



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

Rapport van het inspectiebezoek aan
't Blauwbörgje te Groningen
op 25 november 2010

Zwolle, december 2010

Inhoud

1	Inleiding—3
2	Bevindingen inspectiebezoek—4
2.1	Opzet—4
2.2	Zorg(behandel)-/leefplan—4
2.3	Communicatie en informatie—5
2.4	Zorginhoudelijke veiligheid—6
2.5	Veiligheid wonen en verblijf—7
2.6	Voldoende en bekwaam personeel—8
2.7	Voortgang terugdringen vrijheidsbeperking—9
3	Beschouwing en conclusie—12
3.1	Inleiding—12
3.2	Beschouwing—12
3.3	Conclusie—13
4	Te nemen maatregelen—14
4.1	Inleiding—14
4.2	Plan van aanpak—14
	Bijlagen
1	Overzicht gebruikte documenten
2	Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten
3	Overzicht normen per thema
4	Toelichting op het inspectieoordeel

1 Inleiding

Op 25 november 2010 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een inspectiebezoek gebracht aan 't Blauwbörgje te Groningen.

Verpleeghuis 't Blauwbörgje is een onderdeel van Dignis Lentis. Dignis ondersteunt en behandelt kwetsbare ouderen en hun naasten in de provincie Groningen en Noord-Drenthe. 't Blauwbörgje levert in de stad Groningen verpleeghuiszorg aan 116 ouderen met een psychogeriatrische aandoening. Daarnaast wordt dagbehandeling geboden en opvang aan jong dementerenden, kwetsbare ouderen en hun familie/mantelzorger. 't Blauwbörgje heeft drie afdelingen met elk drie of vier wooneenheden voor elk elf cliënten. Elke wooneenheid heeft een gezamenlijke huiskamer. De meeste cliënten delen de slaapkamer met één of twee andere cliënten.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. Het tweede doel van het bezoek is het beoordelen van de voortgang in het kader van terugdringen vrijheidsbeperking naar aanleiding van de bevindingen tijdens het thematisch toezichtbezoek aan verpleeghuis 't Blauwbörgje op 27 mei 2010.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie:

- gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het management, specialisten ouderengeneeskunde, afdelingshoofden, uitvoerende medewerkers en leden van de cliëntenraad;
- zorgplannen ingezien;
- een rondleiding gehad;
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

De methodiek voor dit bezoek is vastgelegd in het 'Tweede Fase Instrument programma ouderenzorg', versie 2008. Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.¹

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan
- Communicatie en informatie
- Zorginhoudelijke veiligheid
- Veiligheid wonen en verblijf
- Voldoende en bekwaam personeel.

Voor het thema 'voortgang vrijheidsbeperkende maatregelen' zijn het toetsingskader en de beoordelingscriteria van het thematisch toezicht 'Terugdringen Vrijheidsbeperking' van toepassing (zie bijlage 2 van het Rapport Inspectiebezoek aan 't Blauwbörgje, 27 mei 2010).

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Hoe scoort 't Blauwbörgje op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van 't Blauwbörgje in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- Welke maatregelen moet 't Blauwbörgje binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

¹ Zie bijlage 2

2 Bevindingen inspectiebezoek

2.1 Opzet

De inspectie beoordeelt op zes thema's. Ieder thema bestaat uit een aantal onderwerpen. In dit hoofdstuk geeft de inspectie per onderwerp haar oordeel weer in vier gradaties: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' en 'zeer hoog risico'. Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

Onderwerpen die niet in het instrument aan bod komen, en naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg binnen uw instelling, benoemt de inspectie in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

2.2 Zorg(behandel)-/leefplan

onderwerp		oordeel				
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico	
1	zorg(behandel)/-leefplansystematiek	✓				
2	individueel zorg(behandel)/-leefplan			✓		

toelichting per onderwerp

1 Zorg(behandel)/-leefplansystematiek

Bij opname van een cliënt wordt in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger binnen twee dagen door de eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV) een voorlopig leefplan opgesteld. Na een observatieperiode wordt binnen acht weken een definitief multidisciplinair leefplan opgesteld. Iedere, bij de cliënt betrokken, discipline maakt aan de hand van het leefplan een (eigen) werkplan. Het leefplan en de daaruit voortvloeiende werkplannen wordt minimaal twee keer per jaar geëvalueerd. Het werkplan van de zorg (verder: zorgplan genoemd) geeft invulling aan de vier domeinen (belevingsgerichte zorg) en geeft een beeld van de gezondheidssituatie van de cliënt en een aantal gezondheidsrisico's. De inspectie scoort op dit onderwerp geen risico.

2 Individueel zorg(behandel)/-leefplan

Op elke wooneenheid is per cliënt een (blauw) medisch cliëntdossier en een (rood) zorgdossier. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de inhoud van deze dossiers is niet duidelijk. Er is geen controle op de kwaliteit van de zorgplannen vastgelegd. De plannen die door de inspectie tijdens het bezoek zijn gezien waren niet zorgvuldig opgesteld: een aantal acties (zoals toezicht) waren niet concreet omschreven en opdrachten uit het medisch dossier waren niet opgenomen in het zorgplan in het rode dossier.

2 In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

Het MDO bestaat standaard uit de verzorging en psycholoog. Mede door het ingewikkelde dossier en de niet zorgplan gerichte rapportage zijn de kansen op onvoldoende multidisciplinaire samenwerking groot. Dit is ten opzichte van 27 mei 2010, niet echt veranderd. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden vastgelegd in het zorgplan inclusief de reden. Er zijn aparte formulieren, zowel in medisch als zorgdossier, waarin de evaluatiedata worden vastgelegd en afgetekend. Instemming van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger is zichtbaar. De inspectie scoort op dit onderwerp hoog risico, omdat de verantwoordelijkheid over de beide cliëntdossiers niet duidelijk is en een systematische controle van de kwaliteit van de zorgplannen niet plaatsvindt.

2.3 Communicatie en informatie

nummer	onderwerp	oordeel				
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico	
1	communicatie en bejegening		✓			
2	informatievoorziening	✓				

toelichting per onderwerp

1 Communicatie en bejegening

Binnen Dignis wordt gewerkt met een gedragscode. Deze is bekend bij zowel de cliëntenraad als de medewerkers.

Voor de cliënt en diens wettelijk vertegenwoordiger is de EVV het vaste aanspreekpunt. De EVV stelt onder andere in samenspraak met hen het zorgplan op, nodigt hen uit voor het MDO en vraagt vooraf toestemming indien een toepassing van vrijheidsbeperking overwogen wordt. Naar de cliënten is de communicatie en bejegening geen risico. De inspectie scoort op dit onderwerp gering risico, omdat de communicatie onderling van medewerkers wel te wensen overlaat. En dit kan invloed hebben op de communicatie naar cliënten en diens familie. Medewerkers worden van verschillende zaken niet goed op de hoogte gehouden of de informatie is half. Dat de communicatie niet altijd optimaal is werd tijdens het bezoek verschillende malen aangegeven en ook tijdens het inspectiebezoek kwam dit een keer tot uiting.

2 Informatievoorziening

Bij de opname ontvangt de cliënt en diens wettelijk vertegenwoordiger een informatiemap met daarin onder andere informatie over de gedragscode, de cliëntenraad, de klachtenprocedure, de zorgovereenkomst en het aanbod van zorg. Informatie over de activiteiten hangt duidelijk zichtbaar op elke wooneenheid. De inspectie scoort op dit onderwerp geen risico.

2.4 Zorginhoudelijke veiligheid

onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	decubituspreventie en -behandeling		✓		
2	vocht en voeding	✓			
3	valpreventie			✓	
4	diagnostiek en behandeling bij incontinentie		✓		
5	zorg voor cliënten met gedragsproblemen			✓	

toelichting per onderwerp

1 Decubituspreventie en -behandeling

Het Dignis-brede protocol inzake oorzaken en gevolgen van decubitus, alsmede preventieve maatregelen en verantwoordelijkheden is multidisciplinair opgezet. De taken van de betrokken disciplines staan er in omschreven. Opvallend is dat een verminderde voedingstoestand van de cliënt wel bij de mogelijke oorzaken van decubitus wordt beschreven, maar dat de diëtist volgens het protocol hierbij geen taken en verantwoordelijkheden heeft.

De inspectie scoort op dit onderwerp gering risico, omdat de taken en verantwoordelijkheden van de diëtist ontbreken in het vastgestelde decubitusbeleid.

2 Vocht en voeding

Het Dignis-protocol 'eten en drinken' is gebaseerd op de landelijke multidisciplinaire richtlijn voor verpleeghuisgeïndiceerden van Actiz (2001). Bij het protocol is een scorelijst om de inname van voeding en vocht vast te leggen. Daarnaast zijn er instructies beschreven hoe te handelen als een cliënt zich verslikt.

Volgens de cliëntenraad wordt op sommige wooneenheden bij de maaltijden de tafel wel gedekt en op sommige eenheden niet. Er wordt volgens hen voldoende rust genomen tijdens de maaltijden.

De inspectie scoort op dit onderwerp geen risico.

3 Valpreventie

Met betrekking tot het onderwerp valpreventie is geen protocol of richtlijn aangereikt, terwijl valrisico één van de belangrijkste redenen is om een vrijheidsbeperkende maatregel bij een cliënt toe te passen.

Binnen 't Blauwbörgje wordt niet per cliënt een valrisico-scorelijst ingevuld om te bepalen in welke mate de cliënt valgevaarlijk is. Daarnaast kan een valrisico-score inzicht geven in de mate van toezicht die een cliënt nodig heeft.

Valincidenten worden via de MIC gemeld.

De inspectie scoort op dit onderwerp hoog risico, omdat er geen vastgesteld beleid is over valpreventie.

4 Diagnostiek en behandeling bij incontinentie

In het protocol incontinentieproblematiek is een stroomschema opgenomen hoe te handelen en door wie. Daarnaast is een observatielijst gezien en een dagboek toiletgang. Niet bij elke cliënt wordt een diagnose (oorzaak) van de incontinentie vastgesteld. Het verbruik van incontinentiemateriaal wordt per cliënt geregistreerd. Door de gesprekspartners wordt genoemd dat er gelet wordt op het verbruik van incontinentiemateriaal. Hierdoor lijkt het dat bij incontinentiezorg niet altijd de cliënt centraal staat. De inspectie scoort op dit onderwerp gering risico, omdat bij niet elke cliënt een diagnose met betrekking tot incontinentie wordt gesteld.

5 Zorg voor cliënten met gedragsproblemen

Binnen Dignis wordt gewerkt met een richtlijn gericht op het voorkomen, signaleren, behandelen, begeleiden en evalueren van depressiviteit. Voor gedragsproblemen als onrust, roepgedrag en agressie zijn geen richtlijnen voorhanden.

In de afgelopen jaren heeft geen structurele scholing voor zorgmedewerkers over gedragsproblemen plaatsgevonden. Zorgmedewerkers kunnen hierdoor onvoldoende kennis hebben om tijdig gedragsproblemen te onderkennen en de juiste benaderingswijze hier in te kiezen.

De inspectie scoort op dit onderwerp hoog risico, omdat richtlijnen voor gedragsproblemen ontbreken en structurele scholing niet heeft plaatsgevonden.

2.5 Veiligheid wonen en verblijf

onderwerp		oordeel				
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico	
1	veilig wonen		✓			
2	veiligheid materiaal en hulpmiddelen			✓		

toelichting per onderwerp

1 Veilig wonen

Verpleeghuis 't Blauwbörgje kent een adequaat hulpoproepsysteem. Volgens de vastgestelde richtlijn dient binnen vijf minuten door medewerkers op een belsignaal gereageerd te worden.

Er is een goedgekeurd calamiteitenplan aanwezig.

De ervaringen met het toezicht in de huiskamers is wisselend. Ondanks dat er nu een richtlijn is over de huiskamerbezetting, blijkt niet iedere medewerker invulling te kunnen geven aan het toezicht. In het zorgplan ontbreekt een heldere omschrijving over welke vorm van toezicht betreffende cliënt nodig heeft.

De inspectie scoort op dit onderwerp gering risico, omdat er geen concrete, vastgestelde richtlijnen zijn over de kwaliteit en de invulling van het toezicht.

2 Veiligheid materiaal en hulpmiddelen

Het onderhoud van tilliften, bedden en beddekken is geregeld via de leverancier.

Hier wordt een registratie van bijgehouden.

Het onderhoud van plukpakken, verpleegdekens, glucose- en bloeddrukmeters is niet geregeld (ter informatie: op 24 november 2010 worden in 't Blauwbörgje dagelijks acht plukpakken en één verpleegdeken toegepast).

Tijdens de rondgang trof de inspectie een bed aan waarbij een te grote ruimte was tussen de matras en het hoofdeinde van het bed; deze bed/matrascombinatie kan leiden tot risico's.

De inspectie scoort op dit onderwerp hoog risico, omdat er reële kans is op gezondheidsschade voor cliënten als onderhoud van middelen (waaronder bedden/ passende matrassen en bedhekken) en glucose- en bloeddrukmeters niet geregeld is.

2.6 Voldoende en bekwaam personeel

onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	personele inzet afgestemd op doelgroep	✓			
2	professionele kwaliteit van de medewerkers			✓	

toelichting per onderwerp

1 Personele inzet afgestemd op doelgroep

In elke dienst is op elke wooneenheid binnen verpleeghuis 't Blauwbörgje in ieder geval één verzorgende (opleidingsniveau 3) aanwezig. Daarnaast kan een verpleegkundige zeven dagen in de week 24 uur per dag binnen 10 minuten aanwezig zijn, indien dat nodig is. Te allen tijde is een specialist ouderengeneeskunde bereikbaar en oproepbaar.

Uitgangspunt voor de personele bezetting per afdeling is de optelsom van de zorgzwaartepakketten van de aanwezige cliënten. Hierdoor kan de personele bezetting per afdeling onderling verschillen. Met de inzet van zorgmedewerkers kan aan de hand van de zorgvragen van cliënten geschoven worden. Zo is onlangs de werktijd van de avonddienst een uur naar voren geschoven, omdat bijna alle cliënten rond 21.00 uur in bed lagen en in de middag de hulpvraag toenam. De inspectie scoort op dit onderwerp geen risico.

2 Professionele kwaliteit van de medewerkers.

De inspectie scoort op dit onderwerp hoog risico. Zie voor de toelichting onder 2.7.5

2.7 Voortgang terugdringen vrijheidsbeperking m.b.t. zeer hoog/hoog risicoscores, inspectiebezoek op 27 mei 2010

onderwerp		oordeel
1	Thema: Randvoorwaarden	27-05-2010: zeer hoog risico 25-11-2010: hoog risico
2	Thema: Zorg als proces	27-05-2010: hoog risico 25-11-2010: gering risico
3	Onderwerp: Afstemming tussen disciplines over vrijheidsbeperking	27-05-2010: hoog risico 25-11-2010: gering risico
4	Onderwerp: Toepassing vrijheidsbeperking subsidiair, proportioneel en doelmatig	27-05-2010: hoog risico 25-11-2010: gering risico
5	Thema: Deskundigheid	27-05-2010: hoog risico 25-11-2010: hoog risico
6	Onderwerp: Analyse van (bijna) incidenten met vrijheidsbeperking	27-05-2010: hoog risico 25-11-2010: hoog risico

toelichting per onderwerp

1 Randvoorwaarden

In mei 2010 scoorde de inspectie op dit thema 'zeer hoog risico', op basis van het ontbreken van beleid en/of registratie op een vijftal onderwerpen (zie rapport 27 mei 2010).

Binnen 't Blauwbörgje wordt door een lokale Bopz-commissie gewerkt aan een beleidsnota over het verantwoord terugdringen van vrijheidsbeperking. Het doel is om in 2011 deze nota gereed te hebben.

Scholing van zorgmedewerkers over het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking en het terugdringen er van is zeer recent gestart. De cliëntenraad is uitgenodigd om een bijeenkomst van deze scholing bij te wonen.

Afspraken over collectieve vrijheidsbeperking zijn nog niet vastgelegd op papier, maar zullen onderdeel worden van de nog te schrijven beleidsnota. In de zorgdossiers van betreffende cliënten is vermeld dat zij vrijwillig zijn opgenomen op een gesloten afdeling. Deze cliënten kennen de code om de afdeling te verlaten.

De kwaliteit van het toezicht in de huiskamers op de afdeling is wisselend.

Afspraken over het toezicht staan nog niet helder verwoord omschreven.

De inspectie scoort nu op dit thema hoog risico, omdat de beleidsnota in ontwikkeling is, het toezicht in de huiskamers wisselend is (omdat het niet omschreven staat), zeker ook omdat voor alle medewerkers niet duidelijk is wanneer zaken wel gereed zijn. Het ontbreekt aan duidelijke tijdspaden.

2 Zorg als proces

In mei 2010 werd op dit thema hoog risico gescoord, omdat in de rapportage het overleg over alternatieven voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen niet zichtbaar is en er onduidelijkheid is over de werkwijze en verantwoordelijkheden met betrekking tot de vervulling van de taken in de zin van de wet Bopz.

In vergelijking met mei 2010 is het aantal toepassingen van vrijheidsbeperking verminderd van 105 toen, naar 68 in november 2010.

De inspectie scoort nu op dit onderwerp gering risico, omdat evaluatie en/of afbouw wel plaatsvindt, maar niet altijd terug te vinden is in de zorgplannen van cliënten.

3 Afstemming tussen disciplines over vrijheidsbeperking

De niet-zorgplangerichte rapportage en het ingewikkelde zorgdossier waren in mei 2010 aanleiding voor de inspectie om hoog risico te scoren op dit onderwerp.

Inmiddels is vaker bij het MDO een specialist ouderengeneeskunde aanwezig. Hierdoor kan de voortgang in het (multidisciplinaire) leefplan van een cliënt beter bewaakt worden. Maar het ontbreekt nog –als nodig- aan andere disciplines zoals bijvoorbeeld een fysiotherapeut of ergotherapeut. De rapportage is nog niet zorgplangericht en het dossier ingewikkeld.

Gering risico wordt gescoord, omdat tussen de verschillende disciplines op papier en in overlegsituaties afstemming plaats vindt, maar dat hierin nog de nodige verbeteringen te maken zijn.

4 Toepassing vrijheidsbeperking subsidiair, proportioneel en doelmatig

In mei 2010 werd op dit onderwerp hoog risico gescoord, omdat evaluaties van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen niet tijdig en structureel werden gehouden, waardoor maatregelen (met name bedekken en sensoren) mogelijk langer worden toegepast dan noodzakelijk.

In het afgelopen half jaar zijn alle toepassingen van maatregelen in 't Blauwbörgje geëvalueerd. Dit heeft er onder andere toe geleid, dat bijna de helft van het aantal toepassingen van bedekken en sensoren is afgebouwd.

Vrijheidsbeperking heeft zeker de aandacht gekregen bij de artsen en verzorgenden. Het in de afgelopen drie jaar uitblijven van scholing aan zorgmedewerkers over het verantwoord verminderen van vrijheidsbeperking daar moet nog een slag gemaakt worden. Ook hier geldt dat er wel een werkgroep bezig is met het ontwikkelen van terugdringing vrijheidsbeperkende maatregelen, maar medewerkers weten niet wanneer deze werkgroep met 'iets' komt. Geen duidelijke afspraken. De inspectie scoort op dit onderwerp nu gering risico, omdat de toepassingen min of meer in verhouding zijn met het doel, maar dat hier door het vergroten van de kennis van zorgmedewerkers meer aandacht voor kan zijn. En nog geen visie en actie ontwikkeld is door de werkgroep.

5 Deskundigheid

Hoog risico is gescoord, omdat in mei 2010 geconstateerd werd dat de medewerkers onvoldoende geschoold waren in de wet Bopz, de artsenbezetting niet volledig was, er nauwelijks reflectie en intervisie plaatsvond en de werkgroep 'terugdringen van vrijheidsbeperking' van Dignis niet actief was.

Naar aanleiding van het inspectiebezoek in mei 2010 is in 't Blauwbörgje een (lokale) Bopz-commissie gestart. Deze commissie heeft naar aanleiding van het inspectierapport aan de hand van doelen een actieplan opgesteld om te komen tot een kwaliteitsverbetering in het beleid over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het plan bevat echter een niet concrete planning, waardoor onduidelijk is wanneer stappen ter verbetering genomen moeten zijn.

De nieuwe (inval-)artsen en de physician assistant zijn inmiddels ingewerkt in de Bopz-procedures. Met betrekking tot de bezetting van de specialisten ouderengeneeskunde is tijdens het inspectiebezoek gemeld dat op korte termijn hier de nodige verbetering is te verwachten. Eén sollicitatieprocedure is in de afrondende fase, twee procedures lopen op dit moment.

Een Dignis-brede scholing voor zorgmedewerkers over het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking is inmiddels als pilot in 't Blauwbörgje gestart. Er vindt nog geen reflectie en/of intervisie voor medewerkers plaats op het gebied van vrijheidsbeperking.

Ondanks diverse verbetermaatregelen scoort de inspectie op dit onderwerp opnieuw hoog risico, omdat de geplande verbeteringen in tijdsplanning niet concreet geformuleerd zijn in tijdsplanning en omdat zorgmedewerkers onvoldoende kennis hebben van de wet Bopz en de toepassing er van.

6 Analyse van (bijna) incidenten met vrijheidsbeperking

In mei 2010 werd door de inspectie op dit onderwerp hoog risico gescoord, omdat de analyse van gegevens uit de MIC ontbrak en er geen enkele terugkoppeling over de incidenten is.

Meldingen worden door medewerkers via het TriasWeb gedaan. In dit systeem krijgt het afdelingshoofd elke melding van zijn/haar afdeling onder ogen en kan indien nodig tijdig inspelen op het (bijna) incident op de afdeling.

De rapportage van de MIC-meldingen is op grond van aantallen en oorzaken. Hierdoor is het moeilijk om trends in meldingen tijdig te onderkennen en hier tijdig verbeteringen in aan te brengen.

De inspectie scoort op dit onderwerp nogmaals hoog risico, omdat incidenten wel worden gemeld maar verbeteracties niet inzichtelijk zijn en volgens het plan van aanpak de MIC registratie/systeem in orde zou zijn.

3 Beschouwing en conclusie

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de inspectie op de zes thema's oordeelt over 't Blauwbörgje. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

3.2 Beschouwing

Controle op kwaliteit

Verpleeghuis 't Blauwbörgje heeft een onrustige tijd achter de rug. Er zijn veel wisselingen in het management geweest en de artsenbezetting heeft de nodige zorgen gegeven. Met de komst van een locatiemanager met een vaste aanstelling en de komst van nieuwe artsen lijkt er nu een rustiger periode aan te komen. Wel zijn ontwikkelingen binnen de organisatie Dignis door gegaan. Een aantal kwaliteit verbeteracties zijn ingezet. Omdat het tijdpad en het eindresultaat steeds niet concreet beschreven staat, lijkt het alsof ingezette ontwikkelingen steeds worden uitgesteld. Onduidelijk is wat er gerealiseerd is en wat niet. Medewerkers geven zelf aan daar ook moeite mee te hebben. Dit geeft onrust bij medewerkers en cliënten en brengt ook de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening in gevaar. Zo worden de zo nodige verbeteracties met betrekking tot het zorgdossier en het zorgplan uitgesteld, in afwachting van de komst van het elektronisch cliëntendossier (waarschijnlijk 3^{de} kwartaal van 2011). Als de implementatie van het ECD verder uitgesteld wordt kan dit risico's opleveren in de uitvoering van de zorgverlening. Structurele controle op de kwaliteit is nodig.

Terugdringen vrijheidsbeperking

Tijdens het inspectiebezoek van 27 mei 2010 werd in verpleeghuis 't Blauwbörgje tijdens het thematisch toezicht in het kader van Terugdringen Vrijheidsbeperking één keer zeer hoog en vijf keer hoog risico gescoord. Deze risico's werden door 't Blauwbörgje herkend en het belang werd ingezien om hier verbetering in aan te brengen.

Mede op basis van het plan van aanpak van de instelling en dit inspectiebezoek heeft de inspectie verpleeghuis 't Blauwbörgje opnieuw getoetst. De bevindingen in hoofdstuk 2 van dit rapport laten zien dat ingezette verbeteringen ten aanzien van terugdringen vrijheidsbeperking wel tot meer positieve resultaten heeft geleid. Het zeer hoog risico is opgeheven en de vijf hoog risico scores zijn teruggebracht naar drie.

Verbeterprojecten SMART formuleren waarin een duidelijk tijdspad(en).

Er zijn inmiddels verbeteracties in gang gezet. In het plan van aanpak is onduidelijk wat het uiteindelijke resultaat van de verbeteracties is, welke stappen daar in genomen gaan worden, wanneer de stappen afgerond dienen te zijn en wie verantwoordelijk is voor welke verbeteractie. Dit geeft ook aan betrokkenen en aan zorgmedewerkers onduidelijkheid.

3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in dit hoofdstuk concludeert de inspectie dat binnen 't Blauwbörgje randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 4 staan de te nemen maatregelen.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken heeft de inspectie haar oordeel gegeven per onderwerp en een beschouwing over het geheel. Dat alles overziende geeft de inspectie in dit hoofdstuk aan wat zij van u verwacht.

4.2 Plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 1 februari 2011 een plan van aanpak voor de onderwerpen waar een oordeel in de categorie 'hoog' en 'gering' wordt gegeven.

In een plan van aanpak staat in elk geval **per onderwerp SMART** omschreven:

- welk risico u gaat aanpakken;
- welke resultaten u wilt bereiken (doel, beoogde effecten);
- wat hiervoor nodig is (activiteiten);
- hoe u gaat implementeren;
- hoe u de resultaten gaat monitoren;
- wie waarvoor verantwoordelijk is;
- wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Nadat de inspectie het plan van aanpak heeft ontvangen, ontvangt u binnen 6 weken een reactie.

Bijlage 1 Overzicht gebruikte documenten

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

- *Implementatie leefplan (Heijmansstichting), 5-8-2008*
- *Implementatie leefplan 't Blauwbörgje, 27-8-2008*
- *Kadernotitie EVV voor Dignis V&V, 19-3-2009*
- *Leefplanbespreking (Dignis), 15-10-2009*
- *Gedragscode Dignis, 1-6-2010*
- *Bejegening van cliënten Dignis, 1-9-2010*
- *Zorgproces 't Blauwbörgje, 12-6-2008*
- *Informatiemap bij opname*
- *Beslissingen rond het levenseinde, Dignis V&V, 4-12-2009*
- *Richtlijn decubitus: preventie en behandeling, Dignis V&V, 1-4-2010*
- *Maandrapportages verbetertraject decubitus*
- *Protocol eten en drinken, Dignis, 26-09-2009*
- *Procedure MIC, Dignis V&V Groningen, 26-10-2009*
- *Verslag vergadering infectiecommissie, 19-10-2009*
- *MRSA: indicaties cliënten, medewerkers, opnamebeleid, werkwijze inzake behandeling, 26-10-2009*
- *Onderhoud van middelen en materialen, 26-10-2009*
- *Hygiëne richtlijnen, 26-10-2009*
- *Melding infectieziekten, 26-10-2009*
- *Incontinentie, 15-10-2009*
- *Depressie en depressiviteit, Dignis V&V Groningen, 26-10-2009*
- *Richtlijn samenwerking verpleegkundige en artsen, 't Blauwbörgje, 22-02-2007*
- *Basiszorg, 15-10-2009*
- *Werkwijze RI&E, 18-8-2009*
- *Calamiteitenplan 't Blauwbörgje*
- *Huiskamerbezetting, 15-10-2009*
- *Preventief onderhoud, brief aankondiging Vitalis, 02-04-2010*
- *Overzicht ZZP 's*
- *Formatieoverzichten afdelingen*
- *Noodscenario, 15-10-2009*
- *Voorbehouden en risicovolle handelingen notitie Dignis V&V Groningen, 1-4-2010*
- *Achtergrondinformatie workshop terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen*
- *Overzicht BOPZ-maatregelen 't Blauwbörgje, versie 0.2 concept, 24-11-2010*
- *Artsenbezetting regio Noord, 25-11-2010*
- *Overzicht vrijheidsbeperkende maatregelen 27-5-'10 en 24-11-'10, 25-11-2010*
- *Jaarwerkplan 2010 't Blauwbörgje*
- *Zorgprogramma psychogeriatric, 1 februari 2008*
- *Productenboek Dignis/Lentis, sector V&V, concept 3, augustus 2010*
- *Organigram Dignis*
- *Organigram 't Blauwbörgje*
- *Plan van Aanpak nav rapport bezoek Blauwbörgje 27 mei 2010, 19-7-2010*

- *Maatregelen voor het verantwoord terugdringen van vrijheidsbeperkingen en het gebruik van minder ingrijpende alternatieven, 18-3-2010*
- *BOPZ en gesloten afdelingen, november 2008*
- *Interne notitie: BOPZ taken voor artsen in verpleeghuizen, 22-12-2009*

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

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

Wetgeving:

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

Veldnormen en rapporten:

- *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005
- *Richtlijn decubitus 2de herziening*, CBO 2002
- *Samenwerking en logistiek rond decubitus*, Tripartiete multidisciplinaire richtlijn, Solade 2003 (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)
- *Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen*, CBO 2004
- *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden*, Arcares 2001
- *De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen*, AVVV 2006
- *Richtlijn slikproblemen*, NVVA 2001
- *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken*, IGZ 2005

Bijlage 3 Overzicht normen per thema

1. Zorg(behandel)-/leefplan

norm

Ieder cliënt heeft een zorg(behandel)-/leefplan dat:

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

Aanwijsbaar is dat:

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op zo'n manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren.

Voor Bopz-aangemerkte instellingen of afdelingen/units moeten de zorg(behandel)-/leefplannen voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

2. Communicatie en informatie

norm

De zorgorganisatie kent een gedragscode inzake de omgang tussen medewerkers en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerkers en wordt nageleefd. Zo nodig wordt de gedragscode vertaald naar de individuele cliënt.

Met de cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten wordt open en naar behoefte gecommuniceerd. Het resultaat van deze communicatie bestaat onder meer uit voor de cliënt begrijpelijke, op schrift gestelde afspraken tussen cliënt en zorgorganisatie/medewerkers over de zorg- en dienstverlening, instemming van de cliënt met de afspraken en het naleven van de afspraken.

De cliënt heeft een vaste contactpersoon als aanspreekpunt.

Bij aanvang van de zorg en/of opname wordt bijzondere aandacht besteed aan kennismaken en het thuis voelen.

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

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

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

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

3. Zorginhoudelijke veiligheid norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. Adequate gezondheidsbescherming en -bevordering houdt in dat er sprake is van: tijdige herkenning van gezondheidsrisico's; een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:

- decubituspreventie en -behandeling;
- adequate verzorging inzake vocht- en voedselvoorziening;
- valpreventie;
- verantwoord medicijngebruik;
- preventie en behandeling van infecties;
- minimale vrijheidsbeperkende maatregelen;
- passende aandacht en adequate zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijn;
- passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden;
- snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen (zie verder veiligheid wonen/verblijf).

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

Per onderwerp worden landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde richtlijnen gebruikt:

1	decubituspreventie en -behandeling	Decubitus, tweede herziening, CBO 2002 Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)
2	adequate verzorging van vocht en voeding	Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en voedingvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001 De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin

		in eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006 Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001
3	valpreventie	Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004 Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004
4	adequate diagnostiek en behandeling bij incontinentie	Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006
5	zorg voor cliënten met gedragsproblemen	Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002

4. Veiligheid wonen en verblijf

norm

Met het oog op de veiligheid is er sprake van:

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

De zorgorganisatie voorziet in een gericht preventiebeleid op het gebied van veiligheid. Daarbij gaat het in ieder geval om toezicht, alarmopvolging en veiligheid van hulpmiddelen en materialen. CR heeft adviesrecht op het algemene beleid op het gebied van veiligheid (Wet medezeggenschap, art. 4 lid i). De maatregelen op het gebied van veilig wonen dienen dan ook te worden voorgelegd aan de cliëntenraad.

Met het oog op de veiligheid is er sprake van deugdelijk en adequaat gebruik van inventaris/hulpmiddelen zoals bedden, beddekken en tilliften.

5. Voldoende en bekwaam personeel

norm

De zorgorganisatie voorziet in voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheidstoedeling, passend bij het cliëntenbestand.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel/niet 7 x 24 uur een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel/niet een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse.

In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts.

In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts.

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

bronnen

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

Bijlage 4 Toelichting op het inspectieoordeel

Oordeel	Definitie	Mogelijke consequenties	Acties	Noot
Zeer hoog risico	(Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheidsschade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname.	Een patroon van (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als 'hoog risico' beoordeeld worden, kan als 'zeer hoog risico' beoordeeld worden.
Hoog risico	(Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor de cliënt is reëel of heeft al plaatsgevonden.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is op korte termijn nodig. Inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie volgt, stelt inspectie verscherpt toezicht in.	Een patroon van (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als 'gering risico' beoordeeld worden, kan als 'hoog risico' beoordeeld worden.
Gering risico	(Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor de cliënt.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. Deze geeft de verbetering aan in een plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.	Veel kleine opmerkingen die ieder apart als 'geen risico' beoordeeld worden, kunnen samen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als 'gering risico' beoordeeld worden.
Geen risico	De inspectie constateert geen (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.	Geen actie nodig.	Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.