



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

Rapport van het inspectiebezoek aan
Stichting TriviumMeulenbeltZorg in Borne
en de locaties Het Borsthuis in Hengelo
en 't Haarhuus in Westerhaar op 30 april 2019

Utrecht, juli 2019

V2010433

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding bezoek	3
1.2	Doel en werkwijze	3
1.3	Beschrijving TriviumMeulenbeltZorg en locaties Het Borsthuis en 't Haarhuus	3
2	Conclusie en vervolgacties	5
2.1	Conclusie bezoek	5
2.2	Vervolgacties	5
3	Resultaten Het Borsthuis	6
3.1	Persoonsgerichte zorg	6
3.2	Deskundige zorgverlener	7
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid	10
3.4	Medicatieveiligheid	11
4	Resultaten 't Haarhuus	12
4.1	Persoonsgerichte zorg	12
4.2	Deskundige zorgverlener	14
4.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid	16
4.4	Medicatieveiligheid	17
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten	19
Bijlage 2	Beoordeelde documenten	20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) sprak op 30 april 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van de stichting TriviumMeulenbeltZorg (hierna: TMZ). Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan de locaties Het Borsthuis in Hengelo en aan 't Haarhuus in Westerhaar.

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 twee locaties. 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 TriviumMeulenbeltZorg en locaties Het Borsthuis en 't Haarhuus

TMZ biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg en dagactiviteiten. TMZ is actief in de gemeenten Almelo, Borne, Enschede, Hengelo, Tubbergen en Twenterand. TMZ werkt vanuit zes regio's met ieder een eigen regiomanager. In totaal heeft TMZ 130 teams voor persoonlijke zorg. Alle medewerkers, inclusief raad van bestuur zitten in een team voor persoonlijke zorg. Alle zorgverleners bieden persoonlijke zorg. TMZ werkt vanuit een coöperatief model. TMZ wil; 'een diepgaande manier van samenwerken tussen alle direct betrokkenen in de dagelijkse leefwereld: de cliënt/bewoner, de familie/mantelzorg, alle professionele disciplines, de vrijwilligers en verder allen die waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven van de cliënt/bewoner. De relatie tussen hen kenmerkt zich door openheid en vertrouwen.'

Het management bestaat uit een tweehoofdig raad van bestuur en zes MT-leden. TMZ heeft een raad van toezicht bestaande uit vijf leden.

Locatie Het Borsthuis in Hengelo

Het Borsthuis is een locatie met twee afdelingen voor psychogeriatric (PG) en een afdeling voor geriatrische revalidatiezorg. Daarnaast biedt Het Borsthuis dagbesteding en dagbehandeling. De inspectie bezocht de twee afdelingen PG. Dit zijn de Kievit en Woolde. Deze afdelingen hebben een aanmerking in het kader van de Wet Bopz. Ten tijde van het bezoek ontvangen 92 cliënten zorg op de afdelingen PG, elke afdeling heeft plaats voor 48 cliënten. Elke afdeling is opgedeeld in drie woongroepen van 16 cliënten. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV5 tot en met VV7.

De zorg op de afdelingen Kievit en Woolde wordt verleend door ongeveer 63 fte zorgverleners, waarvan 10 fte verpleegkundigen, 40 fte verzorgende niveau 3, 5 fte helpende niveau 2, 5 fte leerlingen en 3,1 fte activiteitenbegeleiders. Een regiomanager stuurt de locaties in Hengelo aan. Op Het Borsthuis is op elke verdieping een leidinggevende die de teams aanstuurt. Op de afdeling PG sturen twee leidinggevendenden de zes teams aan. Op Het Borsthuis zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder een arts en psycholoog. De disciplines zijn aanwezig in het gebouw. De specialist ouderengeneeskunde (SO) is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

Locatie 't Haarhuus in Westerhaar

't Haarhuus is een locatie met afdelingen voor psychogeriatric (PG) en somatiek. Ten tijde van het bezoek ontvangen 47 cliënten zorg in 't Haarhuus. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV4 tot en met VV9. Vier cliënten hebben zorgprofiel VV4, dertien cliënten hebben zorgprofiel VV5, vierentwintig cliënten hebben VV6, vier cliënten hebben VV7, één cliënt heeft VV8 en één cliënt heeft VV9. De inspectie bezocht de afdeling PG en somatiek.

De zorg wordt verleend door 22 zorgverleners, waarvan één (0,8 fte) verpleegkundige niveau 5, vier (2,5 fte) verpleegkundigen niveau 4, dertien (7,5 fte) verzorgenden niveau 3 en drie (0,6 fte) woonkamerassistenten. Ook heeft 't Haarhuus vijf (2,4 fte) activiteitenbegeleiders tot haar beschikking.

Dagelijkse aansturing vindt plaats door een manager. Zij werkt er sinds een paar maanden. Op 't Haarhuus zijn verschillende disciplines betrokken waaronder een arts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut en een logopedist. De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Het Borsthuis en 't Haarhuus (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Bij Het Borsthuis voldoen alle tien getoetste normen (grotendeels). Bij 't Haarhuus voldoen acht van de tien getoetste normen (grotendeels). De nieuwe locatiemanager heeft zicht op de verbeterpunten in 't Haarhuus en is hierover transparant naar de inspectie. Er zijn verbeteracties uitgezet. De inspectie heeft op basis van de bevindingen op dit moment voldoende vertrouwen en zicht op de wijze waarop TMZ stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De raad van bestuur meet op structurele basis de kwaliteit en veiligheid in de organisatie en stuurt waar nodig bij. De inspectie concludeert dat er geen vervolgtoezicht nodig is.

2.2 Vervolgacties

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding om de locaties van de TMZ opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert en op alle locaties controleert of aan de normen voldaan wordt. De inspectie sluit het inspectiebezoek af.

3 Resultaten Het Borsthuis

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

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

- Donker groen: De locatie **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Licht groen: De locatie **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 **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie **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 Borsthuis** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgverleners weten wat de voorkeuren van de cliënten zijn. In de teams binnen Het Borsthuis werken zoveel mogelijk vaste zorgverleners. De inspectie hoort dat zorgverleners de cliënten bij naam kennen en weten hoe een cliënt aangesproken wil worden. De inspectie ziet ook dat een aantal cliënten samen met een zorgverlener aan het kleuren is. In het cliëntdossier van deze cliënten staat deze activiteit beschreven als een passende activiteit.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat de fysieke omgeving voldoende aansluit op de wensen en zorgvragen van de cliënt. Het Borsthuis heeft twee afdelingen voor psychogeriatrische cliënten. Op elke afdeling zijn drie kleinere woongroepen. De woongroepen zijn huiselijk ingericht met ruime huiskamers en een ruime keuken. Iedere woongroep heeft een terras, waar cliënten buiten kunnen zitten. Gesprekspartners vertellen dat de cliënten zelf de voordeur van het appartement kunnen uitkiezen. Daarnaast zijn de appartementen in te richten met eigen spullen.

Uit dossierinzage en gesprekken blijkt dat in het cliëntdossier de levensloop uitgebreid beschreven is. In alle getoetste dossiers leest de inspectie in het formulier 'levensloopgegevens' informatie over de cliënten terug. Gesprekspartners vertellen dat de eerst verantwoordelijke zorgverlener het formulier samen met de familie invult. Daar waar dit niet lukt, gebruikt de eerst verantwoordelijke zorgverlener de input van een overdracht of stelt het formulier met het team op. Levensvragen, zoals geloofsovertuiging, zijn opgenomen in dit formulier. In het medische gedeelte van het zorgdossier leest de inspectie de invulling terug op vragen als wel of niet reanimeren.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Borsthuis** aan deze norm.

Uit gesprekken en dossierinzage hoort en leest de inspectie dat zorgverleners de eigen regie van de cliënt versterken. Gesprekspartners vertellen dat cliënten zelfstandig naar een rookruimte kunnen gaan wanneer zij dat willen. Ook betrekken zorgverleners de cliënten die dat nog kunnen bij het dekken van de tafel of het afruimen ervan. In het zorgdossier leest de inspectie diverse voorbeelden van eigen regie terug. Zo leest de inspectie dat een cliënt van huis uit gewend is om dag en nacht in een stoel te slapen. Een zorgverlener vertelt dat dit geaccepteerd is, na multidisciplinair overleg.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de veiligheidsrisico's van cliënten afwegen tegen de kwaliteit van leven. De inspectie hoort dat Het Borsthuis in deze afweging uitgaat van de cliënt. Een voorbeeld is een cliënt die nog zelfstandig naar beneden kan gaan om in het restaurant te verblijven. Dit, terwijl zij met een Bopz-aanmerking op een gesloten afdeling verblijft. De inspectie leest in het zorgdossier dat de cliënt op dinsdag en donderdag zelfstandig naar beneden gaat.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Borsthuis** aan deze norm.

De inspectie ziet tijdens verschillende observaties dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Zorgverleners spreken de cliënten aan op de manier waarop de cliënt dit wil. Gedurende een activiteit hoort de inspectie dat een zorgverlener cliënten aanspreekt met de voornaam of met de achternaam. De zorgverlener spreekt met de ene cliënt wel dialect en met de ander niet. Gedurende de activiteit ziet de inspectie dat elke cliënt betrokken is bij het gesprek. De zorgverlener verdeelt de aandacht over de cliënten.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat de benadering door zorgverleners passend is bij de cliënt. Bij ieder team is een psycholoog betrokken, die voor de cliënten waar nodig een benaderingsadvies opstelt. De inspectie ziet in meerdere getoetste dossiers een benaderingsadvies opgenomen in het cliëntdossier. In gesprekken hoort de inspectie dat zorgverleners deze benaderingsadviezen kennen en toepassen. In de observaties ziet de inspectie dit terug. Een voorbeeld is een cliënt die liever niet mee wil doen aan een activiteit, maar wel vereenzaamt. De cliënt heeft er baat bij om bij de activiteit te zitten, niet actief deel te nemen, maar wel aanwezig te zijn. De inspectie ziet dit ook.

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 Borsthuis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt betrekken bij het maken van professionele afwegingen. Zorgverleners vertellen risicosignaleringen te doen.

De uitkomsten van deze signaleringen bespreken zij in de Evaluatie Multidisciplinaire Zorg (EMZ).

Gesprekspartners vertellen dat de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV) de risicosignalering vooraf aan een EMZ bijwerkt naar de actuele situatie. De uitkomsten bespreken de betrokken zorgverleners tijdens het EMZ. Als het nodig is, vullen ze de risicosignalering vaker in bij een cliënt. Bij een verhoogd risico nemen de zorgverleners dit op als doel in het cliëntdossier. De inspectie ziet dat zorgverleners dit ook doen. Zo ziet de inspectie het dossier van een cliënt met verhoogd valgevaar. Dit valgevaar is navolgbaar besproken en opgenomen als doel in het cliëntdossier.

De inspectie ziet dat zorgverleners behandelaren betrekken bij cliënten met complexe zorgvragen. Gesprekspartners vertellen dat de samenwerking prettig verloopt. Zorgverleners voelen zich vrij om een behandelaar in te schakelen of te overleggen over een cliënt. De arts en psycholoog komt wekelijks langs op de afdelingen. In meerdere dossiers ziet de inspectie omgangsadviezen van een psycholoog voorzien van concrete acties.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) vindt in wisselende mate een navolgbare afweging plaats. De inspectie ziet in de getoetste dossiers dat er VBM in Het Borsthuis zijn ingezet. Het gaat hier met name over de inzet van sensoren en bedhekken. De VBM zijn opgenomen in het cliëntdossier. Gesprekspartners vertellen dat de arts, voorafgaand aan de inzet van een VBM, een afwegingsformulier inzet. Echter, de inspectie ziet dit formulier in een aantal dossiers niet terug. Gesprekspartners vertellen dat de evaluatie van VBM tijdens het EMZ plaatsvindt. De inspectie leest in de getoetste dossiers niet in elk verslag van een EMZ een evaluatie terug. In de verslagen waarin de evaluatie wel beschreven is, wordt niet duidelijk op basis waarvan een VBM gecontinueerd of gestopt wordt. Dit maakt de afwegingen voor het wel of niet inzetten van een VBM voor de inspectie niet inzichtelijk.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Borsthuis grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet dat de locatie actuele zorgleefplannen heeft, waarin de doelen en acties helder zijn vastgelegd. Het Borsthuis maakt gebruik van een elektronisch zorgdossier. Het cliëntdossier is gebaseerd op vier domeinen. In de getoetste dossiers ziet de inspectie doelen op deze vier domeinen.

De inspectie ziet dat zorgverleners doelen formuleren op onbegrepen gedrag. Zo ziet de inspectie een zorgleefplan waarin een doel over een cliënt met onrustige momenten is opgenomen. De actie van de psycholoog is om deze momenten in kaart te brengen, door middel van een observatieformulier. Hierop moeten zorgverleners de momenten waarop de cliënt onrustig is beschrijven en wat aan deze onrust vooraf ging. De inspectie ziet opvolging van deze observatieopdracht terug in de rapportage. In meerdere dossiers ziet de inspectie dat een benaderingsadvies is opgenomen in het cliëntdossier. De adviezen zijn voorzien van concrete acties. Ook de doelen over somatische zorg zijn helder en concreet. De inspectie ziet in het dossier de samenwerking tussen artsen en zorgverleners. Ook zijn er doelen opgenomen met betrekking tot dagbesteding. Er is samenhang in het zorgdossier.

Gesprekspartners vertellen twee keer per jaar een EMZ te hebben voor de cliënten. Vooraf aan het EMZ vindt een voorbereiding met een vast formulier plaats. Disciplines en zorgverleners vullen op dit formulier de bevindingen in. Na het EMZ past de EVV'er het cliëntdossier aan naar de actuele situatie. De inspectie ziet dit in de getoetste dossiers terug.

De inspectie hoort en ziet dat zorgverleners zowel kunnen rapporteren op zorgdoel als op 'bijzonderheden'.

Zorgverleners vertellen dat het onderdeel 'bijzonderheden' alleen bedoeld is voor het opnemen van nieuwe informatie. Toch ziet de inspectie in een aantal dossiers dat informatie over zorgdoelen opgenomen staat onder het kopje 'bijzonderheden'. Hier komt bij dat de cliëntdossiers uitgebreid zijn. In verschillende dossiers is er overlap van zorgdoelen. Zo ziet de inspectie in een zorgdossier onder mentaal welbevinden twee doelen, die met elkaar overeenkomen. Het eerste doel is: 'mevrouw wordt op een eenduidige manier benaderd bij roep- en claimedrag'. Het tweede doel is: 'mevrouw heeft zo min mogelijk last van depressieve klachten'. Het is voor zorgverleners niet altijd duidelijk onder welk doel zij welke rapportage moeten wegschrijven. De rapportage op de zorgdoelen is hierdoor niet altijd makkelijk terug te vinden. Bij het evalueren van een doel komt hierdoor mogelijk niet alle juiste informatie boven.

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 Borsthuis** aan deze norm.

Bezetting

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat de bezetting van zorgverleners voldoende is voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. De teams werken in zogenaamde 'persoonlijke teams'. Hierin zijn zorgverleners betrokken, maar ook mantelzorgers, vrijwilligers en disciplines. Gesprekspartners vertellen dat de bezetting voldoende is om de werkzaamheden uit te voeren. Op intensieve zorgmomenten krijgen de zorgverleners de ruimte om meer personeel in te zetten. Een voorbeeld is het inzetten van een huiskamerassistent in de avond.

Deskundigheid

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat Het Borsthuis zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. De zorgverleners zijn deskundig. Gesprekspartners geven aan dat een team zelf kiest welke scholing het team volgt. Dit legt het team vast in het teamplan. De inspectie ziet een teamplan in. Zo ziet de inspectie dat dit team zich gaat scholen op 'duurzame inzetbaarheid', 'roosteren via ONS Nedap' en 'bevoegd en bekwaam maken van de VIG-ers'.

Naast het teamplan is er gestart met een plan op individueel niveau. Dit noemt Het Borsthuis 'mijnplan'. Zorgverleners kunnen, samen met de leidinggevende, aangeven waarin zij willen ontwikkelen. De zorgverleners kunnen kiezen uit een breed scholingsaanbod met E-learning of workshops/trainingen. Dit zijn zowel doelgroep specifieke scholingen als scholingen gericht op methodisch werken. Gesprekspartners vertellen te werken met aandachtvelden. In het team zijn de onderwerpen verdeeld.

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 Borsthuis** aan deze norm.

De inspectie ziet dat TMZ en Het Borsthuis werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. In het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht van TMZ, komt duidelijk naar voren dat zij stuurt op basis van informatie uit overleggen met verschillende adviesraden. Hieronder vallen de cliëntenraad (CR), de ondernemingsraad (OR), maar ook de verpleegkundige adviesraad (VAR) en de multidisciplinaire adviesraad (MAR). De raad van bestuur stelt een rapportage bedrijfsvoering, kwaliteit & veiligheid samen, waarmee zij deze adviesraden informeert.

Deze rapportage bestaat uit de uitkomsten van de interne- en externe audits, medewerker- en cliënttevredenheidsonderzoeken en informatie uit de analyse van de MIC-meldingen en Registratie Ongevallen en Beroepsziekten (ROB)-meldingen. Gesprekspartners geven aan dat het management kwaliteitsinformatie gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De inspectie ziet dit tevens terug in verschillende documenten. Zo heeft iedere locatie van TMZ, naast de persoonlijke plannen en teamplannen, een locatieplan. Dit plan wordt ook wel 'Ons Plan' genoemd. De inspectie ziet 'Ons Plan' van Het Borsthuis in. Dit plan bestaat uit concrete doelen en acties, om inhoud te geven aan de visie en missie van TMZ, binnen de locatie. De inspectie ziet hierin de PDCA-cyclus terugkomen. De punten worden ieder kwartaal geëvalueerd tijdens de kwartaalrapportage overlegvormen. Tijdens verschillende gesprekken hoort de inspectie dat zorgverleners open zijn over fouten en incidenten en deze melden. Dit ziet de inspectie terug in de MIC- en ROB-overzichten op locatie- en organisatieniveau.

De inspectie leest en hoort dat meldingen van incidenten, fouten en klachten steeds meer gebruikt worden voor het cyclisch verbeteren van de kwaliteit van zorg. TMZ werkt met aandachtsvelders MIC en heeft een 'Onderzoekscommissie Prisma' in het leven geroepen voor het analyseren van calamiteiten en trends die uit de MIC- en ROB-overzichten komen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Borsthuis** aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat er binnen TMZ en Het Borsthuis sprake is van een aanspreekcultuur. De raad van bestuur en raad van toezicht tonen zich tijdens het gesprek met de inspectie open en transparant. Zij hebben in beeld wat de stand van zaken binnen hun organisatie is. Dit beeld komt tot stand door gesprekken met alle verschillende gesprekspartners binnen de organisatie en door het verzamelen van kwaliteitsinformatie, zoals audits. Het beeld dat zij hebben komt overeen met het beeld dat de inspectie aantreft op de locatie. Hier vertellen gesprekspartners korte lijnen te ervaren tussen de locatie en de raad van bestuur. Ook de leidinggevendenden binnen Het Borsthuis zijn laagdrempelig bereikbaar voor de zorgverleners.

Zorgverleners vertellen elkaar makkelijk aan te spreken en van feedback te voorzien. Het opstellen van de teamplannen draagt hieraan bij, zo hoort de inspectie. Dit maakt de visie en doelen van de teams concreet en daarmee zorgverleners aanspreekbaar op het behalen van die doelen.

TMZ maakt deel uit van een lerend netwerk. In dit netwerk wordt zowel op bestuurlijk niveau, als op uitvoerend- en beleidsniveau kennis uitgewisseld. Ook binnen TMZ bestaat uitwisseling tussen de locaties. Zo vertelt de raad van bestuur dat het mogelijk is zorgverleners, die binnen één locatie niet goed op hun plek zijn, naar een andere locatie te laten overstappen. Door het coöperatieve karakter van de organisatie, ondersteund door de Persoonlijke Teams, voelen alle medewerkers zich medeverantwoordelijk voor de organisatie. Dit is voelbaar in zowel het gesprek met de raad van bestuur als op de locatie Het Borsthuis.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Borsthuis** aan deze norm.

Zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.

De apotheek maakt en levert medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; zorgverleners maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan. Zorgverleners beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Borsthuis** aan deze norm.

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

De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

4 Resultaten 't Haarhuus

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

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

- Donker groen: De locatie **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Licht groen: De locatie **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 **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie **voldoet niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet 't Haarhuus grotendeels** aan deze norm. Uit observaties tijdens dossierinzage en gesprekken blijkt, dat zorgverleners weten wat de voorkeuren van de cliënten zijn. In de teams binnen 't Haarhuus werken zoveel mogelijk vaste zorgverleners. De inspectie hoort dat zorgverleners de cliënten bij naam kennen en weten hoe een cliënt aangesproken wil worden. De inspectie ziet ook dat een aantal cliënten graag in de huiskamer wil rusten na het middageten. De inspectie ziet een cliënt rondlopen met een kinderwagen met een pop erin. Zij geniet hier zichtbaar van. Van zorgverleners hoort de inspectie dat een andere cliënt altijd een portemonnee met (nep)geld bij zich heeft, omdat ze zich daar prettig bij voelt. Zorgverleners hebben hier aandacht voor en begeleiden cliënten waar nodig. In het cliëntdossier van de cliënten staat deze wens beschreven.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat de fysieke omgeving voldoende aansluit op de wensen en zorgvragen van de cliënt. 't Haarhuus heeft twee afdelingen voor psychogeriatrische cliënten. Ook heeft 't Haarhuus een afdeling waar cliënten wonen met somatische problemen. Op elke afdeling zijn twee kleinere woongroepen. De woongroepen zijn huiselijk ingericht met ruime huiskamers en een open keuken. De cliënten kunnen op het terras naar buiten. Gesprekspartners vertellen dat de cliënten hun appartement mogen inrichten met eigen spullen. Vanwege valgevaar mogen cliënten geen vloerkleden gebruiken. Er is een badkamer en ruimte met kledingkasten per twee appartementen.

Uit dossierinzage en gesprekken blijkt dat in het cliëntdossier de levensloop kort of niet beschreven is. In één getoetst dossier leest de inspectie in het formulier 'levensloopgegevens' informatie over de cliënt terug. Gesprekspartners kunnen wel vertellen over de levensloop van cliënten. Levensvragen, zoals geloofsovertuiging, zijn soms opgenomen in het dossier.

In het medische gedeelte van het zorgdossier leest de inspectie de invulling terug op vragen als wel of niet reanimeren of behandelen.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet 't Haarhuus grotendeels niet** aan deze norm. Uit observaties en gesprekken met verschillende gesprekspartners blijkt dat zorgverleners vooral taakgericht werken. In de huiskamer ziet de inspectie dat een zorgverlener de medicijnkar midden in de kamer zet en voorbereidingen treft om medicatie te gaan delen. Omdat er even geen andere zorgverlener is moet een cliënt wachten voor hulp totdat de zorgverlener klaar is met haar voorbereidingen. Op een ander moment ziet de inspectie dat een andere zorgverlener de tafel eerst schoon maakt en voorziet van een kleedje. Daarna kan zij een andere cliënt naar de kamer brengen. De inspectie constateert tijdens de observatie weinig interactie tussen de zorgverleners en cliënten. Zorgverleners stimuleren cliënten bijvoorbeeld niet om mee te helpen bij het afruimen van de tafel.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de veiligheidsrisico's van cliënten in wisselende mate afwegen tegen de kwaliteit van leven. Een voorbeeld is een cliënt die zich comfortabel voelt als de beddekken omhoog zijn. Voor de zorgverleners is er geen aanleiding om de beddekken omhoog te doen. De inspectie leest in het zorgdossier van de cliënt niet dat de beddekken op verzoek van de cliënt omhoog gaan. Een andere cliënt heeft een blad voor zich zodat zij niet uit de stoel op kan staan. De inspectie leest in het zorgdossier over het valgevaar van deze cliënt. De inspectie leest geen afweging tussen veiligheid en vrijheid.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de eigen regie van de cliënt regelmatig versterken. Gesprekspartners vertellen dat cliënten niet in hun eigen kamer mogen roken. Wel kunnen cliënten zelfstandig naar een rookruimte gaan wanneer zij dat willen. Ook betrekken zorgverleners de cliënten die dat nog kunnen bij het dekken van de tafel of het afruimen ervan. In het zorgdossier leest de inspectie diverse voorbeelden van eigen regie terug. Zo leest de inspectie dat een cliënt van huis uit gewend is om elke dag een glas wijn te drinken. Een zorgverlener vertelt dat dit geaccepteerd is en dat deze cliënt elke dag een glas wijn krijgt.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet 't Haarhuus grotendeels** aan deze norm. Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Zorgverleners spreken de cliënten aan op de manier waarop de cliënt dit wil. Gedurende een activiteit hoort de inspectie dat een zorgverlener cliënten aanspreekt met de voornaam of met de achternaam. De zorgverlener spreekt met de ene cliënt wel dialect en met de ander niet. Er zijn cliënten die wel aandacht krijgen en cliënten die geen aandacht krijgen.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat de benadering door zorgverleners passend is bij de cliënt. De inspectie ziet in meerdere getoetste dossiers een benaderingsadvies opgenomen in het cliëntdossier. In gesprekken met zorgverleners hoort de inspectie dat zij weten hoe zij deze cliënten benaderen. In de observaties ziet de inspectie dit terug. Een voorbeeld is een cliënt die bang is.

De cliënt heeft er baat bij om in de woonkamer te zijn en niet actief deel te nemen aan activiteiten. De inspectie ziet dit ook.

De inspectie ziet in het zorgleefplan een doel staan waarvan de zorgverleners niet kunnen uitleggen wat het betekent. Er staat dat de cliënt door middel van effectieve communicatie benaderd moet worden. Als aanvullende actie staat dat er gerapporteerd moet worden. Er staat in een actie niet een toelichting voor het begrip 'effectief communiceren'. Zorgverleners kunnen niet uitleggen wat er met 'effectief communiceren' precies bedoeld wordt.

4.2 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 't Haarhuus grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de beperkingen van de cliënt soms wel en soms niet betrekken bij het maken van professionele afwegingen. De inspectie hoort dat sommige teams van zorgverleners de risicosignalering wel invullen en andere niet meer. Als zorgverleners geen risicosignalering invullen, constateren zij soms wel een verhoogd risico. Onduidelijk is waarop zij dit baseren. Zij nemen dan wel een doel rondom een dergelijk verhoogd risico op in het dossier. Zorgverleners kunnen niet vertellen wanneer zij welk risico opnemen als doel in het cliëntdossier.

De inspectie leest over een cliënt met verhoogd valgevaar. In het cliëntdossier staat vervolgens als doel dat voorkomen moet worden dat de cliënt valt. De inspectie leest niets over de evaluatie van acties om het vallen van de cliënt te helpen voorkomen. Het risico op vallen is nog niet besproken in de Evaluatie Multidisciplinaire Zorg (EMZ) omdat er een wisseling van arts is geweest. De zorgverlener weet niet wanneer er een EMZ is.

In een ander dossier leest de inspectie in een risicosignalering dat een cliënt een verhoogd risico heeft om depressief te worden. De inspectie leest geen doel wat past bij het verhoogd risico op een depressie.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) leest de inspectie in dossiers geen navolgbare afweging plaats. De inspectie ziet in lijst 'inzet VBM 't Haarhuus' dat bij de 26 cliënten die op de afdelingen Vennewiek en Haarwiek wonen er bij 23 cliënten vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Dit zijn vooral de maatregelen sensoren naast het bed en bedhekken omhoog. De VBM zijn niet allemaal opgenomen in het cliëntdossier. Zo leest de inspectie niet de afweging waarom een cliënt bijvoorbeeld een blad voor de rolstoel heeft en de eventuele alternatieven. Wel leest de inspectie in notulen van een teamoverleg dat er een lijst met 58 alternatieven voor VBM moet zijn. De inspectie hoort dit van gesprekspartners niet terug.

Gesprekspartners vertellen dat de evaluatie van VBM in het EMZ plaatsvindt. De inspectie leest in niet in alle dossiers die zij inzielt, een evaluatie en analyse van de VBM in de EMZ-rapportage. Daar waar wel een evaluatie te lezen is, is de rapportage summier. Het is niet duidelijk wat er in de evaluatie besproken is. De inspectie leest hierbij niet wat de afweging is om een VBM al dan niet in te zetten.

De inspectie ziet dat zorgverleners behandelaren betrekken bij cliënten met complexe zorgvragen. Gesprekspartners vertellen dat de samenwerking prettig verloopt. Zorgverleners voelen zich vrij om een behandelaar in te schakelen of te

overleggen over een cliënt. De arts en psycholoog komen wekelijks langs op de afdelingen. In meerdere dossiers ziet de inspectie omgangsadviezen van een psycholoog, voorzien van concrete acties. Ook hoort de inspectie dat 't Haarhuus een externe consultant inschakelt, gespecialiseerd in probleemgedrag bij complexe casuïstiek. Zorgverleners vertellen de inspectie dat zij hier veel van leren.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet 't Haarhuus grotendeels** aan deze norm. De inspectie ziet dat de cliëntdossiers uitgebreid zijn. Zorgverleners vertellen de inspectie dat zij niets willen vergeten. Daarom staan er veel doelen in een zorgleefplan. De zorgdoelen overlappen elkaar in een aantal getoetste dossiers. De rapportage op de zorgdoelen is daardoor niet makkelijk terug te vinden. Bij de evaluatie van een doel komt mogelijk niet alle juiste informatie naar boven. De samenhang tussen alle onderdelen waaruit het zorgleefplan bestaat is er soms wel en soms niet. De inspectie hoort uit verschillende gesprekken dat het zoeken in zorgleefplannen, door de lengte en het niet consequent rapporteren op doelen, lastig is.

De inspectie ziet dat zorgverleners doelen formuleren op onbegrepen gedrag. In meerdere dossiers ziet de inspectie dat het benaderingsadvies is opgenomen in het cliëntdossier. De adviezen zijn voorzien van concrete acties. Ook zijn er doelen opgenomen op de dagbesteding.

Gesprekspartners vertellen twee keer per jaar een EMZ te hebben voor de cliënten. Vooraf aan het EMZ vindt een voorbereiding met een vast formulier plaats. Disciplines en zorgverleners vullen op dit formulier de bevindingen in. Na het EMZ past de eerste verantwoordelijke zorgverlener het cliëntdossier aan naar de actuele situatie. De inspectie ziet dit in de getoetste dossiers terug.

De inspectie ziet dat de locatie actuele zorgleefplannen heeft, waarin de doelen en acties wisselend zijn vastgelegd. 't Haarhuus maakt gebruik van een elektronisch zorgdossier. Het cliëntdossier is gebaseerd op de vier domeinen. Soms zijn doelen en acties niet helder omschreven zodat voor iedere zorgverlener duidelijk is wat bedoeld wordt. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld als doel 'dagbesteding' met als actie 'geestelijk verzorger is op de hoogte'. Soms is er geen verschil tussen doelen en acties. Zo leest de inspectie als doel 'aanbieden van drank' en als actie 'drank staat in de koelkast'. Verschillende gesprekspartners vertellen de inspectie dat zij dit herkennen.

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 't Haarhuus grotendeels** aan deze norm.

Deskundigheid

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat 't Haarhuus zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. De zorgverleners zijn deskundig. Gesprekspartners geven aan dat een team zelf kiest welke scholing het team volgt. Dit legt het team vast in het teamplan. De inspectie ziet een teamplan in. Zo ziet de inspectie dat het team zich gaat scholen op 'duurzame inzetbaarheid', 'roosteren via ONS Nedap' en 'bevoegd en bekwaam maken van de VIG-ers'.

't Haarhuus zit in de afrondende fase van het maken van teamplannen. Naast het teamplan is er gestart met een plan op individueel niveau. Dit noemt 't Haarhuus 'mijnplan'. Zorgverleners kunnen, samen met de leidinggevende, aangeven waarin zij willen ontwikkelen. De zorgverleners kunnen kiezen uit een breed scholingsaanbod met E-learning of workshops/trainingen. Dit zijn zowel doelgroep specifieke scholingen als scholingen gericht op methodisch werken. Gesprekspartners vertellen te werken met aandachtvelden. In het team zijn de onderwerpen verdeeld. Zorgverleners moeten solliciteren op de vacatures voor aandachtsvelders. Volgens de raad van bestuur gebeurt dit om zo gemotiveerde mensen voor deze rol aan te stellen.

Bezetting

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat de bezetting van zorgverleners meestal voldoende is voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. De teams werken in zogenaamde 'persoonlijke teams'. Hierin zijn zorgverleners betrokken, maar ook mantelzorgers, vrijwilligers en disciplines. Gesprekspartners vertellen dat de bezetting meestal voldoende is om de werkzaamheden uit te voeren. In de notulen van een teamoverleg leest de inspectie dat één team graag meer zorgverleners in de ochtend wil inzetten. Op intensieve zorgmomenten krijgen deze zorgverleners sinds januari 2019 de ruimte om meer personeel in te zetten. Een voorbeeld is het inzetten van een huiskamer-assistent in de avond. De locatiemanager hoopt in de nabije toekomst nog meer zorgverleners aan te kunnen trekken. 't Haarhuus maakt veel gebruik van vrijwilligers.

4.3 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 't Haarhuus** aan deze norm.

De inspectie ziet dat TMZ en het 't Haarhuus werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. In het gesprek met de raad van bestuur en raad van toezicht van TMZ komt duidelijk naar voren dat zij stuurt op basis van informatie, vragen en onderwerpen uit overleggen met verschillende adviesraden. Hieronder vallen de cliëntenraad (CR), de ondernemingsraad (OR), maar ook de verpleegkundige adviesraad (VAR) en de multidisciplinaire adviesraad (MAR). De RvB stelt periodiek een rapportage bedrijfsvoering, kwaliteit & veiligheid samen, waarover zij met deze adviesraden in gesprek gaat. Deze rapportage bestaat uit de uitkomsten van onder andere interne- en externe audits, medewerker- en cliënttevredenheidsonderzoeken en informatie uit de analyse van MIC- en ROB-meldingen.

Gesprekspartners geven aan dat het management kwaliteitsinformatie gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ieder management lid is verantwoordelijk voor een deel van het systeem. De inspectie ziet dit terug in verschillende documenten. Zo heeft iedere locatie van TMZ, naast de persoonlijke plannen en teamplannen, een locatieplan. Dit plan wordt ook wel 'Ons Plan' genoemd. Voor 't Haarhuus is dit nog niet gereed omdat dat teams nog in de afrondende fase zitten in het proces naar 'teams voor persoonlijke zorg'. De inspectie ziet in de notulen van een werkoverleg dat de vier kernpunten van TMZ: tevreden cliënten/bewoners en familie, tevreden medewerkers en vrijwilliger, goede kwaliteit van zorg en financieel gezond, terug komen in het overleg van een team.

Tijdens verschillende gesprekken hoort de inspectie dat zorgverleners open zijn over fouten en incidenten en deze melden.

Wel ziet de inspectie in de notulen van de teamoverleggen van 't Haarhuus dat daar de MIC's niet besproken worden. In dezelfde notulen staat dat dit een aandachtspunt is. De locatiemanager is zich hiervan bewust en heeft al verbeteracties in gang gezet. TMZ werkt met aandachtsvelders MIC en heeft een 'Onderzoekscommissie Prisma' in het leven geroepen voor het analyseren van calamiteiten en trends die uit de MIC- en ROB-overzichten komen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet 't Haarhuus** aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat er binnen TMZ en 't Haarhuus sprake is van een aanspreekcultuur. De raad van bestuur en raad van toezicht tonen zich tijdens het gesprek met de inspectie open en transparant. Bestuurders vertellen dat zij zelf proberen het goede voorbeeld te geven. Zo hebben zij plannen bijgesteld en ook vertraagd toen zij in de organisatie hoorde dat dit nodig was. Zij hebben een beeld van de kwaliteit en veiligheid binnen hun organisatie. Daarnaast werken bestuurders regelmatig mee in de teams. Hier vertellen gesprekspartners korte lijnen te ervaren tussen de locatie en de raad van bestuur.

De nieuwe locatiemanager van 't Haarhuus vertelt dat TMZ echt van onderuit de organisatie werkt. Zorgverleners en cliënten hebben veel inspraak. De teams kenmerken zich door een open sfeer. Zorgverleners vertellen elkaar makkelijk aan te spreken en van feedback te voorzien. Het coachingstraject waar de teams van 't Haarhuus in zitten, draagt hieraan bij, zo hoort de inspectie. Dit maakt de visie en doelen van de teams concreet en daarmee zorgverleners aanspreekbaar op het behalen van die doelen.

TMZ maakt deel uit van een lerend netwerk. In dit netwerk wordt zowel op bestuurlijk niveau, als op uitvoerend- en beleidsniveau kennis uitgewisseld.

't Haarhuus deelt vooral ervaringen uit met een locatie in de buurt. De locatiemanager zorgt dat er van elkaar geleerd wordt. Door het coöperatieve karakter van de organisatie, ondersteund door de Persoonlijke Teams, voelen alle medewerkers zich medeverantwoordelijk voor de organisatie. Dit is voelbaar in zowel het gesprek met de raad van bestuur als op locatie 't Haarhuus.

4.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

Volgens de inspectie **voldoet 't Haarhuus grotendeels** aan deze norm.

Zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.

De apotheek maakt en levert medicatieoverzichten en toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; zorgverleners maken deze overzichten en lijsten niet zelf. Zorgverleners beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.

De inspectie ziet dat medewerkers op de toedienlijsten soms aanpassingen doen. De inspectie ziet dat zorgverleners de medicatie aftekenen, voordat zij de medicatie aan de cliënt geven. Op een toedienlijst van een cliënt ziet de inspectie een streep door een opiaat staan. Van een zorgverlener hoort de inspectie dat deze streep is gezet omdat de cliënt de medicatie niet wil.

Sinds een week heeft 't Haarhuus in beeld dat de medicatie afgetekend wordt voordat de cliënt de medicatie krijgt in plaats van erna. Uit diverse gesprekken hoort de inspectie dat 't Haarhuus bezig is om hier per direct actie op te ondernemen.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet 't Haarhuus grotendeels** aan deze norm.

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst. De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt bekwaam uitgevoerd.

Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

Wel ziet de inspectie dat zorgverleners de medicatie aftekenen alvorens deze gegeven is. Dit hadden zorgverleners zelf ook al opgemerkt. Zij gaan dit in het team bespreken en de werkwijze aanpassen.

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

- Kwaliteitsverslag TMZ 2018;
- Kwaliteitsplan TMZ 2019;
- Jaarverantwoording TMZ 2017;
- Ondernemingsplan 't Haarhuus 2017;
- Jaarplan 't Haarhuus 2018;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locatie(s);
- Overzicht fte's/dienstroosters zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie(s);
- Overzicht verzuim 2019;
- Inzet Vrijheids Beperkende Maatregelen (VBM);
- Schema aandachtvelden;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van de bezochte locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- Procedure Meldingen algemeen binnen TVM;
- Binnen TMZ gebruikte procedure 'Medicatieveiligheid';
- Rapportage bedrijfsvoering, kwaliteit & veiligheid, mei 2018 en september 2018;
- Logboek werkgroep Kwaliteit;
- Interne analyse TMZ van een melding;
- Overzicht van scholing in afgelopen jaar aan de zorgverleners van de bezochte locaties (s) en de planning voor het lopende jaar;
- Document 'Tijd voor reflectie; samen op reis naar ontwikkelgerichte samenwerking';
- Brochure 'Teams voor persoonlijke zorg';
- Notulen diverse teamoverleggen;
- Notulen groot overleg;
- Verslag 'Terugkoppeling familieavond';
- Verslagen teambijeenkomsten persoonlijke zorg;
- Indicatorscores CQI, TMZ;
- Nieuwsbrieven TMZorg december 2018 en maart 2019.