



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Ben Oude Nijhuis in Rotterdam
en locatie Ben Oude Nijhuis
op 4 juni 2019

Utrecht, juli 2019

V2012963

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Ben Oude Nijhuis 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
2.2.1	De vervolgactie die de inspectie van het Ben Oude Nijhuis verwacht 5
2.2.2	Vervolgactie van de inspectie 6
3	Resultaten Ben Oude Nijhuis 7
3.1	Persoonsgerichte zorg 7
3.2	Deskundige zorgverlener 9
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 12
3.4	Medicatieveiligheid 14
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 16
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 17

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 4 juni 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting Ben Oude Nijhuis in Rotterdam. Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan het Ben Oude Nijhuis in Rotterdam.

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 Ben Oude Nijhuis

Stichting Ben Oude Nijhuis biedt verpleeghuiszorg, verzorging, begeleiding, huishoudelijke hulp en dagactiviteiten. De stichting heeft één locatie in Rotterdam. Het Ben Oude Nijhuis is bedoeld voor gezonde ouderen en ouderen met een (lichte) zorgvraag of dementie. Het Ben Oude Nijhuis richt zich op ouderen met een laag inkomen.

Het Ben Oude Nijhuis is gevestigd in een voormalig klooster en is gestart met het inhuizen van cliënten in oktober 2017.

Het management bestaat uit een tweehoofdige raad van bestuur. Stichting Ben Oude Nijhuis heeft een raad van toezicht bestaande uit drie leden.

Ben Oude Nijhuis is een locatie met afdelingen voor cliënten met (lichte) somatische problematiek en cliënten met een psychogeriatrische problematiek. De afdelingen voor PG bevinden zich op de begane grond (twee woongroepen) en de eerste etage (één woongroep). Een woongroep bestaat uit acht á tien cliënten. Het Ben Oude Nijhuis heeft plaats voor 53 bewoners en vier studenten. Ten tijde van het bezoek ontvangen 43 cliënten zorg. De cliënten ontvangen geïndiceerde (thuis)zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) met een zorgzwaartepakket VV4 (drie cliënten) of VV5 (29 cliënten). Daarnaast wonen er nog elf bewoners die huishoudelijke hulp ontvangen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of persoonlijke verzorging vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Ben Oude Nijhuis werkt volgens het principe van gescheiden wonen en zorg. De cliënten huren een kamer/appartement en ontvangen zorg gefinancierd met een volledig pakket thuis (VPT).

Cliënten hebben een eigen kamer met badkamer. Elke woongroep heeft een eigen woonkamer met keuken. De woongroepen op de begane grond komen uit op een grote, besloten, binnentuin. De inspectie bezocht de afdelingen waar cliënten met PG-problematiek verblijven.

De zorg wordt verleend door 43 zorgverleners (27,38 Fte), waarvan twee verpleegkundigen niveau 4, veertien verzorgenden niveau 3, acht helpenden niveau 2, één helpende niveau 2, twee welzijnsmedewerkers niveau 3, en zestien gastvrouwen/gastheren niveau 1. Daarnaast werken in het Ben Oude Nijhuis een huismeester (0,89 Fte), drie interieurverzorgers (1,2 Fte) en twee medewerkers voor het secretariaat (1,1 Fte). Ook werkt het Ben Oude Nijhuis met vrijwilligers en mantelzorgers. Daarnaast bieden de vier, in het huis wonende, studenten, de cliënten acht uur per week, ondersteuning bij het eten of doen zij activiteiten met cliënten.

Een hoofd zorg (1 Fte) stuurt de locatie aan. De zorgteams zijn zelforganiserend. De eigen huisarts van cliënten is eindverantwoordelijk voor de medische zorg. Deze huisarts kan op indicatie relevante deskundigen, zoals specialist ouderengeneeskunde (SO), psycholoog en paramedici, inschakelen. Een deel van de cliënten heeft dezelfde huisarts, die ook wekelijks visite loopt in Ben Oude Nijhuis.

Ontwikkelingen organisatie

Op 29 mei 2019 heeft Het Ben Oude Nijhuis een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD) in gebruik genomen. Alle cliëntdossiers zijn overgezet in het nieuwe ECD en zorgverleners werken nu met dit nieuwe ECD. Het oude ECD is alleen nog toegankelijk voor raadpleging.

Het Ben Oude Nijhuis heeft één woongroep voor lichte zorg en drie woongroepen voor intensieve zorg. Het huis gebruikt drie huiskamers en hier verblijven overdag, ook cliënten met een lichte zorgvraag. De zorgverleners en het management hebben aangegeven dat het nu soms té druk wordt in de huiskamers voor sommige cliënten met een intensievere zorgvraag. Daarom heeft Het Ben Oude Nijhuis besloten, om de huiskamer van de woongroep voor lichte zorg, permanent in gebruik te nemen als vierde woongroep. Dit gaat plaatsvinden vanaf 8 juli 2019. Zo is er dan een betere verdeling van cliënten over de huiskamers.

Het Ben Oude Nijhuis heeft zich aangemeld voor projecten van Waardigheid & Trots. Op 4 juni 2019 was een gesprek gepland met de coaches van Waardigheid & Trots over invulling van dit project. Vanwege het inspectiebezoek op dezelfde datum, is deze bijeenkomst uitgesteld.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op het Ben Oude Nijhuis nog onvoldoende voldoet aan de getoetste normen. Ben Oude Nijhuis voldoet grotendeels niet aan zeven van de tien getoetste normen. Drie van de getoetste normen voldoen grotendeels wel.

Uit gesprekken blijkt dat Ben Oude Nijhuis goede en warme zorg wil leveren en dat bestuur, management en zorgverleners goede intenties hebben. In een (relatief korte) periode van anderhalf jaar sinds de start, heeft het Ben Oude Nijhuis een duidelijke missie en visie op persoonsgerichte zorg aan ouderen neergezet. Ook ziet en hoort de inspectie dat Ben Oude Nijhuis diverse ontwikkelingen in gang heeft gezet om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Bijvoorbeeld het invoeren van het nieuwe ECD om het methodisch werken in de zorg te verbeteren. Ook zijn er ten tijde van het inspectiebezoek een aantal verbetertrajecten in ontwikkeling. Zo is de zorgaanbieder onder andere bezig met het oprichten van een MIC-commissie, het invoeren van specifieke taken voor zorgverleners (aandachtvelders onder andere op valpreventie en medicatieveiligheid) en de inhoudelijke controle op een goede, inhoudelijke, invulling van het ECD.

Daarentegen heeft het bestuur en management niet aantoonbaar in beeld wat goed en niet goed gaat in de zorgverlening en de organisatie van de zorg. Ben Oude Nijhuis heeft een kwaliteitssysteem, maar informatie die nodig is om te sturen op de kwaliteit en veiligheid ontbreekt nog. De 'plan' en 'do'- fase voert het Ben Oude Nijhuis uit, maar de controle en eventuele verbeteringen hierna, zijn onvoldoende inzichtelijk. Daarnaast ondervindt het Ben Oude Nijhuis problemen bij het inschakelen van de nodige multidisciplinaire deskundigheid voor de zorg aan cliënten met een complexere zorgvraag. Waardoor professionele afweging onvoldoende plaats vindt bij cliënten met bijvoorbeeld onbegrepen gedrag. Het niet borgen van de nodige deskundigheid brengt het risico met zich mee dat cliënten niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben. Uit gesprekken met het bestuur en management blijkt wel, dat de knelpunten die de inspectie constateert bij hen bekend zijn.

Om bovengenoemde redenen heeft de inspectie op dit moment nog onvoldoende inzicht in de wijze waarop het Ben Oude Nijhuis stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspectie concludeert daarom, dat vervolgtoezicht nodig is.

2.2 Vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van het Ben Oude Nijhuis verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

2.2.1 *De vervolgactie die de inspectie van het Ben Oude Nijhuis verwacht*

De zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie gaat ervan uit dat het Ben Oude Nijhuis verbetermaatregelen treft bij de normen waaraan u nog niet voldoet.

De inspectie verzoekt u een resultaatverslag op te stellen voor deze normen. Wat u in het resultaatverslag moet opnemen, staat in de begeleidende brief bij dit rapport.

De inspectie verwacht het resultaatverslag **uiterlijk binnen zes maanden** na het vaststellen van het rapport.

2.2.2 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie zal de inspectie opnieuw een bezoek brengen aan uw locatie. Waar de inspectie naar kijkt in een vervolfbezoek, ligt vast in een toetsingskader. Het kan zijn dat de inspectie tijdens een volgend bezoek ook andere normen toetst.

3 Resultaten Ben Oude Nijhuis

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 het Ben Oude Nijhuis grotendeels** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat de zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten kennen. Bij de intake en tijdens contactmomenten met familie van cliënten verzamelen zorgverleners zoveel mogelijk informatie over de cliënt en zijn wensen en behoeften. De zorgverleners vertellen uitgebreid over de achtergrond van de cliënten. Bijvoorbeeld over welk beroep zij vroeger hadden, uit wat voor gezin de cliënt kwam en of zij kinderen hebben en kleinkinderen. Zij weten welke zorg de cliënt nodig heeft, wat cliënten graag eten en wat zij graag doen. Zo vertelt een zorgverlener over een cliënt die veel verdriet heeft over het overlijden van zijn vrouw. Zij geven hem de ruimte om dat verdriet te uiten en praten iedere dag met hem hierover.

Zorgverleners geven aan dat zij de informatie over de cliënt opnemen in een levensloopformulier in het ECD. De inspectie ziet deze formulieren ook terug in een aantal geraadpleegde cliëntdossiers. Daarentegen ziet de inspectie ook een aantal cliëntdossiers waarin het levensloopformulier niet is ingevuld.

Ook ziet de inspectie dat zorgverleners de dagelijkse zorg aan cliënten uitwerken op de zorgkaart. Op een van de zorgkaarten ziet de inspectie een korte beschrijving over het karakter van de cliënt en wat een zorgverlener kan doen als de cliënt een bepaald gedrag vertoont. Op de zorgkaart staan vervolgens afspraken over de algemene dagelijkse levensbehoeften (ADL). Bijvoorbeeld hoe laat iemand wil opstaan, hoe iemand verzorgd wil worden, waar iemand wil zijn gedurende de dag (eigen kamer/huiskamer) en of iemand naar activiteiten gaat. Zorgverleners weten aan welke activiteiten een cliënt wil deelnemen. Er is nog geen individueel activiteitenplan voor cliënten. Zorgverleners vertellen dat zij dit plan, in de loop van het jaar, voor elke cliënt opstellen.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet het Ben Oude Nijhuis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners de eigen regie van de cliënt in wisselende mate versterken. De inspectie ziet zorgverleners die weten wat de cliënt zelf kan en wil. Zij ondersteunen de cliënt als het nodig is of als de cliënt erom vraagt. Zo ziet de inspectie tijdens een observatie in een van de huiskamers, dat sommige cliënten hun eigen boterham smeren. Andere cliënten krijgen daar hulp bij. In een andere huiskamer ziet de inspectie een cliënt die de aardappels voor de avondmaaltijd schilt. In weer een andere huiskamer ziet de inspectie, dat niet alle zorgverleners de cliënt laten doen wat hij/zij kan. Een zorgverlener vraagt aan een cliënt wat zij wil eten, waarna de zorgverlener, zonder de cliënt te stimuleren tot deelnemen aan het klaar maken, de boterham maakt. Even later pakt de cliënt zelf brood en beleg en maakt zelfstandig een boterham en eet deze op.

Cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen dag indelen. Bijvoorbeeld hoe laat zij willen opstaan, waar ze willen zijn (op de eigen kamer of in de huiskamer) en aan welke activiteit zij willen deelnemen. Zo willen sommige cliënten liever op hun eigen kamer eten en zorgverleners maken dit mogelijk. 's Middags na de maaltijd ziet de inspectie dat een paar cliënten de tuin in gaan om een stukje te lopen en andere cliënten doen mee aan een activiteit.

Zorgverleners vertellen dat er activiteiten zijn waar cliënten gezamenlijk aan kunnen deelnemen (zingen, wandelen, uitstapjes) en dat zij met andere cliënten individuele activiteiten doen (krant lezen, kleuren of een spelletje).

Uit gesprekken komt ook naar voren dat zorgverleners terughoudend zijn met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM). Binnen het Ben Oude Nijhuis zijn er cliënten met vrijheidsbeperkende maatregelen in de vorm van (beweging)sensoren en gedragsmedicatie (psychofarmaca). Ook heeft het Ben Oude Nijhuis zogenaamde 'leefcirkels' binnen de locatie. Cliënten hebben allemaal een polsbandje waarmee de eigen kamer van de cliënt van het slot gaat. Iedereen kan zich binnen het huis vrij bewegen en de cliënten kunnen de locatie ook verlaten als zij dit willen. Bij cliënten waarbij een risico op dwalen bestaat, gaat wel een signaal af bij zorgverleners als zij het pand verlaten of in een ruimte komen die voor hen niet geschikt is. Zorgverleners proberen de cliënt dan af te leiden of laten de cliënt, al dan niet met begeleiding, naar buiten gaan.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet het Ben Oude Nijhuis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties komt voor de inspectie een wisselend beeld naar voren. Bij een observatie in een van de huiskamers ziet de inspectie dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Afspraken over hoe zorgverleners de cliënten aanspreken liggen vast. Tijdens de observatie hoort de inspectie dat zorgverleners de ene cliënt aanspreken met mevrouw en de ander bij de voornaam. Nadat zij voor het eten hebben gezorgd, zitten zij aan tafel en eten samen met de cliënten hun lunch. Zorgverleners praten met de cliënten en betrekken andere cliënten bij het gesprek. De inspectie ziet regelmatig dat zorgverleners cliënten even aanraken. Ze leggen bijvoorbeeld een hand op de schouder of slaan een arm om een cliënt heen. Ook geven zij cliënten complimenten. Zo komt een cliënt net terug van de

kapper en zorgverleners en medecliënten geven haar uitgebreid complimenten over haar uiterlijk. Ook na de maaltijd zijn zorgverleners met de cliënten bezig. De ene cliënt wil even naar de eigen kamer met hulp van de zorgverlener, met andere cliënten doen zorgverleners een activiteit (zingen). Ook hoort de inspectie van zorgverleners dat er begrip is voor cliënten. Zo is er een cliënt die moeite heeft met het accepteren van haar beperking om te kunnen lopen en staan. Zij reageert dan vaak boos en soms agressief naar zorgverleners. Uit het gesprek met de zorgverlener komt naar voren dat zij dit heel goed begrijpt en probeert om de boosheid af te laten nemen door met haar te praten en ruim de tijd te nemen voor de verzorging.

Daarentegen ziet de inspectie tijdens de observatie in een andere huiskamer dat zorgverleners druk zijn met het klaarmaken van de maaltijd. Zij lopen veel heen en weer van de eettafel naar de keuken. Ondertussen praten zij vooral met andere zorgverleners en schenken minder aandacht aan de cliënten. Met name cliënten die niet om aandacht vragen, krijgen op dat moment ook geen aandacht van de zorgverleners. Een cliënt wordt geholpen met eten en de zorgverlener die haar helpt loopt een aantal keren van tafel weg zonder dit aan te kondigen. Even later krijgt deze cliënt zonder aankondiging weer een volle lepel aangereikt. Een andere cliënt, waar een boterham voor klaargemaakt is, eet niet. Zij krijgt geen aandacht van een zorgverlener. Na enige tijd slaapt zij. Een zorgverlener stimuleert haar pas na geruime tijd tot het eten van een boterham. Ook loopt bezoek van een cliënt veelvuldig door de huiskamer heen en vraagt aandacht van de zorgverleners.

Vóór en na de maaltijd ziet de inspectie wel dat er zorgverleners zijn die met de cliënten activiteiten doen (kleuren, wandeling door de tuin, gesprekjes) in deze huiskamer. Er zijn veel cliënten aanwezig (meer dan tien) en dat maakt het druk voor zorgverleners. Bestuur en management geven tijdens gesprekken aan dat vanaf 8 juli 2019 de vierde huiskamer permanent in gebruik wordt genomen. De grote groep die nu in de huiskamer verblijft, wordt dan gesplitst.

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 het Ben Oude Nijhuis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken en de cliëntdossiers blijkt, dat het binnen het Ben Oude Nijhuis ten tijde van het bezoek, ontbreekt aan een multidisciplinaire besluitvorming. Zo is de huisarts, als eerste behandelaar, niet aanwezig bij zorgplanbesprekingen. Zorgverleners bespreken het zorgplan met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en informeren de huisarts achteraf over de afspraken. Het merendeel van de cliënten heeft dezelfde huisarts. Zorgverleners vertellen dat deze huisarts één keer per week (op een vaste dag) visites aflegt, maar zich met name bezighoudt met somatische problematiek bij cliënten. De huisarts schakelt geen relevante deskundigheid in bij cliënten met complexere zorgvragen zoals onbegrepen gedrag of agressie. De inspectie ziet in de actuele zorgplannen, dat bij cliënten met deze zorgvragen, geen SO of psycholoog betrokken is bij de zorg. De inspectie ziet bijvoorbeeld geen benaderingsplannen of omgangsadviezen in de cliëntdossiers van cliënten met onbegrepen gedrag. Zorgverleners vertellen de inspectie dat zij de ondersteuning van een SO of psycholoog missen. Ben Oude Nijhuis heeft een aantal cliënten met onbegrepen, soms agressief, gedrag waarbij een omgangsadvies de zorgverleners goed zou kunnen helpen. Vorig jaar konden zorgverleners de SO of psycholoog nog zelf inschakelen. Ten tijde van het bezoek dient dit via de huisarts te verlopen.

Een zorgverlener vertelt, dat zij omgangsadviezen vraagt tijdens de maandelijkse scholing over dementie. Zij brengt dan casuïstiek in en verwerkt de adviezen die zij krijgt van de docent, zo goed mogelijk in het zorgplan. Er is echter geen ondersteuning van een deskundige en/of controle op of dit passende omgangsafspraken zijn. De inspectie ziet bijvoorbeeld bij een cliënt die veel huilt: 'leg dan uit dat dit niet kan in de huiskamer, en breng cliënt naar de eigen kamer'. Of dit de juiste manier van omgaan is met het huilen, is niet door een deskundige beoordeelt.

Bij het inzetten van VBM ziet de inspectie niet wat de overwegingen zijn en of er alternatieve, minder ingrijpende, maatregelen zijn geprobeerd. Daarnaast ziet de inspectie dat de (standaard)doelen die uit de risicoanalyses voortkomen, algemeen beschreven zijn. Zorgverleners werken deze niet verder uit, toegeschreven op de individuele situatie van de cliënt. Zo ziet de inspectie als doel 'Valt zo min mogelijk'. De actie hierbij (die ook standaard uit het systeem komt) is 'stimuleren meer te bewegen'. Hoe de zorgverlener dit moet doen of waar een zorgverlener op moet letten om de cliënt zo min mogelijk te laten vallen, staat er niet bij.

Verder ziet de inspectie in de cliëntdossiers, dat zorgverleners risico's wisselend in beeld brengen. De inspectie ziet risico signaleringen op diverse onderwerpen (vallen, eten/drinken, medicatie, depressie, decubitus). Deze risico's worden echter beperkt vertaald in doelen en acties. Bij een cliënt met een decubituswond staat alleen als actie dat de wond behandelt moet worden volgens een wondplan. Op de zorgkaart is echter te lezen dat er ook wisselliggingen worden toegepast.

Wel ziet de inspectie in een cliëntdossier dat zorgverleners (via de huisarts) een fysiotherapeut hebben ingeschakeld.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet het Ben Oude Nijhuis grotendeels niet** aan deze norm.

Het methodisch werken is in meerdere cliëntdossiers niet inzichtelijk vastgelegd. Zo ontbreekt in diverse dossiers informatie over de levensloop van de cliënt en zijn wensen en behoeften. De inspectie ziet in de dossiers cliëntgebonden risico's. Maar zorgverleners zetten die niet altijd om in doelen en acties (zie toelichting norm 2.1). Uit de geconstateerde risico's genereert het systeem een algemeen doel en actie. De doelen vullen zorgverleners niet aan met, op de individuele cliënt, gerichte informatie. Bij de acties ziet de inspectie ook niet altijd aanvullingen voor de individuele cliënt. Zo ziet de inspectie bij een cliënt met een polsbandje, waarbij een signaal afgaat als de buitendeur opengaat, 'gevaar op dwalen' staan. Als actie staat genoemd 'afleiden en proberen terug te brengen naar de huiskamer'. Wat het gevaar precies is (bijvoorbeeld: is het gevaar loopdrang of dat de cliënt zijn weg terug niet kan vinden of is de cliënt verkeersgevaarlijk) en hoe je de cliënt kan afleiden, staat niet beschreven. Wel staat er op het formulier dat als het afleiden niet lukt, de cliënt (met begeleiding) naar buiten kan.

Een zorgverlener verteld dat bij een andere cliënt bedekken worden toegepast. Uit inzage in het zorgdossier blijkt dat er geen vrijheidsbeperkende maatregelen beschreven staan. Ook is uit het cliëntdossier niet navolgbaar of en wanneer deze maatregelen zijn geëvalueerd.

Op de zorgkaart vullen zorgverleners de dagelijkse zorg in, maar dit is ook niet altijd helder omschreven. Zo ziet de inspectie dat zorgverleners een cliënt naar een activiteit moeten brengen, maar niet welke activiteit of waar de cliënt van houdt.

Zorgverleners rapporteren op doelen, maar dit is vaak summier en in sommige gevallen ziet de inspectie afspraken niet terugkomen in de rapportage. De inspectie ziet regelmatig rapportages als 'was moeilijk te verzorgen' of 'mevrouw gedoucht'. De reden waarom een cliënt moeilijk was te verzorgen, wat een zorgverlener heeft gedaan en het effect hiervan op de cliënt, staan niet beschreven.

Zorgverleners vertellen dat zij twee keer per jaar de risico's in beeld brengen en het zorgplan aanpassen en evalueren in een zorgplanbespreking. De data van evaluatie van het zorgplan staat in het cliëntdossier. Waarop zorgverleners evalueren en wat er is besproken tijdens een evaluatie is niet in het cliëntdossier terug te vinden. De inspectie ziet in één geraadpleegd cliëntdossier in de rapportage dat het zorgplan is besproken, maar wat er is besproken en wat de (eventuele) aanpassingen of afspraken waren, ziet de inspectie niet terug. Ook ziet de inspectie bij rapportage op meerdere doelen onder één specifiek doel (bloedglucosewaarden) zonder dat daarnaar verwezen wordt bij de andere doelen.

Wel ziet de inspectie zorgplannen waarbij duidelijk is aangegeven wanneer deze geëvalueerd moeten worden. Daarnaast ziet de inspectie een aantal zorgplannen waarin de acties wel zijn toegeschreven op de individuele cliënt. Ook ziet de inspectie een aantal uitgebreide rapportages waarin staat wat de oorzaak van een bepaald gedrag van een cliënt was, wat de zorgverlener heeft gedaan om het gedrag om te buigen en wat het effect hiervan was. Ook ziet de inspectie in een dossier dat de fysiotherapeut rapporteert in het cliëntdossier.

De inspectie wil hierbij wel vermelden, dat het nieuwe ECD sinds een week in gebruik is bij Ben Oude Nijhuis. Controle op compleetheid en/of een inhoudelijke controle heeft nog niet plaatsgevonden, zo vertelt het management.

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 het Ben Oude Nijhuis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken met zorgverleners, roosters 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. Bij afwezigheid en/of ziekte van medewerkers probeert het Ben Oude Nijhuis dit binnen de vaste zorgverleners op te lossen, of met (zoveel mogelijk vaste) uitzendkrachten.

Daarentegen blijkt uit gesprekken en de cliëntdossiers, dat de beschikbaarheid van relevante deskundigheid binnen het Ben Oude Nijhuis, niet gegarandeerd is. Gesprekspartners vertellen dat de huisarts, die de behandelaar van het merendeel van de cliënten is, één keer per week (op een vaste dag) bij het Ben Oude Nijhuis op visite komt. Zo nodig ook buiten de vaste dag om. De huisarts kan op indicatie een SO of psycholoog inschakelen. Zorgverleners vertellen dat hier grote behoefte aan is, omdat er een aantal cliënten binnen Ben Oude Nijhuis zijn met een complexe zorgvraag (Parkinson) en/of onbegrepen (en soms agressief) gedrag. De afgelopen maanden is er echter geen SO of psycholoog ingeschakeld (zie verder norm 2.1).

Uit documenten en gesprekken blijkt dat zorgverleners het afgelopen jaar scholingen hebben gevolgd. Zo hebben zorgverleners diverse scholingen op het gebied van voorbehouden en risicovolle handelingen gevolgd en scholingen met als onderwerp medicatie(veiligheid), decubitus en het werken met het nieuwe ECD.

Ongeveer één keer per maand kunnen zorgverleners een college bijwonen over dementie. Dit college geeft een lid van de raad van toezicht. Deze deskundige is een autoriteit op het gebied van de dementie. Tijdens deze colleges brengen zorgverleners, zo vertellen zij, ook casuïstiek in als het gaat om het omgaan met een bepaald gedrag van cliënten. Ook familieleden en vrijwilligers kunnen deze colleges bijwonen.

Ben Oude Nijhuis heeft een opleidingsplan voor 2019 tot en met 2020. Hierin staat het beleid, de kerntaak en ambitie, de visie op opleiden en een opsomming van de scholingen en plannen rondom deskundigheidsbevordering.

Daarentegen houdt het Ben Oude Nijhuis niet bij welke zorgverleners de colleges volgen.

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 het Ben Oude Nijhuis grotendeels niet** aan deze norm.

Ben Oude Nijhuis is ten tijde van het bezoek nog niet in een fase van controle en bijstelling. Plannen zijn wel ontwikkeld en ingezet, maar bestuur en management controleren nog niet of zorgverleners de kwaliteit van zorg leveren zoals is afgesproken. Evenmin of de ingezette verbetermaatregelen moeten worden aangepast of gewijzigd.

Uit het gesprek met het bestuur en de raad van toezicht blijkt dat zij wel in beeld hebben wat er binnen de locatie speelt. Zo vertellen zij dat een van de bestuurders minimaal één keer per week op de locatie aanwezig is, veel gesprekken voert met zorgverleners, hoofd zorg en cliënten of familie. De lijnen zijn binnen het Ben Oude Nijhuis kort en het contact tussen bestuur, hoofd zorg, zorgverleners en cliënten of familie is laagdrempelig en veelvuldig. Bestuur en hoofd zorg hebben frequent overleg over de stand van zaken binnen de locatie. Van de stand van zaken maakt het management echter geen verslag en legt geen afspraken vast. Zo is het niet inzichtelijk wat de stand van zaken van de kwaliteit van zorg en/of de ingezette verbeteringen is.

Het Ben Oude Nijhuis heeft een duidelijke visie op persoonsgerichte zorg en aan welke kwaliteit deze zorg moet voldoen. Het bestuur van het Ben Oude Nijhuis is zeer betrokken bij de zorgverleners en cliënten van het huis. In gesprekken geven bestuur en management aan dat beleid, protocollen, kwaliteitsverslag en het kwaliteitsplan vastliggen in een kwaliteitsmanagementsysteem. Daarnaast heeft het Ben Oude Nijhuis in het kwaliteitsplan van 2019 een verbeterparagraaf opgenomen, van waaruit verbeterplannen zijn ingezet op de locatie. Zo is sinds een week een nieuw ECD in gebruik om de zorg aan cliënten beter vast te kunnen leggen en het methodisch werken hierbij te verbeteren. Daarnaast zijn er plannen om de kwaliteit van zorg te verbeteren in ontwikkeling. Zo wordt er momenteel gewerkt aan het aanstellen van aandachtvelders binnen de zorgverlening en is Ben Oude Nijhuis bezig een MIC-commissie op te zetten. Ook heeft het bestuur een bewonersraad geïnstalleerd waarmee in een vaste frequentie mee vergaderd wordt.

Zorgverleners geven wisselend aan of zij fouten en incidenten melden. De ene zorgverlener zegt dit altijd te melden, de andere zorgverlener geeft aan dat de bereidheid minder is, omdat zij geen verbeteringen ziet vanuit de meldingen en medicatiefouten daardoor niet meldt.

Uit documenten blijkt dat het management een beeld heeft over welke incidenten er gemeld zijn en wat voor incidenten dit zijn (vallen, agressie en medicatie bijvoorbeeld). De aantallen die het Ben Oude Nijhuis in een overzicht van MIC-meldingen aan de inspectie overlegt, lijken niet te kloppen met het beeld dat de inspectie vanuit de cliëntdossiers krijgt. Zo ziet de inspectie in de geraadpleegde cliëntdossiers al meer medicatie incidenten ingevuld, dan uit het overlegde overzicht naar voren komt.

Daarbij ziet de inspectie dat zorgverleners het formulier om incidenten te melden invullen, maar zij doen dit summier. Zo ziet de inspectie een MIC over een incident met een cliënt. De inspectie leest wat er is gebeurd ('agressie, bijten en schoppen'). De zorgverlener geeft vervolgens aan 'was moeilijk te verzorgen'. Verder is het formulier niet ingevuld. Er staat bijvoorbeeld niet waar het gedrag vandaan kwam (aanleiding; welke situatie), wat de zorgverlener heeft gedaan om het gedrag om te buigen, of de actie van de zorgverlener volgens afspraak was en wat het effect hiervan was.

Het is evenmin inzichtelijk wat het Ben Oude Nijhuis met deze incidentmeldingen doet. De inspectie heeft geen analyses gekregen. Ook in de cliëntdossiers ziet de inspectie niet terug wat het vervolg van incidenten is. Of er bijvoorbeeld maatregelen zijn genomen om een incident in de toekomst te voorkomen of dat het zorgplan is aangepast naar aanleiding van incidenten. Evenmin of er organisatiebrede verbeteringen zijn gevolgd op analyses van incidenten.

Het management vertelt dat zij de meldingen analyseert en de uitkomsten hiervan vervolgens terugkoppelt aan de zorgverleners. Dit gebeurt volgens een zorgverlener in een overleg waaraan het hoofd zorg en vertegenwoordigers van de teams deelnemen. Vervolgens horen de overige zorgverleners in het teamoverleg wat de uitkomsten van de analyses zijn. In de teamoverleggen is dit een vast agendapunt volgens de zorgverleners. In de notulen van diverse teamoverleggen, die de inspectie ziet, staat echter niets inhoudelijks over de MIC-meldingen. Zorgverleners hebben het in één van de overleggen wel over de procedure van melden, zo ziet de inspectie, maar niet inhoudelijk over de meldingen.

Het management geeft aan dat het melden van incidenten in het nieuwe ECD is opgenomen. Dat moet er, volgens management, voor zorgen dat incidenten structureel en beter gemeld gaan worden. Daarnaast vertelt zij, dat het Ben Oude Nijhuis momenteel bezig is om een MIC-commissie op te zetten. Dit moet ervoor zorgen dat er structureel en betere analyses van incidenten komen. Zowel op cliënt- als op organisatieniveau.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet naam locatie grotendeels niet** aan deze norm.

De voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren zijn in ontwikkeling binnen het Ben Oude Nijhuis. Verbeterplannen zijn gemaakt en maatregelen zijn in ontwikkeling of ingezet binnen de locatie. Een aantal plannen moeten nog uitvoering krijgen. Zoals het inzetten van aandachtvelders die op onderwerpen ook gaan controleren of de zorg wordt uitgevoerd als afgesproken. Of het opzetten van een MIC-commissie van waar uit zorgverleners en de organisatie kunnen leren van incidenten.

Reflectie van zorgverleners op de geleverde zorg gebeurt, volgens zorgverleners, op diverse momenten. Bijvoorbeeld tijdens de colleges over dementie of tijdens de teamoverleggen. Echter, het is niet inzichtelijk of alle zorgverleners deze colleges volgen en in de notulen van de teamoverleggen ziet de inspectie geen reflectie op de geleverde zorg terug.

Tijdens gesprekken met bestuur en raad van toezicht en uit diverse documenten komt wel naar voren dat Ben Oude Nijhuis leren en verbeteren belangrijk vindt. Het Ben Oude Nijhuis heeft een duidelijke missie en visie die bestuur, management en zorgverleners ondersteunen en uitdragen. Ook geeft het bestuur aan bezig te zijn een lerend netwerk op te zetten met een andere zorgorganisatie. Er heerst binnen Ben Oude Nijhuis een open cultuur, waarbij elkaar aanspraken op wat je doet vanzelfsprekend is, zo geven gesprekspartners aan.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

Volgens de inspectie **voldoet naam locatie grotendeels niet** aan deze norm.

Uit controle van de medicatiemappen blijkt, dat zorgverleners niet voor elke cliënt die medicatie gebruikt, over een actueel medicatieoverzicht van de apotheek beschikken. Daarnaast ziet de inspectie en hoort van zorgverleners dat zij wijzigingen in medicatie regelmatig zelf bijschrijven op de toedienlijsten. Reden hiervoor is dat de huisarts de wijzigingen niet direct doorgeeft aan de apotheek, maar het vaak wel van belang is dat de nieuwe (dosering van de) medicatie direct start. Zorgverleners schrijven deze doseringen handmatig op de toedienlijst.

Het management geeft aan de inspectie aan, dat dit bij hen bekend is en dat zij hierover in gesprek zijn met de huisarts en de apotheek. Tijdens het bezoek ziet de inspectie actuele toedienlijsten in de medicatiemappen.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet naam locatie grotendeels niet** aan deze norm.

Bij controle in de medicatiemappen, ziet de inspectie bij meerdere cliënten dat zorgverleners de tweede controle (niet GDS-medicatie) niet structureel aftekenen. De inspectie ziet dit bij insuline toediening en bij het toedienen van bloedverdunners. Daarnaast ziet de inspectie bij de bloedverdunners op de toedienlijst staan, dat deze in de avond toegediend moeten worden. De bloedverdunners zijn echter om 08.00 uur ('s morgens) afgetekend als zijnde gegeven. Onduidelijk is of de bloedverdunners op het juiste tijdstip zijn gegeven aan de cliënt.

Verder ziet de inspectie in een medicatiemap een plakschema voor transdermale medicatie. Het plakschema is vol, zo ziet de inspectie en er is geen nieuw plakschema voor de pleisters. Een zorgverlener geeft aan dat de cliënt de pleister ten tijde van het bezoek nog gebruikt. Zorgverleners hebben op het plakschema, nadat het vol was, wel bijgeschreven en afgetekend dat de medicatie is gegeven. Zij geven niet aan op welke plek zij de pleister hebben geplakt. Daarbij ziet de inspectie dat zorgverleners na 21 mei 2019 helemaal niet meer aftekenen dat zij de medicatie hebben gegeven of op welke plaats de pleister is geplakt.

Bij de overige medicatie ziet de inspectie dat zorgverleners deze wel op het juiste tijdstip hebben gegeven en dat dit is afgetekend.

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

- Kwaliteitsverslag 2017;
- Kwaliteitsplan 2018;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten;
- Overzicht fte's/dienstroosters zorgverleners en behandelaars;
- Overzicht van MIC-meldingen (kwantitatieve gegevens) 2018 en 1^e kwartaal 2019;
- Overzicht van scholing in afgelopen jaar aan de zorgverleners van de locaties;
- Geplande scholing/colleges in 2019;
- Opleidingsplan Ben Oude Nijhuis 2019-2020, versie maart 2019;
- Notulen werkoverleg zorg en gastvrouwen/heren d.d. 15 april 2019;
- Notulen werkoverleg zorg d.d. 13 mei 2019;
- Notulen werkoverleg gastvrouwen/heren d.d. 23 mei 2019.