



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

Rapport van het onaangekondigd  
inspectiebezoek aan Woonzorgcentrum  
Verburgt-Molhuysen Staete te Oosterbeek  
op 29 mei 2013

Zwolle  
Juni 2013

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding—3</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten onaangekondigd inspectiebezoek—4</b>
2.1	Korte schets van de zorginstelling—4
2.2	Hal/receptie—4
2.3	Afdeling—4
2.4	Woon-/huiskamer—7
2.5	Medicijnkamer/-kar—8
2.6	Kamer/appartement cliënt—10
2.7	Cliënten/familie—10
2.8	Personeel/vrijwilligers—11
<b>3</b>	<b>Conclusie—13</b>
<b>4</b>	<b>Te nemen maatregelen—15</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Overzicht wetten, veldnormen en rapporten—16</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Normen Verpleeg- en verzorgingshuizen—17</b>

## 1 Inleiding

Op 29 mei 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Verburgt-Molhuysen Staete te Oosterbeek. Mede aanleiding voor dit bezoek was dat de inspectie al langere tijd het woonzorgcentrum niet met een toezichtbezoek had bezocht.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij Verburgt-Molhuysen Staete aspecten zijn, die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te komen, heeft de inspectie

- gesprekken gevoerd met het bestuur, management, uitvoerende medewerkers en een cliënt die beschikbaar waren gedurende het bezoek;
- zorgdossiers ingezien;
- afdelingen, woonkamers en appartementen van cliënten bezocht.

### **Werkwijze**

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen, vult de inspectie een checklist in tijdens het onaangekondigd inspectiebezoek. Deze checklist is gebaseerd op de wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen<sup>1</sup>.

De aard van het onaangekondigd inspectiebezoek brengt met zich mee dat niet alle onderwerpen uitputtend aan de orde kunnen komen. Bovendien is de beschikbaarheid van de gesprekspartners afhankelijk van werktijden en werkzaamheden op de betreffende dag. De zorg voor de cliënten krijgt voorrang en dit heeft tot gevolg dat gesprekken soms van korte duur zijn.

In dit rapport staat het oordeel van de inspectie op de normen voor verpleeg- en verzorgingshuizen<sup>2</sup>. De normen hebben betrekking op de thema's:

1. Zorg(behandel)-/leefplan;
2. Communicatie en informatie;
3. Lichamelijk welbevinden;
4. Zorginhoudelijke veiligheid;
5. Woon- en leefomstandigheden;
6. Participatie en sociale redzaamheid;
7. Mentaal welbevinden;
8. Veiligheid wonen en verblijf;
9. Voldoende en bekwaam personeel.

Als de instelling niet of ten dele aan de norm voldoet, dan geeft de inspectie een toelichting op de score. Als er geen score staat, dan heeft de inspectie de norm niet beoordeeld.

In dit rapport staat ook welke maatregelen Verburgt-Molhuysen Staete, binnen welke termijn, moet nemen.

1 Zie bijlage 1

2 Zie bijlage 2

## 2 Resultaten onaangekondigd inspectiebezoek

### 2.1 Korte schets van de zorginstelling

Drie villa's vormen het hart van een kleinschalig woonzorgcentrum met ruime, stijlvolle appartementen. Er is een vierde villa, maar deze wordt op dit moment niet bewoond. Verburgt-Molhuysen Staete ligt in een parkachtige tuin. In totaal heeft men 26 appartementen die cliënten kunnen huren. Daarvan zijn sinds februari van dit jaar 12 appartementen in een beschermde woonomgeving voor ouderen met een beginnende dementie. Cliënten huren zelf woonruimte en kunnen gebruik maken van een heel dienstenaanbod aan zorg. Zowel verzorging als verpleging, maar ook voeding, hulp in de huishouding, enzovoorts. Cliënten kunnen 24 uur per dag een beroep doen op professionele zorg in het eigen appartement. Ook inwoners rondom kunnen een beroep doen op het team verzorgenden en verpleegkundigen voor thuiszorg in de buurt. Verburgt-Molhuysen Staete wil haar diensten verlenen, afgestemd op persoonlijke wensen en individuele situaties. Men beschikt tevens over een logeerkamer, deze kan ook voor tijdelijke opname gebruikt worden. Er wonen cliënten met een persoonlijk budget, AWBZ, en de zorg welke nu geleverd wordt is aan cliënten met een zorgzwaarte vanaf zorgzwaartepakket 3 tot en met 7.

### 2.2 Hal/receptie

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/ deels
2	Informatie voor cliënten is aanwezig en actueel.	√	
5	Hal/receptie is schoon, ruikt fris.	√	

#### Resultaten per thema

-

### 2.3 Afdeling

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/ deels
1	Het zorg(behandel)-/leefplan plan bevat een risico-inventarisatie (o.a. vallen, voeding, decubitus).		√
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staan de uitkomsten van risico-inventarisaties vertaald in doelen en acties.		√

1	Uit het zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat afspraken van +MDO/specialist ouderenzorg vertaald zijn in acties voor verzorgenden of andere disciplines.		√
1	Uit zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat cliënten twee keer per jaar besproken worden in een MDO.		√
1	Uit het zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat cliënt of mantelzorg actief betrokken is bij zorg (notulen MDO, verslag gesprek cliënt/mantelzorg, handtekening cliënt/mantelzorg).	√	
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staat de frequentie van evaluatie en actualisatie van het zorg(behandel)-/leefplan.	√	
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staan afspraken t.a.v. wel/niet reanimatie en wel/niet ziekenhuisopname.	√	
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staan, indien van toepassing, alle vrijheidsbeperkende maatregelen en een evaluatiedatum.	√	
2	Klachtenregeling/-formulier is te verkrijgen zonder tussenkomst van zorgmedewerkers.		√
2	Informatie van de cliëntenraad is opgehangen.		√
4	Toilet/badkamer is opgeruimd en schoon.	√	
4	Toilet/badkamer heeft wegwerphanddoekjes en zeepdispenser.	√	
4	Spoelruimte is opgeruimd en schoon; pospoeler is aanwezig.		n.v.t.
4	Gang is goed doorgankelijk (geen obstakels i.v.m. valgevaar).	√	
4	Persoonlijke hygiëne medewerkers is in orde (haren, kleding, sieraden).		√
5	Afdeling is schoon, ruikt fris.	√	
5	Vuile was- en afvalzakken zijn uit het zicht.	√	
5	Voldoende parkeerruimte voor rolstoelen.	√	
6	Informatie op prikbord is actueel.		n.v.t.
6	Activiteitenoverzicht en/of weekagenda is/zijn opgehangen.		n.v.t.

8	Tilliften zijn voorzien van gebruiksaanwijzing, zijn gekeurd, banden zijn passend en schoon.	√	
8	Rookmelder is aanwezig.	√	
8	Vluchtwegen en alarmnummers zijn zichtbaar aanwezig.	√	
<b>Beschermde woonvorm</b>			
4	Toegangsdeur is op slot.	√	
4	Gevaarlijk materiaal (zoals messen, scharen, zeep, schoonmaakmiddelen) ligt buiten bereik cliënten.	√	
4	Keuken en/of keukenkastjes is/zijn afsluitbaar.		√

## Resultaten per thema

### 1. Zorg(behandel)-/leefplan

Elke cliënt heeft een eigen zorgleefplan, een eigen zorgdossier. De huisarts is de verantwoordelijke behandelaar van cliënten en deze komt regelmatig langs. Er komen huisartsen uit drie huisarts groepspraktijken, waarvan 1 groepspraktijk uit Dorwerth. Het overleg met de huisartsen ervaren zorgmedewerkers als goed en in overleg is er soms een consult met een geriater. De huisarts schrijft zo nodig opdrachten/ bevindingen in het dossier van de cliënt. Vaak loopt (vervangend) hoofd zorg mee met de visites van de huisarts, alleen als de cliënt dat wil. Van enkele cliënten was het zorgleefplan ouder dan een half jaar, aangegeven werd dat medewerkers hiermee bezig zijn. Op de vraag van de inspectie of men dat kon laten zien, bleek dat het zorgleefplan al wel enige tijd digitaal beschikbaar was, maar nog niet in het zorgleefplan. De zorgleefplannen van cliënten worden besproken met de cliënt en/of diens contactpersoon/vertegenwoordiger en hoofd zorg of waarnemend hoofd zorg. Niet duidelijk is of en hoe de huisarts betrokken wordt bij de voorbereiding van het zorgleefplan. Het zorgleefplan wordt ondertekend door cliënt of diens contactpersoon /vertegenwoordiger.

Er wordt wel aandacht aan de zorginhoudelijke risicoscores geschonken, maar de risico-inventarisaties worden niet volgens de landelijk ingestelde richtlijnen preventieve risicosignalering gedaan (vallen, vocht- en voeding, decubitus, incontinentie en gedragsproblemen en depressie). De zorg welke verleend dient te worden bij de cliënt is in het zorgleefplan beschreven. En er wordt gerapporteerd. Er zijn duidelijke afspraken over medicatietoediening in het zorgleefplan vermeld, bijvoorbeeld of deze wordt overgenomen of dat de cliënt het zelf doet. Er wordt gewerkt met het Baxtersysteem.

### 2. Communicatie en informatie

De zorgaanbieder Verburgt-Molhuysen Staete is (nog) niet aangesloten bij een onafhankelijke klachtencommissie. Ten tijde van het inspectiebezoek was men hier al wel mee bezig. In deze setting is de informatie van de cliëntenraad niet opgehangen, iedere cliënt heeft zijn eigen appartement. Er is wel een cliëntenraad (CR), 3 eigen bewoners en 1 zoon van een bewoner en de CR is bekend bij de andere cliënten/ contactpersonen en of vertegenwoordigers.

De inspectie heeft met een cliëntenraadslid gesproken. Het CR lid gaf aan dat er nu nog 2 kandidaten voor de CR zijn, dit zijn kinderen van bewoners. Twee keer per jaar is er overleg met de CR en de bestuurder.

#### 4. Zorghoudelijke veiligheid

Bij medewerkers zijn handsieraden om gezien tijdens het werk, reden van de score: hygiëne medewerkers is niet in orde.

#### 6. Participatie en sociale redzaamheid

Er worden verschillende activiteiten georganiseerd, deze zijn op de website te vinden en worden ook gecommuniceerd met cliënten.

### **Bopz-afdeling**

#### 4. Zorghoudelijke veiligheid

In één villa is er sinds februari dit jaar, beschermd (kleinschalig) wonen, hier wonen 12 cliënten met een (beginnende) dementie en de toegangsdeuren zijn door een code afgesloten. Volgens medewerker kennen enkele cliënten de code. Bijvoorbeeld er woont een echtpaar waarvan één van het echtpaar beginnend dementerend is, deze verblijft het meest op de groep en de ander gaat verder ook zelfstandig de deur uit. Aangegeven wordt dat voor één cliënt het nu noodzakelijk is de deuren met een code op slot te doen. Er worden maatregelen toegepast om gevaar voor de cliënt af te wenden. Een aantal cliënten heeft beddekken omhoog (één op verzoek), een bedsensor, een zogenoemd plukpak en hebben alle cliënten deur signalering voor in de nacht. In de villa met beschermde woonvorm, waar cliënten verblijven met (lichte) psychogeriatrische problematiek, wordt de instemming van de toegepaste 'vrijheidsbeperkende maatregelen' besproken met de cliënt en/of diens contactpersoon/vertegenwoordiger. Dit is opgenomen in het zorgleefplan en ondertekend door cliënt of vertegenwoordiger /contactpersoon. Welk gevaar wordt afgewend of er ook andere minder ingrijpende maatregelen zijn uitgetoetst en wanneer er een evaluatie van ingezette maatregel plaats vindt, staat niet beschreven. De door een code gesloten toegangsdeur staat niet vermeld in het zorgleefplan. Onduidelijk is in hoeverre de huisarts betrokken is bij het inzetten van deze middelen en wiens verantwoordelijkheid de ingezette maatregelen zijn. De expertise van een specialist ouderengeneeskunde, voor cliënten met een zorgzwaarte pakket 5 en 7 is zo goed als niet aan de orde. Toezicht en of begeleiding staat niet in het individuele zorgleefplan genoemd. Ook is er geen notitie wat er door de zorgaanbieder onder toezicht / begeleiding wordt verstaan en wat er van medewerkers verwacht wordt. Er zijn van 's morgens 7.30 uur tot in de avond 21.00 uur steeds (minimaal) twee medewerkers welke de cliënten wonend in deze beschermde woongroepvorm begeleiden. In de nacht is er één verzorgende voor de drie villa's, en er is een bereikbare achterwacht.

## **2.4 Woon-/huiskamer**

		<b>voldoet</b>	
<b>Thema</b>	<b>Norm</b>	<b>ja</b>	<b>nee/ deels</b>
3	Cliënten zien er verzorgd uit: kleding, haren, nagels, bril, veters gestrikt.	√	

4	Vrijwilligers/familie, die ingezet zijn bij maaltijden, zijn geïnstrueerd.		n.v.t.
4	Er zijn voldoende medewerkers om bij de maaltijden te helpen.	✓	
4	Vrijheidsbeperkende middelen zijn toegepast volgens afspraken in zorg(behandel)-/leefplan.	✓	
5	Inrichting is afgestemd op wensen van de doelgroep.	✓	
5	Muziek en/of tv-programma is/zijn afgestemd op de wensen van de doelgroep.	✓	
6	Activiteiten zijn afgestemd op de wensen van de doelgroep.	✓	
7	Gedrag van cliënten is hanteerbaar; er wordt adequaat op gedrag van cliënten gereageerd door medewerkers.	✓	
7	Bejegening van cliënten is correct.	✓	
8	Rookmelders zijn aanwezig.	✓	
9	Medewerkers (niet alleen vrijwilligers) zijn permanent aanwezig als de zorgbehoefte er om vraagt.	✓	

### Resultaten per thema

#### 9. Voldoende en bekwaam personeel

De totale personeelsformatie is 13,7 FTE (inclusief huismeester) en daarvan zijn er 14 medewerkers, in totaal 8.86 FTE, in de directe zorg werkzaam. Het deskundigheidsniveau is een medewerker niveau 4, elf medewerkers niveau 3 en twee medewerkers niveau 2. Er vindt regelmatig scholing plaats, in samenwerking met de Sensia groep en het Oranje Nassau oord. De risicovolle en voorbehouden handelingen zijn geschoold en getoetst, er is scholing geweest over tillen, zwachtelen, wondverzorging en 'zinvolle dagbesteding'. Vier medewerkers hebben de scholing bedrijfshulpverlening (BHV) gevolgd.

## 2.5

### Medicijnkamer/-kar

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/deels
4	Koelkast staat op ten hoogste 7 graden Celcius.		n.v.t.
4	Voedingsmiddelen en medicatie staan in gescheiden koelkasten, of de medicatie staat in een afgesloten doos in		



	de koelkast.		
4	Voorraad insuline in de koelkast staat per insulinepen op naam van cliënt.		n.v.t.
4	Wondverzorgingskar is schoon.		geen
4	Zalven en vloeistoffen in de wondverzorgingskar of medicijnkar staan op naam van cliënt.		geen
4	Wondverzorgingskar of medicijnkar is op slot en overzichtelijk ingedeeld.		geen
4	Medicijnvizel/-maalapparaat is schoon.		
4	Alle medicatie staat op naam van cliënten (geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad ter grootte van een zogenaamde 'dokterstas').	√	
4	Bij geneesmiddelen en hulpmiddelen (katheters, sondes e.d.) zijn de houdbaarheidsdata actueel.		
4	Opiaten staan in afgesloten kast/kist; sleutelbeheer is adequaat geregeld.		n.v.t.
4	Voor iedere cliënt is een actueel, door apotheker verstrekt en geprint medicatieoverzicht in het zorg(behandel)-/leefplan en een toedienlijst (of deellijst).	√	
4	Per medicijn is afgetekend indien ze is verstrekt.	√	

## Resultaten per thema

### 4. Zorginhoudelijke veiligheid

Er is een afgesloten kast waarin de medicatie wordt bewaard van die cliënten die medicatie krijgen aangereikt. Als cliënten de medicatie zelf beheren dan is de medicatie bij de cliënt op het appartement. Alle cliënten krijgen wekelijks de medicatie via het Baxersysteem. In het zorgdossier zit een medicatie historielijst en een medicatie aftekenlijst. Per medicatie wordt afgetekend als de medicatie gegeven is. Er zijn geen voorraden van medicatie en er was op moment van het inspectiebezoek geen opiaten aanwezig. De houdbaarheidsdatum van de geneesmiddelen was actueel.

## 2.6 Kamer/appartement cliënt

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/ deels
4	Bedlegerige cliënten hebben een alarmknop binnen bereik.	√	
4	Vrijheidsbeperkende middelen (bijvoorbeeld banden, tafelbladen) zijn toegepast volgens afspraken in zorg(behandel)-/leefplan en Bopz-beleid.	√	
5	Meubilair en gordijnen zijn schoon en in goede staat.	√	
5	Kamer bevat persoonlijke spullen.	√	
5	Kamer is schoon en fris.	√	
8	Hoog/laag bedden staan in de laagste stand.	√	
8	Het gebruik van AD-matras/matjes is adequaat (let op hoogte beddek).		
8	Bedden, bedhekken en matrassen zijn passend.	√	
8	Kamer is vrij van losse tapijtjes en obstakels i.v.m. valgevaar.	√	
8	Op kamer van (Bopz) cliënt staan shampoos, zeep en schoonmaakmiddelen veilig opgeborgen.		
8	Rookmelder is aanwezig.	√	
8	Vluchtwegen en alarmnummers zijn aanwezig.	√	

## 2.7 Cliënten/familie

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/ deels
1-9	Is de zorg naar wens (geen klachten)?	√	
1-9	Voldoet de zorg aan uw wensen?	√	

4	Zijn de maaltijden naar wens?	√	
4	Kunt u het toilet bezoeken op vraag, of alleen tijdens toiletrondes?	√	
6	Hebben de medewerkers/vrijwilligers tijd voor een wandeling als u dat zou willen?		
6	Doet u de activiteiten die nu in het zorg(behandel)-/leefplan staan?	√	
7	Geven medewerkers u persoonlijke aandacht?	√	
9	Hebben de medewerkers voldoende tijd voor u?	√	
9	Zijn het veelal dezelfde medewerkers die u helpen (niet veel wisselende of onbekende medewerkers)?	√	
9	Wordt uw beloproep tijdig beantwoord?	√	

## 2.8 Personeel/vrijwilligers

		<b>voldoet</b>	
<b>Thema</b>	<b>Norm</b>	<b>ja</b>	<b>nee/ deels</b>
6	Heeft iedere cliënt naast de noodzakelijke zorg een persoonlijk dagprogramma?		√
9	Vindt u de werkdruk acceptabel?	√	
9	Heeft u voldoende tijd en persoonlijke aandacht voor cliënten?	√	
9	Kunt u een beloproep tijdig beantwoorden?	√	
9	Vindt u dat er een prettige samenwerking en prettige sfeer is in het team?	√	
9	Komt de formatie op het dienstrooster overeen met de dagelijkse praktijk?	√	
9	Zijn het veelal dezelfde medewerkers op de afdeling (weinig uitzendkrachten, flexwerkers, laag percentage ziekteverzuim)?	√	
9	Heeft u voldoende tijd voor alle cliënten om de activiteiten	√	

	uit te voeren die in het zorg(behandel)-/leefplan staan?		
9	Vindt u dat er voldoende vrijwilligers zijn op deze afdeling?		n.v.t.

### **Resultaten per thema**

#### 6. Participatie en sociale redzaamheid

Voor cliënten wonend in de beschermd wonen villa is wel een vorm van dagprogramma opgesteld.

#### 9. Voldoende en bekwaam personeel

Er is 24 uur per dag een medewerker met deskundigheid verzorgende niveau 3 IG aanwezig. Het merendeel van het personeel is verzorgende niveau 3 IG. Er zijn voldoende medewerkers in dienst. Regelmatig worden stagiaires OVDB ingewerkt. Verburgt-Molhuysen Staete is een erkend leerbedrijf voor de opleiding verzorgende en dienstverlenende beroepen (OVDB).

Een cliënt gaf aan dat alle afgesproken zorg zeker te krijgen. Medewerkers geven aan dat ze invulling kunnen geven aan alle met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger afgesproken zorg. Scholing en deskundigheidsbevordering zijn geregeld.

Complexe zorg zoals beademing en bijvoorbeeld sondevoeding wordt niet gegeven door personeel Verburgt-Molhuysen Staete, dan wordt er andere ofwel specialistische thuiszorg ingeschakeld.

### 3 Conclusie

De cliënten welke een appartement huren en wonen in Verburgt-Molhuysen Staete, hebben een ruime woonkamer, aparte slaapkamer, een keuken en een eigen badkamer. In Verburgt-Molhuysen Staete heerst een prettig woon- en werkklimaat. De communicatielijnen binnen deze zorgvoorziening zijn kort. De cliënten kennen de medewerkers. De zorgverlening aan de cliënten is bij de medewerkers bekend. De leiding en de medewerkers zijn gedreven om zo goed mogelijke zorg te verlenen aan de cliënten. Enkele maanden geleden is men gestart met een beschermde woonvorm. De inspectie vraagt aandacht voor deze beschermde woonvorm.

In het vorige hoofdstuk staan de resultaten van de inspectie tijdens het onaangekondigd inspectiebezoek bij Verburgt-Molhuysen Staete. Op basis van deze resultaten constateert de inspectie risico's. Deze risico's staan hieronder per thema.

#### Zorg(behandel)/-leefplan

- De wijze waarop en de frequentie waarmee de zorgverlening met de cliënt wordt geëvalueerd en aangepast is niet steeds inzichtelijk, daar evaluatiedatums niet consequent vermeld staan.
- Niet duidelijk is of en hoe de huisarts betrokken wordt bij zorgproblematiek vertaald in het zorgleefplan.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van professionele standaarden om tijdige herkenning van gezondheidsrisico's te bevorderen. Er wordt wel aandacht aan de zorginhoudelijke risicoscores geschonken, maar de risico-inventarisaties worden niet volgens de landelijk ingestelde richtlijnen preventieve risicosignalering gedaan. (Vallen, vocht- en voeding, decubitus, incontinentie en gedragsproblemen en depressie).
- Begeleiding/ toezicht staat niet in het individuele zorgleefplan genoemd. Ook is er geen notitie wat er door de zorgaanbieder onder toezicht / begeleiding wordt verstaan en wat er van medewerkers verwacht wordt.

#### Communicatie en informatie

- Aansluiten bij een onafhankelijke klachtencommissie, zodat cliënten en hun naasten ook de mogelijkheid hebben om een klacht onafhankelijk te laten onderzoeken.

#### Zorginhoudelijke veiligheid

- De persoonlijke hygiëne van de medewerkers verdient aandacht, zoals geen handsieraden, om de mogelijke verspreiding van ziekmakende micro-organismen zoveel mogelijk te beperken.

In de beschermde woonvorm lijkt de rechtspositie van elke cliënt niet geborgd te zijn.

- Bij de cliënten die wonen in de villa met een beschermde woonvorm lijkt sprake te zijn van vrijheidsbeneming en dat kan niet op grond van de WGBO, welke in principe van toepassing is op deze situatie. Verantwoorde zorg zou dus zijn dat er toestemming is van de cliënten om het zo te regelen met de voorkeur op (code) slot, dat individueel bepaald en vastgelegd is, dat degene die naar buiten wil en dat ook kan naar buiten mag.

Dat cliënten die naar buiten willen en dat niet kunnen (gevaarcriterium) ofwel naar buiten worden begeleid ofwel als die mogelijkheid er niet is en er een wens blijft om naar buiten te gaan, deze cliënten toch naar een setting moeten waarin een gesloten deur op grond van de BOPZ is toegestaan. Dus met een Bopz indicatie naar een Bopz aangemerkte instelling. Het beleid en de uitvoering van het kleinschalig wonen zoals het nu is ingericht staat op gespannen voet met de interne en externe rechtspositie van de cliënt. Deze lijkt op dit moment niet te zijn geborgd op basis van de geldende wet- en regelgeving.

Om de geconstateerde risico's te beperken, wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt.

## 4 Te nemen maatregelen

De inspectie verwacht dat u voor **1 september 2013** de geconstateerde risico's zoals verwoord in hoofdstuk 2 en 3 in de villa beschermd wonen van Verburgt-Molhuysen Staete wegneemt en beheerst.  
Tevens verwacht de inspectie van u een notitie hoe u verantwoorde zorg gaat leveren in de villa beschermd wonen, binnen de kaders die de wet- en regelgeving daarvoor bieden.

De inspectie verwacht voor deze datum van u een rapportage over alle genomen maatregelen en bereikte resultaten binnen Verburgt-Molhuysen Staete.  
Deze informatie ontvangen wij graag per mail op ons algemene e-mailadres: [ri.zwolle@igz.nl](mailto:ri.zwolle@igz.nl) onder vermelding van het kenmerk rechts bovenaan de begeleidende brief.

Nadat de inspectie uw informatie heeft ontvangen, ontvangt u binnen zes weken een reactie.

De inspectie kan de uitvoering van de door u genomen maatregelen toetsen in een volgend (onaangekondigd) bezoek.

## Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

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

### **Wetgeving:**

- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

### **Veldnormen en rapporten:**

- *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005
- *Samenwerking en logistiek rond decubitus*, Tripartiete multidisciplinaire richtlijn, Solade 2003 (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)
- *Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen*, CBO 2004
- *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden*, Arcares 2001
- *De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen*, AVVV 2006
- *Richtlijn slikproblemen*, NVVA 2001
- *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken*, IGZ 2005
- *Richtlijn Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen*, V&VN + Verenso (2010)
- *Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling*, V&VN e.a. 2011
- *Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende*, IGZ, september 2010
- *Veilige principes in de medicatieketen*, ActiZ e.a., maart 2012



## Bijlage 2 Normen Verpleeg- en verzorgingshuizen

### **1. Zorg(behandel)-/leefplan**

#### **norm**

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

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

Aanwijsbaar is dat

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-/leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op zo'n manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren;
- voor Bopz-aangemerkte instellingen of afdelingen/units moeten de zorg(behandel)-/leefplannen voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

### **2. Communicatie en informatie**

#### **norm**

De zorgorganisatie kent een gedragscode inzake de omgang tussen medewerkers en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerkers en wordt nageleefd. Zo nodig wordt de gedragscode vertaald naar de individuele cliënt. Met de cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten wordt open en naar behoefte gecommuniceerd. Het resultaat van deze communicatie bestaat onder meer uit voor de cliënt begrijpelijke, op schrift gestelde afspraken tussen cliënt en zorgorganisatie/medewerkers over de zorg- en dienstverlening, instemming van de cliënt met de afspraken en het naleven van de afspraken. De cliënt heeft een vast contactpersoon als aanspreekpunt. Bij aanvang van de zorg en/of opname wordt bijzondere aandacht besteed aan kennismaken en het thuis voelen.

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

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

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

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

### **3. Lichamelijk welbevinden**

#### **norm**

De cliënt mag rekenen op een schoon en verzorgd lichaam. Met het oog op een schoon en verzorgd lichaam is er sprake van:

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

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

### **4. Zorginhoudelijke veiligheid**

#### **norm**

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. Adequate gezondheidsbescherming en -bevordering houdt in dat er sprake is van:

- tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
- een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:
  - decubituspreventie en -behandeling;
  - adequate verzorging inzake vocht- en voedselvoorziening;
  - valpreventie;
  - verantwoord medicijngebruik;
  - preventie en behandeling van infecties;
  - minimale vrijheidsbeperkende maatregelen;
  - passende aandacht en adequate zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijn;
  - passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden;

- snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen (zie verder veiligheid wonen en verblijf).

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

1	Decubitus-preventie en -behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling V&amp;VN e.a. 2011</li> <li>- Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)</li> </ul>
2	Adequate verzorging van vocht en voeding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedingvoorziening voor verpleeghuis-geïndiceerden, Arcares 2001</li> <li>- De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006</li> <li>- Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001</li> </ul>
3	Valpreventie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004</li> <li>- Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004</li> </ul>
5	Adequate diagnostiek en behandeling bij incontinentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ActiZ/Sting 2006</li> <li>- Richtlijn Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen, V&amp;VN + Verenso (2010)</li> <li>- Praktijkaart urine-incontinentie ouderen, V&amp;VN + Verenso (2010)</li> </ul>
6	Medicatieveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ e.a. (2012)</li> </ul>
7	Zorg voor cliënten met gedragsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002</li> </ul>

## 5. Woon- en leefomstandigheden norm

De cliënt mag rekenen op woonruimte waarin deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is. Opdat de cliënt zich thuis voelt, is er sprake van:

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

## **6. Participatie en sociale redzaamheid**

### **norm**

In het kader van de participatie is er sprake van:

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

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

## **7. Mentaal welbevinden**

### **norm**

De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling. Er is sprake van:

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

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

## **8. Veiligheid wonen en verblijf**

### **norm**

Met het oog op de veiligheid is er sprake van:

- een goed functionerend en gebruiksvriendelijk systeem van alarmering en alarmopvolging;
- brand-, inbraak- en calamiteitenpreventie;
- adequaat toezicht.

De zorgorganisatie voorziet in een gericht preventiebeleid op het gebied van veiligheid. Daarbij gaat het in ieder geval om toezicht, alarmopvolging en veiligheid van hulpmiddelen en materialen. De cliëntenraad heeft adviesrecht op het algemene beleid op het gebied van veiligheid (Wet medezeggenschap, art. 4 lid i). De maatregelen op het gebied van veilig wonen dienen dan ook te worden voorgelegd aan de cliëntenraad. Met het oog op de veiligheid is er sprake van deugdelijk en adequaat gebruik van inventaris/hulpmiddelen zoals bedden, beddekken en tilliften.

## **9. Voldoende en bekwaam personeel norm**

De zorgorganisatie voorziet in voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheidstoedeling, passend bij het cliëntenbestand. Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling 7 x 24 uur een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse. Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse. In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts. In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts.

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

### **bronnen**

- Visiedocument: Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Opgesteld door: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005.
- Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, Een operationalisatie van het Visiedocument op weg naar normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, Stuurgroep Verantwoorde Zorg, november 2005.
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, oktober 2007.