taken verrichten. De teams van Leo Polak kunnen verder gebruik maken van het Intramuraal Servicecentrum Amstelring (ISA). Deze functioneert als vraagbaak.

Op het groepswonen werken per woning ongeveer vier á vijf medewerkers. Per twee woningen werken de medewerkers als één zelforganiserend team. Medewerkers verzorgen naast de dagelijkse zorg diverse andere taken zoals de was, inkoop en koken.

Behandeldienst

Binnen Leo Polak werken meerdere behandeldisciplines: specialist ouderengeneeskunde (SO), psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopediste, muziektherapeut en diëtist. De tandarts, mondhygiëniste en protheticus zijn verbonden aan de locatie en hebben een samenwerkingcontract met de organisatie.

Ontwikkelingen in de organisatie

Binnen Leo Polak is een aantal veranderingsprocessen gaande:

1. de overstap naar zelforganiserende teams. Dit traject startte in de zomer van 2015 en loopt nog door;
2. de invoering van het nieuwe elektronisch cliëntdossier op basis van de Omaha-systematiek. Leo Polak was een jaar geleden de eerste locatie die dit dossier invoerde. Momenteel vraagt de ontwikkeling van het methodisch werken vanuit het cliëntdossier de aandacht;
3. de transitie van verzorgingshuis- naar verpleeghuiszorg. Deze transitie maakte dat er meer deskundigheid vereist werd omdat de complexiteit van de cliëntpopulatie toeneemt en cliënten steeds korter verblijven binnen Leo Polak.

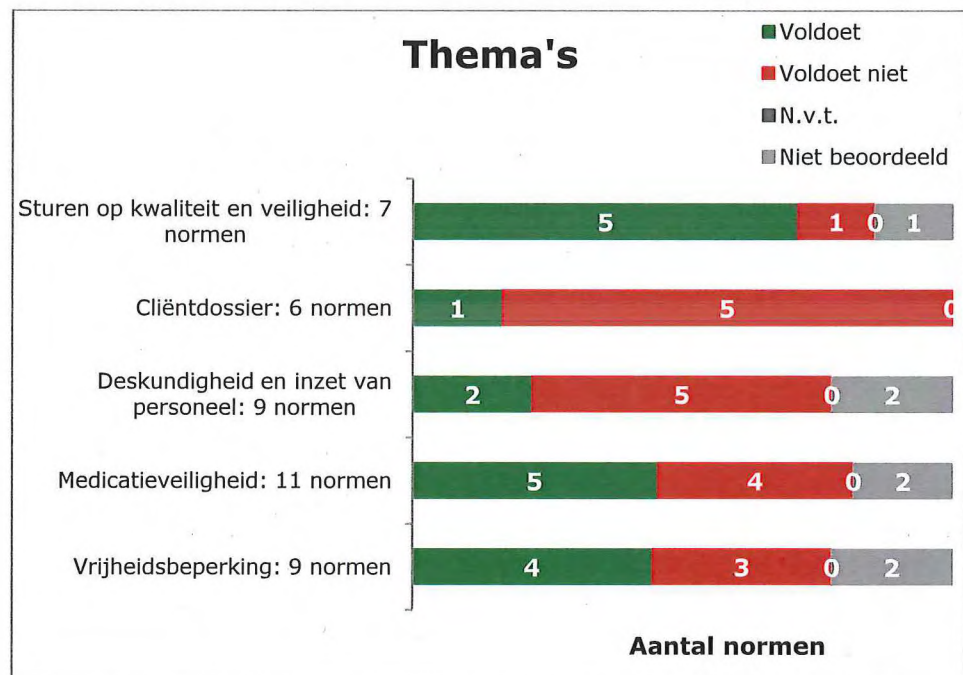
2 Conclusie en onderbouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

In alle thema's zit het onderwerp cliëntgerichtheid verweven. In dit 2^e hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van Leo Polak. De inspectie besteedt expliciet aandacht aan dit onderwerp, omdat goede zorg staat of valt met de mate waarin de cliënt invloed heeft op de invulling van deze zorg. In kwaliteitskaders en wetgeving krijgt cliëntgerichtheid een steeds prominentere plaats.

2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste.



2.2 Conclusie

2.2.1

Veel eisen aan medewerkers zetten cliëntgericht werken onder druk

De inspectie trof gemotiveerde medewerkers aan. Voor de medewerkers is het door diverse omstandigheden lastig om voldoende aan te sluiten bij de wensen

en behoeften van de cliënten. Medewerkers hadden onvoldoende tijd om (te reflecteren op het) cliëntgericht werken. Verder vraagt de zelforganisatie van medewerkers dat zij zelf afwegingen maken in bijvoorbeeld de risicoanalyses per cliënt, en de deelname aan overleg- en scholingsmomenten die er zijn. Het management dient volgens de inspectie te reflecteren op de ontstane situatie en hierin keuzes te maken en te sturen op betere randvoorwaarden voor medewerkers.

2.2.2 *Medicatieveiligheid voldoet niet aan veilige principes*

Volgend op de hiervoor beschreven druk op medewerkers, lukt het de medewerkers niet om alle afspraken ten aanzien van de medicatiedistributie na te leven. Daarnaast dient het management hierop beter te sturen en afspraken te volgen en na te laten komen.

2.2.3 *Medische regie verder professionaliseren*

Uit het inspectiebezoek houdt de inspectie een beeld over van welwillende medewerkers en behandelaars, die vertrouwen op de onderlinge afstemming in de praktijk van alledag. De vastlegging van afspraken, overwegingen voorafgaand aan vrijheidsbeperking en de omschrijving van psychosociale interventies én de rapportage daarover, waren niet navolgbaar. De medische regie ligt bij de behandelaars die vertrouwen op de goede uitwerking in de praktijk. Het werken op een grote locatie, met complexe cliënten en veel personeel vraagt echter om een objectievere weergave van overwegingen per cliënt en de voortgang op basis van rapportages. Het management dient aan te sturen op een professionalisering van de medische regie en dient een analyse te maken van deze disbalans.

2.2.4 *Nieuwe ECD nog onvoldoende geborgd*

De bevindingen van de inspectie kwamen overeen met het beeld van de RVE-manager die vertelde dat er verdere ontwikkeling nodig was in het werken aan een goed cliëntdossier. Dit betrof met name het methodisch en cyclisch werken aan de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntdossier. Doordat de dossiers niet allemaal volledig waren was belangrijke informatie over de cliënt en gemaakte afspraken en overwegingen niet altijd navolgbaar. De inspectie constateerde dat de basis gelegd was, maar dat er nog geen sprake was van een geborgd systeem.

2.2.5 *Leren van (bijna) fouten*

Er was beperkte informatie over de verbetermaatregelen die de zorgaanbieder inzette naar aanleiding van meldingen over (bijna) fouten. Een systematische analyse van de meldingen en verbetermaatregelen hierop zag de inspectie tijdens het bezoek niet. Onduidelijk bleef in hoeverre de zorgaanbieder op grond van (bijna) fouten leert en verbetermaatregelen inzet op micro-, meso-, en macroniveau om herhaling van soortgelijke situaties in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om te voldoen aan de normen in paragraaf 3.2.

3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.3 In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.
- 3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.
- 3.2 Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 4.5 Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie¹ niet aan.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.
- 5.2 Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken het (probleem)gedrag van de cliënt.
- 5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of

¹ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

gedragsinterventie plaats.

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

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie drie maanden na de datum van de begeleidende brief bij het vastgestelde rapport.

In dit resultaatsverslag staat per norm:

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

3.4 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of de bij overige locaties of teams geboden zorg ook aan alle getoetste normen voldoet en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

3.5 Vervolgacties inspectie

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

4 Bevindingen inspectiebezoek

Dit hoofdstuk bevat per thema een inleiding, de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt zo nodig een toelichting op de scores.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Leo Polak nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. De score 'niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Leo Polak wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 Inleiding

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

4.1.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de bevindingen op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.		x		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		x		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ² .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.	x			
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.				x
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.	x			
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			

2 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing, tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een Verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	x			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een Verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>	x			

Toelichting

- 1.2 b)** Leo Polak had geen MIC-commissie. Ieder team had twee MIC-coördinatoren. Deze bekeek de meldingen en besloot wat er met een melding diende te gebeuren. Wanneer een bepaalde melding vaker voorkwam, werden deze meldingen besproken met betreffende collega of het team. Uit de gesprekken met medewerkers en de inzage van de MIC-overzichten, bleek niet dat er een systematische analyse van meldingen plaats vond.
In de reactie op het conceptrapport gaf de bestuurder aan dat de MIC-coördinatoren de meldingen analyseren en verbeteracties uitzetten. Kwaliteitsverpleegkundigen ondersteunen de MIC-coördinator hier desgewenst bij. Verder gaf de bestuurder aan dat het programma i-Prova medewerkers ondersteunt bij de registratie en systematische analyse van meldingen. Ook gaf de bestuurder een toelichting op de werkwijze en doelstelling van het project 'Implementatie PDCA/MIC' en de 'Werkwijze MIC locaties Leo Polak en Wolbrantskerkweg'.
- 1.2 c)** Binnen Leo Polak vond geen systematische analyse van meldingen plaats op locatie- of teamniveau (zie 1.2 b). Uit de diverse kwartaalverslagen MIC (per afdeling) bleek niet aantoonbaar dat Leo Polak passende verbetermaatregelen nam op basis van een analyse. Deze kwartaalverslagen bevatten enkel kwantitatieve informatie over de frequentie, tijdstippen en oorzaken van incidenten.
- 1.3 b)** Uit het gesprek met de RVE-manager bleek dat Leo Polak informele klachten en opmerkingen van cliënten en vertegenwoordigers oppakte. Medewerkers bespraken klachten of opmerkingen met de cliënt of cliëntvertegenwoordigers. Medewerkers informeerden de RVE-manager hierover. In enkele situaties nam de RVE-manager de bespreking van klachten over van de medewerkers, zodat zij konden richten op de dagelijkse zorg van de betreffende cliënt. Een klachtenfunctionaris van Amstelring was regelmatig aanwezig op de locatie en ondersteunde de klachtafhandeling.
Uit diverse klachtenregistraties bleek dat Leo Polak de informatie uit de klachten gebruikte voor verbeteracties.
- 1.4** Voor de groepswoningen voor pg-clieuten, formeerde de RVE-manager een familieraad. Daarnaast had Leo Polak een cliëntenraad voor de

gehele locatie. Beide raden waren uiterst tevreden over de samenwerking met het management. Zij vonden dat zij goed werden geïnformeerd door de RVE-manager. Aandachtspunten of suggesties die de raden bespraken, werden door de RVE-manager serieus genomen en indien mogelijk opgepakt.

Beide raden organiseerden diverse activiteiten en namen deel aan de ontwikkeling vanuit Waardigheid en Trots. Zij waren betrokken bij een plan om de gangen op de groepswoningen beter aan te gaan kleden. Verder waren zij betrokken bij het idee om ook voor de groepswoningen kleinschalige activiteiten te organiseren.

Beide raden waren zeer tevreden over de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning. Zij hadden daarbij zorgen over de personele inzet die onder druk stond. De cliëntenraad merkte op dat een bewoner soms onrustig werd, doordat een medewerker een andere bewoner verzorgde.

- 1.8 a)** Medewerkers op groepswonen probeerden zelf de nodige individuele activiteiten te organiseren voor cliënten, maar kwamen hier niet altijd aan toe. Medewerkers kregen ondersteuning van stagiaires, vrijwilligers en mantelzorgers om passende activiteiten uit te voeren. Daarnaast organiseerde Leo Polak diverse centrale activiteiten, waar ook de pg-cliënten aan deelnamen. Op de dag van de inspectie zag zij in de huiskamers op de groepswoning geen individuele activiteiten of groepsactiviteiten.

In de reactie op het conceptrapport gaf de bestuurder aan dat er een breed scala aan activiteiten wordt aangeboden, zowel centrale activiteiten binnen Leo Polak als activiteiten op het groepswonen. Verder merkte zij op dat ten tijde van het inspectiebezoek een grote stroom- en waterstoring in Amsterdam maakte dat medewerkers gegeven de omstandigheden mogelijk prioriteit aan andere zaken moesten geven.

4.2 Thema 2: cliëntdossier³

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening, afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt, stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

³ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

4.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.⁴	x			
a)	Voor iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.		x		
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.		x		
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.		x		
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg-/ondersteuningsdoelen.		x		
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.		x		

4 Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een persoonsgebonden budget (pgb). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.		X		
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - huidletsel - incontinentie - vallen - problemen medicatiegebruik - ondervoeding/overgewicht - probleem- of onbegrepen gedrag - mondzorg		X		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	X			
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		X		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		X		
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		X		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		X		
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.⁵		X		
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.	X			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	X			
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.		X		

⁵ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau, die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

Toelichting

Leo Polak gebruikte een digitaal cliëntendossier (ONS) en een medisch behandel dossier (Ysis). Tussen beide dossiers bestond een digitale koppeling. Behandelaars bepaalden welke informatie uit Ysis voor zorgmedewerkers zichtbaar was in het cliëntdossier. Leo Polak was de eerste locatie van Amstelring die startte met Omaha-systeem. In het Omaha Systeem is geen sprake van problemen en doelen maar van 42 aandachtsgebieden met vier soorten acties en 75 actievlakken. Medewerkers moeten voor het opstellen van het zorgplan hieruit keuzes maken. De dagelijkse zorg wordt apart beschreven in de 'zorgkaart'.

Medewerkers kunnen in het ECD op de zorgplanpagina direct rapporteren op de aandachtsgebieden. Daarnaast is er een apart formulier 'Dossier' voor overige rapportages.

De RVE-manager vertelde dat er nu een goed basisdossier was, maar dat verdere ontwikkeling nog nodig was. Dit betrof met name het methodisch en cyclisch werken aan de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntdossier.

- 2.1 b) In een cliëntdossier zag de inspectie dat medewerkers een uitgebreide levensgeschiedenis van de cliënt beschreven. In andere dossiers was deze beschrijving veelal niet aanwezig. Medewerkers sloegen deze informatie op diverse manieren in het dossier op. Daardoor was deze informatie niet altijd direct te vinden of kon de inspectie deze niet inzien.
- 2.1 c) Cliënten of hun vertegenwoordigers stemden in met het zorgplan. De registratie van deze instemming in de vorm van een handtekening had nog wat achterstand. Medewerkers waren hierin afhankelijk van de reactie van cliëntvertegenwoordigers.
- 2.2 b) De koppeling tussen het elektronisch cliëntdossier en het medisch behandel dossier bevatte hiaten. In een aantal cliëntdossiers kon de inspectie relevante diagnostiek, een medische anamnese of onderzoeksgegevens van een cliënt voor medewerkers niet terug vinden. Uit de dossierinzage was in een aantal situaties onduidelijk waarom medewerkers bepaalde behandelingen inzetten. Uit de gesprekken met medewerkers bleek dat zij dit meestal wel wisten, maar dat de diagnose niet genoteerd was.
- 2.3 a) Niet alle cliëntdossiers bevatten relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines. Zie 2.2 b.
- 2.3 b) Bij enkele cliënten waren relevante disciplines niet aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over actievlakken/acties. Zo bleek uit het cliëntdossier van een cliënt met onbegrepen gedrag niet dat er een psycholoog betrokken was. Ook zag de inspectie in de dossiers geen rapportages van diëtist of ergotherapeut, terwijl deze wel bij de zorg van de betreffende cliënten betrokken waren.
- 2.3 c) De inspectie trof geen wondbehandelplannen aan bij cliënten met wondverzorging, geen instructies voor het gebruik tafelbladen of bedhekken en voor cliënten met onbegrepen gedrag was er niet altijd een omgangsadvies vastgelegd.
- 2.4 a) De cliëntdossiers bevatten cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken. Het was voor de inspectie niet mogelijk om te bepalen of de beschreven risico's relevant en volledig waren. Medewerkers beschreven namelijk alleen de risico's die zij herkenden vanuit de eigen deskundigheid.

De inspectie zag niet dat Leo Polak een multidisciplinaire risicoanalyse uitvoerde aan de hand van objectieve standaarden.

- 2.4 b)** De medewerkers omschreven actievlakken/acties welke pasten bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.
- 2.5 a)** Bij enkele cliënten bevatte het cliëntdossier geen beschrijving van de wensen, behoeften en levensgeschiedenis. Daarnaast bepaalden medewerkers zelfstandig de aanwezige cliëntgebonden risico's. Het was voor de inspectie daardoor niet aantoonbaar dat de wensen en behoeften van de cliënt, de actievlakken/acties een logische samenhang hadden. De inspectie trof bijvoorbeeld in een rapportage aan hoeveel vocht een cliënt tijdens de dienst van deze medewerkers innam. Bij andere diensten rapporteerden medewerkers hier niet over. In de risico-inventarisatie beschreven medewerkers dit niet als een mogelijk risico. Ook werd niet duidelijk wat het doel van deze vochtregistratie was en hoelang deze moest plaatsvinden.
- 2.5 b)** De inspectie zag dat (dagelijkse) rapportages veelal niet gekoppeld waren aan de actievlakken/acties. Medewerkers rapporteerden vooral de bijzonderheden en/of de dagelijks gegeven verzorging. Medewerkers gaven aan dat ze weinig tijd hadden om te rapporteren op actievlakken/acties, maar vertelden dat ze onderling wel nadrukkelijk elkaars aandacht vroegen om doelgericht te rapporteren. Bij een bedlegerige cliënt gaf de SO de opdracht om extra aandacht te hebben voor wonden aan hiel en stuit van de cliënt. In een eerder stadium had deze cliënt wonden waarover medewerkers summier rapporteerden. Uit het cliëntdossier werd niet duidelijk of deze wonden inmiddels genezen waren.
- 2.5 c)** De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gingen niet aantoonbaar over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, aandachtsgebieden en actievlakken/acties. In de cliëntdossiers die de inspectie inzag was geen evaluatie van de geboden zorg aanwezig. Medewerkers en behandelaars merkten op dat zij in de praktijk hier wel aandacht aan besteedden. Medewerkers en behandelaars merkten op dat de MDO-systematiek binnen de GRZ verder ontwikkeld was. Binnen de GRZ zat de verantwoordelijke verzorgende IG/verpleegkundige het MDO voor en was er meer structurele aandacht tussen zorgteam en behandelaren. De kwaliteitsverpleegkundige is indien gewenst beschikbaar om het MDO te begeleiden.
- 2.6 a)** Leo Polak nodigde bij ieder multidisciplinair overleg (hierna: MDO) de cliënt of cliëntvertegenwoordiger (eerste contactpersoon) uit. Sinds kort konden cliëntvertegenwoordigers meekijken in het cliëntdossier. Leo Polak was de eerste locatie van Amstelring die deze mogelijkheid implementeerde. Hiermee hoopte Leo Polak het contact tussen medewerkers en cliëntvertegenwoordigers te optimaliseren en waar nodig de zorg te verbeteren.
- 2.6 c)** Een aantoonbare evaluatie van de gemaakte afspraken over de nageleefde zorg-/ondersteuningsbehoeften, aandachtsgebieden en actievlakken/acties ontbrak. In de cliëntdossiers bevond zich wel een door de cliëntvertegenwoordiger ondertekende versie van het bijgestelde zorgplan. Hoe de uitkomst van de evaluatie werd gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan was daarin niet duidelijk.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daar om vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

4.3.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.		x		
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.		x		
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.		x		
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.		x		
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.		x		
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.		x		
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.		x		
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.		x		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		x		
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				x
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.				x
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.		x		
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.		x		
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken de vakinhoudelijke specialisten gemakkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.				x
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.				x
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.				x

Toelichting

- 3.1** Uit de dossierinzage en gesprekken met medewerkers bleek dat het aan tijd ontbrak om cliënten methodisch en actief te ondersteunen. Dit betrof zowel de ondersteuning in het verzamelen van behoeften en wensen door cliënt als ook de wijze waarop medewerkers hierop konden reageren met adequate acties.
- 3.2 a)** Medewerkers waren zich bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenden invloed had op het gedrag van die cliënten. Volgens de medewerkers ontbrak het hen vooral aan tijd om hierover met elkaar af te stemmen en om dit in de praktijk vorm te geven. Er was bijvoorbeeld niet een structureel omgangsoverleg waarin medewerkers en behandelaars gezamenlijk het gedrag en de beste benadering van cliënten bespraken. De cliëntenraad herkende dat het voorkwam dat een cliënt onrustig werd, wanneer een medewerker met een andere cliënt bezig was.
- 3.2 b)** De RVE-manager vertelde dat de bejegening van cliënten aandacht kreeg tijdens de werkoverleggen. Zij stimuleerde medewerkers om de bejegening persoonlijk te maken "hoe zou je jouw eigen opa of oma benaderen?". Medewerkers hadden maandelijks een werkoverleg en namen tweemaal per jaar deel aan een multidisciplinair casuïstiekoverleg. Bij het werkoverleg waren niet alle medewerkers aanwezig. Medewerkers en behandelaars gaven aan dat zij de bejegening van cliënten met elkaar bespraken. Uit de dossierinzage en gesprekken met medewerkers bleek dat medewerkers hier niet actief mee bezig waren.
- 3.3 a)** Medewerkers waren onvoldoende bekend met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten. In de meeste cliëntdossiers waren deze niet beschreven. Voor invalkrachten of collega's van een ander team, was het voor de meeste cliënten niet bekend wat de specifieke zorg- en ondersteuningsbehoeften waren.
- 3.3 c)** Medewerkers ervoerden voldoende vakinhoudelijke ondersteuning van vakinhoudelijke specialisten en verpleegkundigen met aandachtsgebieden (zoals de kwaliteitsverpleegkundigen en teamcoaches). De inspectie hoorde dat medewerkers dit voldoende vonden, maar zag de ondersteuning van een psycholoog en andere behandelaars onvoldoende terug in de vastgelegde informatie, afspraken en acties bij verschillende cliënten.
- 3.4 a)** Medewerkers waren onvoldoende bekend met relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies of zij pasten deze niet altijd toe. Bijvoorbeeld ten aanzien van de medicatiedistributie, bleek dat medewerkers diverse afspraken niet uitvoerden conform het intern protocol medicatiedistributie. Medewerkers dienden elkaar bij het ontbreken van een paraaf te bellen. Daardoor werden ontbrekende parafen ingevuld en was het eigenlijk niet mogelijk dat parafen ontbraken. Toch zag de inspectie dat de nodige parafen ontbraken. Zie verder de beschrijving van bevindingen onder thema 4. Op een groepswoning zag de inspectie dat keuringsstickers op twee tilliften waren verlopen. Volgens medewerkers onderhield de technisch dienst van Leo Polak deze hulpmiddelen.
- 3.7 b)** Van verschillende gesprekspartners vernam de inspectie dat medewerkers onvoldoende tijd hadden om de gewenste en soms noodzakelijke individuele aandacht aan cliënten te geven. Medewerkers moesten in hun dagelijkse diensten naast de individuele zorg aan cliënt, zorg dragen voor extra huishoudelijke taken zoals wassen, strijken, schoonmaken en het oplossen van diensten bij ziekte.

- 3.7 c)** Medewerkers vertelden dat vacatures moeizaam werden ingevuld. Daardoor moesten zij relatief vaak een beroep doen op flexkrachten. De wijze waarop Leo Polak (tijdelijke) invalkrachten inzette, gebeurde niet op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord was. Invalkrachten konden namelijk niet in een oogopslag zien wat de wensen of behoeften van een cliënt waren of andere specifieke kenmerken die belangrijk waren in de ondersteuning of bejegening van cliënten. Uit de reactie van de bestuurder op het conceptrapport bleek dat Groepswonen van Leo Polak ten tijde van het inspectiebezoek geen openstaande vacatures had. Verder gaf de bestuurder aan dat zij gebruik maakten van een vaste groep flexmedewerkers. Deze vaste flexmedewerkers hebben toegang tot het ECD (ONS) en kunnen volgens de bestuurder wel over dezelfde informatie beschikken als de vaste medewerkers.
- 3.8 a)** Behandelaren gaven aan dat zij heel vaak op de werkvloer aanwezig waren. De inspectie had wel zorgen of de behandelaars voldoende voor medewerkers konden betekenen vanwege de samenstelling van de teams en het feit dat zij altijd slechts één medewerker per team troffen tijdens bijvoorbeeld de visites. Behandelaren maakten gebruik van de beperkte mogelijkheden zoals het teamoverleg om tegelijkertijd meerdere medewerkers te adviseren en te ondersteunen. De behandelaars vertelden dat zij een belangrijke factor waren om de samenhang en continuïteit in de behandeling te volgen en te borgen.
- 3.8 b)** Medewerkers gaven aan dat behandelaars beschikbaar waren wanneer dit nodig was.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1

Inleiding

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

4.4.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	X			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de 'Veilige principes in de medicatieketen' ⁶ .	X			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	X			
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.	X			
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.	X			
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie, staan in het cliëntdossier.	X			
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.	X			

6 Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.				x
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁷ niet aan.		x		
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁴ heeft uitgezet.		x		
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.		x		
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.		x		
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.		x		
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			

7 GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.		X		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.		X		
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.		X		
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.		X		
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS⁸-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	X			
a)	Voor niet-GDS ⁸ -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	X			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	X			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	X			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.		X		
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.		X		
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				X
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				X
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				X

8 GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.				X
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.				X
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.				X
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	X			
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	X			

Toelichting

- 4.5 a)** Medewerker pasten bij (tussentijdse) medicatiewijzigingen zelf de medicatie aan die de apotheek in baxterrollen uitzette. Het medicatiebeleid van Amstelring omschreef dat het zorgmedewerkers niet is toegestaan om na een medicatiewijziging de baxterzakjes te openen en de inhoud aan te passen.
- 4.6 a)** Op de groepswoningen waren medicatiekasten afgesloten. Alleen medewerkers die geschoold waren in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hadden hier toegang toe. In de centrale voorraad stond een kast steriele middelen en overige medische middelen voor bijvoorbeeld het uitvoeren van dagcurves. Deze kast was niet afgesloten.
- 4.6 b)** Leo Polak had afspraken over de wijze van het afvoeren van retourmedicatie. De uitvoering van deze afspraken gebeurde echter onvoldoende zorgvuldig. De retourbak bevatte een klep waar medewerkers de retourmedicatie indeden. Onder de klep lagen diverse restanten (gruis en hele of gedeeltelijke pillen) van medicamenten waaronder een tablet Haloperidol.
- 4.7 a)** De periodieke controle op de medicatievoorraad voldeed niet. In de medicatievoorraad lagen doosjes medicatie waarvan het etiket handmatig was aangepast. Op een doosje Fentanyl 75 was het aantal van tien stuks handmatig aangepast naar vijf. In de werkvoorraad lagen op naam gestelde medicijnen van cliënten. Het betrof kuurtjes die afgemaakt moesten worden. De inspectie trof van Doxycycline meer voorraad aan dan maximaal aanwezig zou moeten zijn volgens de lijst. Dit betrof onder andere medicatie van een andere apotheek. In een kast bij de centrale medicatievoorraad lagen diverse steriele middelen waarvan de houdbaarheid was verstreken. Dit betrof onder andere een veiligheidspennaald en teststrips voor bloedglucose. In de kast en de bakjes in de kast lagen diverse steriele middelen geopend uit de verpakking (zoals wondverbanden) en een bakje bevatte vervuilde 'steriele' handschoenen. In de centrale voorraad en in een

medicatiekast op groepswonen, lagen doosjes medicatie waaraan medewerkers medicatie uit een ouder doosje hadden toegevoegd.

4.7 b) In het bakje van een van de cliënten in de huiskamer lagen losse strips medicatie zonder een op naam-gesteld geëtiketteerd doosje.

4.7 c) Medewerkers noteerden de openingsdatum op medicinale druppels en zalven. Op verschillende verpakkingen was de openingsdatum niet of slecht leesbaar. In de centrale voorraad lag in een kast een flesje betadine met een houdbaarheidsdatum van oktober 2016.

4.9 a) Op verschillende toedienlijsten van verschillende groepswoningen ontbraken diverse parafen op de medicatietoedienlijsten.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 Inleiding

Onder het begrip 'vrijheidsbeperking' verstaat de inspectie alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Dit begrip heeft voor de inspectie al jaren een grotere reikwijdte dan de vrijheidsbeperkende maatregelen die de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft.

Kwetsbare mensen zijn in hun dagelijkse leven afhankelijk van zorgverlening door professionals. Vrijheidsbeperking heeft een grote impact op hun kwaliteit van bestaan. Door langdurige en/of door onjuiste toepassing van vrijheidsbeperking kan bij hen grote fysieke en psychische schade ontstaan.

Binnen het thema vrijheidsbeperking beoordeelt de inspectie zowel maatregelen die leiden tot preventie en terugdringing van vrijheidsbeperking als de zorgvuldigheid waarmee besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking plaatsvinden.

Uit wetenschappelijk onderzoek en uit praktijksituaties blijkt dat terugdringing van het aantal vrijheidsbeperkingen in de ouderenzorg en in de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking mogelijk is. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is een structureel bewustzijn bij zorgaanbieders en medewerkers over de verschillende vormen van vrijheidsbeperking en de impact die het toepassen van vrijheidsbeperking op cliënten heeft. Ook is het van belang dat zorgaanbieders en medewerkers te allen tijde op de hoogte zijn van de actuele kennis over vrijheidsbeperking.

4.5.2 Scores

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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).		x		
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.		x		
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.				x
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe, volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.				x
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.				x
5.9	De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 38.5 en 39 van de Wet Bopz op locatie- of teamniveau.	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.				x

Toelichting

5.2 In een aantal cliëntdossiers was geen uitkomst van een (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt aanwezig. Bij de betreffende cliënten werden wel vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet. Bij de weergave van het besluit tot een vrijheidsbeperkende middel of maatregel, waren de velden waarin de SO de overweging kon weergeven leeg. De behandelaars vertelden dat zij het cliëntdossier niet raadpleegden om bijvoorbeeld het effect van benaderingsadviezen te beoordelen. Zij vertelden dat ze dit tijdens de visites deden. Medewerkers rapporteerden niet op deze effecten. De inspectie zag in dossiers geen benaderingsadviezen. Het was voor de inspectie daardoor niet

duidelijk of de behandelaars de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) beoordeelden in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.

- 5.3 a)** In de cliëntdossiers was niet aantoonbaar zichtbaar dat medewerkers een psychosociale of gedragsinterventie uitvoerden voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca. De inspectie zag in geen enkel dossier de opdracht tot een dergelijke interventie en medewerkers rapporteerden niet op doelen of acties die de psyche of het welbevinden van de cliënt betroffen. Behandelaars vertelden dat zij de administratieve verantwoording van dergelijke interventies, de effecten en de beoordeling in het dossier van minder belang vonden.
- 5.6 a)** Tijdens de dossierinzage zag de inspectie niet dat cliëntvertegenwoordigers aantoonbaar toestemden voor de toepassing van vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- ONS Ontwikkelplanning, 1^e kwartaal 2017;
- Overzicht vrijheidsbeperkende maatregelen; d.d. 17-1-2017;
- Toelichting bij aanvraag Verklaring Omtrent Gedrag; versie 2016 11 02;
- Medicatiebeleid door de locatie van Amstelring – in samenwerking met de toezichthoudende apotheken; beleid versie 2, d.d. 17-1-2017;
- Diverse medicatieprotocollen; toedienen van medicatie, voorraadbeheer, controle en voorraad van de koelkast;
- Clientervaringsonderzoek; d.d. februari 2015;
- Invoer fte;
- Fte overzicht realisatie 2016;
- Klachtenregeling Amstelring; d.d. 22-12-2016;
- Overzicht verzuim 2016; januari-november 2016; dd.12-12-2016;
- Resultaten van de klachtenregistraties t/m december 2016; per afdeling;
- Kwartaalverslagen MIC, derde kwartaal 2016; per afdeling;
- Overzicht realisatie scholingen 2015 en 2016;
- Planning scholing voorjaar 2017;
- Overzicht bevoegd- en bekwaamheidsregistratie;
- ZZP-overzicht cliënten Leo Polak;
- CQ clientervaringsonderzoek Leo Polak, afdeling Somatiek, d.d. februari 2015;
- CQ clientervaringsonderzoek Leo Polak, afdeling Saafingenstraat – vertegenwoordigers van bewoners pg, d.d. februari 2015;
- Begroting Groepswonen Leo Polak 2016 vs 2017;
- Medewerkersonderzoek, meting november 2016;
- Respons MTO; overzicht respons medewerkersonderzoek alle locaties Amstelring;
- Teamkompas versie 25012017;

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

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz)⁹.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaire en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.

⁹ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.