



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Samen Zorgen en locatie
Liefkenshoek in Heteren op 17 oktober 2019.

Utrecht, januari 2020

V2016063

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving SSZ en Liefkenshoek 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
3	Resultaten Liefkenshoek 6
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 8
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 10
3.4	Medicatieveiligheid 11
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 12
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 13

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 17 oktober 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting Samen Zorgen (hierna: SSZ). Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan locatie Liefkenshoek in Heteren.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één of meerdere locatie(s). Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

1.3 Beschrijving SSZ en Liefkenshoek

SSZ

SSZ biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg, huishoudelijke hulp en dagactiviteiten. SSZ heeft twee locaties in de gemeente Overbetuwe. Het managementteam bestaat uit een directeur-bestuurder samen met de manager Zorg en Behandeling en de manager bedrijfsvoering en facilitaire processen. De managers worden ondersteund door meerdere teamleiders die de teams aansturen. SSZ heeft een raad van toezicht bestaande uit vijf leden.

Liefkenshoek

Liefkenshoek is een locatie met afdelingen voor psychogeriatric (PG) en somatiek. Liefkenshoek heeft één kamer beschikbaar voor eerstelijnsverblijf (ELV). Ten tijde van het bezoek ontvangen 87 cliënten zorg. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV4 tot en met VV7. De inspectie bezocht de afdeling PG en de afdeling somatiek. De afdeling PG heeft een aanmerking in het kader van de Wet Bopz. De zorg wordt verleend door 135 zorgverleners, waarvan in aantal 22 en in fte 13 verpleegkundigen, in aantal 58 en in fte 35 verzorgende niveau 3, in aantal 20 en fte 10 helpende niveau 2 en in aantal 45 en fte 17 assistenten/overige inclusief leerlingen VP en ZV.

Op Liefkenshoek zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder een arts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedist. Afhankelijk van de afdeling, en de indicatie van de cliënt (met of zonder behandeling) is de specialist ouderengeneeskunde of de huisarts eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

SSZ heeft geen eigen behandeldienst. Expertise van een SO en psycholoog wordt via een zorgorganisatie uit de regio ingehuurd. Deze andere organisatie huurt de SO op het moment van het bezoek eveneens in.

Organisatieontwikkelingen

De huidige bestuurder van SSZ is sinds januari 2019 bij de organisatie aangesteld. De bestuurder was in eerste instantie voor een interim periode van 6 maanden aangesteld. Ten tijde van het inspectiebezoek is dit omgezet in een vaste aanstelling.

Daarnaast wil SSZ het aantal locaties uitbreiden. SSZ is voornemens om in 2020 een derde locatie te openen in Driel.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 **Conclusie bezoek**

De inspectie constateert dat de geboden zorg op locatie Liefkenshoek (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Alle getoetste normen voldoen (grotendeels). De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop SSZ Stichting Samen Zorgen stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

2.2 **Vervolgacties**

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding om deze locatie en/of andere locaties van de zorgaanbieder opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert, op alle locaties, en waar nodig verbeteringen doorvoert om te gaan voldoen aan alle gestelde normen. De inspectie sluit het bezoek af.

3 Resultaten Liefkenshoek

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis.

Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm.**

De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten

Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm.**

De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm.**

De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm.**

De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

Blauw: De norm is **niet getoetst**

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet** Liefkenshoek aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten kennen. Een zorgverlener vertelt dat het leren kennen van de cliënt al begint voordat de cliënt bij SSZ komt wonen. De eerste stap hiervoor is een huisbezoek. Tijdens het huisbezoek bij de cliënt thuis spreekt een zorgverlener met de cliënt en familie over datgene wat van belang is voor de cliënt. Wensen en behoeften, maar ook gewoonten en de levensgeschiedenis worden in beeld gebracht. De inspectie ziet dat de verzamelde informatie uit het huisbezoek onderdeel is van de cliëntdossiers.

De inspectie ziet tijdens de observatie dat zorgverleners de kennis van de cliënt ook gebruiken in de dagelijkse zorg. Zo vertelt een zorgverlener dat een cliënt vroeger van een opgeruimd en schoongemaakt huis hield. Na afloop van de maaltijd ziet de inspectie dat de cliënt met een Swiffer door de gangen loopt. Een zorgverlener vertelt dat dit is afgesproken met de familie en onderdeel is van het zorgleefplan van de cliënt. De inspectie ziet deze informatie ook terug in het dossier. Een zorgverlener vertelt dat de cliënten van de woning op woensdag op 'het plein' beneden eten. Een cliënt die van een wijntje houdt, krijgt dan altijd een wijntje bij het eten.

Verder ziet de inspectie dat de fysieke omgeving aansluit op de wensen en zorgvragen van de cliënt. Op de PG afdeling is de huiskamer huiselijk ingericht, de deuren van de cliëntkamers zijn voorzien van een foto of ander herkenbare afbeelding. Ook kunnen cliënten zelf hun kamer inrichten en van accessoires voorzien. Cliënten met een somatische zorgvraag beschikken over een ruim appartement die zij eveneens volledig naar eigen wens kunnen inrichten.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet Liefkenshoek grotendeels** aan deze norm.

Bij de observatie ziet de inspectie dat zorgverleners de regie van de cliënten stimuleren. Cliënten hebben keuzemogelijkheden bij de maaltijd, de invulling van de dag en de dagelijkse zorg. De inspectie ziet bij de observatie dat de tafel is gedekt voor de maaltijd. Cliënten kunnen zelf kiezen wat zij bijvoorbeeld op brood willen eten en hoeveel zij willen eten. Als een cliënt tijdens de maaltijd opstaat en even wegloopt laten zorgverleners de cliënt gaan. Na afloop van de maaltijd kiezen cliënten zelf of zij in de huiskamer willen blijven of naar hun eigen kamer gaan. Een cliënt gaat op haar kamer de krant lezen, een andere cliënt geeft aan te willen rusten op haar kamer.

Er zijn zowel individuele activiteiten als groepsactiviteiten voor cliënten. Zorgverleners vertellen dat er voldoende keus is en dat zij elke dag een welzijnsactiviteit aanbieden buiten de woning op het plein. Cliënten kunnen kiezen of zij op de woning een activiteit meedoen of dat zij beneden meedoen aan de algemene activiteit. Tijdens de rondgang ziet de inspectie dat een bewegingsfunctionaris een activiteit met de cliënten onderneemt. Zij vertelt aan de inspectie dat cliënten ook binnen de activiteit keuzemogelijkheden krijgen over hoe zij de activiteit willen inrichten. Een cliënt die niet mee wil doen, kijkt toe. Een andere cliënt houdt meer van natuurfilms, de inspectie ziet dat er voor deze cliënt een natuurfilm op staat. De bewegingsfunctionaris onderneemt ook individuele activiteiten met cliënten. In de middag gaat zij bijvoorbeeld een stukje wandelen met een cliënt van de somatische afdeling. Waar nodig stemt zij ook haar activiteit af met de fysiotherapeut.

In het zorgleefplan leest de inspectie ook aandacht voor de eigen regie, bijvoorbeeld ten aanzien van de algemene dagelijkse zorg. In de dossiers leest de inspectie dat een cliënt zelf het bovenlichaam wast en dat de cliënt verder hulp nodig heeft van een zorgverlener. Daarnaast ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners de regie bij bijvoorbeeld medicatietoediening ook zoveel mogelijk versterken. Medicatie wordt bewaard in het appartement van iedere cliënt. De mogelijkheden voor eigen regie bij het beheer van de medicatie (BEM) beoordelen zorgverleners periodiek. Zorgverleners nemen vervolgens ook alleen regie over bij het beheer van de medicatie waar dat nodig is.

Tegelijkertijd kunnen op de PG afdeling cliënten niet in alle gevallen vrijelijk gebruik maken van de eigen zit-slaapkamer. De deuren op de gang zijn gesloten met een slot. Cliënten kunnen hierdoor niet zelfstandig de kamer op, zij zijn hiervoor afhankelijk van een zorgverlener. De kamer verlaten kan wel door middel van de deurklink aan de binnenzijde.

Op de somatische afdeling overleggen zorgverleners met de contactpersoon van een cliënt voordat zij een vrijheidsbeperkende maatregel inzetten. Dit doen zij ook als de cliënt niet onbekwaam is verklaard ter zake van die beslissing.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet** Liefkenshoek aan deze norm.

Tijdens de observatie ziet de inspectie dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Zorgverleners weten hoe de

cliënt graag wordt aangesproken en doen dit ook. Afspraken hierover zijn vastgelegd in het cliëntdossier. Zorgverleners maken gebruik van benaderingsplannen bij een aantal cliënten.

De inspectie hoort van zorgverleners dat de personele bezetting voldoende is om cliënten persoonlijke aandacht te geven. Zij proberen de zorg zo te organiseren dat er altijd iemand in de huiskamer aanwezig is om nabijheid te creëren. Zorgverleners weten tijdens de maaltijd rust te creëren. Zij nemen plaats bij de cliënten aan tafel en lopen niet steeds heen en weer. Een cliënt die geholpen wordt met eten, kan zelf het tempo bepalen. Als de cliënt geen trek meer heeft, pusht de zorgverlener niet. Een zorgverlener merkt op dat een cliënt niet gegeten heeft. De cliënt vertelt dat zij last heeft van haar buik. De zorgverlener begrijpt dat zij daardoor geen trek heeft, maar dat het belangrijk is dat de cliënt wel wat eet in verband met diabetes mellitus. De zorgverlener toont zich begripvol en samen overleggen zij over wat de cliënt dan wel wil eten. Uiteindelijk eet de cliënt toch een boterham. Wanneer de cliënt naar haar kamer wil om te rusten benadrukt een zorgverlener dat als het niet gaat, de cliënt op het alarm kan drukken en dat een zorgverlener dan direct komt.

3.2 Deskundige zorgverlener

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Liefkenshoek grotendeels** aan deze norm. Zorgverleners vertellen periodiek risico-inventarisaties in te vullen over bijvoorbeeld vallen, decubitus en ondervoeding. Zorgverleners vertellen dat de inventarisaties onderdeel zijn van de multidisciplinaire overleggen (MDO). Sinds kort gebruiken zij een nieuwe inventarisatielijst waarbij ook aandacht is voor onder andere delier, depressie en eenzaamheid. De inspectie ziet een oude en een nieuwe risico inventarisatie in. In beide gevallen ziet de inspectie dat de gesignaleerde risico's opvolging krijgen in zorgafspraken. Voor cliënten met onbegrepen gedrag schakelen zorgverleners deskundigen in, zoals de SO of de psycholoog. Zorgverleners kunnen een vraag formuleren voor de psycholoog en bespreken dit in een omgangsoverleg. Een keer per maand is er een gedragsvisite met de arts. De adviezen van bijvoorbeeld de psycholoog zijn onderdeel van de benaderingswijze in het zorgleefplan.

Tegelijkertijd ziet de inspectie dat ten aanzien van de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd een navolgbare afweging plaatsvindt. Zorgverleners evalueren de maatregelen cyclisch in het MDO maar besluitvorming en afwegingen voorafgaand aan de inzet en wie daarbij betrokken zijn niet navolgbaar. Bij een cliënt op de somatische afdeling die zijn beddekken op eigen verzoek omhoog wil, ontbreekt een risicoafweging. Op basis van gesprekken hoort de inspectie wel dat zorgverleners terughoudend zijn in de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Liefkenshoek grotendeels** aan deze norm. Zorgverleners werken bij iedere cliënt met een zorgleefplan, een probleem-doel-actie (PDA), een werkplan en een cliëntagenda. In het zorgleefplan staan de

zorgdoelen en zorgafspraken van de cliënten. Zorgverleners gaan hierbij uit van de vier levensdomeinen: mentaal welbevinden, lichamelijk welbevinden, participatie en woon- en leefomgeving. Het werkplan bevat per dag/moment welke taken zorgverleners moeten doen. In de cliëntagenda staan afspraken over de activiteiten, de kapper of het verschonen van het beddengoed.

De inspectie ziet dat zorgverleners de informatie over onder andere de wensen en behoeften van cliënten, de benaderingswijze, en de informatie uit het risicosignalering, gebruiken voor het opstellen van de doelen en acties. De inspectie ziet tegelijkertijd wel dat de zorgvragen vrij algemeen zijn geformuleerd. In elk dossier op de PG afdeling ziet de inspectie het doel 'Bewoner kan zich niet alleen handhaven buiten de BOPZ woning, in de woning is er 24 uurs toezicht'. De acties worden wel concreter geformuleerd en de 'uitvoering' is persoonlijker geformuleerd. Verder verdient de rapportage verdere aandacht. De rapportage zouden per PDA dagelijks op basis van de SOAP methodiek (Subjectief, Objecties, Analyse & Plan) plaatsvinden. De inspectie ziet dat dit op de PG afdeling nog niet altijd consequent gebeurt terwijl dat op de afdeling somatiek wel zo is. De inspectie ziet dat op de PG afdeling de afgelopen maanden slechts een enkele keer is gerapporteerd op een doel uit het PDA. Op de afdeling somatiek rapporteren zorgverleners regelmatig.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Liefkenshoek grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken met zorgverleners, het management en documentinzage blijkt dat de bezetting van zorgverleners voldoende is voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Zorgverleners vertellen, dat zij voldoende tijd hebben om de zorg te verlenen. Ook geven zij aan dat zij een goede balans ervaren tussen het aantal zorgverleners en het aantal cliënten. Zorgverleners geven aan dat zij de dienstroosters goed kunnen invullen, zij hebben zelf inspraak over de inzet van de welzijnsmedewerker (helpende niveau 2). De uren van deze zorgverlener worden in overleg ingezet. De bezetting kan daardoor per team en per woning verschillen. Zorgverleners vertellen dat dit afhankelijk is van de zorgvragen van de cliënten.

Het uitgangspunt is dat er altijd iemand op de woning aanwezig is (zie ook norm 1.4). Als het even niet anders kan, bijvoorbeeld als zorgverlener de woning moet verlaten, dan vindt afstemming plaats met de geschakelde woning. Zij houden dan toezicht met de camera en zetten daarvoor het scherm op hun woning aan. Als de zorgverlener weer terug is zetten zij het scherm weer uit.

SSZ zet zorgverleners in die voldoende deskundig zijn en blijven om met de doelgroep cliënten om te gaan. In de huiskamer is steeds een zorgverlener met het niveau helpende aanwezig. Deze zorgverleners hebben ook aandacht voor het welzijn van cliënten. De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat deze zorgverleners hier ook een training voor hebben ontvangen. Van zorgverleners hoort de inspectie dat het bij SSZ mogelijk is om een opleiding te volgen. Zorgverleners werken onder andere hierom graag bij SSZ geven zij aan. Van verschillende betrokkenen hoort de inspectie daarnaast dat de bewegingsfunctionaris en de geestelijk verzorger eveneens een rol spelen bij deskundigheidsbevordering. De bestuurder vertelt dat het op dit moment een uitdaging voor SSZ is om de deskundigheid bij het omgaan met onbegrepen gedrag verder te vergroten. Hiervoor is nu ook een nieuwe training uitgezet om zorgverleners hierbij verder de ondersteunen.

Tegelijkertijd leest de inspectie dat het scholingsplan algemeen geformuleerd is. In het scholingsplan van de organisatie staat niet concreet en navolgbaar beschreven welke scholing voor welke doelgroep wordt aangeboden en waarom. Ook staat niet beschreven hoe de zorgaanbieder overzicht houdt over de inhoud van de gevolgde scholingen.

3.3 **Sturen op kwaliteit en veiligheid**

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Liefkenshoek grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet tijdens het inspectiebezoek dat de raad van toezicht een betrokken en professionele partner voor de raad van bestuur is. De raad van toezicht leden volgen allen regelmatig scholing en onderhouden contacten binnen de organisatie. Zo spreken zij periodiek met de OR, cliëntenraden en diverse medewerkers, ook zijn zij regelmatig aanwezig bij familieavonden.

De inspectie ziet dat SSZ werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat het management diverse kwaliteitsinformatie gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De bestuurder vertelt dat er hard is gewerkt aan het verzamelen van managementinformatie en dat SSZ nu werkt aan de omslag om van managementinformatie ook sturingsinformatie te maken. De inhoud van het leidinggevende overleg (managementteam en de teamleiders) is hierdoor veranderd van minder afvinken, naar een meer inhoudelijk overleg. De organisatie wil graag signalen en feedback van haar medewerkers meenemen in het ontwikkelen van beleid. Het kwaliteitsplan is dan ook in samenwerking met verschillende betrokkenen tot stand gekomen.

Kwaliteit leeft binnen de organisatie. Ook bij de zorgverleners speelt dit thema. Zij worden meegenomen in veranderingen. Zo vertelt de bestuurder over bijvoorbeeld veranderingen bij de wasservice en ICT hulpmiddelen. Zorgverleners zijn ook betrokken bij interne kwaliteitsmetingen. Zo vertelt een zorgverlener dat zij onderdeel is van het auditteam. Vanuit dit team toetst zij op een andere locatie of bij een ander team op bepaalde normen. Zij vertelt ook dat zij naar een team teruggaan en spreken met de manager of teamleider om ook te horen over wat er is gebeurd naar aanleiding van de resultaten van de vorige keer. De inspectie ziet een auditrapport in en ziet daarin de volgende thema's opgenomen: 'uitvoering van het zorgleefplan', 'veiligheid', 'toepassen van vrijheidsbeperking', 'kwaliteit van personeel en organisatie', 'informatiebeveiliging'.

Uit gesprekken en de documentinzage blijkt dat zorgverleners open zijn over fouten en incidenten en deze melden. Een zorgverlener laat de inspectie een MIC melding in het systeem zien. In meerdere gesprekken hoort de inspectie echter dat niet voor alle gesprekspartners duidelijk is wat er daarna met de meldingen gebeurt. Zij vertellen wel een kwartaalrapportage te ontvangen, maar weten niet wat de bedoeling daarvan is. De inspectie ziet de kwartaalrapportage in. De inspectie ziet daarin dat organisatiebreed wordt gekeken naar de oorzaak van de meldingen. De oorzaken zijn nog vrij algemeen zoals bij het thema medicatieveiligheid. De inspectie leest dat een medicatie incident met name als oorzaak heeft 'vergeten of vergissing'. De aanbeveling is het verder onderzoeken of een voorstel om verdiepend te kunnen onderzoeken. Dit terwijl om te kunnen leren van incidenten,

die aanbeveling al onderdeel moet zijn van de analyse waarin de organisatie zoekt naar basisoorzaken.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet Liefkenshoek grotendeels** aan deze norm. Zorgverleners kennen elkaar goed. Zij geven aan zich vrij te voelen om MIC-meldingen te doen maar ook om elkaar aan te spreken als iets niet helemaal naar wens verloopt. Ook geven zorgverleners aan dat zij de bestuurder en managers goed kunnen benaderen, en dat zorgverleners zich ook gehoord voelen over onderwerpen als de bezetting (zie 2.5). De inspectie ziet dat zorgverleners de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Gedragsvisite en omgangsoverleg zijn voorbeelden van overlegmomenten waarin zorgverleners ook evalueren of de afgesproken werkwijze het gewenste effect heeft.

In verschillende gesprekken hoort de inspectie dat er binnen de Liefkenshoek wordt gewerkt aan het verbeteren van de aanspreekcultuur. De bestuurder vertelt dat zij hierin een belangrijke voorbeeldfunctie heeft. In het gesprek met de bestuurder en de raad van toezicht komt naar voren dat er binnen de organisatie sprake is van een familiecultuur. Dit maakt aan de ene kant dat samenwerken prettig verloopt, maar tegelijkertijd dat het elkaar aanspreken daardoor soms moeilijk is. De inspectie hoort dit ook van zorgverleners terug. Uit gesprekken komt verder naar voren dat SSZ bezig is met de invulling van een lerend netwerk. De organisatie is in de vormgeving hiervan nog zoekende. Uitwisseling vindt in de praktijk eigenlijk nog niet (structureel) plaats. In november staat hiervoor een bijeenkomst gepland om te kijken hoe zij het lerend netwerk van de grond kunnen krijgen.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

Volgens de inspectie **voldoet Liefkenshoek grotendeels** aan deze norm.

Zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actuele toedienlijst van de apotheek. De apotheek maakt en levert de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; zorgverleners maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen de toedienlijsten niet zelfstandig aan.

Zorgverleners beschikken echter niet voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht met historielijst en contra-indicaties.

Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet** Liefkenshoek aan deze norm.

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijd op de toedienlijst. De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Zorgverzekeringswet (Zvw).
- 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 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:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- 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 Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

Circulaire en rapporten:

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

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Kwaliteitsplan 2019;
- Kwaliteitsverslag 2018;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locatie(s);
- MIC rapportage Q2, 5 augustus 2019
- Q2 MIC in cijfers
- Plan opleiden en leren 2019
- Memo scholing en opleiden
- Auditrapport woning 11
- Notulen teamoverleg woning 11
- Notulen leidinggevende overleg
- Werkinstructie 'komen wonen'