



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

Rapport van het inspectiebezoek aan
woonzorgvoorziening De Gouden Leeuw te
Zelhem op 9 oktober 2012

Zwolle,
november 2012

Inhoud

1 Inleiding—3

2 Bevindingen inspectiebezoek—4

- 2.1 Opzet—4
- 2.2 Zorg(behandel)-/leefplan—4
- 2.3 Communicatie en informatie—5
- 2.4 Zorginhoudelijke veiligheid—6
- 2.5 Participatie en sociale redzaamheid—7
- 2.6 Voldoende en bekwaam personeel—7
- 2.7 Overige onderwerpen

3 Beschouwing en conclusie—10

- 3.1 Inleiding—10
- 3.2 Beschouwing—10
- 3.3 Conclusie—10

Bijlagen

- 1 Overzicht gebruikte documenten
- 2 Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten
- 3 Overzicht normen per thema
- 4 Toelichting op het inspectieoordeel

1 Inleiding

Op 9 oktober 2012 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een inspectiebezoek gebracht aan woonzorgvoorziening De Gouden Leeuw te Zelhem.

De Gouden Leeuw te Zelhem is een kleinschalige woonzorgvoorziening en maakt onderdeel uit van De Gouden Leeuw Groep.

De Gouden Leeuw Groep biedt professionele zorg in een luxe, comfortabele woonomgeving. Een thuisgevoel en de persoonlijke (zorg)wensen staan centraal. De Gouden Leeuw biedt permanent en tijdelijk verblijf met zorg.

Doel van het inspectiebezoek is te beoordelen of er bij woonzorgvoorziening De Gouden Leeuw randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

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

- gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het management, uitvoerende medewerkers, leden van de bewonersraad, de aan De Gouden Leeuw verbonden specialist ouderengeneeskunde en psychogerontoloog;
- zorgplannen ingezien;
- een rondleiding gehad;
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

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

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan;
- Communicatie en informatie;
- Zorginhoudelijke veiligheid;
- Participatie en sociale redzaamheid;
- Voldoende en bekwaam personeel.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Hoe scoort woonzorgvoorziening De Gouden Leeuw op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van woonzorgvoorziening De Gouden Leeuw in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);

¹ Zie bijlage 2

2 Bevindingen inspectiebezoek

2.1 Opzet

De inspectie beoordeelt woonzorgvoorziening De Gouden Leeuw op vijf thema's. Ieder thema bestaat uit een aantal onderwerpen. In dit hoofdstuk geeft de inspectie per onderwerp haar oordeel weer in vier gradaties: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' en 'zeer hoog risico'².

Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

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

2.2 Zorg(behandel)-/leefplan

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

toelichting per onderwerp

1 De Gouden Leeuw werkt met een overzichtelijk zorgdossier. Nu is dit nog een papieren dossier; er wordt overgegaan naar een elektronisch cliëntdossier. Op de locatie in Laag-Keppel loopt hiervoor een pilot.

De zorgleefplansystematiek is gebaseerd op de vier domeinen kwaliteit van leven. Een op schrift gestelde handleiding voor het gebruik van het zorgleefplan is aanwezig. De zorgleefplansystematiek biedt voldoende voorwaarden voor het multidisciplinair werken, de betrokkenheid van de cliënt, evaluaties en bijstellingen. De verantwoordelijkheden ten aanzien van het opstellen en bijhouden van de zorgdossiers/zorgleefplannen zijn helder belegd.

Medewerkers zijn geschoold in het gebruik van de zorgleefplannen.

De zorgleefplannen worden regelmatig getoetst op juist gebruik. Onder begeleiding van twee medewerkers die betrokken zijn geweest bij de opzet van het zorgleefplan wordt in groepjes van 3 à 4 medewerkers het hele zorgdossier doorgenomen.

Omdat aan de benodigde voorwaarden wordt voldaan, scoort de inspectie geen risico.

2 Alle cliënten hebben een zorgdossier met een multidisciplinair zorgleefplan.

De zorgleefplannen bieden een adequate basis voor de dagelijkse zorgverlening.

De door de inspectie ingeziene dossiers waren actueel en volledig.

² In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

Informatie ten behoeve van de continuïteit van de dagelijkse zorgverlening staat opgenomen in het zorgleefplan/zorgdossier. Instructies en opdrachten van (para)medici staan in het zorgleefplan/zorgdossier vermeld. Cliënten zijn betrokken bij de evaluatie van de zorg; hun schriftelijke instemming voor de uitvoering van het zorgleefplan is terug te vinden. Omdat aan de voorwaarden wordt voldaan, scoort de inspectie geen risico.

2.3 Communicatie en informatie

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

toelichting per onderwerp

1 De Gouden Leeuw biedt cliënten een prettige woonleefomgeving en een persoonlijke benadering. Iedere cliënt heeft een aanspreekpersoon (Eerst Verantwoordelijk Verzorgende/EVV). Voor cliënten is duidelijk wie de eigen aanspreekpersoon is. Cliënten zijn betrokken bij de (evaluatie van) zorg en weten waar zij met vragen/opmerkingen over de zorg of de organisatie terecht kunnen. Cliënten worden in voldoende mate uitgenodigd om zaken aan de orde te stellen. De bereikbaarheid van aanspreekpersonen is goed.

Er functioneert een bewonersraad bestaande uit vier leden. De bewonersraad ervaart een goed en intensief contact met het management. Het management betreft de raad als een volwaardige gesprekspartner bij ontwikkelingen en het nemen van besluiten.

De bewonersraad geeft aan dat de bejegening van medewerkers goed is. Er is een gedragscode voor medewerkers aanwezig. Medewerkers committeren zich aan de code door deze bij indiensttreding te ondertekenen.

Omdat aan de voorwaarden wordt voldaan, scoort de inspectie geen risico.

2 De informatievoorziening op basis van de kwaliteitswet, de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst is goed op orde. De inspectie heeft op al deze gebieden informatie ingezien.

De informatie voor cliënten en hun naasten is toegankelijk.

2.4 Zorginhoudelijke veiligheid

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

toelichting per onderwerp

Protocolen op het gebied van de zorginhoudelijke veiligheid zijn aanwezig. De protocollen voldoen aan de eisen en zijn voor medewerkers beschikbaar via Plancare. Ten dienste van het kwaliteit- en veiligheidsbeleid zijn op het niveau van De Gouden Leeuw Groep een kwaliteitsmedewerker en een staffunctionaris zorg werkzaam. Prospectieve risico-inventarisatie op het gebied van de zorginhoudelijke veiligheid maakt onderdeel uit van het beleid.

Preventie en registratie vindt plaats, scholing en toetsing van kennis en vaardigheden eveneens. Individuele afspraken rond de zorginhoudelijke veiligheid staan opgenomen in het zorgleefplan. Er is sprake van een multidisciplinaire aanpak.

1 Preventie vindt plaats. Scholing rond decubitus en wondzorg vindt plaats. Een specialist wondzorg is aanwezig.

2 Binnen De Gouden Leeuw zijn er faciliteiten en mogelijkheden om naar eigen keuze te eten en te drinken waar en hoe men wenst. Er is voldoende deskundige hulp bij de maaltijden aanwezig. Een logopedist is beschikbaar. Uit de gesprekken komt naar voren dat de warme maaltijd een punt van kritiek vormt vanuit het oogpunt van smaakwaliteit en van veiligheid. Met betrekking tot dit laatste wordt aangegeven dat de warme maaltijd niet altijd op de ouder wordende mens is aangepast. Grote stukken groente en vlees kunnen het kauwen en slikken bemoeilijken. Ook kan volgens sommige gesprekspartners de spreiding van de maaltijden en tussendoortjes beter, om optimale intake te bevorderen. Vanwege deze beide aspecten scoort de inspectie een gering risico.

3 Er wordt actief vormgegeven aan valpreventie. Een valpreventiebeleid is aanwezig. Voor de cliënten is een folder over het voorkómen van vallen beschikbaar. Risico's op vallen worden per cliënt in beeld gebracht. Op de appartementen van de cliënten is aandacht voor valpreventie. Incidenten worden gemeld via VIM.

4 Er wordt gewerkt met procedures en instructies in het kader van de Wet publieke gezondheid. De omgeving is schoon en opgeruimd. Medewerkers zijn zich bewust van de regels rond hygiënisch werken. Via nieuwsbrieven e.a. wordt hier aandacht aan besteed.

5 Met de pg-voorziening en de inzet van o.a. de psychogerontoloog en de specialist ouderengeneeskunde wordt dit ondervangen. De aandacht is nadrukkelijk gericht op het voorkómen van probleemgedrag/weglooptgedrag. Cliënten worden niet onnodig in hun vrijheid beperkt.

Uit het bezoek zijn geen aanwijzingen voor risico's naar voren gekomen.

2.5 Participatie en sociale redzaamheid

onderwerp		oordeel			
		geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
1	participatie en sociale redzaamheid	✓			

toelichting per onderwerp

1 De Gouden Leeuw heeft een visie en een beleid rond dagbesteding. Activiteitenbegeleiding en een dagbestedingcoach zijn aanwezig, daarnaast zijn vrijwilligers actief. Er wordt ingespeeld op de wensen en behoeften van cliënten, zowel op individueel als op groepsniveau. Op individueel niveau is er een duidelijke relatie met het zorgleefplan en het MDO. Over activiteiten wordt gerapporteerd in de dagrapportage. Het zorgleefplan bevat een typering van de cliënt als mens. Dagelijks vinden er groepsactiviteiten plaats. Ook zijn er mogelijkheden voor activiteiten buitenshuis.

Binnen De Gouden Leeuw is duidelijk aandacht voor participatie en sociale redzaamheid en cliënten krijgen voldoende deskundige steun. Er zijn geen risico's geconstateerd.

2.6 Voldoende en bekwaam personeel

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

toelichting per onderwerp

1 Binnen De Gouden Leeuw verblijven ouderen met een somatische en/of een psychogeriatrische zorgvraag. Voor deze laatste groep is een voorziening gecreëerd waar overdag en tot 20.00 uur structuur en begeleiding geboden wordt ('de lounge'). Acht cliënten maken gebruik van deze voorziening, die door alle gesprekspartners als zodanig gewaardeerd wordt.

De Gouden Leeuw heeft ook plaatsen voor tijdelijke opname.

Het kunnen bieden van veilige en verantwoorde zorg is uitgangspunt bij het beleid rond de inzet van personeel. De personele inzet vindt plaats op grond van de indicatie en de zorgbehoefte van de cliëntgroep. Op het niveau van De Gouden Leeuw Groep wordt gewerkt met een percentage flexibele contracten om wisselingen ten aanzien van de personele inzet op de locaties mogelijk te maken. Hiervoor functioneert een werkgroep capaciteitsplanning.

Er is zeven dagen gedurende 24 uur voldoende deskundig personeel aanwezig om cliënten de zorg te bieden die zij nodig hebben. Cliënten ervaren dat de opvolging van oproepen voldoende is. De verpleegkundige en medische bereikbaarheid is geregeld.

Een specialist ouderengeneeskunde en een psychogerontoloog, afkomstig van RAZ, zijn minimaal betrokken bij de maandelijkse MDO's. Zij werken samen met twee plaatselijke huisartsen; deze samenwerking verloopt goed. Paramedische disciplines zijn waar nodig bij de zorg en behandeling van cliënten betrokken.

Omdat er voldoende voorwaarden zijn voor personele inzet afgestemd op de doelgroep, scoort de inspectie geen risico.

2 Binnen De Gouden Leeuw wordt vakbekwaam gewerkt. Een scholingsplan is aanwezig, de scholing voor medewerkers heeft een structureel karakter. In het scholingsplan komt tot uitdrukking dat er aandacht wordt besteed aan vakinhoudelijke kennis, aan vaardigheden en aan reflectie op het handelen door middel van intervisie en casuïstiekbespreking. Ook is er aandacht voor actuele ontwikkelingen, zoals ten aanzien van palliatieve zorg en de meldcode huiselijk geweld. De diverse scholingen worden veelal aangeboden door professionals uit de eigen organisatie en omgeving; de huisarts, artsspecialisten, de apotheek, een fysiotherapeut en een logopedist. Bij diverse scholingen zoals met betrekking tot dementie, worden ook de medewerkers van de huishoudelijke dienst betrokken met het oog op een signalerende taak.

Bevoegd personeel ontvangt scholing in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen, dit wordt adequaat bewaakt. Medewerkers hebben een portfolio en staan ingeschreven in het kwaliteitsregister. Het vereiste deskundigheidsniveau bij medewerkers is op de aanwezige doelgroepen afgestemd. Het bevorderen van de professionele kwaliteit van de medewerkers is een sterk punt. Er zijn geen risico's geconstateerd.

2.7 Overige onderwerpen

Onderwerp		oordeel
1	Veiligheid trappenhuis	Risico aanwezig

toelichting per onderwerp

1 De inspectie heeft aandacht gevraagd voor het risico op valincidenten met rolstoelen bij het trappenhuis op de eerste verdieping. Het plaatsen van een paaltje om dit te voorkomen draagt bij aan de veiligheid van het gebouw.

3 Beschouwing en conclusie

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de inspectie op de vijf thema's oordeelt over woonzorgvoorziening De Gouden Leeuw. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

3.2 Beschouwing

De Gouden Leeuw slaagt erin om haar missie en visie te realiseren. De organisatie streeft naar kwalitatief hoogwaardige en betrokken zorgverlening, een veilige woonomgeving en maximale bewegingsvrijheid voor cliënten op zowel lichamelijk, psychisch als sociaal vlak. Deze elementen zijn in de omgeving, de zorgpraktijk en in het denken en handelen van de medewerkers herkenbaar aanwezig. Cliënten ervaren de zorg binnen De Gouden Leeuw als zeer goed. Medewerkers werken er met trots. De bevindingen in hoofdstuk 2 tonen ook dat er binnen De Gouden Leeuw goede voorwaarden voor verantwoorde zorg aanwezig zijn.

De Gouden Leeuw Groep gaat de komende periode haar voorzieningenpakket verder uitbreiden, met gebruikmaking van innovaties. Dit typeert het ondernemerschap bij De Gouden Leeuw. Dit ondernemerschap gaat hand in hand met het streven naar hoogwaardige kwaliteit. De uitdaging voor De Gouden Leeuw Groep is om als zodanig als zorgaanbieder herkenbaar te blijven.

3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in dit hoofdstuk concludeert de inspectie dat er ten aanzien van de besproken onderwerpen geen verbeterplan van u wordt verwacht.

Wel verwacht de inspectie dat u de aandachtspunten rond de maaltijden en de veiligheid bij het trappenhuis oppakt om (potentiële) risico's weg te nemen en dat u ook in algemene zin aandacht blijft houden voor risicobeperking en voor het verder ontwikkelen van kwaliteitsborging in uw instelling. De inspectie spreekt haar vertrouwen hierin uit en zal de voortgang van deze ontwikkeling volgen in toekomstige inspectiebezoeken.

Bijlage 1 Overzicht gebruikte documenten

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

Missie en visie Gouden Leeuw Groep
Organogram
Jaarplan zorg Zelhem
Foldermateriaal met een beschrijving van de producten, diensten en doelgroep
Woonservice overeenkomst
Zorgverleningovereenkomst
Scholingsoverzicht
Huisreglement
Handleiding opname
Veiligheidsbeleid en risicomangement
Infectiepreventiebeleid
Ethisch beleid
Klachtenregeling
Ontslagprocedure
Visie en beleid dagbesteding
Decubituspreventie
Valpreventie
Incontinentie
Probleemgedrag
Depressieherkenning
Overzicht arrangementen/indicatie
Overzicht formatieplaatsen
Overzicht BIG registratie
Opleidingsplan
Cliënteninformatie

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

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

Wetgeving:

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

Veldnormen en rapporten:

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

Bijlage 3 Overzicht normen per thema

1. Zorg(behandel)-/leefplan

norm

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

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

Aanwijsbaar is dat:

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

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

2. Communicatie en informatie

norm

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

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

De cliënt heeft een vaste contactpersoon als aanspreekpunt.

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

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

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

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

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

3. Zorginhoudelijke veiligheid norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. Adequate gezondheidsbescherming en -bevordering houdt in dat er sprake is van:

- tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
- een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:

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

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

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

1	decubituspreventie en - behandeling	Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling, V&VN 2011, geautoriseerd door ondermeer Verenso. Decubitus, tweede herziening, CBO 2002 Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)
2	adequate verzorging van vocht en voeding	Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en voedingvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001 De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin in eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006 Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001
3	valpreventie	Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004 Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004
5	adequate diagnostiek en behandeling bij incontinentie	Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen, V&VN 2010, geautoriseerd door ondermeer Verenso. Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006
6	zorg voor cliënten met gedragsproblemen	Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002

4. Participatie en sociale redzaamheid norm

In het kader van de participatie is er sprake van:

- een woon-/leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact, en het ondernemen van activiteiten. Dat betekent dat er een aanbod is van (op beweging gerichte) activiteiten, passende hulp bij mobiliteit; dat er een ontspanningsaanbod is en mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, hobby's en het sociale leven van de cliënt;
- dat er een klimaat heerst van gastvrijheid, en faciliteiten die uitnodigend zijn voor verwanten, bezoekers en buurtbewoners, en voor het onderhouden van contact; en dat humor en menselijke warmte voelbaar zijn;
- ondersteuning bij het zoeken/vinden en gebruik maken van eigen dagbestedingsmogelijkheden.

De cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving.

5. Voldoende en bekwaam personeel norm

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

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

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

In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts.

In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts.

Op de verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie.

Voor het overige is het aan de instelling om aan te geven wat een verantwoorde personeelsformatie is. Uitgangspunt daarbij is dat er rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte en de verschillende populaties.

bronnen

- Visiedocument: Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: Arcare, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005;
- Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, Een operationalisatie van het Visiedocument op weg naar normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, november 2005;
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, 2010.

Bijlage 4 Toelichting op het inspectieoordeel

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