



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het tweede vervolfbezoek aan
CaroCare B.V. en CaroCare Nederland B.V.
(handelsnaam Lang Leve Thuis), locatie Villa
de la Porte op 24 mei 2018

Utrecht, juni 2018
V2004989

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving organisatiestructuur en locatie 4
2	Conclusie 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat moet beter 6
2.4	Conclusie bezoek 7
3	Wat zijn de vervolgacties 8
3.1	Vervolgacties van de inspectie 8
3.2	De vervolgacties die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 8
3.3	Beoordeling van overige locaties 8
4	Resultaten 9
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1	Resultaten 9
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 16
4.3.1	Resultaten 16
4.4	Overige bevindingen 18
4.4.1	Thema Medicatieveiligheid 18
4.4.2	Thema Vrijheidsbeperking 21
4.4.3	Overige 25
Bijlage 1	Methode 26
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 28

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) heeft op 24 mei 2018 een onaangekondigd, tweede vervolfbezoek gebracht aan CaroCare B.V. en CaroCare Nederland B.V., bekend onder de handelsnaam Lang Leve Thuis (hierna: Lang Leve Thuis), locatie Villa de la Porte in Almelo.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Mochten de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport. De inspectie schrijft haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.

De begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

Daarnaast zijn de thema's vrijheidsbeperkende maatregelen en medicatieveiligheid getoetst.

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

1.1 Aanleiding bezoek

Dit tweede vervolfbezoek brengt de inspectie naar aanleiding van de bezoeken die zij eerder, op 29 september 2016 en 13 juli 2017, aan locatie Villa de la Porte bracht. Dit rapport is niet los te zien van de rapporten van deze bezoeken. De rapporten zijn terug te vinden op de website van de IGJ onder publicaties.

Tijdens het bezoek van 29 september 2016 voldeed Villa de la Porte niet aan 24 van de 29 getoetste normen. Met name de thema's cliëntdossier, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking beoordeelde de inspectie als risicovol. De inspectie verzocht de organisatie verbetermaatregelen te nemen op de normen die niet voldeden en haar over de voortgang te informeren. Met het resultaatverslag, dat de inspectie op 21 april 2017 ontving, informeerde Villa de la Porte de inspectie voldoende.

Op 13 juli 2017 bracht de inspectie opnieuw een bezoek aan Villa de la Porte om de verbeteringen in de praktijk te beoordelen. Tijdens dit bezoek beoordeelde de inspectie opnieuw de normen waaraan Villa de la Porte tijdens het bezoek van 29 september 2016 niet voldeed. De inspectie gebruikte hiervoor een ander toetsingskader. Een aantal normen toetste de inspectie vanwege de recente bestuurswissel niet. Deze normen zou de inspectie in een eventueel vervolfbezoek alsnog beoordelen. De inspectie constateerde dat Villa de la Porte sinds het inspectiebezoek van september 2016 weinig verbeteringen had gerealiseerd. Op 13 juli 2017 voldeden van de 28 getoetste normen, negen normen niet en tien normen grotendeels niet. Vier normen voldeden grotendeels en vijf normen voldeden. Met name in de thema's vrijheidsbeperking en deskundige zorgverlener voldeed opnieuw een groot aantal normen niet. Hoewel Villa de la Porte wederom niet voldeed aan de wettelijke normen kreeg zij van de inspectie een verlengde verbetertermijn vanwege de recente bestuurswisseling. De inspectie verwachtte

namelijk dat Villa de la Porte met het nieuwe bestuur op korte termijn de noodzakelijke verbeteringen kon doorvoeren.

Naar aanleiding van het inspectiebezoek van 13 juli 2017 gaf de inspectie Villa de la Porte, na vaststelling van het rapport, voor een aantal normen een verlengde verbetertermijn van één maand, en vier maanden voor de overige normen. In deze periode moest Villa de la Porte maatregelen genomen hebben op de normen waaraan zij nog niet (volledig) voldeden.

De inspectie ontving op 21 november 2017 het eerste resultaatverslag. Uit het resultaatverslag maakte de inspectie op dat Villa de la Porte verbeteringen in gang had gezet, maar dat zij nog hard moesten werken om de verbeteringen volledig door te voeren. De inspectie verwachtte daarom dat Villa de la Porte haar over de verdere voortgang van de verbeteringen informeerde in volgend resultaatverslag. Dit volgende resultaatverslag ontving de inspectie op 16 februari 2018 en aanvullend op 16 maart 2018. Villa de la Porte informeerde de inspectie hiermee op dat moment voldoende. De inspectie zou gezien de geconstateerde risico's in de vorige bezoeken de voortgang in de praktijk toetsen.

1.2 Beschrijving organisatiestructuur en locatie

Beschrijving organisatiestructuur

Degré Holding B.V. met een tweehoofdig bestuur, is sinds 1 juli 2017 eigenaar van CaroCare B.V. en CaroCare Nederland B.V. Locatie Villa de la Porte valt onder CaroCare Nederland B.V. De contractafspraken met het zorgkantoor zijn ondergebracht in CaroCare B.V. Geen van voornoemde B.V.'s heeft een toelating in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (hierna: Wtzi).

In oktober 2017 nam CaroCare Nederland B.V. twee andere kleinschalige woon/zorgvoorzieningen over van een andere zorgaanbieder: Villa Verde en 't Nieuwland; beide in Almelo. CaroCare Nederland B.V. en CaroCare B.V. gaan vanaf dat moment verder onder handelsnaam Lang Leve Thuis¹. Degré Holding B.V. vormt het bestuur van Lang Leve Thuis. Lang Leve Thuis is aangesloten bij 'Riant Verzorgd Wonen', een branchevereniging voor kleinschalige- en particuliere ouderenzorg. De locaties van Lang Leve Thuis hebben geen aanmerking in het kader van de wet Bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Bopz).

Bij Lang Leve Thuis huren cliënten een appartement en kopen daarnaast ook bij Lang Leve Thuis de zorg in. De meeste cliënten bij Lang Leve Thuis huren een appartement en kopen zorg in via een persoonsgebonden budget (hierna: PGB). Daarnaast heeft Lang Leve Thuis een contract met het zorgkantoor voor het leveren van zorg in natura (ZIN) voor maximaal drie cliënten. Voor de cliënten met een PGB geldt het concept van gescheiden wonen/zorg. De cliënten die zorg ontvangen via ZIN hebben een indicatie voor verblijf. Lang Leve Thuis heeft een capaciteit voor 38 cliënten verdeeld over de drie locaties. De doelgroep voor langdurige zorg (capaciteit van 33 cliënten) bestaat hoofdzakelijk uit ouderen met psychogeriatrische problematiek en/of somatische beperkingen. Voor vijf cliënten biedt Lang Leve Thuis kortdurend verblijf aan. Een enkele cliënt heeft daarnaast een artikel-60 indicatie in het kader van de Wet bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

¹ In dit rapport verder Lang Leve Thuis genoemd

Omschrijving Villa de la Porte

Villa de la Porte is een kleinschalige woon- en zorgvoorziening in het centrum van Almelo. Villa de la Porte heeft ruimte voor dertien á veertien cliënten. Op 24 mei 2018 verblijven elf cliënten in Villa de la Porte. De organisatie richt zich op ouderen met diverse hulp- of zorgvragen, maar vooral op cliënten met psychogeriatrische aandoeningen.

Op de begane grond bevindt zich een gemeenschappelijke woon- en eetkamer, open keuken en een wasruimte. Daarnaast zijn er op de begane grond twee slaapkamers, diverse toiletten en een gedeelde badkamer. Op de eerste en tweede etage, bereikbaar via trap en lift, bevinden zich de overige slaapkamers, badkamers en toiletten. Cliënten hebben een eigen kamer, maar kunnen er ook voor kiezen om een kamer met een andere cliënt te delen. Alle cliënten krijgen van Villa de la Porte een hoog/laag-bed in bruikleen. Andere meubels en decoratie voor de kamer kan de cliënt zelf meebrengen. Alle cliënten hebben een eigen wastafel op de kamer, cliënten delen de badkamer en toiletten. Aan de achterzijde van Villa de la Porte is een afgesloten tuin.

Ten tijde van het inspectiebezoek wonen er tien cliënten in Villa de la Porte. De zorgzwaarte varieert van ZP 4VV (één cliënt), ZP 5VV (zes cliënten) of ZP 7VV (drie cliënten), vallend onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Een enkele cliënt heeft daarnaast een artikel-60 indicatie in het kader van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Eén cliënt heeft een indicatie voor palliatieve zorg (eerstelijns verblijf).

Bij Villa de la Porte zijn veertien zorgverleners en enkele oproepkrachten in dienst. Hiervan zijn elf medewerkers verzorgende-IG niveau 3 (VIG) (5,67 – 7.22 Fte), en vijf medewerkers helpende niveau 2 (1,94 - 2,78 Fte). Daarnaast werken bij Villa de la Porte een Manager Zorg & Welzijn, twee activiteitenbegeleiders en drie stagiaires. Zowel overdag als in de avonden zijn er minimaal twee zorgverleners aanwezig, van wie de minimale deskundigheid niveau 3 is. In de nacht is er een nachtdienst met een minimale deskundigheid van niveau 3. Villa de la Porte heeft geen verpleegkundigen in dienst. Verschillende vrijwilligers ondernemen activiteiten met cliënten.

Villa de la Porte werkt samen met huisartsen, een apotheek en een thuiszorgorganisatie in Almelo. Van deze thuiszorgorganisatie betrekken zij specialistische kennis en ondersteuning als dat nodig is. Dit betreft onder andere een psycholoog, specialist ouderengeneeskunde of een medisch specialistisch thuiszorgteam.

Ontwikkelingen

Tegelijkertijd met de overname van de organisatie in 2017 door Degré Holding B.V. kwam een zorgcoördinator in dienst. De rol van deze coördinator moest ten tijde van het bezoek van juli 2017 nog verder vorm krijgen. Ten tijde van het tweede vervolgsbezoek vond een wisseling in het management plaats. Lang Leve Thuis heeft nu een Manager Zorg & Welzijn in dienst. De nieuwe manager startte begin maart 2018 haar werkzaamheden. De functie van zorgcoördinator is daarmee vervallen.

Eind 2017 maakte Villa de la Porte de overstap naar een elektronisch cliëntendossier (ECD). De andere locaties van Lang Leve Thuis gaan in de loop van 2018 ook over op het ECD.

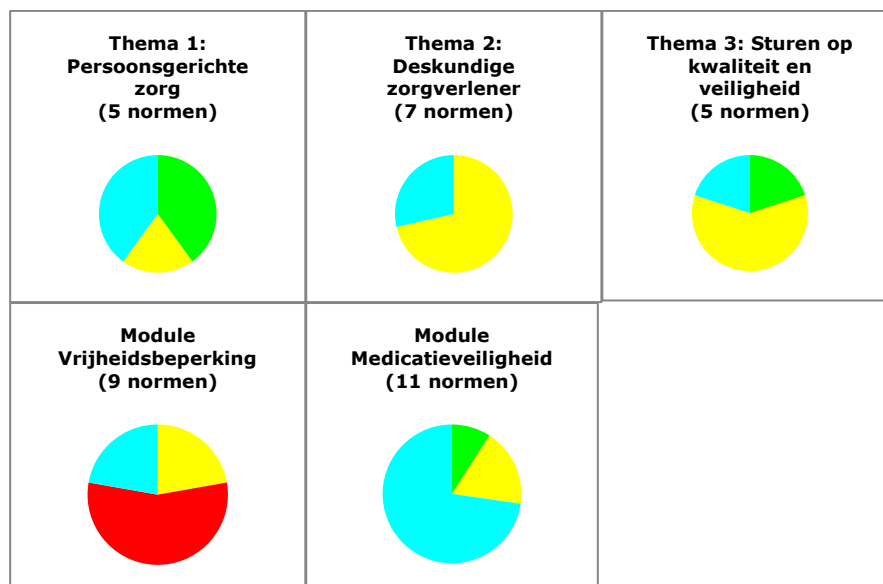
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Villa de la Porte. 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.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten u per thema zien hoe de inspectie uw locatie beoordeelt.



2.2 Wat gaat goed

De omgang tussen zorgverleners en cliënten verloopt liefdevol en warm. De inzet van de nieuwe activiteitenbegeleider heeft een positieve invloed op de zorgverleners. Zij voelen met elkaar de ruimte om invulling te geven aan persoonsgerichte zorg en zijn zich meer bewust van bejegening en welzijn. Daarbij komt dat zij de cliënten goed kennen.

2.3 Wat moet beter

Hoewel Villa de la Porte geen Bopz-aangemerkte locatie is en cliënten er vrijwillig verblijven, is bij het derde inspectiebezoek de voordeur nog steeds gesloten met een codeslot. Ook vinden andere vrijheidsbeperkende maatregelen plaats zonder dat hiervoor de noodzakelijke zorgvuldige en multidisciplinaire afweging aan voorafgaat. Het beleid over, en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen bij Villa de la Porte moet voldoen aan de huidige wet- en regelgeving. Zo zijn vrijheidsbeperkende maatregelen toegestaan indien de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger bij wilsonbekwaamheid daar toestemming voor geeft en er geen sprake is van verzet door de cliënt. Vrijheidsbeperkende maatregelen waartegen de cliënt zich verzet zijn alleen mogelijk binnen bepaalde wettelijke kaders (Wet Bopz en WGBO), wanneer aan alle vereisten van het daarbij behorende regime is voldaan.

Daarmee samenhangend moet Villa de la Porte zorgvuldig omgaan met de wils(on)bekwaamheid (terzake) en dit wanneer van toepassing vastleggen in het cliëntendossier. Om dit te kunnen realiseren dient de kennis over vrijheidsbeperkende maatregelen en onbegrepen gedrag te verbeteren omwille van de veiligheid van de cliënten. Het verder vormgeven van multidisciplinaire samenwerking is hiervoor van belang.

Hoewel het methodisch werken bij Villa de la Porte in ontwikkeling is, voldoet het niet aan de daarvoor geldende veldnormen. De overstap naar een ECD ziet de inspectie als positief. Het elektronische cliëntdossier is echter nog niet op zodanige wijze ingericht dat het methodisch werken ondersteund wordt. Belangrijke informatie zoals risico-inventarisaties en een benaderingswijze ontbreken, of zijn op andere plekken binnen het ECD vastgelegd dan afgesproken. Zorgverleners kunnen daarom niet altijd op basis van actuele en cliënt specifieke informatie werken. Pas als het cliëntendossier correct wordt gebruikt is het voor zorgverleners mogelijk om, op navolgbare wijze, een professionele afweging te maken over risico's en benodigde zorg.

Villa de la Porte heeft een start gemaakt met het verzamelen van managementinformatie zoals MIC-analyses en het uitvoeren van interne audits. De volgende stap is dat Villa de la Porte gaat inzetten op verdere uitwerking hiervan en de implementatie van de hieruit voortkomende verbeterplannen. Tijdens het inspectiebezoek blijkt dat het veelal bij het maken van plannen blijft en komt Villa de la Porte nog onvoldoende tot een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

2.4 Conclusie bezoek

De zorg bij Villa de la Porte voldoet grotendeels niet aan negen van de twaalf getoetste normen in de thema's Persoonsgerichte zorg, Deskundige zorgverlener en Sturen op kwaliteit en veiligheid. De overige drie normen in deze thema's voldoen grotendeels. Op basis van de vorige bezoeken toetste de inspectie ook normen in de thema's Medicatieveiligheid en Vrijheidsbeperking. In het thema Medicatieveiligheid voldoen twee van de drie getoetste normen grotendeels niet. In het thema Vrijheidsbeperking voldoen vijf van zeven getoetste normen niet en twee grotendeels niet. Daarnaast zijn ook de uitvoeringsverzoeken opnieuw niet correct.

De inspectie heeft met name zorgen over het onvoldoende methodisch werken, een gebrek aan de deskundigheid van personeel en het omgaan met vrijheidsbeperking.

De inspectie constateert dat op basis van de vorige inspectiebezoeken en de toegestuurde resultaatverslagen onvoldoende sturing op de implementatie van verbeteringen heeft plaatsgevonden. De inspectie realiseert zich dat Villa de la Porte door de bestuurswisseling en uitbreiding met nog twee andere locaties, een organisatie is die volop in ontwikkeling is. Het bestuur en de interne toezichthouder vertellen door de resultaten van het inspectiebezoek zicht te hebben op de problematiek. Desondanks concludeert de inspectie dat hoewel Villa de la Porte verbeteringen in gang zet, de implementatie achterblijft en er op verschillende onderdelen risico's zijn voor de cliëntveiligheid en kwaliteit van de zorg. De bestuurders hebben onvoldoende bestuurlijke verantwoordelijkheid getoond om deze implementatie te realiseren. Het vermogen van de organisatie om te komen tot verbeteringen blijkt daardoor onvoldoende aanwezig. De continuïteit, de veiligheid en de kwaliteit van zorg zijn onvoldoende geborgd. De inspectie heeft er geen vertrouwen in dat Villa de la Porte zonder ingrijpen van de inspectie komt tot het bieden van zorg van goede kwaliteit en goed niveau.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat we van u als zorgaanbieder verwachten. Daarna leest u wat de inspectie zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 Vervolgacties van de inspectie

Gelet op de constatering in het rapport, concludeert de inspectie dat sprake is van risico's voor de veiligheid en kwaliteit van zorg. De continuïteit, de veiligheid en de kwaliteit van zorg zijn onvoldoende geborgd.

De inspectie heeft besloten om de locatie Villa de la Porte voor een periode van 5 maanden onder verscherpt toezicht te plaatsen. Het verscherpt toezicht gaat in op 2 juli 2018 en zal aflopen op 2 december 2018.

In de periode van het verscherpt toezicht kan de inspectie locaties van CaroCare B.V. en CaroCare Nederland B.V. (Lang Leve Thuis) zowel aangekondigd als onaangekondigd bezoeken. Aan het einde van het verscherpt toezicht zal de inspectie, op grond van haar bevindingen en conclusies, naar aanleiding van een (on)aangekondigd inspectiebezoek en de resultaatrapportages, oordelen of het verscherpt toezicht kan worden opgeheven, moet worden verlengd of dat er verdere stappen genomen moeten worden in de vorm van bestuursrechtelijke maatregelen.

3.2 De vervolgacties die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht

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

De inspectie verwacht dat u haar in de periode van het verscherpt toezicht informeert over de genomen verbeteracties. Het gaat hierbij om de normen die de inspectie als 'voldoet grotendeels niet' of 'voldoet niet' heeft beoordeeld, in hoofdstuk 4.

De inspectie verwacht hiervan iedere zes weken vanaf de datum dat het verscherpt toezicht ingaat een resultaatverslag. De inspectie verwacht dit verslag resultaatverslagen op 13 augustus 2018, 24 september 2018, 5 november 2018 en 2 december 2018 op haar algemeen e-mail adres ri.utrecht@igj.nl onder vermelding van kenmerk V2004989.

De resultaatverslagen beschrijven de verbeteringen over de punten waarbij de zorg van Villa de la Porte niet aan de normen voldeed:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldeed aan de norm;
- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij volledig aan de norm voldeed;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag nog niet volledig aan de norm voldeed: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag feitelijk had bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

3.3 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de bij overige locaties de geboden zorg voldoet aan de normen voor goede zorg en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De IGZ scoorde tijdens het bezoek of Villa de la Porte wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

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

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

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

De instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk.

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

De instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.

Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen en verlangens van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt, kent hij zijn geschiedenis, weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en de zorgverlener? Luistert de zorgverlener goed naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen en verlangens van de cliënt centraal? Geeft de zorgverlener hier gehoor aan? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverleners.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1²

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. Veelal heeft de (eerste) contactpersoon van de cliënt inspraak in de inhoud van het zorgplan. De inspectie ziet in de cliëntdossiers dat, ook tijdens dit tweede vervolfbezoek, de wils(on)bekwaamheid van cliënten niet beoordeeld is door een arts. Omdat de cliënten binnen Villa de la Porte vrijwillig zijn opgenomen, dienen zij zelf inspraak te hebben in en afspraken te maken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning. Dit is niet het geval. Contactpersonen ondertekenen nog steeds de zorgplannen, terwijl niet van alle cliënten bekend is of zij hiervoor wilsbekwaam ter zake zijn verklaard. Zorgverleners vertellen dat hier in de toekomst nog verder aan gewerkt wordt.

² Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

Daarnaast bespreekt Villa de la Porte wel halfjaarlijks het cliëntdossier, maar gebeurt dit niet voor alle cliënten in een multidisciplinair overleg. Voor de zorgplannen die Villa de la Porte wel multidisciplinair bespreekt, is het voor de cliënt en/of cliëntvertegenwoordigers niet mogelijk dat zij hierbij aansluiten. De eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV) bespreekt de evaluatie van het zorgplan in principe met de familie voordat het MDO plaatsvindt. De EVV'er gebruikt de uitkomsten uit dit gesprek dan voor het MDO. Het management geeft aan dat zij in de toekomst voor alle cliënten een MDO willen organiseren maar dat de samenwerking met de huisartsen hierbij soms wat moeizaam loopt. Het management wil hierover in gesprek gaan met de huisartsen. De bestuurder is voornemens om daarna ook cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers voor de MDO's uit te nodigen.

Norm 1.2¹

Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan de norm.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels** aan deze norm voldaan. Verschillende gesprekspartners vertellen dat, door de komst van de activiteitenbegeleiding, cliënten nu meer activiteiten aangeboden krijgen. Tijdens het inspectiebezoek ziet de inspectie dat de activiteitenbegeleidster een groepsactiviteit organiseert in de woonkamer. Tijdens deze activiteit zit een aantal cliënten met een zorgverlener in een andere ruimte omdat de groepsactiviteit voor hen te druk is. In deze aparte ruimte zit een cliënt in een rolstoel bij de zorgverlener aan tafel. Een andere cliënt loopt in en uit de ruimte. De zorgverlener gaat samen met deze cliënten de lunch voorbereiden. Zij schilt onder andere fruit. De zorgverlener geeft de cliënten de ruimte om mee te doen aan de voorbereiding van de lunch. Als een cliënt alvast wat stukjes fruit uit de schaal neemt moedigt de zorgverlener dat aan.

Na het vorige inspectiebezoek verwijderde Villa de la Porte de codesloten van de achterdeur. De deur staat gedurende het inspectiebezoek open. Cliënten kunnen nu zelfstandig de tuin in en uit lopen. Een cliënt, met een palliatieve zorgvraag, vertelt de code van de voordeur te hebben gekregen.

Tegelijkertijd is de bewegingsvrijheid van cliënten nog wel beperkt doordat zij niet zelfstandig de Villa, of de tuin kunnen verlaten. De voordeur en het hek om de tuin zijn nog steeds afgesloten (zie thema vrijheidsbeperking) zonder dat hiervoor een zorgvuldige afweging is gemaakt. Verschillende gesprekspartners vertellen dat zij begin dit jaar wel opdrachten hebben uitgezet bij een externe partij om de deur van een ander slot te voorzien. Zij vertellen dat dit vanwege technische problemen vertraging heeft op gelopen.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels voldaan** aan deze norm. Tijdens het inspectiebezoek staat een groepsactiviteit met het thema 'geboorte' op het programma. De inspectie ziet dat een moeder met pasgeboren baby op bezoek komt. Sommige cliënten maken contact met de moeder en de baby, anderen niet. De activiteitenbegeleidster begeleidt de moeder en de cliënten. De activiteitenbegeleidster huurde hiervoor ook een gespecialiseerde acteur in. De acteur heeft diverse attributen bij zich zoals een wieg, verzorgingsproducten voor zuigelingen en babykleding. Alles herkenbaar voor cliënten uit de periode waarin zij zelf kinderen kregen. De activiteitenbegeleidster en de acteur passen hun tempo aan de cliënten aan. Het contact verloopt respectvol. Zij betrekken cliënten bij de activiteit. Cliënten die in en uit willen lopen laten zij daarin vrij.

De acteur zingt met een cliënt 'Tulpen uit Amsterdam'. Bij toetsing van de cliëntdossiers ziet de inspectie dat deze cliënt sinds 4 weken bij Villa de la Porte woont. In het cliënt dossier staat dat zij jaren in Amsterdam heeft gewoond en van zingen houdt.

Tegelijkertijd ziet de inspectie tijdens de observatie ook dat een aantal zorgverleners moeite hebben om hun tempo aan te passen aan dat van de cliënten. Zorgverleners lopen snel met spullen heen en weer in de woonkamer. Zorgverleners ruimen snel iets op en betrekken cliënten dan niet bij wat ze doen.

Norm 1.5

Cliënten worden ondersteund om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

Volgens de inspectie **voldeed** Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek aan de norm.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgverleners zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continue onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
 - Do: de verbeteringen uitvoeren.
 - Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat opleveren.
 - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.
- Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1

Resultaten

Norm 2.1

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

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** aan deze norm voldaan. Zorgverleners wegen, volgens gesprekspartners, benodigde zorg, ondersteuning en risico's af op basis van de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. In de cliëntdossiers ziet de inspectie dit echter niet altijd voldoende terug. Zo ontbreekt, net als tijdens de vorige bezoeken, een zorgvuldige risico afweging bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (zie ook thema Vrijheidsbeperking). De risico-inventarisaties blijken daarnaast niet altijd juist ingevuld. Zo leest de inspectie in een activiteitenplan dat een cliënt vanwege oogproblemen snel schrikt, terwijl in de risico inventarisatie staat aangekruist dat de cliënt geen oogproblemen heeft. In het zorgplan is hiervoor dan ook geen aandacht.

In sommige cliëntdossiers zitten periodiek ingevulde risico-inventarisaties. Zo ziet de inspectie bijvoorbeeld een risico inventarisatie van april 2018. Een cliënt had een verhoogd risico op een delier en volgens gesprekspartners is er ook sprake van onbegrepen gedrag bij deze cliënt. De zorgproblemen (deze worden onderwerpen genoemd in het dossier) en acties (deze worden wensen genoemd in het dossier) die daarna zijn gesteld, gaan echter nog steeds met name over somatische aspecten van de zorg. De onderwerpen 'omgaan met onbegrepen gedrag' en 'de mogelijkheden en beperkingen van cliënten als gevolg van de dementie', komen nauwelijks terug in de cliëntdossiers. Dit komt mede doordat zorgverleners bij risico-inventarisaties voor eenzaamheid, pijn of depressie schrijven 'cliënt kan dit niet aangeven'. Zorgverleners laten het hierbij en besteden er in het zorgplan verder geen aandacht aan.

De inspectie leest wel informatie over bejegening en omgaan met onbegrepen gedrag in het dagactiviteitenplan. De inhoud van dit plan gebruiken zorgverleners niet voor het actuele zorgplan.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch, passend bij hun functieniveau. Dit hele proces wordt inzichtelijk vastgelegd in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm.

Villa de la Porte stapte, na het vorige inspectiebezoek, over op een elektronisch cliëntendossier (ECD). De inspectie toetste tijdens het inspectiebezoek drie cliëntdossiers. Zorgverleners beschrijven de zorgvragen van de cliënt aan de hand van de vier levensdomeinen. Het nieuwe ECD gaat uit van situatie-omschrijvingen en werkt niet vanuit zorg- en ondersteuningsdoelen. Zorgverleners vertellen dat de 'situatie' opgevat wordt als zorgvraag/zorgdoel, en de 'voorkeur, wensen, behoeften en noden' als acties.

Zorgverleners vertellen soms nog te moeten zoeken naar de informatie. Ook gebruiken zij voor bepaalde informatie zoals vrijheidsbeperkende maatregelen, beheer eigen medicatie en uitvoeringsverzoeken nog een papieren dossier. Meerdere gesprekspartners vertellen nog te werken aan het inscannen van deze documenten. Op korte termijn zullen zorgverleners ook met deze formulieren digitaal gaan werken.

De relatie tussen de verschillende onderdelen van het cliëntdossier is niet altijd duidelijk en zorgverleners werken nog niet allemaal volgens de afspraken. In één van de getoetste cliëntdossiers staat bijvoorbeeld geen levensgeschiedenis op de plaats waar dat zou moeten. In een aantal gevallen ziet de inspectie in het activiteitenplan meer belangrijke informatie staan over de behoeften, wensen, voorkeuren en benaderingswijze, dan in het zorgplan. In het activiteitenplan van een cliënt leest de inspectie bijvoorbeeld over de wensen van de cliënt. In dit onderdeel beschrijft de activiteitenbegeleidster hoe zij met cliënten omgaat. Zo staat er dat de cliënt snel schrikt, rustig benaderd moet worden en het makkelijker is om contact te maken in dialect. Ook beschrijft zij de persoonlijkheid van de cliënt. De andere zorgverleners maken echter geen gebruik van dit onderdeel uit het cliëntdossier, zij werken vanuit het zorgplan. Het zorgplan en het activiteitenplan zijn nu nog twee losstaande onderdelen in het ECD. Omdat zorgverleners het cliëntdossier nog niet correct gebruiken kunnen collega's niet altijd de informatie vinden die ze nodig hebben om methodisch te kunnen werken en goede zorg te kunnen verlenen.

In het ECD kunnen zorgverleners rapporteren met smileys. Zorgverleners gebruiken dit regelmatig, echter zonder dat duidelijk afgesproken is wat de smileys inhouden. Als er een negatieve smiley staat bij 'de cliënt voelt zich thuis' of bij 'smetplekken' blijkt niet duidelijk wat er precies aan de hand is. Ook bij een cliënt met onbegrepen gedrag (wat zich onder andere uit in agressie, gooien met spullen of spugen) rapporteren zorgverleners met een smiley. Wat dit betekent of een vervolgactie geeft, kunnen zorgverleners niet toelichten.

De evaluaties gaan, in vergelijking met het vorige bezoek, nu meer over de problemen (onderwerpen) en de acties (wensen). Tegelijkertijd zijn de rapportages nu beter gekoppeld aan de zorgvragen van de cliënten. Het systeem maakt het mogelijk gemakkelijk rapportages op te zoeken en te selecteren op zorgvraag. Een zorgverlener laat dit ook aan de inspectie zien. Zorgverleners vertellen dat het met het ECD gemakkelijker is dan in de papieren cliëntdossiers om te rapporteren op de zorgvragen.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet voldaan** aan deze norm. Tijdens het inspectiebezoek in september 2017 vertellen gesprekspartners dat de zorgaanbieder twee tot drie keer per jaar intervisiebijeenkomsten organiseerde. Ook waren er periodiek teamoverleggen. De gesprekspartners tijdens het inspectiebezoek van 24 mei 2018 kunnen echter niet vertellen wanneer zij voor het laatst een bijeenkomst hadden waarbij de gelegenheid om systematisch te reflecteren bestond. Volgens gesprekspartners is dit is al enige tijd geleden.

De laatste klinische les die zorgverleners volgden ging over schizofrenie en dateert van oktober 2017. Zorgverleners vertellen dat klinische lessen niet meer periodiek terugkomen. Dit was tijdens het vorige inspectiebezoek wel het geval.

Norm 2.4

Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek is deze norm **niet getoetst**

Norm 2.5

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

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. De deskundigheid van de zorgverleners ten aanzien van de doelgroep blijft op sommige thema's achter. De inspectie ziet dit bijvoorbeeld terug op de onderwerpen rondom vrijheidsbeperking en methodisch werken. Op het scholingsoverzicht (2016-2018) van de organisatie staat dat er na het vorige inspectiebezoek een klinische les is geweest over schizofrenie en dat er op 31 oktober 2017 een scholing over onbegrepen gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen plaatsvond. Op het overzicht staat echter niet wie er deelnamen aan beide lessen waardoor niet duidelijk is welke zorgverleners de scholing hebben gevolgd. Meerdere gesprekspartners geven aan dat de laatste scholing de klinische les over schizofrenie was. Over 2017 benoemen zij wel scholing over medicatieveiligheid te hebben gehad. Volgens het resultaatsverslag van 16 februari 2018 zouden de scholingen alsnog gaan plaatsvinden in februari 2018. Gesprekspartners zijn hier niet mee bekend en weten ook niet wat er voor het komende jaar op de agenda staat. De scholing over onbegrepen gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen heeft, blijkt tijdens het inspectiebezoek, nog niet te hebben plaatsgevonden.

Tegelijkertijd geeft het management ook aan nog te werken aan een scholingsplan. Hoe dit scholingsplan zich verhoudt tot het overzicht 2016-2018 blijkt uit de verstrekte informatie niet. Dit nieuwe scholingsplan zal volgens gesprekspartners gekoppeld worden aan de POP-gesprekken van medewerkers. Deze gesprekken moeten nog plaatsvinden. Zorgverleners vertellen dat hoewel zij geen scholing hebben gehad, met de komst van de activiteitenbegeleider wel meer bewustwording is gekomen voor de bejegening en invloed van eigen gedrag op de cliënten. De inspectie ziet dit ook terug (zie ook thema 1).

Gesprekspartners vertellen dat de norm die Villa de la Porte zelf stelt, is dat er iedere dag en iedere avond twee zorgverleners aanwezig zijn, van wie er minimaal één een deskundigheidsniveau 3 IG heeft. Tijdens de nachtdienst moet er, volgens Villa de la Porte, minimaal één niveau 3 IG zorgverlener aanwezig zijn. De activiteitenbegeleidster is doordeweeks aanwezig van 09:00 tot 13:00 en van 15:00 tot 17:00. Meerdere gesprekspartners geven aan dat dit een grote verbetering is sinds het laatste bezoek. Tijdens dit vervolfbezoek was er naast de beschreven bezetting, ook een stagiaire aanwezig. Deze plant de zorgaanbieder boventallig in.

Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. Zorgverleners handelen niet altijd volgens geldende protocollen en richtlijnen. Villa de la Porte heeft een eigen 5 stappenplan die zorgverleners dienen te volgen als zij een vrijheidsbeperkende maatregel overwegen. Dit stappenplan is niet conform de veldnorm en wet- en regelgeving. Ook houden zorgverleners zich niet aan het eigen 5 stappenplan (zie ook thema vrijheidsbeperking). Zorgverleners weten daarnaast niet onder welke voorwaarden zij wel vrijheidsbeperkende maatregelen mogen inzetten. Bijvoorbeeld in het geval van nood.

Ook schrijven zorgverleners een toelichting op de aftekenlijst van medicatie terwijl dat volgens het protocol niet mag. Zo ziet de inspectie dat zorgverleners met pen op de aftekenlijst hebben geschreven dat de cliënt een halve tablet moet krijgen. De hoeveelheid in mg van de aftekenlijst komt echter niet overeen met de hoeveelheid in mg op de geleverde tabletten van de apotheek. Het is daardoor onbekend waarvan de medewerkers nu de helft moeten pakken en hoeveel mg de cliënt zou moeten krijgen van dat medicijn.

Zorgverleners weten daarentegen de protocollen en richtlijnen die zij nodig hebben voor de zorgverlening wel te vinden. Via het kwaliteitssysteem dat Lang Leve Thuis gebruikt, Q-base, is een koppeling gemaakt met een protocollenboek. Via deze koppeling hebben zorgverleners onder andere toegang tot de actuele protocollen en richtlijnen. Een zorgverlener zocht bijvoorbeeld het 5 stappenplan voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen voor de inspectie op.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan de norm.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze goed houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg en coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1¹

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels voldaan** aan deze norm.

Lang Leve Thuis heeft na de overname door Degré Holding gewerkt aan de ontwikkeling van een eigen visie en missie. In het kwaliteitsplan 2018 van Lang Leve Thuis zorgaanbieder staat dit beschreven. De kernwoorden hierin zijn 'persoonlijk' en 'kwaliteit'. Persoonlijk staat voor een persoonlijke benadering en het gastvrij omgaan met de cliënten. Bij kwaliteit staat de kwaliteit van leven van de cliënten voorop 'goede kwaliteit van zorg, kwalitatief goede activiteiten en een rustige woonomgeving verhogen de sfeer'.

De zorgaanbieder geeft zorgverleners nog steeds veel regelruimte. De organisatie stelt geen regels die zorg op maat in de weg staan. Zorgverleners hebben aantoonbaar aandacht voor de wensen en behoeften van cliënten en voelen zich vrij om hier invulling aan te geven.

De praktijk bij Villa de la Porte komt niet op alle punten overeen met de omschreven visie op persoonsgerichte zorg. Zo kennen de zorgverleners de cliënten goed en zijn zorgverleners betrokken bij cliënten (zie thema 1). Bij de onderdelen 'autonomie' en 'zorgdoelen' ziet de inspectie de visie en missie niet voldoende terug in de praktijk. Zo ziet de inspectie dat de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen onzorgvuldig gebeurt, ontbreekt voor aantal cliënten een MDO en werken zorgverleners onvoldoende methodisch. De borging van veiligheid voor de cliënten blijft daarbij achter (zie ook norm 3.3).

Norm 3.2

De zorgaanbieder gebruikt (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten voor de verbetering van de zorg.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm.

In het overzicht van MIC-meldingen eerste kwartaal 2018 van Villa de la Porte gaan de meest MIC-meldingen over medicatie, agressie en vallen. Daarnaast zijn er nog twee andere meldingen die betrekking hebben op de samenwerking met externe deskundigen. Waar het gaat om de incidenten met medicatie heeft de MIC-commissie zich meer verdiept in het patroon dat onderliggend is dan bij de andere meldingen. Toch blijft het veelal bij constateringen en het aandragen van een oplossing zonder dat er gekeken wordt naar de basisoorzaken van de incidenten.

De aanbevelingen en verbeteringen bij met name de agressie en valincidenten blijven dan ook beperkt tot 'niet meer de bewoner alleen laten' of 'bewoner even afleiden en later opnieuw proberen'. Doordat een analyse naar basisoorzaken ontbreekt, is niet te beoordelen of de verbeteracties passend zijn, en daarmee of het leidt tot een verbetering van zorg.

Zorgverleners voelen zich vrij om een MIC-melding in te vullen. De MIC-commissie is opnieuw opgericht en bestaat nu uit een zorgverlener uit de nachtdienst en de Manager Zorg en Welzijn. Zorgverleners vertellen dat MIC-meldingen altijd in de teamvergadering besproken worden. In de notulen leest de inspectie dit ook terug.

Norm 3.3

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

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. De zorgaanbieder werkt ten tijde van het inspectiebezoek aan het inrichten van een kwaliteitssysteem. Het management geeft aan dat de manager Zorg & Welzijn samen met de kwaliteitsmedewerker interne audits doet op de locaties. Hiervoor stelde Lang Leve Thuis een schema op waarin de audits periodiek terugkomen. De audits richten zich op diverse thema's zoals ECD, vrijheidsbeperking en medicatieveiligheid, wonen en welzijn en leiderschap. De wet- regelgeving of veldnormen vormen niet de basis van de eigen ontworpen toetsingskaders voor audits. De zorgaanbieder heeft daardoor niet in beeld of de zorg binnen Lang Leve Thuis voldoet aan wet- en regelgeving en aan veldnormen. De zorgaanbieder heeft met het eigen 'toetsingskader' wel recent twee audits uitgevoerd. De verbeteracties zijn nog niet voldoende concreet om te kunnen komen tot systematisch verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Lang Leve Thuis stuurde de inspectie verschillende resultaatverslagen toe. Het is niet inzichtelijk hoe de verbeterplannen zijn gebruikt om daadwerkelijk te komen tot het verbeteren van kwaliteit en veiligheid. Op basis van het toegestuurde resultaatverslag en de bevindingen van het inspectiebezoek blijkt het veelal bij plannen te blijven. Zo ziet inspectie in de toegestuurde resultaatverslagen plannen over onder andere BEM, een scholingscarrousel en het terugdringen van vrijheidsbeperking , die Lang Leve Thuis in de praktijk niet toepast.

Sturingsinformatie wordt in de praktijk wel verzameld, waaronder ZZP's, verzuim, en MIC-meldingen maar Villa de la Porte stuurt hier onvoldoende op. Door de overname en wisselingen in directe aansturing van zorgverleners is onvoldoende continuïteit op de locatie geweest om de kwaliteit van zorg te bewaken, beheersen en verbeteren.

De bestuurders van Lang Leve Thuis hebben een kwaliteitsplan opgesteld conform het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het is echter niet inzichtelijk hoe Lang Leve Thuis deze informatie gebruikt om systematisch te werken aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Norm 3.4

De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgverleners voorwaarden voor een cultuur, gericht op leren en verbeteren.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. Ten tijde van het inspectiebezoek creëert Lang Leve Thuis nog onvoldoende voorwaarden voor zorgverleners om te komen tot leren en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zo vinden de intervisiebijeenkomsten niet meer plaats en krijgen zorgverleners onvoldoende ruimte om te reflecteren op de geleverde zorg.

De zorgverleners geven aan dat zij werken in een prettig en hecht team. Zij geven aan zich vrij te voelen om elkaar aan te spreken. Zij voelen zich betrokken bij de veranderingen in de organisatie. Ook geven zij aan dat de manager zorg & welzijn hen gaat ondersteunen bij leren en verbeteren. De manager zorg en welzijn is voornemens te starten met kennismakingsgesprekken met de zorgverleners. Op basis van deze gesprekken wil de manager zorg persoonlijke ontwikkelingsplannen samen met iedere zorgverlener opstellen.

Lang Leve Thuis maakt deel uit van het lerend netwerk van brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen. De bestuurder wil uitwisseling van zorgverleners eerst binnen de eigen organisatie uitvoeren, tussen de drie locaties. Dit zal Villa de la Porte in de toekomst organiseren. Het management geeft aan dat Villa de la Porte daarbij als voorbeeldlocatie zal dienen. In een latere fase wil de bestuurder het mogelijk maken dat zorgverleners bij andere organisaties uit het netwerk gaan leren.

Norm 3.5¹

Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

Volgens de inspectie **voldeed** Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek aan de norm.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

4.4 Overige bevindingen

4.4.1 Thema Medicatieveiligheid

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.

4.4.1.1 Resultaten

Norm 4.1

De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde zorg beschreven.

Volgens de inspectie **voldeed** Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek aan de norm.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 4.2

De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De gemaakte afspraken over het beheer liggen vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. Sinds het vorige inspectiebezoek beoordeelde Villa de la Porte het beheer eigen medicatie niet opnieuw. In de getoetste cliëntdossiers ziet de inspectie de 'BEM-afsprakenformulieren'. Alle cliënten scoren een 4: 'Zorginstelling regelt bestellen medicatie en biedt hulp bij gebruik van de medicatie'. De zorgaanbieder neemt ook bij dit vervolfbezoek van alle cliënten het medicatiebeheer over zonder vast te stellen of dat noodzakelijk is en zonder daarover in dialoog te zijn gegaan met de cliënt of diens cliëntvertegenwoordiger. De argumenten die leidden tot het vaststellen van score 4 zijn nog steeds niet duidelijk. Bij de risico-inventarisaties is wel aandacht voor het risico op medicatiefouten, maar hoe deze score zich verhoudt tot de score 4 in het BEM-afsprakenformulier konden zorgverleners niet toelichten.

Sinds een paar weken is één nieuwe cliënt met een niet-psychogeriatrische indicatie bij Villa de la Porte komen wonen. Deze cliënt heeft als enige geen score 4 op het BEM formulier en zou, wanneer hij dat zou willen, de medicatie in eigen beheer hebben. De cliënt heeft zelf gekozen om de medicatie over te dragen aan Villa de la Porte.

Norm 4.3

Zorgmedewerkers beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldeed** Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek aan de norm.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 4.4

Bij medicatiewijzigingen passen zorgverleners de GDS³-medicatie niet aan.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 4.5

De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.

³ Een GDS is een verpakking waarin medicijnen zijn verdeeld in eenheden per toedieningstijdstip en op naam van een individuele cliënt.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. De zorgaanbieder verwijderde na het vorige bezoek de afgesloten brievenbus voor de retourmedicatie. Hiervoor in de plaats schafte Villa de la Porte een retourbox met een slot erop aan. Dit omdat flesjes en dergelijke niet in de brievenbus pasten. De sleutel van de retourbox is voor alle zorgverleners die bevoegd zijn voor medicatie delen beschikbaar. Zorgverleners moeten nu om de retourmedicatie in de box te stoppen de retourbox openen.

Tijdens controle van de medicatie ziet de inspectie verschillende retourmedicatie in de retourbox, waaronder ook opiaten. Overgebleven opiaten worden in de retourbox gedaan, de registratielijst niet. Bij het afgeven van de retourmedicatie aan de apotheek, kan niet gecontroleerd worden of medicatie uit de retourbox wordt genomen.

Daarnaast ziet de inspectie in de medicatiekoelkast een voorraad insulinepennen. Meerdere gesprekspartners geven aan dat deze cliënt al sinds begin van de maand (mei) geen insuline meer gebruikt maar tabletten krijgt. Zorgverleners waren vergeten de insulinepennen retour te doen omdat zij, naar zeggen van gesprekspartners, de medicijnkoelkast niet meer gebruiken.

De inspectie ziet daarentegen tijdens het vervolfbezoek een opgeruimde medicijnkast en schone medicatievermalers. De medicatievermalers zijn ten tijde van het inspectiebezoek niet in gebruik. Voor de opiaten heeft Villa de la Porte nu een aparte registratielijst waarop zorgverleners bijhouden hoeveel opiaten er binnen komen en hoeveel er aan cliënten zijn gegeven.

Norm 4.6

De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid hiervan.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **grotendeels voldaan** aan deze norm. De inspectie ziet op de losse insulinepennen die (nog) in de koelkast liggen nu stickers met de gegevens van de cliënt. De zalven, crèmes en flesjes die de inspectie ziet zijn nu voorzien van een openings- en houdbaarheidsdatum. Eén van de zorgverleners is verantwoordelijk voor de medicatie. Deze zorgverlener controleert periodiek de medicijnkast, de medicijnkoelkast blijkt geen onderdeel van deze periodieke controle.

Norm 4.7

Een tweede persoon controleert de niet-GDS-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor de cliënten.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldeed** Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek aan de norm.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 4.9

Zorgverleners signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 4.10

De behandelaar en apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 4.11

Medicatie wordt voorgeschreven met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

4.4.2

Thema Vrijheidsbeperking

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 kennis over vrijheidsbeperking.

4.4.2.1

Resultaten

Algemeen:

Villa de la Porte heeft geen aanmerking in het kader van de Bopz, waardoor de toepassing van vrijheidsbeperking enkel mag plaatsvinden op basis van de WGBO.

Op 24 mei 2018 zet Villa de la Porte de volgende vrijheidsbeperkende maatregelen in: Voor alle cliënten geldt dat zij de locatie niet (zelfstandig) kunnen verlaten. De voordeur heeft een codeslot en het tuinhek is eveneens afgesloten. Bij Villa de la Porte worden verder psychofarmaca (risperdal), beddekken, een babyfoon en een rolstoelblad op individuele basis toegepast.

Tijdens de rondleiding vraagt de inspectie naar de camera's in de gangen. Meerdere gesprekspartners geven aan dat de camera's uitstaan. Bij de inzage van de retourmedicatie, in de kelder, ziet de inspectie echter dat de camera's op de gangen nog steeds aanstaan. De inspectie ziet op een scherm de camerabeelden van dat moment. Het scherm waarop de camerabeelden te zien waren, zijn in het kantoor wel weggehaald. Dat er ook een scherm met deze beelden in de kelder stond was onbekend bij zowel zorgverleners als het management. Na een opmerking van de inspectie heeft de bestuurder dit scherm alsnog weggehaald. De gesprekspartners weten niet of deze beelden ook staan opgeslagen of dat het alleen een 'live' weergave gaf.

Norm 5.1

De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op een beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. In het kwaliteitsplan van Lang Leve Thuis beschrijft de zorgaanbieder onder het hoofdstuk 'Veiligheid' dat Lang Leve Thuis terughoudend is met de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. De locaties hebben, zo schrijft de zorgaanbieder, immers geen Bopz aanmerking. Daarnaast beschrijft de zorgaanbieder in 5 stappen in een apart protocol, welke stappen gemaakt moeten worden bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. De beide documenten zijn echter niet congruent aan elkaar en niet volledig. Ze zijn daarnaast beide niet eenduidig te interpreteren, omdat er verschillende informatie in vermeld staan. Gesprekspartners zijn niet op de hoogte van de inhoud van de beide documenten, maar kunnen het wel opzoeken. Gesprekspartners zijn ook niet op de hoogte van de geldende wet- en regelgeving voor niet-Bopz aangemerkte zorgvoorzieningen.

Norm 5.2

Voor het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt het (probleem) gedrag van de cliënt geanalyseerd.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek wordt **niet voldaan** aan deze norm. De inspectie vraagt aan verschillende gesprekspartners of er gedragsanalyses en gedragsinterventies aanwezig zijn in de cliëntdossiers. Gedragsanalyses en gedragsinterventies ontbreken volgens gesprekspartners. In de getoetste cliëntdossiers ziet de inspectie ook geen gedragsanalyse of gedragsinterventie. In het 5 stappenplan van de organisatie staat niet beschreven dat een gedragsanalyse noodzakelijk is.

Norm 5.3

Voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **niet voldaan** aan deze norm. De inspectie ziet voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca geen psychosociale- of gedragsinterventie. In het 5 stappenplan van de organisatie staat tevens niet beschreven dat een gedragsinterventie voor de toepassing van psychofarmaca noodzakelijk is (zie ook norm 5.2). De inspectie zag bijvoorbeeld geen gedragsinterventie voorafgaand aan het overgaan tot Risperdal.

Norm 5.4

In dialoog met de cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen en vastgelegd in cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **niet voldaan** aan deze norm. Cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers zijn niet betrokken bij het MDO. Niet alle cliënten hebben tevens een MDO. De zorgaanbieder heeft daarnaast het beoordelen van de wilsonbekwaamheid (ter zake) nog niet geregeld voor cliënten van Villa de la Porte. Contactpersonen tekenen nog steeds voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen zonder dat de wils(on)bekwaamheid van de betrokken cliënt is vastgesteld. Daarnaast ontbreekt een multidisciplinaire besluitvorming rondom de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals bedhekken en een babyfoon. Wie betrokken waren bij de besluitvorming hiervan blijkt niet uit het dossier. Of dit in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger gebeurt blijkt eveneens niet. Zorgverleners kunnen dit bij navraag ook niet vinden dan wel vertellen.

Norm 5.5

Gedragswetenschapper en/of arts is verantwoordelijk voor het besluit over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel en deze ligt vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek wordt **niet voldaan** aan deze norm. Zorgverleners weten niet dat een arts of een gedragswetenschapper verantwoordelijk is voor het besluit om over te gaan tot een vrijheidsbeperkende maatregel. Tijdens gesprekken geven meerdere gesprekspartners aan dat de contactpersoon of cliëntvertegenwoordiger toestemming moet verlenen om over te gaan tot de inzet van een maatregel.

In de getoetste cliëntdossiers staat niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de inzet van de vrijheidsbeperkende maatregelen. Op de formulieren van cliënten bij wie de vrijheidsbeperking wordt toegepast, ontbreekt toestemming van een gedragswetenschapper of een arts. Villa de la Porte gebruikt formulieren 'eigen risico fixatie'. Op deze formulieren leggen zorgverleners in principe de ingezette vrijheidsbeperkingen vast. Op een enkel formulier 'eigen risico fixatie', staat een stempel van een huisarts. Voor een aantal ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen ontbreekt een dergelijk formulier.

In het 5 stappen plan voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen van Lang Leve Thuis staat niet helder beschreven wie verantwoordelijk is voor het besluit om over te gaan tot de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel. De begrippen

verantwoordelijkheid en toestemming worden in het 5 stappenplan niet eenduidig gebruikt. De zorgverleners denken dan ook dat zij zelf zonder toestemming van de arts de maatregel tijdelijk konden inzetten (zie ook norm 2.6). In het kwaliteitsplan van Lang Leve Thuis staat dat ook de bestuurders geïnformeerd moeten worden over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. In het 5 stappenplan staat dat niet beschreven.

Norm 5.6

Alle toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen zijn terug te vinden in het Cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek wordt **niet voldaan** aan deze norm. Het formulier 'eigen risico fixatie' dat in gebruik was bij het vorige inspectiebezoek is niet geëvalueerd en bijgewerkt. In de getoetste cliëntdossiers zijn nog dezelfde formulieren aanwezig die tijdens het vorige bezoek zijn getoetst. Zo staat op een formulier van 15 januari 2017 niet vermeld wat de afspraken zijn over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo ontbreekt de informatie over de voorwaarden voor de toepassing van de maatregel, op welke momenten en voor welke periode. Evenmin staat er een vastgestelde evaluatiedatum op het formulier. Tegelijkertijd treft de inspectie in een cliëntdossier een 'actieve maatregel' aan, zoals het rolstoelblad, die in de praktijk niet meer door zorgverleners blijkt te worden toegepast.

Tijdens de rondleiding en in gesprekken vertellen zorgverleners dat een cliënt bedekken en een babyfoon heeft voor in de nacht. Voor de bedekken en een babyfoon ontbreekt de toestemming van de arts en de cliënt(vertegenwoordiger), deze worden ook niet vermeld in het cliëntdossier. Zorgverleners weten niet dat voor elke ingezette maatregel aparte toestemming van de arts en cliënt(vertegenwoordiger) vereist is. Ook ontbreken deze laatste genoemde maatregelen op het overzicht middelen en maatregelen dat bij de cliënten van Villa de la Porte worden toegepast. Villa de la Porte noteert op het overzicht van actieve maatregelen alleen: Algemene regel 'gesloten voordeur', 2x een babyfoon en 1x risperdal.

Norm 5.7

Zorgmedewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek wordt **grotendeels niet** voldaan aan deze norm. Zorgverleners passen vrijheidsbeperkende maatregelen niet zorgvuldig toe. Villa de la Porte heeft een zelf ontwikkeld '5 stappenplan voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen' zonder geldige grondslag en die onvolledig is. Ook passen zorgverleners deze in de praktijk niet toe. Daarnaast is de wils(on)bekwaamheid nog steeds niet vastgelegd. Bij één cliënt is het voor zorgverleners daarnaast niet duidelijk welke vrijheidsbeperkende maatregelen van toepassing zijn. De praktijk en de dossiers komen niet met elkaar overeen.

De voordeur van Villa de la Porte is nog steeds gesloten met een codeslot. In afwachting van het veranderen van een codeslot heeft Villa de la Porte geen individuele risicoafweging gemaakt op cliëntniveau. De inspectie treft daarentegen

geen bewegingssensoren meer aan die Villa de la Porte bij het vorige bezoek als algemene vrijheidsbeperking inzette. Ook zijn zorgverleners en management zich sinds het vorige inspectiebezoek (13 juli 2017) wel meer bewust van wat vrijheidsbeperkende maatregelen zijn. Gesprekspartners zijn gemotiveerd om vrijheidsbeperkingen zo min mogelijk toe te passen. Ook hebben de bestuurders dit onderwerp uitgebreid besproken met de cliëntenraad.

Norm 5.8

De zorgaanbieder gebruikt informatie over toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- en teamniveau voor kwaliteitsverbetering.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek **niet getoetst**.

Norm 5.9

Zorgmedewerkers werken bij een cliënt met gedragsescalatie met een signaleringsplan of omgangsadvies ter preventie en vermindering van dit gedrag.

De norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek **niet getoetst**.

4.4.3 Overige

4.4.3.1 Resultaten

Norm: Voor elke voorbehouden handeling is een opdracht in het cliëntdossier aanwezig.

Volgens de inspectie voldeed Villa de la Porte tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolgbezoek wordt **niet voldaan** aan deze norm

In één van de getoetste cliëntdossiers ziet de inspectie drie uitvoeringsverzoeken. Eén voor het toedienen van insuline, één voor het inbrengen van een blaaskatheter en één voor het toedienen van de griepvaccinatie. De uitvoeringsverzoeken zijn uitgeschreven in november en december 2017 (na het vorige inspectiebezoek). De uitvoeringsverzoeken voldoen niet aan de vereisten. Ondanks dat de inspectie hierover n.a.v. het vorige bezoek stelde dat dit niet meer mocht voorkomen verbeterde de zorgaanbieder zich niet. Zo zijn de uitvoeringsverzoeken niet op naam van een uitvoerende zorgverlener uitgeschreven, terwijl er ook geen onderliggende raamovereenkomst aanwezig is. Ook worden in twee gevallen formulieren van andere organisaties uit de regio gebruikt. In het derde geval is het formulier van Lang Leve Thuis wel gebruikt maar niet volledig ingevuld en ontbreekt een onderliggende raamovereenkomst.

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Villa de la Porte geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Een rondgang door de locatie;
- Observatie van 4 cliënten in de woonkamer, zie uitleg over de methode hieronder;
- 1 Clientvertegenwoordiger;
- Gesprekken met 2 uitvoerende zorgverleners;
- Gesprekken met het management(team);
- 3 Cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage 2.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats, waardoor de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Daarna zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig. In verschillende huiskamers observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is. Verder kijken de inspecteurs waarom vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Wat valt op en waar hebben de inspecteurs vragen over?

De inspecteurs voeren door de dag heen gesprekken met zorgverleners, behandelaren, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Ook worden cliëntdossiers en documenten ingezien. Overlegvormen kunnen bijgewoond worden zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie maakt gebruik van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij of zij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgverlener de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Wordt met de cliënten gepraat, een liedje gezongen, een spelletje gedaan, gewandeld? Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Kwaliteitsplan Lang Leve Thuis, 8 december 2018
- Dienstlijst mei 2018
- Formatie Villa de la Porte, mei 2018
- In- en externe personele inzet Villa de la Porte
- Medewerkers in- en uit dienst 2017-2018
- Verzuim percentage per medewerker Villa de la Porte mei 2018
- ZZP Villa de la Porte mei 2018
- Scholing Villa de la Porte 2016-2018
- Interne audit planning 2018
- PDCA na audit VBM
- PDCA audit ECD Villa de la Porte
- PDCA na audit medicatieveiligheid
- Agenda teamoverleg 24 mei 2018
- Notulen teamoverleg 10 april 2018
- Notulen teamvergadering 18 maart 2017
- Formulieren kennismakingsgesprek/jaargesprek
- Kwartaalrapportage MIC Villa de la Porte Q1 2018
- Formulier middelen en maatregelen
- Overzicht inzet VBM
- Stappenplan voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen Lang Leve Thuis, ongedateerd.
- Toestemmingsformulier VBM
- Resultaatverslagen 21 november 2017, 16 februari 2018 en 16 maart 2018