

Bijlage 1: reactie op rapport betreffende de inspectiebezoeken op 24 februari en 13 mei 2016 aan onze locatie de Pannehoeve.

T.a.v. de algemene conclusie

Geconcludeerd wordt dat de zorg die de Pannehoeve biedt niet zou voldoen aan de norm en risicovol is. Wij bestrijden deze conclusie omdat wij de rapportage op een aantal belangrijke onderdelen niet in overeenstemming vinden met de kwaliteit van zorg zoals wij die als raad van bestuur o.m. via werkbezoeken en gesprekken met betrokken teams waarnemen. Daarnaast vinden wij dat de digitale benadering van een complexe werkelijkheid via de methode van risicogestuurd toezicht leidt tot een verkeerd beeld van de situatie in de praktijk. Administratieve onvolkomenheden worden daarbij op eenzelfde niveau gewaardeerd als echte gezondheidsrisico's. Wij zijn het met de inspectie eens dat het borgen van geldende afspraken en werkwijzen permanent aandacht behoeft, maar wij constateren ook dat het bieden van goede en persoonsgerichte cliëntenzorg niet hetzelfde is als administratief alles op orde hebben.

Wat betreft de algemene conclusie over het hanteren van veldnormen merken wij op dat dit in hoge mate gaat over een bepaalde interpretatie door de inspecteurs waar onze afwegingen soms anders zijn geweest. Themagewijs gaan wij hierna verder in op enkele van de belangrijkste punten in de rapportage.

Thema 1: sturen op kwaliteit van zorg

Norm 1.5: de zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten

De score is aangepast naar "voldoet", echter bij de toelichting op dit punt in het rapport is weinig aangepast. Dit geeft een verkeerd en onzorgvuldig beeld. Eerder hebben wij aangegeven hoe onze werkwijze in dezen is.

* Het cliëntcontactcentrum is binnen de Zorgboog de plaats waar in eerste instantie wordt bekeken of en waar een cliënt kan worden opgenomen rekening houdende met de formele CIZ-indicaties, de mogelijkheden van de desbetreffende locatie/afdeling en specifieke zorgvragen van de cliënt. Het cliëntcontactcentrum is op de hoogte van specifieke mogelijkheden van verschillende afdelingen en locaties. Het cliëntcontactcentrum maakt, naast de eigen professionele kennis, de kennis van de organisatiemogelijkheden en ervaring, voor dit proces gebruik van de hiervoor speciaal opgestelde 'beslisbomen'. In deze beslisbomen staat beschreven hoe het proces rondom opname van de cliënt op de diverse woonvormen binnen onze organisatie plaatsvindt (de beslisbomen zijn voor uw informatie als bijlage bijgevoegd). Ook worden daar de in- en exclusiecriteria benoemd bijvoorbeeld voor hospice, geriatrische revalidatie, dementie met gedragsproblematiek, hoog intensieve zorg, NAH en groepswoning jong dementerenden. Ook als de in- en exclusiecriteria goed worden toegepast, kan het in de praktijk altijd voorkomen dat een cliënt onbegrepen gedrag vertoont wat een extra appèl doet op de vaardigheden van onze medewerkers. Echter, met inzet van alle hiervoor benodigde disciplines wordt altijd voor een passende behandeling/zorgplan voor de desbetreffende cliënt gezorgd, danwel wordt er gekozen voor gerichte instructie en begeleiding van onze medewerkers. Het instrument video-interactiebegeleiding dat de laatste jaren met hulp van een aantal speciaal hiervoor opgeleide medewerkers (psycholoog, geestelijke verzorger) steeds vaker wordt ingezet, is hiervan een goed voorbeeld. Indien na opname blijkt dat de problematiek van de cliënt anders is dan bij opname bekend was en/of door verwijzers werd gemeld en op de desbetreffende afdeling geen passend aanbod voor de cliënt kan worden georganiseerd, wordt gekozen in overleg met de familie en/of cliënt, voor een overplaatsing.

Norm 1.8: de zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinnvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is

IGZ handhaaft haar oordeel, ondanks onze reactie dat wij wel aan deze norm voldoen. Wij constateren dat deze norm geen feitelijke norm is maar een uitdrukking van een streven waarbij over "zinnol en passend" evenals "in voldoende mate" zeer wisselend wordt gedacht. De inspecteurs trekken vergaande conclusies op basis van beperkte eigen waarneming en interpretaties en een gesprek met een cliëntvertegenwoordiger. Wij zijn ook van mening dat zinnolle dagbesteding/daginvulling een belangrijk aandachtspunt is, maar dat wil niet zeggen dat wat nu gebeurt onvoldoende is, laat staan risicovol. De Zorgboog is al geruime tijd actief om de participatie van familie te faciliteren omdat zeker voor individuele activiteiten de beschikbare middelen beperkt

zijn. De extra middelen die in het kader van W&T beschikbaar zijn gekomen, dragen beperkt bij aan het vergroten van mogelijkheden gezien de eerdere bezuinigingen van overheid en zorgkantoor. Tot slot wijzen wij op de steeds toenemende zorgzwaarte waardoor cliënten bij opname in een slechtere conditie binnenkomen dan voorheen. De individuele behoeften, wensen, mogelijkheden en beperkingen bij activiteiten zijn daardoor zeer wisselend. De door de inspecteurs genoteerde verschillen van activiteit zullen daar deels ook mee te maken hebben.

Thema 2: cliëntdossier

Ondanks de gegeven aanvullende toelichting blijft de inspectie op verschillende onderdelen van mening dat onze werkwijze met het cliëntdossier niet voldoet aan al dan niet vastgestelde normen. In onze ogen is onze dossieropbouw en werkwijze goed, past deze binnen de bedoeling van de veldnormen en is passend bij de aard van de zorg. Eén deel van de verschillen van inzicht lijkt te maken te hebben met woord- en taalgebruik. In een deel van de gevallen wordt gezocht naar bewijslast in het dossier die naar onze mening nooit een doel op zichzelf is. Zo wordt geconstateerd dat we tweemaal per jaar minimaal met een cliëntvertegenwoordiger evalueren en er een cliëntportaal is waardoor de vertegenwoordiger dagelijks inzicht heeft in het dossier en wordt er op dat punt negatief gescoord waarschijnlijk omdat dan te weinig hierover in het dossier is genoteerd. Wij zullen daarom onze werkwijze en dossieropbouw door een externe deskundige laten beoordelen en van verbeteradviezen laten voorzien.

Thema 3: deskundigheid en inzet van medewerkers

Norm 3.1: medewerkers werken cliëntgericht

De inspecteurs blijven bij de score "voldoet niet" op basis van eigen waarneming en op basis van gesprekken. De inspecteurs zijn van mening dat niet adequaat wordt gereageerd op behoeften en wensen van cliënten. Dit is een nogal vergaande uitspraak die wij bestrijden zowel op basis van eigen waarnemingen als op basis van andere (externe) observaties. Ook bij de Zorgboog zal niet altijd adequaat worden gehandeld maar de diverse kwaliteitsinstrumenten die wij hanteren zoals de diverse meldingen en registraties, interne en extern audits en eigen observaties wijzen erop dat doorgaans goed en adequaat wordt gereageerd op wensen en behoeften van cliënten door medewerkers. De toelichting van de inspectie bij dit punt wekt de nodige vragen op. Zo wordt zeer negatief gelabeld dat mensen halfvolle glazen drinken hadden staan.

Norm 3.3: medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden

IGZ blijft op basis van eigen waarneming bij score "voldoet niet". Wij zijn van mening dat we voldoende doen om medewerkers toe te rusten en dat we dit ook kunnen aantonen. Eerder hebben wij uiteengezet hoe ons scholingsbeleid is en hoe er ondersteuningsstructuren zijn. Ook stellen wij vast dat het grote merendeel van onze medewerkers een niveau 3 of 4 zorg/verpleging opleiding heeft. Wij vermoeden dat de wijze van vraagstelling van de inspecteurs met name tijdens het eerste bezoek, onze medewerkers in een aantal gevallen op het verkeerde been heeft gezet. In de toelichting wordt immers aangegeven dat *men is geschoold in belevingsgerichte zorg* maar dat *men geen scholing zou hebben in het omgaan met dementie*. Dat is ons inziens in strijd met elkaar. Ook vinden wij het niet vreemd dat zich soms cliëntsituaties voordoen waarbij gedrag complex is en waar niet direct een antwoord op kan worden gegeven. Het feit dat men daar open over vertelt aan de inspecteur juichen wij toe. Dat dit dan negatief wordt gelabeld, snappen wij echt niet mede gezien het feit dat ook door de inspecteurs is vastgesteld dat er veel aandacht is voor ondersteuning in dit soort situaties door specialisten intern en waar nodig externe (centrum voor consultatie en expertise).

* Aandacht voor het werken met cliënten met dementie is nadrukkelijk aan de orde binnen de Zorgboog. Alle (zorg)medewerkers die werken op een PG-afdeling hebben verplicht de scholing Belevingsgerichte Ondersteuning gevolgd. Dit is ook zo opgenomen in ons Leerbeleid (na indiensttreding dient de scholing binnen één jaar te zijn gevolgd). Deze scholing is gebaseerd op het gedachtegoed van Anneke v.d. Plaats (zie o.m. 'de Wondere Wereld van de dementie', vanuit nieuwe inzichten omgevingszorg bieden aan dementerenden; v.d. Plaats en Verbraeck). Daarnaast heeft het merendeel van de zorgmedewerkers een niveau 3 of 4 opleiding waarbij wij als opleidingsorganisatie intensief samenwerken met het ROC. Een aantal medewerkers heeft aanvullende opleidingen en er is een breed scala aan ondersteuningsmogelijkheden bij bijvoorbeeld onbegrepen gedrag.

Thema 4: medicatieveiligheid

Norm 4.7: de zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan

De werkvoorraden zijn volgens de inspectie te groot. Wij delen die visie niet aangezien de verschillende groepswoningen in veel opzichten stand alone werken en niet als een groot verpleeghuis. De logistiek is daar dan ook op afgestemd en de werkvoorraden zijn daar passend bij (conform de handreiking werkvoorraad geneesmiddelen).

Ons medicatieveiligheidsbeleid wordt bewaakt door een externe ziekenhuisapotheker. Onderdeel daarvan is een periodieke audit. De tekortkomingen op het gebied van sleutelbeheer en het afwezig zijn van een openingsdatum op een tubetje zalf zullen we ook onder haar aandacht brengen als aandachtspunt. Wij zijn blij dat de hoog risicothema's t.a.v. medicatieveiligheid zoals dubbelcontroles ook door de inspectie als goed werden gescoord.

Thema 5: vrijheidsbeperking

Norm 5.3: voorafgaand aan inzet van psychofarmaca vindt een psychosociale of gedragsinterventie plaats

IGZ heeft t.a.v. deze norm de score gewijzigd in "niet beoordeeld" in plaats van "voldoet niet". Wij hebben uitgebreid inhoudelijk toelichting gegeven op onze werkwijze in dezen en vinden het jammer dat de inspectie op formele gronden de score wijzigt in "niet beoordeeld" i.p.v. "voldoet".

* Voor het omgaan met onbegrepen gedrag is binnen de organisatie een stappenplan onbegrepen gedrag opgesteld. Het stappenplan focust eerst op het uitsluiten van lichamelijke oorzaken voor het onbegrepen gedrag en in te zetten niet-medicamenteuze interventies. Als de arts besluit tot het inzetten van psychofarmaca, wordt dit tevens besproken met de psycholoog in het eerstvolgende kernteam (overleg arts-psycholoog-zorg). Nieuwe medicatie of medicatiewijzigingen worden in eerste instantie wekelijks geëvalueerd tot een stabiele situatie is bereikt. Psychofarmaca worden vervolgens na max. drie maanden altijd opnieuw geëvalueerd om te kijken of afbouw mogelijk is. Deze evaluatie vindt plaats in het kernteam en wordt steeds iedere drie maanden herhaald.

De behandeling en evaluatie van onbegrepen gedrag en de eventuele inzet van medicatie worden door de arts gedocumenteerd in het medisch dossier. Dit medisch dossier heeft u tijdens uw bezoek niet ingezien. Relevante acties (bijv. gevraagde observaties) voor de zorg worden in het zorgleefplan weggezet als PDA en in het werkplan nader uitgewerkt. Het zorgleefplan bevat tevens observatielijsten rondom onbegrepen gedrag en signaleringsplannen of omgangsadviezen (indien van toepassing).

De opzet van het stappenplan onbegrepen gedrag en de rol van het kernteam hierin is tijdens het eerste inspectiebezoek toegelicht door de psycholoog van de Pannehoeve.

Normen 5.4, 5.6 en 5.7

De inspecteurs hebben de score van deze normen gehandhaafd op "voldoet niet". Wij zijn het hier niet mee eens. De inspecteur beschouwt deursensoren als vrijheidsbeperkende interventie en verwijst daarvoor naar een publicatie van Vilans (geen officiële veldnorm; en ook niet opgenomen in bijlage bij rapport van inspectie waarin de documenten zijn opgenomen waarop de inspectie haar oordeel baseert). Wij zien de deursensoren zoals wij deze inzetten niet als vrijheidsbeperkende interventie, maar als middel om veiligheid te borgen evenals het comfort van de cliënt. Ook de geldende wetgeving maakt geen melding van sensoren als middelmaatregel of vrijheidsbeperkende interventie. De Zorgboog is zeer zorgvuldig in haar BOPZ-beleid en in het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies. Individuele maatregelen worden altijd uitgebreid besproken, afgesproken en vastgelegd, er is een intern consultatieteam en waar nodig worden externen

ingeschakeld in moeilijke situaties waar ook het interne consultatieteam geen oplossing weet aan te reiken. Op drie normen negatief scoren wegens aanwezigheid van deursensoren die feitelijk het comfort van de cliënt verhogen en het fysieke toezicht door een verpleegkundige in de nacht verminderen, verbaast ons dan ook hogelijk. Het invoeren van een verplichte handtekeningen verzamelactie lijkt ons ook niets toe te voegen in dezen.

* De sensoren op deuren worden door ons **niet** beschouwd als een vrijheidsbeperkende interventie. Deze sensoren zijn aangebracht voor het comfort van de cliënt. Binnen de Zorgboog hanteren wij namelijk de volgende visie op nachtzorg; 'de nacht is om te slapen'. Alleen wanneer de cliënt zelf wakker wordt en zijn/haar kamer verlaat, wordt dit via de deursensoren opgemerkt door de zorg zodat zij hier adequaat en uit oogpunt van veiligheid op kunnen reageren. Wij informeren de cliëntvertegenwoordigers over onze visie op nachtzorg, echter de praktische uitwerking hiervan middels bijv. het gebruik van deursensoren mag nog meer onder de aandacht gebracht worden.