



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Zorggroep Ter Weel in Goes en locatie
Ter Weel in Goes op 11 december 2018

Utrecht, februari 2019

V2008758

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Stichting Zorggroep Ter Weel en locatie Ter Weel 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
2.2.1	De vervolgactie die de inspectie van Stichting Zorggroep Ter Weel verwacht 5
2.2.2	Vervolgactie van de inspectie 5
3	Resultaten Ter Weel 6
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 7
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 9
3.4	Medicatieveiligheid 11
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 12
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 13

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 11 december 2018 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Zorggroep Ter Weel. Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan locatie Ter Weel in Goes.

1.1 Aanleiding bezoek

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

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht 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 Zorggroep Ter Weel en locatie Ter Weel

Zorggroep Ter Weel biedt zorg, begeleiding, behandeling en welzijnsactiviteiten aan psychogeriatrische en somatische cliënten in verpleeghuizen en woonzorgcentra. De zorggroep biedt ook zorg in de vorm van beschermd wonen aan cliënten met een psychiatrische en/of verslavingsachtergrond. Daarnaast heeft Ter Weel cliënten die de (gespecialiseerde) dagbesteding bezoeken.

Zorggroep Ter Weel heeft negen locaties in de gemeente Goes en gemeente Reimerswaal.

Het managementteam van Zorggroep Ter Weel bestaat uit de bestuurder, twee managers zorg, welzijn en behandeling, de manager facilitair, de manager HRM en de manager finance, control & informatisering.

Zorggroep Ter Weel heeft een raad van toezicht van vijf leden. Een van de leden heeft de portefeuille 'kwaliteit'.

Teamleiders sturen de teams in de locaties aan. Zij zijn ook verantwoordelijk voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening.

Locatie Ter Weel

Locatie Ter Weel is een verpleeghuis in Goes met twee afdelingen voor psychogeriatricie (PG) en een afdeling voor somatiek. De inspectie bezocht alle drie afdelingen. De PG afdelingen hebben een aanmerking in het kader van de Wet Bopz. Ten tijde van het bezoek ontvangen 82 cliënten PG zorg en 48 cliënten somatische zorg.

De meeste cliënten op de PG afdelingen hebben een zorgprofiel (VV) 5. Een paar cliënten hebben een VV7.

De zorg op de PG afdelingen wordt tijdens het bezoek verleend door 99 zorgverleners: 7 gespecialiseerd verzorgende psychogeriatricie (GPV, 7 fte), 57

verzorgende (IG) niveau 3 (31 fte) 16 helpenden niveau 2, (8,2 fte), 1 zorgassistent (0,03 fte), 14 leerlingen (10,3 fte) en 4 stagiaires.

De PG afdelingen hebben totaal tien woningen met ieder een zorgteam. Twee teamleiders sturen de teams aan.

Op de somatische afdelingen hebben 40 cliënten een zorgprofiel 6. De overige somatische cliënten hebben een zorgprofiel VV5 (3 cliënten), VV7 (1 cliënt) of VV8 (3 cliënten). De zorg op de afdeling somatiek wordt tijdens het bezoek verleend door 53 zorgverleners: 6 eerstverantwoordelijk verzorgenden (EVV, 5,0 fte), 2 MBO-verpleegkundigen (1,8 fte), 36 verzorgende (IG) niveau 3 (22,3 fte), 6 helpende niveau 2 (3,9 fte) en 3 leerlingen (1,6 fte).

De afdeling somatiek heeft 48 appartementen verdeeld over drie etages. Op iedere etage werkt één zorgteam. De drie teams worden aangestuurd door één teamleider. Zorggroep Ter Weel heeft een behandeldienst met verschillende disciplines waaronder een specialist ouderengeneeskunde (SO), psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedist. De SO is eindverantwoordelijk voor de medische zorg. Gesprekspartners benoemen dat de lijnen in locatie Ter Weel kort zijn. Zorgverleners en andere medewerkers weten elkaar makkelijk te vinden.

Ontwikkelingen in de organisatie

Zorggroep Ter Weel wil ruimte voor welbevinden realiseren, uitgaande van belevingsgerichte zorg. De bestuurder benoemt dat Zorggroep Ter Weel de regie van de cliënt en de medewerkers wil versterken. Beslissingsbevoegdheden moeten zoveel mogelijk bij de zorgteams komen te liggen. Dit vraagt om een andere vorm van leiderschap: meer coachend en ondersteunend. Zorggroep Ter Weel onderzoekt samen met de Erasmusuniversiteit en Vilans hoe men dit goed aan kan pakken. Zorggroep Ter Weel heeft ambassadeursgroepen ingesteld om het proces naar meer regie voor medewerkers en cliënten te stimuleren en te ondersteunen.

Zorggroep Ter Weel wil het ondernemen vanuit de werkvloer stimuleren via vijf product-markt-combinaties (PMC's). De locaties hebben op basis van de PMC's ongeveer twintig ondernemersplannen opgesteld.

De bestuurder en de leden van de rvt bezoeken één à twee keer per jaar alle locaties. Zij benoemen dat medewerkers van Zorggroep Ter Weel toegewijd en loyaal zijn.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie concludeert dat de zorg die locatie Ter Weel biedt (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen.

Cliënten krijgen persoonsgerichte, warme zorg van betrokken zorgmedewerkers.

Locatie Ter Weel heeft voldoende zorgmedewerkers en het management investeert in het verhogen van hun kennis en kunde.

De bestuurder stuurt op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Wel ontbreekt specifieke sturingsinformatie. De verbinding tussen informatie op locatieniveau en op organisatieniveau vraagt meer aandacht. Een ander verbeterpunt is het analyseren van incidenten en het leren en verbeteren naar aanleiding van incidentmeldingen.

De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop Zorggroep Ter Weel stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspectie besluit daarom dat er geen vervolgtoezicht nodig is.

2.2 Vervolgacties

2.2.1 *De vervolgactie die de inspectie van Zorggroep Ter Weel verwacht*

De zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie verwacht dat locatie Ter Weel verbetermaatregelen treft waarmee Ter Weel zal voldoen aan de normen voor goede zorg.

De inspectie verwacht dat Zorggroep Ter Weel de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

2.2.2 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding om locatie Ter Weel en andere locaties van Zorggroep Ter Weel opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert op alle locaties. De inspectie sluit het bezoek af.

3 Resultaten Ter Weel Goes

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/afdeling **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Licht groen: 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 Ter Weel** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten kennen. Zorgmedewerkers weten welke zorg de cliënt nodig heeft, wat cliënten graag eten en wat ze graag doen. Zij zijn ook op de hoogte van de achtergronden en gewoontes van de cliënten. Gesprekspartners vertellen dat een welzijnscoach een welzijnsintake afneemt bij nieuwe cliënten en deze verwerkt in het cliëntdossier. De cliënt krijgt vervolgens een individueel welzijnsarrangement met activiteiten afgestemd op zijn individuele wensen en behoeften. Op de somatische afdeling verblijven cliënten soms maar kort. Zorgverleners vertellen dat zij de welzijnsintake gebruiken om nieuwe cliënten snel in beeld te krijgen.

De fysieke leefomgeving sluit aan bij de lokale Zeeuwse identiteit van de cliënten. De afdelingen hebben namen van bekende plekken uit de buurt. De huiskamers en gangen zijn ruim en ingericht met herkenbare thema's voor de cliënten uit de regio. Zo hangen er grote foto's van de Zeeuwse stranden op de gangen.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Ter Weel** aan deze norm.

Cliënten kunnen deelnemen aan uiteenlopende activiteiten. Onder andere aan activiteiten die de zorgteams organiseren zoals uitjes en etentjes met cliënten en familie. De teams beschikken daarvoor over een welzijnsbudget. Locatie-overstijgend inventariseert de werkgroep 'Ter Weel actief' welke cliënten gezamenlijke interesses hebben. Een yoga-club en een museumbezoek zijn voorbeelden die uit deze inventarisatie voortgekomen zijn. Cliënten krijgen ook ieder € 100,- uit het budget van Waardigheid en Trots. Zij kunnen dat besteden aan welzijnsactiviteiten.

Ter Weel beschikt volgens gesprekspartners over veel vrijwilligers die met cliënten activiteiten ondernemen. Bijvoorbeeld een fietstocht op een duofiets. Een paar cliënten op de PG afdeling gaan regelmatig naar een zorgboerderij. Ook hoort en ziet de inspectie dat zorgmedewerkers cliënten mee nemen om in de winkel op de begane grond boodschappen te doen voor de warme maaltijd.

Beide PG afdelingen hebben een snoezelruimte. De deur staat open. Cliënten kunnen zich er terugtrekken en rust ervaren of naar muziek luisteren. Cliënten kunnen op de afdelingen ook een 'ontdekhoekje' bezoeken met allerlei gebruiks- en andere voorwerpen.

In een aantal dossiers van PG cliënten staat dat de cliënt hecht aan eigen regie. De inspectie ziet een zorgplan waarin dit uitgewerkt is in een passende actie.

Op de afdeling somatiek is op verzoek van cliënten de middagmaaltijd een broodmaaltijd in plaats van warm eten. Ook ziet de inspectie een cliënt die eet en drinkt zonder hulp hoewel dit erg moeizaam gaat. Een zorgmedewerker vertelt dat zelfstandigheid erg belangrijk is voor deze cliënt. Met hem is afgesproken dat hij zelfstandig de maaltijd nuttigt.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Ter Weel grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven.

In een huiskamer op een PG afdeling besteedt een zorgmedewerkster tijdens het middageten aan meerdere cliënten aandacht. Zo vraagt zij of cliënten nog iets willen drinken en ze helpt hen met het eten. Ze gaat daarbij met cliënten in gesprek. Zorgmedewerkers nemen de tijd als een cliënt iets vraagt of zich niet goed uit kan drukken. Zij spreken de cliënt aan met de naam die de cliënt wenst of de naam waar de cliënt op reageert. Zorgverleners maken ook fysiek contact. Ze slaan bijvoorbeeld een arm om de schouder van een cliënt. Ze geven cliënten die de weg kwijt zijn een arm en lopen samen terug naar de huiskamer. Cliënten krijgen ook complimenten.

In de huiskamer van de afdeling somatiek geven zorgmedewerkers in wisselende mate aandacht aan cliënten. Zo lopen zorgmedewerkers tijdens het middageten voortdurend heen en weer tussen de keuken en de tafel. De tafel is niet gedekt. Zorgmedewerkers vragen iedere cliënt uitgebreid wat de cliënt wil eten en drinken en maken het in de keuken klaar. Sommige cliënten moeten hierdoor vrij lang wachten voordat zij aan de beurt zijn om 'eten te bestellen'. Behalve gesprekken over wat cliënten willen eten, is het stil in de huiskamer. Een zorgmedewerkster ruimt de vaatwasser in de keuken uit terwijl de cliënten aan het eten zijn. Een andere zorgmedewerker is in de keuken op een laptop aan het werk. Zij zit met de rug naar de cliënten en maakt geen contact met cliënten.

De inspectie ziet wel dat een zorgmedewerkster constateert dat een cliënt al een poosje met het gezicht in de zon zit en het warm heeft. Zij reageert alert en doet het gordijn dicht.

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 Ter Weel** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgmedewerkers de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt betrekken bij het maken van professionele afwegingen.

Op de PG afdelingen vullen zorgmedewerkers een vragenlijst in (GRIP op probleemgedrag) als zij met de psycholoog een specifieke cliënt willen bespreken. De psycholoog stelt vervolgens een omgangsadvies op.

De inspectie hoort dat zorgverleners zo nodig het CCE inschakelen als zij advies nodig hebben over omgaan met een cliënt met complex gedrag.

Een zorgmedewerkster vertelt dat een cliënt die onlangs opgenomen is in een rolstoel zit. Zij heeft geruime tijd niet gelopen. Zorgverleners gaan het lopen weer met haar oefenen. De inspectie ziet dat dit ook in het dossier staat.

In een huiskamer zit een cliënt tijdens de lunch apart maar wel in de buurt van de eettafel. De inspectie hoort dat dit een bewuste keuze is vanwege de communicatieve vaardigheden en beperkingen van de cliënt.

Een gesprekspartner vertelt dat de arts bij opname van een cliënt nagaat of medicatie zoals psychofarmaca afgebouwd kan worden. Zo is bij een cliënt die onlangs werd opgenomen de haldol al grotendeels afgebouwd. Alternatieve psychosociale interventies bleken effectief. De inspectie hoort dat zorgverleners het toedienen van psychofarmaca en andere vrijheidsbeperkende maatregelen evalueren tijdens artsensites en in de zorgleefplanbesprekingen.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgmedewerkers de vrijheid en veiligheid van cliënten betrekken bij hun afwegingen over de benodigde zorg. Zo sluit een zorgmedewerkster die de huiskamer even verlaat de la met scherpe voorwerpen af. In een cliëntdossier ziet de inspectie afwegingen voor het toepassen van een bedhek.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Ter Weel grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgmedewerkers na de opname van een cliënt een cliëntbeeld opstellen. Ook inventariseren zij zorginhoudelijke risico's. De welzijnscoaches doen een welzijnsintake. De zorgmedewerkers verwerken de informatie in het zorgleefplan.

Zorgverleners bespreken het zorgleefplan twee maal per jaar in een zorgleefplanbespreking. De cliënt(vertegenwoordiger) is daarbij aanwezig.

Zo nodig schakelen zorgmedewerkers andere disciplines in. Zo melden zij nieuwe cliënten aan bij de tandarts en de mondhygiënist. De inspectie ziet in dossiers dat iedere cliënt een cliëntspecifiek mondzorgprotocol heeft. Het protocol is opgesteld door de mondhygiënist. Zij bezoekt de cliënten vier keer per jaar.

De zorgleefplannen bevatten duidelijke doelen en acties en zorgmedewerkers rapporteren op de doelen.

Wel constateert de inspectie dat in een aantal cliëntdossiers relevante informatie ontbreekt. Zo staat in een cliëntdossier dat zorgmedewerkers een cliënt zo nodig haldol mogen geven. Er staat niet bij in welke situaties zij dit kunnen doen. Bij het middel midazolam staat 'zo nodig bij hevige onrust'. De inspectie kan in het cliëntdossier niet vinden wanneer daar sprake van is.

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 Ter Weel grotendeels** aan deze norm.

Personele bezetting

De inspectie hoort dat er voldoende zorgverleners zijn voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Het lukt om de roosters rond te krijgen met het vaste personeel. De inspectie hoort dat dit in de afgelopen vakantieperiode lastiger was. De bestuurder vertelt dat Ter Weel hierop ingespeeld heeft door zorgmedewerkers financieel te compenseren voor het aannemen van extra diensten. Ter Weel heeft ook een flexpool om gaten in het rooster op te vullen.

Volgens gesprekspartners is de werkdruk op de PG afdelingen acceptabel. Maar op de afdeling somatiek ervaren zorgmedewerkers vaak een hoge werkdruk. Zij vertellen dat de zorgzwaarte is toegenomen omdat cliënten hogere zorgprofielen hebben. Zorgmedewerkers vinden het daardoor lastig om naast de ADL zorg ook tijd te vinden voor welzijnsactiviteiten.

De inspectie hoort dat Ter Weel op de afdeling somatiek een tweede nachtdienstmedewerker ingezet heeft. Ook zet Ter Weel extra welzijnsmedewerkers en vrijwilligers in. Gesprekspartners vinden dit een goede en noodzakelijke verbetering om de werkdruk te verlagen.

De bestuurder benoemt dat een aantal SO's binnenkort met pensioen gaat. Zorggroep Ter Weel neemt deel aan een convenant tussen elf zorgorganisaties in Zeeland. Doel is onder andere om gezamenlijk personeel te werven en concurrentie tussen zorgaanbieders te voorkomen.

Kennis en kunde

Uit gesprekken en documenten blijkt dat voorbehouden en risicovolle handelingen door bevoegde en bekwame zorgverleners worden uitgevoerd.

Op de PG afdelingen in locatie Ter Weel werken zeven zorgmedewerkers die de opleiding tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric (GVP) hebben gedaan. Zij dragen kennis over aan collega's.

Zorggroep Ter Weel heeft een digitaal scholingsaanbod voor medewerkers van alle locaties. Het aanbod betreft met name scholingen in verpleegtechnische handelingen en bedrijfshulpverlening. Locatie Ter Weel heeft nog geen aanvullend digitaal scholingsaanbod waar zorgmedewerkers zich voor in kunnen schrijven. De inspectie hoort wel dat de teamleiders in kaart brengen aan welke scholingen behoefte is. Zorgmedewerkers hebben daarvoor een groot aantal suggesties gedaan.

Een psycholoog van Zorggroep Ter Weel heeft in 2017 alle zorgmedewerkers geschoold in de methode GRIP op probleemgedrag. De scholing krijgt een vervolg in 2019. Hoe die eruit komt te zien is nog onderwerp van gesprek.

De bestuurder vertelt dat Zorggroep Ter Weel veel investeert in veiligheidstrainingen en doelgroepgerichte ontruimingsoefeningen.

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 Ter Weel grotendeels** aan deze norm.

Uit het gesprek met rvb en rvt en documenten blijkt dat Zorggroep Ter Weel een duidelijke visie heeft op de zorgverlening, de leiderschapstijl en de organisatie van de zorg. De visie is uitgewerkt in kwaliteitsinformatie zoals het ondernemersplan, het kwaliteitsverslag, kwaliteitsplannen, kwartaalrapportages en ontwikkelplannen van de locaties. Kwartaalrapportages bevatten gegevens over recente ontwikkelingen in de organisatie, cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid en resultaten van externe en interne audits. In het overleg tussen bestuurder en rvt komen de kwartaalrapportages aan de orde. De bestuurder en de rvt overleggen ook regelmatig met de cliëntenraad en de ondernemingsraad.

Bestuurder en management hebben zicht op knelpunten en verbeterpunten. Een voorbeeld is de behoefte aan hoger geschoold personeel en ondersteunende medewerkers in de huiskamers. Een ander voorbeeld is het verder delegeren van verantwoordelijkheden.

Het management werkt met een dashboard met informatie voor de operationele aansturing van de organisatie en de locaties. Wel blijkt uit gesprekken en documenten dat zowel op locatieniveau als op Zorgroepniveau specifieke sturingsinformatie ontbreekt. Onder andere doordat de PlanDoCheckAct (PDCA)-cyclus op locatieniveau niet rond is. Zo hebben alle locaties het Kwaliteitskader uitgewerkt in ontwikkelplannen. De ontwikkelplannen van locatie Ter Weel 2018 bevatten verbeterpunten en verbeteracties. Maar in een aantal plannen ontbreekt bij diverse onderwerpen informatie over bereikte resultaten en het vervolg daarop.

Zorggroep Ter Weel en locatie Ter Weel gebruiken meldingen van incidenten en fouten nog onvoldoende voor het verbeteren van de zorg.

In de MIC-overzichten van de afdelingen zijn verbeteracties summier of niet beschreven en analyses ontbreken. Zorgmedewerkers vertellen dat zij zelden een terugkoppeling krijgen naar aanleiding van meldingen. Zij besteden in teamoverleggen aandacht aan incidentmeldingen en mogelijke verbetermaatregelen maar dit gebeurt alleen op cliëntniveau. De MIC-commissie onderzoekt ieder kwartaal de meldingen. Uit notulen van de MIC-commissie en de derde kwartaalrapportage 2018 blijkt niet dat de MIC-commissie meldingen diepgaand analyseert. Notulen van de MIC-commissie bevatten een aantal verbetermogelijkheden. Informatie over het implementeren en monitoren van de verbetermogelijkheden ontbreekt. De bestuurder benoemt dat uit een recente HKZ beoordeling bleek dat incidentmeldingen diepgaander geanalyseerd kunnen worden. De MIC-commissie gaat in 2019 de meldingen diepgaander analyseren. Zorggroep Ter Weel start binnenkort met een medicatie app voor het aftekenen van medicatie. De verwachting is dat het aantal medicatiefouten daardoor af zal nemen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Ter Weel grotendeels** aan deze norm.

Op alle afdelingen is ruimte voor overleg over de zorgverlening en voor leren en verbeteren. Een voorbeeld is overleg tussen zorgverleners over omgaan met cliënten met complex of onbegrepen gedrag. De GVP'ers op de PG-afdelingen hebben regelmatig overleg. Daarin bespreken zij ook casuïstiek. Bijvoorbeeld hoe zorgmedewerkers om moeten gaan met een cliënt die geen zicht heeft op grenzen aan intimiteit. Zorgmedewerkers vertellen dat deze overleggen hen handvatten bieden om betere zorg te verlenen.

De zorgteams hebben iedere 6 à 8 weken een teamoverleg. Daarnaast is er twee keer per jaar een overleg voor alle PG-zorgteams. Gesprekspartners vertellen dat in de teamoverleggen praktische zaken aan de orde komen. Zorgmedewerkers kunnen de overleggen ook gebruiken voor reflectie op de zorg en intervisie maar dit gebeurt onregelmatig.

Gesprekspartners vertellen dat Ter Weel een open cultuur heeft. Zorgmedewerkers vinden het nog vaak lastig om elkaar aanspreken maar het wordt vanzelfsprekender. Onder andere door voorbeelden in twee theatervoorstellingen die Zorggroep Ter Weel in 2018 heeft georganiseerd voor de medewerkers.

Zorggroep Ter Weel neemt op managementniveau deel aan een lerend netwerk met twee andere zorginstellingen. Zij geven feedback op het kwaliteitsverslag en kwaliteitsplan. Er is nog geen sprake van meelopen van zorgmedewerkers in een

andere zorginstelling. De bestuurder vertelt dat Zorggroep Ter Weel daarmee eerst binnen de eigen organisatie wil starten omdat men intern ook van elkaar kan leren.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

Volgens de inspectie **voldoet naam locatie** aan deze norm.

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

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 digitaal actueel medicatieoverzicht.

4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet naam locatie** aan deze norm.

De medewerker 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.

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

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- 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

Circulaire 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

De inspectie heeft de met * gemarkeerde documenten opgenomen in haar archief.

De overige documenten vernietigt de inspectie na vaststelling van het rapport.

- Kwaliteitsverslag 2017, kwaliteitsplan 2018 en kwaliteitsplan 2019. *
- Totaal Ontwikkelplan kwaliteitsjaarplan 2019; bijlage 7 bij kwaliteitsplan 2019. *
- Kwartaalrapportage kwartaal 3 2018
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van locatie Ter Weel.
- Overzicht fte's en aantal zorgmedewerkers in locatie Ter Weel.
- Strategisch meerjarig opleidingsplan Zorggroep Ter Weel 2016, 2017 en verder: de stand van zaken.
- PCM kennis "Zorg" dat jij het weet (stappenplan scholingsbeleid 2019-2020)
- Overzicht van digitaal scholingsaanbod Zorggroep Ter Weel
- MIC overzicht Zorggroep Ter Weel: kwartaal 2 afdeling somatiek en kwartaal 3 PG afdelingen
- Notulen MIC-overleg d.d. 16 juli 2018