



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

Rapport
van het inspectiebezoek
aan verpleeghuis Parkhuis in
Dordrecht
op 19 mei 2016

Utrecht
juli 2016

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Methode 3
1.3	Toetsingskader 4
1.4	Beschrijving locatie 4
2	Conclusie en onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen 6
2.2.1	Kwaliteitssysteem functioneert, PDCA-cyclus is rond 7
2.2.2	Preventie van agressie-incidenten heeft volle aandacht en vraagt om blijvende focus 7
2.2.3	Parkhuis heeft cliëntgerichte zorg hoog in het vaandel en dat is duidelijk zichtbaar 7
3	Handhaving 8
4	Bevindingen inspectiebezoek 9
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 9
4.1.1	Inleiding 9
4.1.2	Scores 10
4.2	Thema 2: cliëntdossier 12
4.2.1	Inleiding 12
4.2.2	Scores 14
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 17
4.3.1	Inleiding 17
4.3.2	Scores 17
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 21
4.4.1	Inleiding 21
4.4.2	Scores 21
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 25
4.5.1	Inleiding 25
4.5.2	Scores 25
4.6	Overige bevindingen 28
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 29
-Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 30

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 19 mei 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Verpleeghuis Parkhuis in Dordrecht (hierna: Parkhuis). In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

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

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

Naar aanleiding van meerdere anonieme meldingen over de bejegening van de bewoners in Parkhuis, bracht de inspectie een bezoek aan Parkhuis.

Doelstelling

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

1.2 Methode

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

- een lid van de cliëntenraad
- vier uitvoerende medewerkers
- een specialist ouderengeneeskunde/ Bopz arts en een psycholoog
- de bestuurder, afdelingsmanager en twee teamleiders
- enkele cliëntdossiers
- documenten, genoemd in bijlage 1
- een rondgang door de locatie

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

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

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

1.3 Toetsingskader

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

1.4 Beschrijving locatie

Parkhuis biedt zorg aan (jonge) mensen met dementie, mensen met psychiatrische aandoeningen en mensen met Korsakov. Parkhuis heeft een regiofunctie voor deze doelgroepen. De instelling heeft elf locaties voor intramurale zorg en dagondersteuning in groepsverband. Er zijn 325 intramurale plaatsen en 250 extramurale cliënten. In Parkhuis werken circa 700 medewerkers (400 fte) en 300 vrijwilligers. De inspectie bezocht de psychogeriatrische (PG) afdelingen Esdoorn en Larix van de hoofdlocatie van het Parkhuis in Dordrecht. Hier is plaats voor 185 cliënten. Tijdens het inspectiebezoek woonden er op afdeling Esdoorn achttien cliënten, waarvan twaalf cliënten met ZZZ 5, één cliënt met ZZZ 6 en vijf cliënten met ZZZ 7. Op de afdeling Larix 1 en Larix 2 woonden 30 cliënten, waarvan één cliënt met ZZZ 4, 25 cliënten met ZZZ 5 en vier cliënten met ZZZ 7.

De beide afdelingen hebben twee huiskamers. Iedere huiskamer heeft een voordeur met bel. De 'voorgevel' heeft ook een eigen kleur voor de herkenbaarheid. Er is een belevingsgericht loopcircuit met ruime gangen en beleefhoekjes voor cliënten en familie. De beleefhoekjes zijn thematisch ingericht; schoolhoek, moederhoek, muziekhoek, huishoedhoek, tovertafel en bioscoop. Buiten is er een afgesloten beweegpad met zitjes en veel groen.

Zorgverlening

Zorgmedewerkers niveau 2 en 3 geven de zorgverlening. Parkhuis zet per afdeling in de dagdienst twee vroege diensten in en later in de ochtend komen er nog drie medewerkers bij. In totaal zijn er voor 32-36 cliënten vijf zorgmedewerkers en twee voedingsassistentes. Er is tot 8 uur in de avond altijd toezicht in de huiskamers door een niveau 2 medewerker. Het multidisciplinair behandelteam bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde (SO), psycholoog en paramedici. Het behandelteam werkt intern en ambuland. Een extern behandelteam van Gericall verzorgt de weekenddiensten. Binnen het artsenteam vonden veel wisselingen plaats. Ten tijde van de inspectie wierf Parkhuis een nieuwe SO. Binnenkort start er een verpleegkundig specialist.

Met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger vindt minimaal tweemaal per jaar een multidisciplinair (MDO) plaats. Voorafgaand aan het MDO vindt een zorgoverleg plaats. Als de cliënt en/of diens vertegenwoordiger niet aanwezig kan zijn bij het MDO, wordt in dit

overleg de zorg met hen afgestemd. Tevens vindt er maandelijks een omgangsoverleg plaats. Voor de PG afdelingen is dit één keer per twee weken. In dit overleg worden gedragsadviezen en middelen en maatregelen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. De artsensite gebeurt door de onvolledige bezetting niet structureel op het moment van de inspectie.

Organisatorische en personele ontwikkelingen

Parkhuis heeft een eenhoofdige raad van bestuur, ondersteund door een manager stafafdelingen, twee clustermanagers (wonen met zorg en ondersteunend bedrijf), drie afdelingsmanagers en zestien teamleiders.

Voor de zomer van 2016 voert Parkhuis een reorganisatie door, waarbij een managementlaag verdwijnt. De teamleiders en afdelingsmanagers kunnen opnieuw solliciteren naar de functie van zorgmanager. De totale formatie voor de directe zorg blijft gelijk. Er komt alleen een andere verdeling tussen de functie eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV-er) en de nieuwe functie van zorgcoördinator. De 112 fte EVV'ers die er nu zijn, kunnen voor de nieuwe functie solliciteren. In totaal komen er 66 fte zorgcoördinatoren. De overige EVV'ers gaan als verzorgden in het team werken. Elke afdeling krijgt een niveau 4 zorgmedewerker. Daarnaast neemt Parkhuis twee medewerkers HBO-V Gerontologie Geriatrie (GG) aan. Zij komen in algemene dienst en worden niet toegevoegd aan de formatie op de afdelingen. Zij coachen en begeleiden zorgmedewerkers in het primaire proces om de kwaliteit van zorg naar een hoger niveau te tillen. Parkhuis werkt vooral met vaste medewerkers en een beperkte hoeveelheid invalkrachten. Het verzuimpercentage over het eerste kwartaal van 2016 is gemiddeld 7,0% ten opzichte van 4,9% over heel 2015.

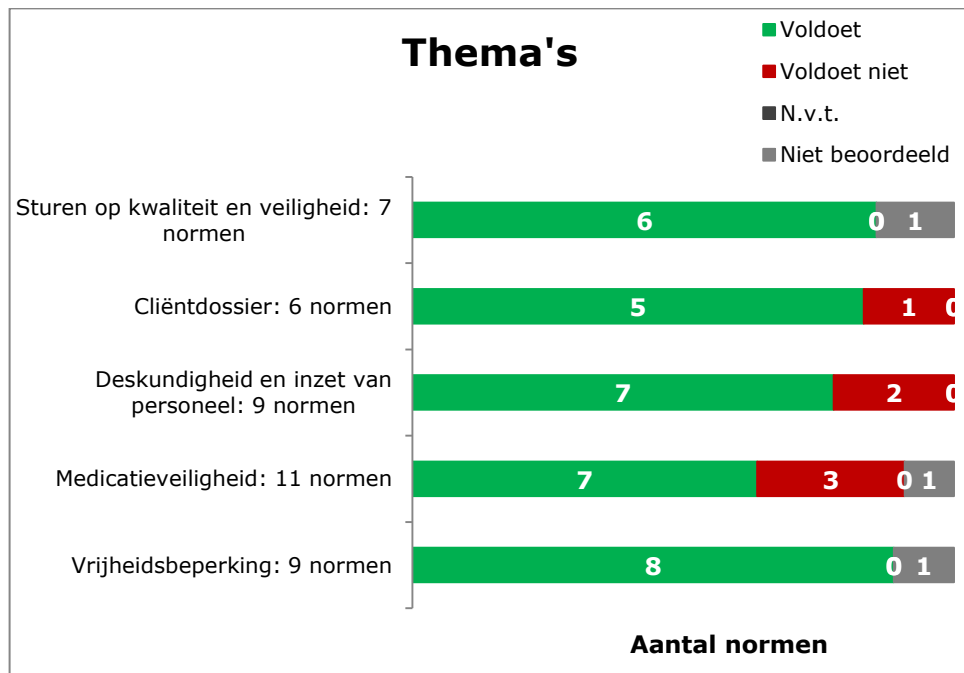
2 Conclusie en onderbouwing

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

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

2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. Als de inspectie hierbij naast de geselecteerde normen ook andere normen heeft gehanteerd, zijn de bevindingen daarvan beschreven in hoofdstuk 4 en niet zichtbaar in deze tabel.



2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die Parkhuis biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de 6 normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

2.2.1 Kwaliteitssysteem functioneert, PDCA-cyclus is rond

Parkhuis heeft een goed functionerend kwaliteitssysteem. Hiervoor verzamelt Parkhuis structureel informatie over de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit gebeurt via cliëntervaringen, ingediende klachten, MIC-meldingen en signalen van medewerkers en management. Ook voert Parkhuis regelmatig interne en externe audits uit. Bestuur en management weten wat er speelt op de werkvloer en gebruiken de verzamelde informatie om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met alle betrokkenen, zoals medewerkers, cliënten, vrijwilligers en mantelzorgers. Parkhuis zorgde aantoonbaar voor verbeteracties in de zorg naar aanleiding van de bij de inspectie binnengekomen meldingen en incidenten rondom agressie.

2.2.2 Preventie van agressie-incidenten heeft volle aandacht en vraagt om blijvende focus

Naar aanleiding van eerdere agressie-incidenten heeft Parkhuis aantoonbaar verbetermaatregelen genomen. Deze maatregelen waren gebaseerd op analyses van de binnengekomen meldingen gericht op de basisoorzaken. Parkhuis richtte een bedrijfsopvangteam op, bood medewerkers scholing aan en stelde protocollen op voor ouderemishandeling en ontspoorde zorg. Ook verbeterde Parkhuis de multidisciplinaire samenwerking voor dit thema, gericht op de preventie van incidenten. Medewerkers voelen zich hierdoor beter toegerust en ondersteund om op een goede manier met agressie-incidenten om te gaan. Ondanks alle inspanningen van Parkhuis om agressie-incidenten te voorkomen, was er sprake van een toename van het aantal incidenten. De psychogeriatrische doelgroep met complexe problematiek in combinatie met de toenemende zorgzwaarte, vragen om een blijvende focus en alertheid op het voorkomen van agressie-incidenten. Dit ook gezien het beleid van Parkhuis om psychofarmaca zoveel als mogelijk terug te dringen. Hierdoor zijn cliënten actief en is er veel onderlinge interactie. Een goede samenstelling van de groepen en heldere in- en exclusiecriteria zijn van groot belang. De inspectie vraagt Parkhuis om hier blijvend aandacht voor te hebben door te weten wat er speelt op de werkvloer en hierop in te spelen met passende maatregelen.

2.2.3 Parkhuis heeft cliëntgerichte zorg hoog in het vaandel en dat is duidelijk zichtbaar

De instelling doet veel aan de ontwikkeling van cliëntgerichte zorg. Het Parkhuis is aangesloten bij het programma van VWS 'Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen'. Het project van Parkhuis 'Hartverwarmend thuisvoelen' omvat een cliëntgerichte visie en integrale aanpak om de visie in de praktijk uit te voeren. Informatie wordt verzameld door spiegelbijeenkomsten met cliënten, familie en nabestaanden. De wensen en verbetermogelijkheden die betrokkenen aangeven, worden in werkgroepen geanalyseerd door zorg- en stafmedewerkers van Parkhuis. Vervolgens worden de verbeteracties multidisciplinair opgepakt en op de werkvloer uitgerold. De uitkomsten van de analyses en voortgang worden teruggekoppeld aan cliënten, familie en nabestaanden. De resultaten van deze integrale aanpak waren duidelijk zichtbaar op de werkvloer. Cliënten waren actief, medewerkers heel betrokken en professioneel. Daarbij is de omgeving volledig gericht op de bewoners. De cliëntenraad is ook actief betrokken en zeer tevreden over de ontwikkelingen in Parkhuis. Medewerkers waren trots op de door het huis geboden zorg en zouden Parkhuis zeker aanbevelen.

3 Handhaving

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder verbetermaatregelen neemt op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldeed. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 hiervoor voldoende handvatten biedt.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de zorg die overige locaties of teams bieden, aan alle getoetste normen voldoet. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder zo nodig passende maatregelen treft. De inspectie sluit na vaststelling van het rapport het inspectiebezoek af.

4 Bevindingen inspectiebezoek

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

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

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

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

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

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 Inleiding

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

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

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

4.1.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de bevindingen op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.	x			
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.	x			
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.	x			
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				x
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>				x

Toelichting

- 1.1 a)** Naast het uitzetten van de CQ-index zag de inspectie dat Parkhuis verschillende spiegelgesprekken voerde met cliënten, familie en nabestaanden over hun ervaringen met de zorg in Parkhuis.
- 1.1 b)** Parkhuis gebruikte de cliëntervaringen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Hiervoor werkten werkgroepen de verbetermogelijkheden uit in zes opdrachten. Cliëntgerichte zorg was hierbij het uitgangspunt. De uitwerking en voortgang van de werkgroepen en de daaruit voortkomende verbeteringen koppelde Parkhuis terug aan cliënten, familie, nabestaanden en alle medewerkers van Parkhuis.

- 1.2** Medewerkers meldden niet altijd de incidenten die ze moesten melden. Zo zag de inspectie tijdens de rondgang dat op meerdere toedienlijsten de dubbele controle paraaf ontbrak voor het aftekenen van risicovolle medicatie. Medewerkers maakten hier geen MIC-melding van.
- 1.2 a)** Medewerkers en management vertelden dat Parkhuis een veilige meldcultuur heeft. Parkhuis besprak de uitkomsten structureel met medewerkers.
- 1.2 c)** Parkhuis gebruikte de analyses van de meldingen voor verbeteringen in de zorg. De verbetermaatregelen sloten aan bij de analyse naar de basisoorzaken. Een voorbeeld hiervan zijn de verbetermaatregelen naar aanleiding van agressiemeldingen. Als basisoorzaak kwam naar voren dat er onvoldoende multidisciplinair overleg en afstemming was over vroege signalen van agressie bij de bewoners. Ook bleken afspraken bij calamiteiten niet duidelijk genoeg te zijn. Naar aanleiding hiervan introduceerde Parkhuis 1 keer per 2 weken een multidisciplinair omgangsoverleg met aandacht voor agressie en paste het calamiteitenprotocol aan. Ook organiseerde Parkhuis informatieavonden voor familie en cliënten over het thema agressie.
- 1.4 b)** Een lid van cliëntenraad vertelde dat de bestuurder hen goed betrok bij belangrijke ontwikkelingen in de organisatie. Ook maakte de bestuurder gebruik van de door de cliëntenraad voorgestelde ideeën ter verbetering van de zorg. Zo zorgde Parkhuis na advies van de cliëntenraad voor een permanente bemanning van de receptie. Ook kregen nieuwe cliënten bij opname meteen een welkomstgesprek met de EVV-er en een welkomstkaartje.
- 1.8 a)** Activiteiten waren op maat voor iedere cliënt. Zo had iedere cliënt een individueel beweegplan en een passende dagbesteding. Parkhuis betrok mantelzorgers en vrijwilligers structureel bij de invulling en uitvoering van activiteiten.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

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

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

² Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorgplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

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

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

4.2.2

Scores

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

³ Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verderegaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	x			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.	x			
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³	x			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.	x			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	x			
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.	x			

Algemeen

Parkhuis ging recent over op een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD), Plancare 2. Op het moment van de inspectie waren nog niet voor alle cliënten de oude dossiers volledig overgezet. Medewerkers waren nog bezig de ontbrekende onderdelen van het dossier aan te vullen. De inspectie constateerde op basis hiervan geen tekortkomingen in de dossiers.

Toelichting

- 2.1 b)** Niet alle cliëntendossiers bevatten een levensgeschiedenis. Ook bij nazoeken in het vorige ECD, kwam de inspectie de levensgeschiedenis van deze cliënten niet tegen. De zorgmedewerker lichtte toe dat Parkhuis de ontbrekende levensgeschiedenis in dossiers alsnog toevoegde.
- 2.2 a)** Parkhuis interviewde uitgebreid elke nieuwe cliënt bij opname over wensen, gewoonten en hobby's. Medewerkers gebruikten deze informatie als basis voor het zorgplan. Dit was een zichtbaar resultaat van de nieuwe visie belevingsgerichte zorg.
- 2.4 a)** Parkhuis bracht cliëntgebonden risico's ieder half jaar in kaart. De specifieke risico's van iedere cliënt nam Parkhuis op in een risicokaart, welke beschikbaar was in het cliëntdossier. Medewerkers bespraken de risicokaart in het MDO.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 Inleiding

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

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

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

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

4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.	x			
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.	x			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	x			
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.	x			
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.	x			
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	x			
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.		x		
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.		x		
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.		x		
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.	x			
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

Toelichting

- 3.6 c)** De inspectie kreeg te horen van medewerkers dat de aangeboden scholing paste bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten. De inspectie zag in de documenten en hoorde van medewerkers hoe Parkhuis investeerde in kennis en kunde van medewerkers. De instelling voorzag ruim in verplichte scholing voor medewerkers op voor de instelling relevante onderwerpen zoals agressie, de wet Bopz, dementie, psychogeriatric, belevingsgerichte zorg en vaardigheden. Medewerkers vertelden blij te zijn met deze scholing, maar ervoeren de hoeveelheid scholing soms als teveel, omdat daardoor minder tijd overbleef voor de dagelijkse zorg voor cliënten. Behandelaren gaven aan dat de vaardigheden van medewerkers goed op niveau waren. Alleen de specifieke kennis over ziektebeelden kon in sommige gevallen beter, zeker gezien de toenemende zorgzwaarte van de cliënten in Parkhuis.
- 3.7 b)** Zowel op piekmomenten overdag als in de avonddienst ervoeren het personeel de werkdruk als te hoog. Dit was vooral aan het einde van de dag als cliënten onrustig waren en bij de wisseling van de dienst vertelden medewerkers. Op dit soort momenten lukten het hen niet belevingsgerichte zorg te leveren.
- 3.8 a)** De bezetting van de artsen op het moment van inspectie was te krap volgens de norm van de instelling. Structurele werkzaamheden bleven daardoor noodgedwongen liggen. Op het moment van de inspectie wierf Parkhuis een nieuwe SO. Door de lage bezetting van de artsen beschikte Parkhuis bij afwezigheid van de eigen Bopz-arts niet over een arts die voor deze taken kon waarnemen.
- 3.8 b)** Medewerkers ervoeren voldoende steun van vakinhoudelijk specialisten. Zo was er altijd een calamiteitendienst beschikbaar voor medewerkers als er zich ernstige incidenten voordeden. Dit was een verbetermaatregel naar aanleiding van een ernstig agressie-incident.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 Inleiding

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

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

4.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.				x
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.				x
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.				x
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	x			
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁴ niet aan.		x		
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁴ heeft uitgezet.		x		
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			

⁴ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.		x		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	x			
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS⁴-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.		x		
a)	Voor niet GDS ⁴ -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	x			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.		x		
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	x			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.	x			
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.	x			
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.	x			

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

Algemeen

Parkhuis ging per 1 juni 2016 over naar een andere apotheker. De afspraken over het medicatiebeleid scherpste Parkhuis samen met de nieuwe apotheker bij de overgang opnieuw aan.

Toelichting

- 4.5 a)** Tijdens de rondgang in de medicijnruimte op de afdeling trof de inspectie een opengeknipt baxterzakje aan. De medewerker gaf aan dat er medicijnen uit waren gehaald door twee verzorgenden. Dit is niet volgens de principes veilige principes in de medicatieketen. Met de overgang naar de nieuwe apotheker gaat Parkhuis over op een nieuw Baxtersysteem, met maar één pil per zakje.
- 4.7 b)** De inspectie constateerde dat de inhoud van de werkvoorraad groot was in relatie tot de grootte van de cliëntenpopulatie in Parkhuis. Op de overzichtslijst van de werkvoorraad van Parkhuis stonden bijvoorbeeld 100 ampullen morfinedydrochloride van 10 mg/ml. Parkhuis had tijdens het bezoek wel een nieuw geneesmiddelenprotocol klaarliggen. In dit protocol bracht Parkhuis de werkvoorraad terug en beter in balans met het aantal cliënten in de zorginstelling. Het plan was dit protocol in te voeren per 1 juni 2016.
- 4.8 b)** Tijdens de inspectie van de medicatie toedienlijsten zag de inspectie dat de dubbele controle paraaf voor risicovolle medicatie ontbrak op meerdere toedienlijsten en toedienmomenten. Zo ontbrak bij een cliënt de dubbele controle paraaf voor Oxycodon. Vooral in het weekend en tijdens feestdagen voerden zorgmedewerkers de tweede controles niet uit.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 Inleiding

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

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

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

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

4.5.2 Scores

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

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

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

Algemeen

De inspectie trof tijdens de rondgang veel actieve bewoners aan die een heldere indruk maakten. Het Bopz (concept)beleid van de instelling richtte zich op het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. In de dossiers was dit duidelijk navolgbaar. Ook kwam in de gesprekken naar voren dat medewerkers en behandelaren gedreven waren om vrijheidsbeperking zo veel mogelijk te beperken. Hiervoor evalueerden zij maandelijks alle middelen en maatregelen in het omgangsoverleg van cliënten en pasten zonodig afspraken aan.

4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.	x			

Toelichting

6.1 De inspectie zag dat het kwaliteitssysteem van Parkhuis voldeed en de PDCA-cyclus was rond. De plannen die de instelling beschreef in het jaardocument waren integraal doorgevoerd en zichtbaar op de werkvloer. De nieuwe koers borgde Parkhuis door medewerkers verantwoordelijk te maken voor aandachtsgebieden en de processen structureel te evalueren en bij te stellen.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Jaarplan Parkhuis 2015, versie 21-01-2016
- Parkhuis klachtenregistratie 2015 en Q1 2016
- Klachtenprocedure cliënten Parkhuis 2016, 01-03-2016
- Rapportages spiegelbijeenkomsten 'Hartverwarmend thuis voelen', juni en oktober 2015 en mei 2016
- Krant 'Hartverwarmend thuisvoelen', zomer en winter 2015 en voorjaar 2016
- MIC-analyse Q4 2015 Parkhuis
- Jaarplan Parkhuis 2016: MIC/MIM commissie
- Interne audits op medicatieveiligheid, BOPZ 19-05-2016
- Parkhuis procedure risicovolle, voorbehouden en overige handelingen, vaststellingsdatum 05-11-2013
- Verloopcijfers Parkhuis 2016-1^e kwartaal
- Formatie overzichten behandelaren en zorgmedewerkers Parkhuis, 19-05-2016
- Scholingskalender Parkhuis 2016
- Overzicht scholingen Parkhuis 2014-2015
- Protocol proces van de verstrekking van medicatie Parkhuis, januari 2015
- Geneesmiddelen Distributieprotocol Het Parkhuis, 04-05-2016
- Document medicatie werkvoorraad Parkhuis, per 01-06-2016
- In- en exclusiecriteria opname en verblijf in intramurale locaties van het Parkhuis, 19-05-2016
- PlanCare Dossier Het parkhuis, cliënten met gekoppelde producten, 19-05-2016
- PlanCare Dossier Het parkhuis, Vrijheidsbeperkende maatregelen per afdeling, 19-11-2015-19-05-2016
- Regionaal BOPZ-beleid, 19-05-2016

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

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)⁵.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

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

Circulaires en rapporten:

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

⁵ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

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