



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

Rapport  
van het inspectiebezoek  
aan Stichting Christelijke  
Zonnehuisgroep IJssel-Vecht,  
locatie Het Zonnehuis  
in Zwolle op 25 januari 2017

Utrecht  
april 2017

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
<b>2</b>	<b>Conclusie en onderbouwing 6</b>
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen 6
2.2.1	Een duidelijke leercultuur bij het Zonnehuis 7
2.2.2	Goede zorg maar medewerkers kunnen meer ondersteund worden 7
2.3	Het Zonnehuis organiseert de zorg om de cliënt heen 7
<b>3</b>	<b>Handhaving 8</b>
<b>4</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek 9</b>
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 10
4.1.1	Inleiding 10
4.1.2	Scores 10
4.2	Thema 2: cliëntdossier 14
4.2.1	Inleiding 14
4.2.2	Scores 15
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 18
4.3.1	Inleiding 18
4.3.2	Scores 18
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 22
4.4.1	Inleiding 22
4.4.2	Scores 22
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 26
4.5.1	Inleiding 26
4.5.2	Scores 26
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten 30</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 31</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 25 januari 2017 een onaangekondigd / inspectiebezoek gebracht aan Stichting Christelijke Zonnehuisgroep IJssel-Vecht (hierna: Zonnehuisgroep IJssel-Vecht), locatie het Zonnehuis (hierna: het Zonnehuis ) in Zwolle. 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.

### 1.2 Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door het Zonnehuis 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 Het Zonnehuis geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- cliënten
- cliëntvertegenwoordigers (cliëntenraad)
- uitvoerende medewerkers
- behandelaars: Specialist Ouderen Geneeskunde (SO), psycholoog
- het management;
- 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*

Zonnehuisgroep IJssel-Vecht is gespecialiseerd in de zorg voor ouderen met verschillende vormen van dementie en belemmeringen in lichamelijk, psychisch of sociaal functioneren. Zonnehuisgroep IJssel-Vecht biedt zorg en behandeling op vier locaties in Zwolle en één in Ommen. Daarnaast biedt Zonnehuisgroep IJssel-Vecht thuiszorg.

##### *Locatie*

Het Zonnehuis is de hoofdlocatie van Zonnehuisgroep IJssel-Vecht. In het Zonnehuis wonen cliënten met psychogeriatrische, somatische of gerontopsychiatrische zorgvragen. Ook kunnen cliënten bij het Zonnehuis terecht voor revalidatie of herstellzorg. Het Zonnehuis is gevestigd in een modern gebouw met twee verdiepingen. Het ligt tegenover het winkelcentrum in de nieuwbouwwijk Stadshagen. De woningen in het Zonnehuis liggen allen aan een eigen 'straat'. Op een straat wonen gemiddeld acht cliënten. Er wordt per straat een eigen huishouding gevoerd en een huiskamer gedeeld. Verschillende straten vormen met elkaar een 'buurt' van ongeveer 46 cliënten. Op de begane grond van het Zonnehuis is een plaza gevestigd. Aan de plaza liggen een restaurant, een koffie-café, een supermarkt en een kapper. Op de plaza worden regelmatig activiteiten georganiseerd die voor alle bewoners van het Zonnehuis en bewoners uit de wijk toegankelijk zijn.

##### *Cliënten*

Op de dag van het inspectiebezoek verbleven bij Het Zonnehuis 88 cliënten met een Zorgzwaartepakket (ZZP) 5, 28 cliënten met een ZZP6, 35 cliënten met een ZZP7 en negen cliënten met een ZZP8.

##### *Personeel*

Het Zonnehuis werkt met vaste teams per straat. Binnen een buurt vervangen medewerkers elkaars dienst waar nodig. Op een buurt van vijf straten (ongeveer 40 bewoners) werken vanaf 7.00 uur tot 15.30 uur drie medewerkers niveau 3 en twee medewerkers niveau 4. Van 8.00-12.30 uur komen daar nog drie medewerkers niveau 3 bij. Tussen 9.00 uur en 15.00 uur is er ook altijd één huiskamermedewerker per buurt aanwezig. In de middag starten om 15.15 uur vier medewerkers niveau 3 en één medewerker niveau 4. Vanaf 17.00 uur komt daar nog een medewerker niveau 4 bij. De dienst van deze medewerkers eindigt tussen 22.00 en 23.15 uur. Vanaf 23.00 uur werkt één medewerker niveau 3 als nachtdienst voor de hele buurt. De verpleegkundigen niveau 4 dragen de verpleegkundige verantwoordelijkheid in de avond- nacht- en weekenddienst. Naast deze zorgmedewerkers heeft het Zonnehuis nog coördinerende verpleegkundige met HBO-V niveau in dienst. Zij hebben in de buurten een coördinerende en ondersteunende functie. Zijn verbonden aan een afdeling en hebben overstijgende taken op een

afdeling wat betreft onder andere zorginhoud, coachen van medewerkers en implementatie van verbeterplannen.

#### *Behandeldienst*

Zonnehuisgroep IJssel-Vecht heeft een eigen behandeldienst. Bij het Zonnehuis zijn drie specialisten ouderengeneeskunde (SO), een physician assistant en een verpleegkundig specialist werkzaam. Daarnaast is er een vakgroep psychologie, ergotherapie, fysiotherapie en logopedie voor de hele Zonnehuisgroep IJssel-Vecht.

#### *Ontwikkelingen in de organisatie*

De bestuurder van Zonnehuisgroep IJssel-Vecht is op 1 mei 2017 na 32 jaar teruggetreden. Vanaf oktober 2016 is er een waarnemend bestuurder aangesteld. Deze bestuurder blijft aan totdat de raad van toezicht een nieuwe bestuurder heeft aangesteld. Het Zonnehuis is in 2016 begonnen met de overstap naar zelfstandige teams, waarbij de functie van teamleider kwam te vervallen en het Zonnehuis de functie van teamcoach introduceerde. Dit proces is in de zomer van 2016 stil gezet na het vertrek van de manager Zorg en Wonen. Het Zonnehuis wil nu eerst rust en duidelijkheid voor de medewerkers voordat ze het proces naar zelfstandige teams weer in gang zetten.

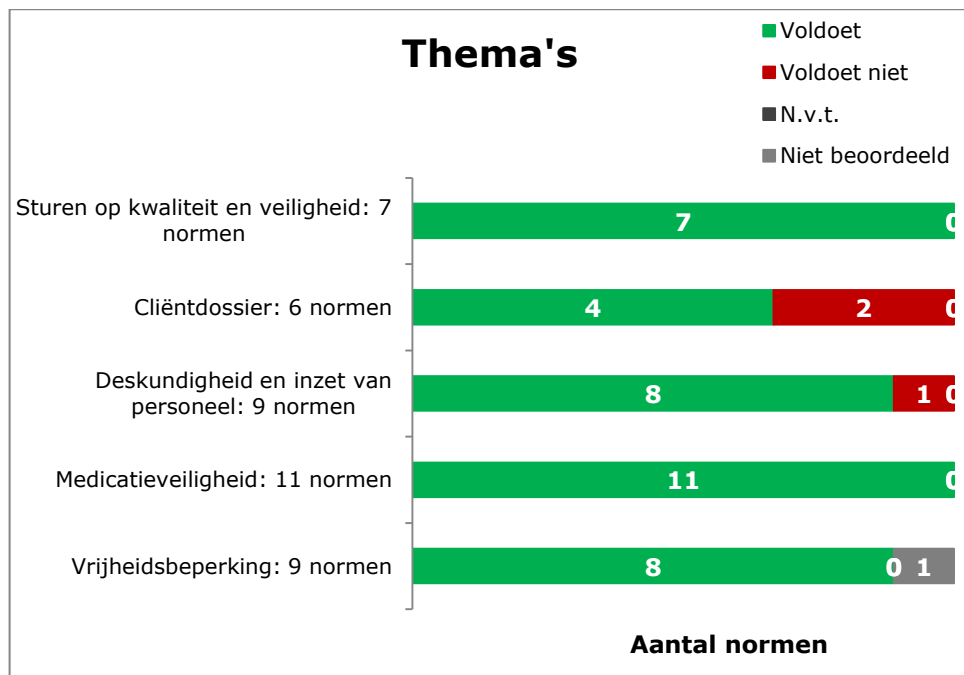
## 2 Conclusie en onderbouwing

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<sup>e</sup> hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van het Zonnehuis. 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: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die het Zonnehuis biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de 3 normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

2.2.1

*Een duidelijke leercultuur bij het Zonnehuis*

Het Zonnehuis kent een duidelijke leercultuur waar kritische zelfreflectie als element duidelijk herkenbaar is. Deze attitude maakt dat onvoorziene uitkomsten en incidenten bij het Zonnehuis zichtbaar leiden tot verbetermaatregelen. Zo zette het Zonnehuis tijdelijk het proces naar zelfstandige teams stil toen dit tot teveel onrust leidde. Ook de bevindingen uit een eerder inspectiebezoek in april 2014 en het inspectieonderzoek naar een calamiteit greep het Zonnehuis aan voor reflectie, analyse en het nemen van verbetermaatregelen. De verbetermaatregelen op het gebied van medicatieveiligheid en medische regie waren in het huidige inspectiebezoek terug te zien.

2.2.2

*Goede zorg maar medewerkers kunnen meer ondersteund worden*

Het Zonnehuis voldoet aan de randvoorwaarden om veilige en kwalitatief goede zorg te bieden. Zo biedt het cliëntdossier een goede basis voor de dagelijkse zorg en zijn procedures rondom MIC meldingen en medicatieveiligheid op orde. Het aanpakken van de gesignaleerde verbeterpunten vraagt om een goede ondersteuning van medewerkers. Wanneer de bedoeling van bepaalde opdrachten voor medewerkers niet duidelijk is, ervaren zij deze opdrachten als belasting in de dagelijkse zorg voor cliënten. Zo viel bij de risicosignaleringen en de daaraan gekoppelde opdrachten van de SO op dat medewerkers niet goed begrepen wat het nut was hiervan. Door de veelheid aan taken en opdrachten ervoeren medewerkers tijdsdruk waardoor zij niet aan alle door hen nodig geachte taken toekwamen.

2.3

**Het Zonnehuis organiseert de zorg om de cliënt heen**

Het Zonnehuis probeerde de zorg zo veel mogelijk om de cliënt heen te organiseren. Dit was zichtbaar op verschillende punten. Medewerkers verdiepten zich in de achtergrond van bewoners. De dagelijkse gang van zaken paste het Zonnehuis aan op de voorkeur van de bewoners. Medewerkers gaven wel aan soms tijd te kort te komen om genoeg één op één aandacht te kunnen geven aan alle cliënten.

### 3 Handhaving

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder verbetermaatregelen neemt op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldeed. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 hiervoor voldoende handvatten biedt. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of de zorg die overige locaties of teams bieden, ook aan alle getoetste normen voldoet. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder zo nodig passende maatregelen treft. De inspectie sluit na vaststelling van het rapport het inspectiebezoek af.



## 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 het Zonnehuis nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. De score 'niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in het Zonnehuis 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
<b>1.1</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>	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			
<b>1.2</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>	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
<b>1.3</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>	<b>x</b>			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving <sup>1</sup> .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			
<b>1.4</b>	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>	<b>x</b>			
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			
<b>1.5</b>	<b>De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.</b>	<b>x</b>			
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			
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.</b>	<b>x</b>			
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			

1 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
<b>1.9</b>	<b>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.</b>	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

- 1.1 a)** Het Zonnehuis liet in 2014 een cliënt-tevredenheidonderzoek uitvoeren via de CQ-index. Daarnaast voerde het Zonnehuis met vertrekkende cliënten en nabestaanden van overleden cliënten exit-gesprekken. In deze exit-gesprekken evalueerde het Zonnehuis de cliëntervaringen op gestructureerde wijze. Het management gaf aan dat het Zonnehuis niet tevreden was met de kwaliteit van de CQ-rapportage en de informatie uit de exit-gesprekken. Zij waren in overleg met een extern bureau dat in 2017 deze beide onderzoeken zou gaan uitvoeren.
- 1.2 b)** In het afgelopen jaar stelde het Zonnehuis voor elke buurt een HBO-V'er aan. Deze HBO-V'ers analyseerden sinds enkele maanden de MICs. De HBO-Vers leverden hun analyses elke maand aan de MIC commissie aan. Deze analyseerden vervolgens voor de hele organisatie de trends in MIC.
- 1.2 c)** De rapportages van de MIC-commissie bevatten verschillende verbeteracties, afgestemd op de situatie en de cliënt. Zo zette het Zonnehuis extra scholing in op onderwerpen waar meerdere meldingen over waren. Voor individuele meldingen bedachten medewerkers oplossingen zoals de inzet van gestructureerd begeleid toiletbezoek en het digitaliseren van de kalender van de trombosedienst.
- 1.4 a)** Het Zonnehuis had een cliëntenraad met zes leden. Één van de leden was zelf woonachtig in het Zonnehuis, de overige leden waren (voormalig) cliëntvertegenwoordigers.
- 1.4 b)** De cliëntenraad had zich tot aan de zomer van 2016 niet altijd goed geïnformeerd en gehoord gevoeld. De cliëntenraad had het aantreden van de waarnemend bestuurder en waarnemend manager Zorg en Welzijn aangegrepen om deze communicatieproblemen aan te kaarten. Sindsdien was de situatie verbeterd. De cliëntenraad maakte zich zorgen over de personele bezetting, maar voelde zich daarin gehoord door de bestuurder. Ook twijfelde de cliëntenraad aan de haalbaarheid van de zelfstandige teams bij het Zonnehuis. Ze vonden het daarbij belangrijk de waarnemend bestuurder en manager nu eerst de kans te geven orde op zaken te stellen.

- 1.5** b) De in- en exclusie criteria waren helder op de website van Zonnehuisgroep IJssel-Vecht beschreven. Deze informatie deelden consulenten Wonen, Zorg en Welzijn met toekomstige cliënten en hun vertegenwoordigers.

## 4.2 Thema 2: cliëntdossier<sup>2</sup>

### 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.

<sup>3</sup> 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
<b>2.1</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.<sup>3</sup></b>	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 h.et zorgplan.	x			
<b>2.2</b>	<b>De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.<sup>2</sup></b>	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			
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>		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		

<sup>3</sup> 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. Verderegaande 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
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.</b>		<b>x</b>		
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		
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>	<b>x</b>			
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			
<b>2.6</b>	<b>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.<sup>4</sup></b>	<b>x</b>			
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			

4 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

- 2.1 b)** De cliëntdossiers bevatten een levensgeschiedenis, waarin wensen en behoeften beschreven stonden. Deze levensgeschiedenis gaf richting aan de dagelijkse zorg en dagbesteding.
- 2.1 c)** Voorafgaand aan de zorgleefplanbespreking bespraken medewerkers met de cliëntvertegenwoordiger het zorgplan. Na de zorgleefplanbespreking namen ze met de cliëntvertegenwoordiger de veranderingen door waarna de cliëntvertegenwoordiger als hij/zij het ermee eens was voor akkoord tekende.
- 2.2 a)** De invulling van de dagelijkse zorg paste bij de wens van de cliënt. Zo pasten medewerkers bijvoorbeeld het tijdstip van schoonmaken van de kamers aan op de behoefte van cliënten tot uitslapen of alleen op de kamer te zijn. Één van de cliënten had behoefte aan een eigen telefoon. Hoewel zij hier aanzienlijk wat kosten mee maakte, was de rust die dit de cliënt gaf reden om haar toch een telefoon te geven.
- 2.3 a)** In het cliëntdossier ontbrak informatie over diagnoses en onderzoeken. Het behandeldossier bevatte volgens behandelaars alle informatie over onderzoeken en diagnoses. Medewerkers beschikten niet over deze informatie.
- 2.3 c)** Behandelaren gaven opdrachten aan zorgmedewerkers. Deze opdrachten waren niet goed toepasbaar gemaakt. Medewerkers benoemden dat zij elke dag moesten rapporteren over een cliënt die in de nacht een plukpak had. Het was voor hen niet duidelijk waar de rapportage aan moest voldoen en waarom dagelijks rapportage nodig was.
- 2.4 b)** Wanneer medewerkers een risico signaleerden, vertaalden ze dit niet structureel naar een doel in het zorgplan. Zo was er bij een cliënt een risico op ondervoeding gesignaleerd. Hierop formuleerden medewerkers geen doel. Uit de rapportage bleek wel dat medewerkers extra aandacht voor voeding bij deze cliënt hadden.
- 2.5 a)** In het cliëntdossier was een duidelijke samenhang tussen behoefte, doel en actie zichtbaar. Een van de cliënten was bekend met persoonlijkheidsproblematiek. Zij werd onrustig wanneer ze het overzicht op de situatie verloor. De psycholoog en medewerkers maakten voor haar een dagplanning met veel structuur. In de rapportage was terug te lezen hoe de cliënt op deze structuur reageerde.

### 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
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht.</b>	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			
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.</b>	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
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>	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			
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>	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			
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.</b>	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
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.</b>	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			
<b>3.7</b>	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.</b>		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			
<b>3.8</b>	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.</b>	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			
<b>3.9</b>	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>	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 a)** Medewerkers hielden eens per twee maanden een straatoverleg. Alle medewerkers van een straat waren hierbij uitgenodigd. Onderdeel van dit straatoverleg was dat medewerkers één cliënt bespraken. Als voorbereiding brachten ze deze cliënt helemaal in kaart wat betreft levensgeschiedenis, wensen en behoeften. Door deze werkwijze waren medewerkers goed op de hoogte van de wensen en behoeften van de cliënten op hun straat. Medewerkers vertaalden deze informatie naar de wijze waarop ze de dagelijkse zorg vorm gaven.
- 3.1 b)** Medewerkers waren zich ervan bewust dat een adequate reactie op wensen en behoeften verschilt van cliënt tot cliënt. Zo pasten ze de mate waarin ze fysiek contact maakten met een cliënt aan naar de behoefte van deze cliënt.
- 3.2 b)** In het hierboven beschreven stratenoverleg bespraken medewerkers ook de wijze van bejegening van bewoners. Daarnaast vonden elke twee weken gedragsvisites plaats met de psycholoog en de SO. Hierin bespraken de betrokkenen onbegrepen gedrag van cliënten, bejegening en reflectie op hun eigen gedrag in relatie tot onbegrepen gedrag.
- 3.4 c)** Een beleidsmedewerker zorgde voor het actualiseren van protocollen. Het Zonnehuis borgde dat medewerkers werken met de meest actuele protocollen. Zowel het management als de medewerkers beschreven de afspraak dat ze protocollen nooit uitprintten, maar altijd digitaal inzagen. Dit voorkwam het werken met verouderde protocollen.
- 3.6 c)** Het Zonnehuis had een opleidingsplan dat zorginhoudelijke scholing bevatte, scholing voor het gezond houden van medewerkers, scholing op het gebied van kwaliteit en veiligheid en scholing voor specifieke doelgroepen.
- 3.7 b)** Medewerkers vonden dat ze voldoende waren toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van hun eigen cliënten te kunnen omgaan. Medewerkers gaven wel aan dat het lastig was dat het Zonnehuis veel verschillende doelgroepen bediende. Zij voelden zich niet altijd voldoende deskundig om bijvoorbeeld op één straat cliënten met zowel een psychiatrische als een psychogeriatrische hulpvraag te verzorgen. Ook gaven medewerkers aan door de personele bezetting niet altijd voldoende toezicht te kunnen houden op huiskamers waar zij dit wel nodig achtten. Ze hadden ook niet altijd tijd voor één op één aandacht wanneer de zorgvraag van cliënten dit vereisten.
- 3.9 b)** Het Zonnehuis had de ambitie medewerkers van een hoger opleidingsniveau te werven. Dit lukte door krapte op de arbeidsmarkt niet helemaal. In 2016 was de uitstroom van personeel ongeveer 6 FTE hoger dan de instroom. In 2017 zou de zorgverlening door Zonnehuisgroep IJssel-Vecht op een andere locatie stoppen. De doorstroom van personeel van die locatie naar het Zonnehuis was onderdeel van het strategisch personeelsbeleid.

#### 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
<b>4.1</b>	<b>De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de 'Veilige principes in de medicatieketen' <sup>5</sup> .	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
<b>4.2</b>	<b>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.</b>	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			

5 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
<b>4.3</b>	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>	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			
<b>4.5</b>	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>6</sup> niet aan.</b>	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>4</sup> heeft uitgezet.	x			
<b>4.6</b>	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>	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
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>	<b>x</b>			
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			
<b>4.8</b>	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>7</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b>	<b>x</b>			
a)	Voor niet-GDS <sup>7</sup> -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			
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>	<b>x</b>			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
<b>4.10</b>	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>	<b>x</b>			
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			

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
<b>4.11</b>	<b>De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</b>	<b>x</b>			
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			
<b>4.12</b>	<b>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.</b>	<b>x</b>			
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			

### Toelichting

Naar aanleiding van het inspectiebezoek in april 2014 had Zonnehuisgroep IJssel-Vecht een extra focus gelegd op medicatieveiligheid. Zo stelde ze op elke afdeling een verpleegkundige aan die aandachtsvelder was op het gebied van medicatie. Ook hield het Zonnehuis twee keer per jaar een audit farmaceutische zorg.

- 4.2** b en c) Medewerkers vulden elk half jaar een formulier risicosignalering in het zorgdossier in. Het inschatten van de mogelijkheden tot het zelf beheren van medicatie was onderdeel van deze risicosignalering.
- 4.3** Het Zonnehuis maakte gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem. Wanneer de SO een wijziging in medicatie voorschreef, kwam dit direct in het digitale actuele medicatieoverzicht terecht.
- 4.6** c) Het Zonnehuis had de bewaking van de temperatuur van medicatie koelkasten uitbesteed. Alle koelkasten waren voorzien van temperatuurregistratie. De technische dienst monitorde op afstand digitaal de temperatuur. Wanneer de temperatuur de norm overschreed alarmeerde de technische dienst de straat en ondernam de nodige actie de temperatuur weer op het juiste niveau te krijgen.
- 4.11** De apotheker en de SO evalueerden elke twee maanden samen met zorgmedewerkers de medicatie van alle cliënten.

## 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
<b>5.1</b>	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>	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
<b>5.2</b>	<b>Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.</b>	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			
<b>5.3</b>	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>	x			
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.	x			
<b>5.4</b>	<b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>	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			
<b>5.5</b>	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>	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
<b>5.6</b>	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>	<b>x</b>			
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.	x			
<b>5.7</b>	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>	<b>x</b>			
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
<b>5.8</b>	<b>Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.</b>				<b>x</b>
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
<b>5.9</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>	<b>x</b>			
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

- 5.1 a)** Het Zonnehuis had een Bopz-beleid waarin de nadruk lag op het voorkómen van het gebruik van vrijheidsbeperking. Wanneer vrijheidsbeperking aan de orde was, waren betrokkenen verplicht een wegingskader te gebruiken. Eén van de vragen in dit wegingskader was "Hoe wordt de vrijheidsbeperkende maatregel afgebouwd en op welke termijn?"

- 5.2 a)** In het cliëntdossier was terug te zien dat de psycholoog betrokken was bij gedrag dat zou kunnen leiden tot vrijheidsbeperking of het gebruik van psychofarmaca. Onbegrepen gedrag bespraken medewerkers op de gedragsvisite, waarna de psycholoog een analyse en een behandelplan, met bijvoorbeeld een omgangsadvies, maakte.
- 5.2 c)** Het hierboven beschreven wegingskader bevatte een weging van proportionaliteit en subsidiariteit. Wanneer de SO besloot tot een fysieke vrijheidsbeperking zoals een plukpak, gaf ze medewerkers de opdracht daarop dagelijks te rapporteren. Het streven van de SO was de tijd dat de cliënt gebruik maakte van het plukpak zo kort mogelijk te laten zijn. Rapportage moest hierover duidelijkheid verschaffen.
- 5.4 a)** Wanneer het multidisciplinair team een vrijheidsbeperkende maatregel overwoog, nam de SO contact op met de cliëntvertegenwoordiger. Zo omschreef de SO een situatie waarin ze het gebruik van psychofarmaca als vrijheidsbeperkende maatregel overwoog. Toen de cliëntvertegenwoordiger dit niet wilde is het besluit uitgesteld totdat er intensiever overleg mogelijk was. Na dit overleg besloten de SO en de cliëntvertegenwoordiger onder strikte voorwaarden psychofarmaca op proef uit te proberen. Na de proef wilde de cliëntvertegenwoordiger de psychofarmaca graag continueren.

## 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.

- Overzicht van ZZP's van cliënten van Het Zonnehuis, ingezien in Zwolle op 25-01-2017
- Overzicht van fte's van zorgmedewerkers en behandelaars op de bezochte locatie, ingezien in Zwolle op 25-01-2017
- Werkrooster (dagplanning) van medewerkers, ingezien in Zwolle op 25-01-2017
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van Het Zonnehuis, nagestuurd op 27-1-2017
- Inzet van invalkrachten op deze locatie in het afgelopen jaar, ingezien in Zwolle op 25-01-2017
- Opleidingsvoorzicht 2017 en opleidingsplan 2016, ingezien in Zwolle op 25-01-2017
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van de Het Zonnehuis, 34-01-2017
- Overzicht van ingediende klachten in 2015 bij Het Zonnehuis en daarvoor ingezette verbeteracties, ingezien in Zwolle op 25-01-2017
- Rapportage CQ- index, december 2014
- Format voortgang CQ 2014-2015, 23-05-2015
- Farmaceutische zorg in Zonnehuisgroep IJssel-Vecht Verpleeghuislocatie, 26-04-2016
- BOPZ notitie, 25-05-2016
- overzicht van geregistreerde vrijheidsbeperkende maatregelen van de afgelopen zes maanden van Het Zonnehuis, ingezien in Zwolle op 25-01-2017
- Overzicht van de interne audits in 2016 en de daarvoor ingezette verbeteracties, 16-08-2016
- Beleid rondom het opvragen van een Verklaring omtrent gedrag (VOG), ingezien in Zwolle op 25-01-2017

## Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires 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)<sup>8</sup>.
- 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.

### Circulaires 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.

<sup>8</sup> 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.