Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

rapport van het inspectiebezoek aan Stichting Zonnehuisgroep in Vlaardingen en locatie Zonnehuis in Vlaardingen op 18 april 2019

Utrecht, juli 2019

V2011782

Inhoud

1 Inleiding 3
1.1 Aanleiding bezoek 3
1.2 Doel en werkwijze 3
1.3 Beschrijving Zonnehuisgroep en locatie Het Zonnehuis 3

2 Conclusie en vervolgacties 5
2.1 Conclusie bezoek 5
2.2 Vervolgacties 5

3 Resultaten Het Zonnehuis 6
3.1 Persoonsgerichte zorg 6
3.2 Deskundige zorgverlener 8
3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid 10
3.4 Medicatieveiligheid 11

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 13

Bijlage 2 Beoordeelde documenten 14

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 18 april 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting Zonnehuisgroep in Vlaardingen hierna: Zonnehuisgroep). Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan locatie Het Zonnehuis in Vlaardingen.

1.1 Aanleiding bezoek

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

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één of meerdere locatie(s). Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.
De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en de bevindingen uit het locatiebezoek.

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

1.3 Beschrijving Zonnehuisgroep en locatie Het Zonnehuis

Zonnehuisgroep biedt verpleeghuiszorg, verzorging en thuiszorg. Zonnehuisgroep heeft vier locaties in Vlaardingen. Het management bestaat uit een éénhoofdige raad van bestuur. Stichting Zonnehuisgroep heeft een raad van toezicht bestaande uit vijf leden.

Het Zonnehuis is een locatie met vier afdelingen voor psychogeriatrie (pg), allen met een aanmerking in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Daarnaast heeft Het Zonnehuis drie afdelingen somatiek, waarvan één revalidatie-afdeling. Ook is op locatie Het Zonnehuis De Dillenburg gevestigd, waar geriatrische revalidatie wordt geboden. De Dillenburg bestaat uit 3 revalidatie-afdelingen.

Tijdens het inspectiebezoek ontvangen 162 cliënten zorg op basis van de Wet Langdurige Zorg. De cliënten hebben zorgprofielen Verpleging en Verzorging (VV) die variëren van VV4 tot en met VV9B. De meeste cliënten hebben een zorgprofiel VV5 of VV6. De inspectie bezocht zowel een pg-afdeling met een Bopz-aanmerking als een afdeling somatiek.

De zorg wordt verleend door 162,98 fte zorgverleners, waarvan 5,13 fte verpleegkundigen, 68,74 fte verzorgenden niveau 3, 20,32 fte helpenden niveau 2, 10,88 fte dagbestedingscoaches en 22,01 fte leerlingen.

Zonnehuisgroep heeft twee managers zorg: een manager pg en een manager somatiek. Deze managers sturen alle locaties aan. Behalve de revalidatieafdeling, dit valt onder de manager Behandeling en Revalidatie. Bij Het Zonnehuis werken vijf teamleiders met een verpleegkundige achtergrond. Binnen Het Zonnehuis zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder meerdere specialisten ouderengeneeskunde (SO), psychologen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers, twee beweegtherapeuten en een diëtiste. De SO is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

De nieuwbouwlocatie Drieën-Huysen Zuid en verbouw van Drieën-Huysen Noord heeft geleid tot de afbouw van tweepersoonskamers in Het Zonnehuis. Ook zijn de huiskamers, gangen en de cliëntenkamers op de afdelingen somatiek verbouwd. In 2019 volgt een verbouwing van de pg-afdelingen.

In 2019 gaat Het Zonnehuis de huiskamers op de pg-afdelingen opknappen, zodat de fysieke omgeving beter aansluit bij de zorgvraag van de cliënten.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Het Zonnehuis nog grotendeels niet voldoet aan de getoetste normen. Negen van de tien getoetste normen voldoen grotendeels niet. De inspectie heeft op dit moment vertrouwen in de wijze waarop Stichting Zonnehuisgroep Vlaardingen stuurt op de noodzakelijke verbeteringen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Naar aanleiding van het inspectiebezoek heeft Het Zonnehuis een aantal maatregelen genomen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De bestuurder heeft meerdere verbeterprojecten versneld opgepakt, zoals het scholen van de zorgverleners in persoonsgerichte zorg, het op orde maken van het cliëntdossier en de medicatieveiligheid. De inspectie concludeert dat er wel vervolgtoezicht nodig is, gezien het grote aantal normen waaraan Het Zonnehuis grotendeels niet voldoet.

2.2 Vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Het Zonnehuis verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

2.2.1 De vervolgactie die de inspectie van Zonnehuisgroep Vlaardingen verwacht

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

De inspectie verwacht dat u verbetermaatregelen neemt op de normen die nog niet voldoen. Daarbij verwacht de inspectie dat u binnen zes maanden na vaststelling van het rapport volledig voldoet aan alle getoetste normen.

De inspectie verwacht dat Zonnehuisgroep Vlaardingen de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

2.2.2 Vervolgactie van de inspectie

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie zal de inspectie opnieuw een bezoek brengen aan één van uw locaties. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder voldoet aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader. Het kan zijn dat de inspectie tijdens een volgend bezoek andere normen toetst.

3 Resultaten Het Zonnehuis

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

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

Donkergroen: De locatie/afdeling voldoet aan de norm.
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten

Lichtgroen: De locatie/afdeling voldoet grotendeels aan de norm.
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie/afdeling voldoet grotendeels niet aan de norm.
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.

Rood: De locatie/afdeling voldoet niet aan de norm.
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

Blauw: De norm is niet getoetst

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2
Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

Uit observaties blijkt dat de fysieke omgeving onvoldoende aansluit op de wensen en zorgvragen van de cliënt. De pg-afdelingen worden in 2019 verbouwd en ingericht aansluitend bij het concept 'kleinschalig wonen'. Volgens gesprekspartners wordt de inrichting hierdoor huiselijker. Ook geven verschillende gesprekspartners aan dat de fysieke omgeving niet goed aansluit bij de wensen van de cliënt. Zo vertelt een gesprekspartner dat er eigenlijk te weinig toiletten aanwezig zijn voor de cliënten, namelijk zeven toiletten voor 32 cliënten. Dit leidt ertoe dat cliënten op die afdeling de lunch snel nuttigen, zodat ze 'als eerste' naar het toilet kunnen. Ze zijn bang dat ze anders lang moeten wachten en hierdoor te laat bij het toilet zullen zijn. De inspectie ziet deze situatie tijdens de observatie ook gebeuren.

De inspectie hoort en ziet dat de zorgverleners de wensen en voorkeuren voor dagbesteding van de cliënt in wisselende mate kennen. Zo ziet de inspectie dat een televisie met luid geluid aanstaat tijdens de lunch. De cliënten kijken niet naar de televisie, maar zitten aan tafel te wachten op de lunch. De inspectie hoort van de zorgverleners dat sommigen van hen de cliënten wel kennen en anderen niet. Meerdere zorgverleners vertellen dat ze lange tijd werkzaam zijn bij Het Zonnehuis en daardoor de cliënten kennen.

De inspectie ziet op de afdeling somatiek dat de levensgeschiedenis van de cliënten in het cliëntdossier staat. Ook staat er in het zorgplan voor iedere cliënt een benaderingswijze die de contactverzorgende van de cliënt heeft opgesteld. De psycholoog is hier soms bij betrokken. De dagbestedingscoach heeft bij de cliënten de behoeften aan activiteiten geïnventariseerd.
De inspectie ziet ook cliëntdossiers in van een pg-afdeling. In deze dossiers ontbreekt een benaderingswijze. Daarnaast is niet beschreven welke activiteiten

passend zijn bij de cliënt, hoewel de zorgverleners deze informatie wel bij de intake bespreken. De inspectie hoort dat de inventarisatie van de activiteiten nog geen concreet resultaat heeft opgeleverd.

Een zorgverlener geeft aan dat er op de afdeling somatiek veel cliënten zijn die moeite hebben met hun fysieke en cognitieve achteruitgang. Zij geeft aan dat zij de cliënten hierbij ondersteunt.

Norm 1.3
Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

De meeste zorgverleners richten zich nog te weinig op de eigen regie van de cliënten. Verschillende gesprekspartners vertellen dat de zorgverleners uit goede bedoelingen taken van de cliënt overnemen.

De inspectie ziet tijdens de observatie op verschillende afdelingen dat de zorgverleners de tafel dekken en de maaltijd bereiden. De zorgverleners betrekken de cliënten niet bij het voorbereiden van de maaltijd terwijl sommige cliënten hiertoe wel in staat zijn. De zorgverleners bakken pannenkoeken. De cliënten vertellen dat dit niet regelmatig gebeurt. De pannenkoeken staan op het aanrecht en de cliënten kunnen de pannenkoeken niet zelf pakken. De zorgverleners vragen aan iedere cliënt of ze een pannenkoek willen eten. De zorgverleners lopen heen en weer vanuit de keuken om pannenkoeken uit te delen. De pannenkoeken staan bewust op de kookplaat vanwege veiligheid van de cliënten aan tafel en het warm houden van het eten. Zie ook de bevindingen onder norm 1.4.

Verschillende gesprekspartners noemen dat de zorgverleners de cliënten hospitaliseren. De cliënten van een afdeling somatiek nuttigen de lunch in de huiskamer, maar er is geen gezamenlijk startmoment van de lunch. De zorgverleners lopen gehaast door de huiskamer en de keuken. De zorgverleners hebben bij alle cliënten water in een glas geschonken. Daarna loopt een zorgverlener langs alle cliënten en vraagt “Wil u iets anders drinken dan water?”. Het is niet duidelijk waarom er voor de cliënten eerst water is ingeschonken. In de reactie op feitelijke onjuistheden geeft de bestuurder aan: Het water wordt standaard ingeschonken vanwege de medicatie, waarna het de bedoeling is dat er aan de bewoners gevraagd wordt of hij er nog iets naast wil drinken. Ook op de pg-afdeling valt op dat de zorgverleners de boterhammen voor de cliënt staand smeren.

Tijdens de lunch ziet de inspectie dat sommige zorgverleners de cliënten wel zoveel mogelijk zelf laten doen. Zij helpen de cliënt alleen als deze iets zelf niet kan, bijvoorbeeld “Zal ik de pannenkoek voor u snijden?”.

De cliënten die op de ‘open’ pg-afdeling wonen kunnen op elk moment van de dag vrij door Het Zonnehuis bewegen. Zij kunnen ook naar een afgesloten tuin. Op de gesloten pg-afdelingen kunnen de cliënten ook zelfstandig naar buiten. De deuren van de afdelingen zijn enkele uren per dag open. Hierdoor kunnen de cliënten zelfstandig naar andere huiskamers lopen.

Op een afdeling somatiek hoort de inspectie dat er negen cliënten iedere maand samenkomen als menucommissie. Zij proeven iedere maand gerechtjes en stellen het menu samen dat de keukenassistent voor de cliënten gaat koken. De cliënten op afdeling somatiek bepalen zelf of ze in de huiskamer eten of op hun appartement. Op de

pg-afdeling is er nog geen gelegenheid om zelf te koken. Hier bestelt een zorgverlener een week tevoren de maaltijden die ze vervolgens opwarmen op de afdeling.

Norm 1.4
Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat de zorgverleners de cliënten in wisselende mate op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven.
De inspectie ziet de zorgverleners tijdens de observaties in de huiskamer vooral met elkaar praten over praktische zaken, zoals het dekken van de tafel. Ook praten ze met elkaar over de cliënten, terwijl andere cliënten dit kunnen horen. Af en toe betrekken zij een cliënt bij het gesprek. De inspectie ziet weinig communicatie tussen de cliënten en de zorgverleners waarbij zij echt contact met elkaar hebben. De zorgverleners zoeken vooral contact met de cliënt om na te gaan of de cliënt genoeg gegeten en gedronken heeft.

De lunch verloopt zowel op de somatiek- als pg-afdeling chaotisch en gehaast. Zodra het bord van de cliënt leeg is vragen de zorgverleners aan de cliënten “Wilt u nog een pannenkoek of wilt u een toetje?”. Een andere keuze is er niet. De zorgverleners zetten het toetje op tafel, terwijl de cliënt de pannenkoek opeet. De inspectie ziet dat er continu zorgverleners, mantelzorgers en cliënten in- en uit de huiskamer lopen.

Uit observaties blijkt dat de benadering door de zorgverleners in wisselende mate passend is bij de cliënt. De inspectie ziet dat de zorgverleners staand bij de cliënten het eten voorbereiden. Ook na de bereiding blijven ze staan bij de tafel en spreken ze met andere zorgverleners die aan andere tafels of in de keuken staan. De zorgverleners roepen vanuit de keuken naar de cliënten. Een enkele keer gaat een zorgverlener bij de cliënten aan tafel zitten om hulp te bieden en een gesprek aan te knopen met de cliënten. Daarnaast valt het de inspectie op dat de benadering bij cliënten met onbegrepen gedrag in wisselende mate passend is. De zorgverleners reageren niet op de cliënt of proberen het gedrag te negeren.

3.2 Deskundige zorgverlener

Norm 2.1
Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico’s, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat de zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt in wisselende mate betrekken bij het maken van professionele afwegingen. De inspectie hoort dat de zorgverleners rekening houden met de voorkeuren als het gaat om bedtijden, voorkeursmomenten voor het douchen en het menu. De inspectie ziet echter dat de zorgverleners keuzes maken voor de cliënt, zie ook de bevindingen bij thema 1.

De inspectie ziet tijdens de observatie verschillende cliënten met onbegrepen gedrag. De inspectie ziet bij inzage in de cliëntdossiers dat hierin beperkt adviezen

staan over hoe om te gaan met dit gedrag. De inspectie hoort dat dit onder andere komt doordat er voor een periode van zes maanden geen vaste psycholoog beschikbaar was, maar alleen op consultbasis. Verschillende gesprekspartners vertellen dat zij dit als een gebrek hebben ervaren. Sinds april 2019 kunnen zij de psycholoog weer inschakelen. De zorgverleners bespreken met de psycholoog in een omgangsoverleg hoe zij de zorg het beste aansluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt. Dit overleg heeft de afgelopen maanden niet plaats gevonden.

Eén keer per twee weken is er op alle afdelingen omgangsoverleg tussen de SO, psycholoog en de zorgverleners. Op de pg-afdelingen is daarnaast ook elke twee weken een gedragsvisite. Zij bespreken de inzet van vrijheidbeperkende maatregelen. Sinds kort is de afbouw van psychofarmaca een belangrijk onderwerp tijdens dit overleg. Een behandelaar geeft aan dat ze steeds meer kijken naar het afbouwen van psychofarmaca. De zorgverleners geven ook aan de vrijheidbeperkende maatregelen en psychofarmaca cyclisch te evalueren. De inspectie ziet daarentegen dat bovenstaande werkwijze niet navolgbaar is in het cliëntdossier. Wel ziet de inspectie dat de vrijheidbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntdossiers.

De inspectie ziet op de somatiek- en pg-afdeling dat de contactverzorgende de risico's voor de cliënt in beeld heeft, zoals een risico op ondervoeding. De inspectie leest en hoort terug welke acties de zorgverleners hierop inzetten, zoals verrijkte voeding voor de cliënt.

Het Zonnehuis maakt gebruik van Mikzo, een zorgplanmethodiek. De contactverzorgende vult een Mikzo in als er veranderingen bij de cliënt optreden en ter voorbereiding op het multidisciplinair overleg (MDO). Het MDO vindt ieder half jaar plaats. De zorgverleners, behandelaren, de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger bespreken dan het zorgleefplan.

Norm 2.2
Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

Sinds oktober 2018 werkt Zonnehuis met een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD). De zorgverleners hebben hierover scholing gehad. De zorgverleners geven echter aan dat ze zich nog niet voldoende geschoold voelen om te werken met het ECD. Ze vragen collega's om te rapporteren voor hen. De inspectie ziet tijdens de dossierinzage ook dat de zorgverleners sommige informatie niet kunnen vinden in het cliëntdossier.

De inspectie ziet dat de zorgverleners de zorgleefplannen op verschillende manieren vormgeven. De inspectie ziet een zorgleefplan van een complexe cliënt dat amper gevuld is. De acties en doelen zijn niet concreet omschreven. De zorgverleners lichten toe dat de mantelzorger van de cliënt veel zorg verleent en dat het zorgleefplan daarom summier is. Bij een andere cliënt zijn de doelen in het zorgleefplan voornamelijk gericht op de fysieke gezondheid en veiligheid van de cliënt.
De inspectie ziet ook een zorgleefplan met actuele doelen en concrete acties. Zo heeft de cliënt een slikprobleem. Er staat een uitgebreid slikadvies van de logopediste in het zorgleefplan.

Uit dossierinzage op de pg-afdeling blijkt dat de zorgverleners niet specifiek rapporteren op doelen en acties uit het zorgleefplan maar op meerdere doelen tegelijkertijd. Op de afdeling somatiek rapporteren zorgverleners wel op doel, maar is de rapportage niet concreet, zoals 'dhr is stijf bij ochtendzorg, bespreken met de arts'. Het is niet duidelijk wat er uit het overleg met de arts is gekomen en welke maatregelen er zijn ingezet.

Norm 2.5
De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat Het Zonnehuis zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. In de praktijk is dit echter niet voldoende zichtbaar. De inspectie hoort en leest terug dat er een scholingsplan is dat moet voorzien in voldoende deskundigheid voor de doelgroep cliënten. Zo kunnen de zorgverleners diverse e-learnings volgen. Daarnaast zijn er in 2018 scholingen geweest over persoonsgerichte en belevingsgerichte zorg, een LEAN-training en scholing psychiatrie. Tegelijkertijd ziet en hoort de inspectie voorbeelden waaruit blijkt dat de deskundigheid niet voldoende aansluit bij de zorgvragen. Zie ook de bevindingen bij thema 1. Ook hoort de inspectie dat de zorgverleners behoefte hebben aan meer kennis en scholing over het werken in het nieuwe cliëntdossier. De zorgverleners ervaren dat zij nog onvoldoende weten hoe het systeem werkt.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat de bezetting van de zorgverleners voldoende is voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Gesprekspartners vertellen dat er voldoende collega's zijn om te voldoen aan de wensen en behoeften van de cliënten. Wel vertellen zij dat de bezetting soms onder druk staat door vakantie en ziekte van collega's. De zorgverleners vullen de gaten in het rooster onderling met elkaar in en met vaste invalkrachten.
Daarnaast hoort de inspectie van meerdere gesprekspartners dat de afwezigheid van een psycholoog op de pg-afdeling invloed heeft gehad op de zorg aan cliënten met een complexere zorgvraag.

3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2
De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

De inspectie ziet dat Het Zonnehuis werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. Het management heeft een dashboard met diverse sturingsinformatie, zoals verzuim en verloop. Uit de bevindingen van de inspectie blijkt dat het management de kwaliteit van de persoonsgerichte zorg niet in beeld heeft. De bestuurder geeft aan dat de medicatieveiligheid vanuit de lean gedachte verbeterd wordt. De beleidsadviseur van Zonnehuisgroep Vlaardingen is hierbij betrokken. Zij doet audits en begeleidt de teams daarna. De beleidsadviseur heeft de helft van de teams ondertussen bezocht.

Het ECD is geïmplementeerd, maar Het Zonnehuis heeft de implementatie niet voldoende geborgd. Op basis van gesprekken en inzage in het ECD ziet de inspectie

dat de zorgverleners onvoldoende kennis hebben over het systeem en dat dit een methodische werkwijze niet ondersteund.

Twee leden van de raad van toezicht neemt samen met (een deel van) het management en een beleidsadviseur, deel aan een Commissie Kwaliteit en Veiligheid. Zij komen twee keer per jaar bijeen en bespreken samen de ontwikkelingen aan de hand van het kwaliteitsplan. Zij bespreken ook de rapportages van de VIM-(veilig incident melden)commissie. De inspectie ziet verschillende verslagen van de VIM-commissie. Hieruit blijkt dat deze commissie zowel op hoofdlijnen als op incidentniveau de incidenten bespreekt en analyseert. Ook doet de VIM-commissie aanbevelingen en volgt deze. In 2019 organiseerde Het Zonnehuis een symposium over agressie omdat blijkt dat dit vaak voorkomt.

De leden van de raad van toezicht gaan op bezoek bij locaties en spreken hierbij ook met de cliëntenraden en de ondernemingsraad. In alle locaties van Het Zonnehuis wordt de Leanmethode gebruikt waarin de cliënt en het verbeteren van processen centraal staat. De inspectie hoort dat Het Zonnehuis de cliënten betrekt bij de inrichting van de nieuwe slaapkamers en huiskamers.

Norm 3.3
De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat de zorgverleners de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Gesprekspartners vertellen dat zij dit doen tijdens gedragsvisites maar ook in een teamoverleg. Zo spreken de zorgverleners van een somatiekafdeling één keer per maand met elkaar over een specifiek thema in een ‘denktank’. Tussen de zorgverleners en de cliënt en zijn familie vinden sinds 2018 ‘spiegelgesprekken’ plaats. Dit is een gesprek waarin zij laagdrempelig met elkaar de ervaringen met de zorg bespreken. Daarnaast hoort de inspectie dat er sprake is van een cultuur waarin de zorgverleners elkaar durven aan te spreken.

Zonnehuisgroep Vlaardingen maakt onderdeel uit van een lerend netwerk. Op het niveau van de bestuurder vond er uitwisseling plaats over de kwaliteitsverslagen- en plannen. Daarnaast keken zorgverleners bij elkaar in de praktijk mee.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3
Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

Zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt wel over een actuele toedienlijst van de apotheek. Zij beschikken niet over een actueel medicatieoverzicht. Daarnaast blijkt dat op de toedienlijst van de apotheker geen ruimte is voor een tweede paraaf bij niet GDS-medicatie. Daarom paraferen de zorgverleners de tweede controle op een zelfgemaakte- en handgeschreven aftekenlijst. Bij het maken van deze lijst nemen de zorgverleners ook het voorschrift van de apotheker over voor de hoeveelheid medicatie.
Het Zorghuis herkent het probleem en heeft actie ondernomen om dit probleem voor de zomer 2019 op te lossen.

4.8
De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet aan deze norm.

De inspectie bekijkt meerdere toedienlijsten. Hierop is te zien dat de zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie niet altijd per medicijn en per toedientijdstip paraferen op de toedienlijst. De inspectie ziet op enkele toedienlijsten dat de paraaf ontbreekt bij meerdere toedientijden van oogdruppels en zalf.

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

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

Veldnormen:
- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

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

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Concept kwaliteitsverslag 2018;
- Kwaliteitsplan 2019;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten Het Zonnehuis;
- Overzicht fte's/dienstroosters zorgverleners Het Zonnehuis;
- Notulen VIM-commissie;
- Scholingsoverzicht 2018;
- Scholingsplan 2019;
- Interne audits.