

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)



**Rapport naar aanleiding van het toezichtbezoek aan  
Zorghoeve Diogenes, locatie 'n Keuningsstee te  
De Groeve op 1 september 2009**

Zwolle, 29 oktober 2009

# Inhoudsopgave

- 1 Inleiding 3**
- 2 Resultaten inspectiebezoek 5**
  - 2.1 Zelfbepaling en medezeggenschap 6
  - 2.2 Individuele planning en ondersteuning 7
  - 2.3 Individuele planning dagbesteding 8
  - 2.4 Deskundigheid personeel 9
  - 2.5 Diagnostiek en signalering 11
  - 2.6 Veiligheid 12
  - 2.7 Continuïteit van zorg 13
  - 2.8 Vrijheidsbeperkende maatregelen 14
- 3 Beschouwing 16**
  - 3.1 Kwaliteit van de zorg onder de maat 16
  - 3.2 Nieuwe zorgplansystematiek moet zijn waarde nog bewijzen 16
  - 3.3 Communicatie en samenwerking met ouders/ verwanten moet beter 16
  - 3.4 Cultuur erg beheersmatig gericht 17
  - 3.5 Multidisciplinaire inbreng wordt node gemist 17
  - 3.6 Te ruim opnamebeleid kan ernstige gevolgen hebben 17
  - 3.7 Gebrek aan vertrouwen vraagt om ingrijpende maatregelen 17
- 4. Te nemen maatregelen 18**

# 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 1 september 2009 een bezoek gebracht aan de organisatorische eenheid 'n Keuningsstee, onderdeel van Zorghoeve Diogenes. Op grond van relevante wetgeving en veldnormen vormt de inspectie zich een oordeel over kwaliteit en mogelijke risico's van de geboden zorg in de bezochte organisatorische eenheid.

Het bezoek vond plaats in het kader van een melding over klachten van ouders/ verwanten over de kwaliteit van de geboden zorg in 'n Keuningsstee.

Deze ouders/ verwanten zijn voor de behandeling van hun individuele klachten verwezen naar de klachtencommissie Landbouw en Zorg.

In verband met de aard van de melding heeft de inspectie -conform de leidraad meldingen- na een oriënterend onderzoek en na een tweede signaal van de verwantenraad besloten zelf onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorg in 'n Keuningsstee.

Om een beeld te krijgen van de kwaliteit en de risico's in deze zorg maakt de inspectie gebruik van de werkwijze en de ontwikkelde instrumenten van het gefaseerd toezicht voor de 24-uurs verblijfszorg.

In deze werkwijze wordt gekeken naar de aanwezigheid van risico's voor de cliënt op gezondheids- en/ of welzijnsschade. Hiertoe is vooraf een risicoprofiel gemaakt (zie bijlage bij bevestigingsbrief).

Op basis van dit risicoprofiel worden acht risicoaspecten onderscheiden, waarop het instrumentarium is gebaseerd en waarover in dit rapport wordt gerapporteerd:

1. Zelfbepaling en medezeggenschap
2. Individuele planning en ondersteuning
3. Individuele planning dagbesteding
4. Deskundigheid personeel
5. Diagnostiek en signalering
6. Veiligheid
7. Continuïteit van zorg
8. Vrijheidsbeperkende maatregelen

De risicoaspecten worden beoordeeld op basis van het wettelijk kader en de veldnormen die per risicoaspect te vinden zijn op het internet van de inspectie. Het gaat om de volgende wetten: de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Tevens wordt gebruik gemaakt van de geüniformeerde onderlinge weging van de verschillende elementen uit dit wettelijk kader en de veldnormen. Deze normering is beschreven in de bijlage bij dit rapport.

In dit rapport leest u de resultaten van het inspectiebezoek, weergegeven in een score per risicoaspect, gevolgd door een algemene beschouwing over de kwaliteit van de organisatorische eenheid in relatie tot de gevonden risico's.

Achtereenvolgens komt in dit rapport aan de orde:

- Hoe scoort Zorghoeve Diogenes, locatie 'n Keuningsstee op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van Zorghoeve Diogenes, locatie 'n Keuningsstee, in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- Welke acties moet Zorghoeve Diogenes, locatie 'n Keuningsstee binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

## 2 Resultaten inspectiebezoek

### Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe de Zorghoeve Diogenes, locatie 'n Keuningsstee scoort op de aanwezigheid van risico's voor de cliënt op gezondheids- en/ of welzijnsschade op ieder van de acht risicoaspecten. De scores zijn weergegeven op een vierpuntsschaal: afwezig tot gering risico, gering tot matig risico, matig tot hoog risico, hoog tot zeer hoog risico.

De scores zijn gebaseerd op gesprekken met cliënten en cliëntvertegenwoordigers, begeleiders, en het management(team) van de bezochte organisatorische eenheid. Daarnaast beoordeelde de inspectie tijdens het bezoek enkele dossiers. Tevens heeft de inspectie een rondgang gemaakt onder leiding van de directeur en een directielid.

Zorghoeve Diogenes.

Zorghoeve Diogenes beheert twee woonboerderijen in De Groeve ('n Keuningsstee) en Veendam en een dagvoorziening in De Groeve. De doelgroep is: mensen met een verstandelijke beperking vanaf 6 jaar.

De zorg wordt betaald uit persoonsgebonden budgetten (PGB). Zorghoeve Diogenes bv levert zorg zoals omschreven in de AWBZ en in organisatorisch verband. Hiermee valt de stichting onder de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Zorghoeve Diogenes was eerder een stichting en is op 13 januari 2009 omgezet in een besloten vennootschap. De raad van commissarissen bestaat uit drie personen waarvan 1 plaats nog vacant is (sinds 10-09-2009 is deze plaats ingevuld). De directie bestaat uit de directeur (tevens locatiehoofd 'n Keuningsstee), de medewerker verzorging dieren, onderhoud wagenpark en terrein, begeleiding stagiaires, het locatiehoofd 'n Vernuverstee, tevens waarnemend directeur en de technisch en administratief medewerker. Betreffende functionarissen zijn familie van elkaar.

Het team bestaat uit 12 medewerkers; de begeleiders hebben allemaal een opleiding op MBO- of HBO-niveau.

Tijdens het bezoek op 1 september is de woonboerderij 'n Keuningsstee bezocht en is een rondleiding gegeven door de directeur en de technisch en administratief medewerker van Zorghoeve Diogenes bv te De Groeve.

De locatie te De Groeve omvat een woonboerderij/ hooischuur voor 15 cliënten die geïndiceerd zijn voor 24-uurs begeleiding, een woning voor 4 cliënten die meer zelfredzaam zijn en minder begeleiding vragen en een logeershuis. Daarnaast is er een ruimte voor dagbesteding. Deze locatie is in het bezoek niet meegenomen. Het inspectiebezoek heeft zich met name gericht op de woonfunctie binnen Zorghoeve Diogenes, locatie 'n Keuningsstee

De woningen zijn gelegen op een ruim terrein met voorzieningen voor de dieren (twee paarden, kippen, konijnen, vogels e.d.), enkele weides en opslagruimte.

De woningen zelf kennen twee gemeenschappelijke woonkamers; alle cliënten hebben een eigen kamer met wastafel en koelkast. Toiletten en doucheruimten worden door meerdere bewoners gedeeld. Er wordt centraal gekookt door de begeleiding; bij de voorbereiding voor het koken worden cliënten zoveel mogelijk ingeschakeld.

Het geheel maakt een verzorgde indruk.

## 2.1 Zelfbepaling en medezeggenschap

### *Omschrijving risicoaspect*

Zelfbepaling betekent dat mensen het recht hebben om eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op hun eigen persoonlijke wijze, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Dat betekent onder andere dat cliënten moeten kunnen leren ervaring op te doen met keuzemomenten; inspraak en inzage hebben in hun zorgplan; dat medewerkers cliënten moeten kunnen aanspreken op hun mogelijkheden; dat de organisatie flexibel genoeg moet zijn om de keuzes in het dagelijks leven en geïndividualiseerde zorgdoelen mogelijk te maken.

Medezeggenschap betekent dat zowel cliënten als cliëntvertegenwoordigers op de diverse niveaus binnen de zorginstelling (woongroep, locatie, regio en centraal) als collectief invloed kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten.

Een belangrijke voorwaarde om zelfbepaling en medezeggenschap vorm te kunnen geven is het informeren van cliënten en hun vertegenwoordigers op een voor hen begrijpelijke manier.

### *Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Onderbouwing score*

Op het onderdeel zelfbepaling en medezeggenschap scoort 'n Keuningsstee een hoog tot zeer hoog risico omdat cliënten en hun verwanten weinig invloed kunnen uitoefenen op de wijze waarop de zorg binnen 'n Keuningsstee wordt geboden, de taken en bevoegdheden van de verwantenraad niet zijn vastgelegd en met hun adviezen weinig wordt gedaan.

### *Bevindingen*

#### *Zelfbepaling*

De onlangs ingevoerde samenwerkingsplannen<sup>1</sup> worden in dialoog met de bewoners opgesteld; zij hebben inspraak en inzage in het plan. Volgens de directeur worden cliëntvertegenwoordigers eveneens betrokken bij het opstellen en de evaluatie van het samenwerkingsplan.

De bewoners zijn niet betrokken bij het opstellen van het huisreglement.

Er is eenmaal in de 6 weken/ 2 maanden een bewoneroverleg; van dit overleg worden notulen gemaakt. In dit overleg wordt het huisreglement niet met de bewoners geëvalueerd. In het gesprek met hen geven bewoners aan moeite te hebben met bepaalde regels maar zij zijn het kennelijk niet gewend dit bespreekbaar te maken met de begeleiders.

In de begeleiding staat de groep centraal; individuele wensen en behoeften moeten naar de mening van de cliënten en verwanten wijken voor de gezamenlijkheid.

<sup>1</sup> In deze organisatie worden ondersteuningsplannen samenwerkingsplannen genoemd.

### *Medezeggenschap*

Er is een verwantenraad binnen Zorghoeve Diogenes actief; de taken en bevoegdheden van de verwantenraad zijn niet nader vastgelegd. Besluiten worden ter informatie, nauwelijks voor advies aan de verwantenraad voorgelegd. Met voorstellen tot aanpassingen (zoals bij het bespreken van de huisregels) wordt naar de mening van de verwantenraad weinig gedaan. De communicatie tussen directie en verwantenraad verloopt uiterst moeizaam; om daarin verbetering te brengen is met instemming van zowel de verwantenraad als de directie van de Zorghoeve Diogenes een mediator aangesteld. De mediator zit het overleg tussen de directie en de verwantenraad voor. De verwantenraad heeft weinig vertrouwen in de onafhankelijke positie van de mediator; hij zou naar hun mening niet onafhankelijk zijn, te zeer partij kiezen voor de directie van Diogenes. Het overleg tussen directie en verwantenraad heeft mede daarom al enige tijd niet plaatsgevonden.

Binnen 'n Keuningsstee zijn begin dit jaar een groot aantal huisregels opgesteld en neergelegd in een brochure "huisreglement" met als ondertitel "wat verwachten wij van jou; wat kun je van ons verwachten". Dit reglement is eerder vastgesteld en volgens de directie eind 2008 in overleg met de verwantenraad uitgebreid en geactualiseerd. De door de verwantenraad voorgestelde wijzigingen zijn echter slechts voor een deel overgenomen; formeel is aan de verwantenraad geen advies gevraagd over de invoering van het huisreglement.

## **2.2 Individuele planning en ondersteuning**

### *Omschrijving risicoaspect*

Voor iedere cliënt is een individueel ondersteuningsplan beschikbaar dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen; dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat; dat tot stand is gekomen in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn vertegenwoordiger; waaraan de relevante disciplines een zichtbare bijdrage hebben geleverd.

Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden: is duidelijk welke zorg een cliënt van de zorgverlener vraagt; welke professionele ondersteuning nodig is om deze doelen te halen, en wie (eind)verantwoordelijk is voor het geheel en mogelijke deelaspecten van de uitvoering, evaluatie en bijstelling van het zorgplan?

De uitvoering van de zorg en ondersteuning is gerelateerd aan de inhoud van het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan bevat duidelijke richtlijnen voor het dagelijks handelen.

Het ondersteuningsplan wordt regelmatig met alle relevante betrokkenen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld: minimaal een keer per jaar en zo nodig vaker. Afwijkingen op deze frequentie worden gedocumenteerd.

Binnen een half jaar na opname is een eerste ondersteuningsplan gereed.

Hiernaast wordt de ondersteuningsplan systematiek periodiek getoetst op zijn werkbaarheid, bijvoorbeeld met behulp van de ZIP-methodiek of met behulp van een ander instrument.

*Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
√			

*Onderbouwing score*

'n Keuningsstee is pas eind vorig jaar gestart is met het maken van samenwerkingsplannen; bij het maken van deze plannen is geen gedragskundige betrokken, de plannen zijn nog niet met alle betrokkenen zijn besproken. Omdat de effecten nog moeilijk zijn vast te stellen is hier sprake van een matig tot hoog risico.

*Bevindingen*

Voorheen werden begeleidingsafspraken neergelegd in het zorgplan; niet alle ouders/ verwanten zijn op de hoogte van het feit dat er voor hun zoon/ dochter/ broer/ zus zo'n plan gemaakt werd.

In oktober van het afgelopen jaar is overgegaan naar een andere systematiek: het zogenaamde samenwerkingsplan. De opzet van dit plan is vooraf met de verwantenraad besproken; hen is daarover niet expliciet om een advies gevraagd. Niet alle ouders/ verwanten blijken op de hoogte dat deze samenwerkingsplannen worden opgesteld. Bij het maken van het plan is geen gedragskundige betrokken.

Niet duidelijk is in hoeverre recente diagnostische gegevens beschikbaar zijn voor elke bewoner en hoe die verwerkt worden bij de opstellen van plan en het formuleren van begeleidings- /werkdoelen.

Het concept samenwerkingsplan wordt opgesteld door de persoonlijk begeleider in overleg met de cliënt.

De beoogde werkwijze is dat nadat het concept is besproken met de ouders/ vertegenwoordigers het plan definitief wordt vastgesteld.

Op afzonderlijke kaarten worden specifieke werkdoelen weergegeven. Het is de bedoeling dat elk half jaar het plan wordt geëvalueerd met de cliënt; eenmaal per jaar zullen bij de evaluatie ook de ouders/ contactpersonen betrokken worden. Elke cliënt beschikt over een eigen exemplaar van het samenwerkingsplan.

Inmiddels is voor elke bewoner van 'n Keuningsstee een concept samenwerkingsplan opgesteld; deze plannen zijn echter nog niet met alle ouders/ verwanten besproken.

De medewerkers rapporteren elke dag over algemene zaken en per cliënt. Over de voortgang van de werkdoelen wordt incidenteel gerapporteerd op de afzonderlijke kaarten.

## 2.3 Individuele planning dagbesteding

*Omschrijving risicoaspect*

Voor iedere cliënt is er een individueel activiteitenplan beschikbaar dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen; dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat; dat tot stand is gekomen in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn vertegenwoordiger; waaraan de relevante disciplines een zichtbare bijdrage hebben geleverd.

Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden: is duidelijk welke (ondersteuning bij de) dagactiviteiten een cliënt van de zorgverlener vraagt, welke professionele ondersteuning precies nodig is om deze doelen te halen, en wie (eind)verantwoordelijk is voor het geheel en mogelijke deelaspecten van de uitvoering, evaluatie en bijstelling van het activiteitenplan?



Het activiteitenplan bevat duidelijke richtlijnen voor de dagelijkse uitvoering. Het wordt bij voorkeur ten minste eenmaal per jaar met alle betrokkenen geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Hiernaast wordt de systematiek van het maken van activiteitenplannen periodiek getoetst, bijvoorbeeld met behulp van de ZIP-methodiek of met behulp van een ander instrument.

In het activiteitenplan wordt aangegeven op welke wijze afstemming plaatsvindt met het ondersteuningsplan, dan wel op welke gronden men afziet van een afstemming tussen activiteitenplan en ondersteuningsplan.

#### *Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
---------------------------	-------------------------	-----------------------	---------------------------

#### *Onderbouwing score*

Omdat de dagbesteding in het onderzoek niet expliciet aan de orde is geweest is voor dit risicoaspect geen score toegekend.

#### *Bevindingen*

Alle bewoners verrichten werkzaamheden buiten de woonlocatie (activiteitencentrum of sociale werkplaats) of gaan naar school. Een cliënt is (in combinatie met school, op basis van een arbeidsovereenkomst) wisselend twee en drie dagen per week werkzaam op het terrein van 'n Keuningsstee. Enkele cliënten zijn werkzaam op de dagbesteding in 'n Vernuverstee, een onderdeel van Zorghoeve Diogenes.

In het samenwerkingsplan wordt niet afzonderlijk aandacht gegeven aan de dagbesteding; in het dossier zijn geen activiteitenplannen aangetroffen.

Over de dagbesteding die geboden wordt in 'n Vernuverstee zijn enkele ouders niet tevreden; er wordt te weinig individuele begeleiding geboden, het aanbod is beperkt en er wordt te weinig aandacht gegeven aan bewegingsactiviteiten.

Voor afstemming tussen wonen en dagbesteding is er overleg met Novo-dagbesteding, Alescon, Wedeka en diverse ZMLK-scholen.

## **2.4 Deskundigheid personeel**

#### *Omschrijving risicoaspect*

Deskundig personeel is in staat om de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de eisen die aan de functie(s) worden gesteld, is waar nodig bekwaam en bevoegd om specifieke functie(s) uit te oefenen.

De organisatie schept hiertoe de voorwaarden. Uit onderzoek blijkt dat de mate waarin medewerkers zich ondersteund voelen door deskundigen en management een directe relatie heeft met de kwaliteit van de geboden ondersteuning.

Tevens moet de organisatie er voor zorgen dat duidelijk is welke eisen worden gesteld aan het handelen, dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn en blijven - zowel qua opleiding, scholing en ervaring als qua attitude en bejegening - en dat getoetst wordt of de medewerkers handelen volgens de richtlijnen/ afspraken.

*Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

*Onderbouwing score*

Door een bijna volledig gebrek aan gerichte deskundigheidsbevordering en het ontbreken van een scholingsplan is sprake van een hoog tot zeer hoog risico

*Bevindingen*

Er is voldoende geschoold personeel bij de instelling aanwezig ten behoeve van de begeleiding van de bewoners.

Incidenteel wordt een beroep gedaan op een gedragskundige. Er is geen gedragskundige die gevraagd en ongevraagd kan adviseren. Begeleiders kunnen op deze discipline niet structureel een beroep doen.

Medewerkers hebben weliswaar een adequate vooropleiding genoten maar een gerichte scholing na aanstelling vindt nauwelijks plaats. Alleen de BHV-opleiding wordt structureel aangeboden. Daarnaast vinden er regelmatig toolboxbesprekingen (Arbo) plaats.

Medewerkers worden op de hoogte gehouden door middel van vakbladen. Binnen de instelling ontbreekt een gericht scholingsplan; er is geen aandacht voor scholing op aspecten als: het beheersen van agressie bij crisissituaties, kennis over het omgaan met cliënten met een stoornis in het autistische spectrum, het verstrekken en uitdelen van medicijnen en de methodiek rond het schrijven van samenwerkingsplannen.

Medewerkers kunnen in het functioneringsgesprek wel aangeven als zij een bepaalde scholing wensen of cursus willen volgen.

Bij de intake beoordeelt de directeur de aanmeldingsgegevens; uit de incidenten die zich eerder binnen 'n Keuningsstee hebben voorgedaan blijkt dat cliënten in deze locatie geplaatst zijn aan wie de instelling geen verantwoorde zorg heeft kunnen bieden. Een gedragsdeskundige dient bij deze intakeprocedure betrokken te zijn en een adviserende taak te krijgen.

Er wordt verschillend geoordeeld over de werkrelatie met de directeur. De huidige medewerkers vinden dat zij goed begeleid en ondersteund worden en met vragen terecht kunnen bij de directie. Er zijn echter ook veel medewerkers vertrokken omdat de verhoudingen met de directeur ernstig verstoord en niet meer werkbaar waren. Dat heeft geleid tot een groot verloop en een hoogziekteverzuim (2008: 9,2%, 1<sup>e</sup> kwartaal 2009 16,5% incl. zwangerschapsverlof).

Dit jaar is het verloop beperkt gebleven; het ziekteverzuim is gedaald tot 3,35% in het tweede en 0,39% in het derde kwartaal.

Er zijn taak/ functieomschrijvingen voor (assistent) woonbegeleiders, (assistent) activiteitenbegeleiders en beheerder opgesteld. Voor de functies van locatiehoofd en directeur zijn geen functieomschrijvingen beschikbaar.

## 2.5 Diagnostiek en signalering

### *Omschrijving risicoaspect*

De organisatie draagt er zorg voor dat signalen en behoeften van individuele cliënten tijdig en juist worden geïnterpreteerd en dat hier op een professionele wijze mee wordt omgegaan, in ieder geval voor wat betreft het sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren.

Diagnostiek heeft tot doel de achterliggende problematiek van de cliënt op de genoemde functiegebieden zichtbaar te maken. Op basis hiervan ontstaat een beeld van de cliënt en zijn manier van reageren.

Signalering heeft tot doel tijdig afwijkingen te signaleren van dit basisbeeld en daar op een professionele wijze op te anticiperen.

Indien er sprake is van specifieke doelgroepen, heeft de organisatie in beeld welke aan deze doelgroepen gerelateerde signalen en behoeften men kan verwachten.

### *Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Onderbouwing score*

De score is hoog tot zeer hoog omdat achterliggende diagnostiek (voor zover beschikbaar) nauwelijks wordt geïntegreerd in het samenwerkingsplan en er bij de medewerkers onvoldoende kennis en vaardigheden zijn om gedragsveranderingen goed te kunnen signaleren.

### *Bevindingen*

Bij het plaatsen van nieuwe cliënten poogt men vooral een nieuwe start te maken; om die reden wordt bij het maken van het samenwerkingsplan en het formuleren van de doelen slechts beperkt gebruikt gemaakt van diagnostische gegevens uit eerder onderzoek. Medewerkers zouden volgens de verwanten geen inzage hebben in de diagnose en het ziektebeeld van de bewoners. Volgens de directie hebben begeleiders wel inzage in de diagnose en het ziektebeeld van de bewoners, echter op aanvraag en tijdens de bewonersbespreking. De dossiers worden in een afgesloten ruimte bewaard.

Alleen bij bijzondere problematiek wordt een beroep gedaan op een psychiater (Hoeve Boschoord) of gedragskundige (GGZ Drente en Vanboeijen); de inbreng van een orthopedagoog of psycholoog is daarom zeer beperkt; de instelling heeft geen schriftelijk afspraken gemaakt met andere instellingen om structureel voldoende deskundigheid te kunnen inzetten in de Zorghoeve.

Medewerkers zijn doordat niet structureel een gedragskundige bij 'n Keuningsstee is betrokken onvoldoende in staat om signalen en behoeften van individuele cliënten tijdig en juist te interpreteren en hier op een professionele wijze mee om te gaan.

Er is geen beleid ten aanzien van diagnostiek en signalering. Er is geen sprake van een inhoudelijke toets op de uitvoer van het samenwerkingsplan en het interpreteren van signalen.

Er vindt geen gerichte bijscholing plaats rondom de toepassing van signaleringsinstrumenten.

## 2.6 Veiligheid

### *Omschrijving risicoaspect*

Het begrip veiligheid heeft een objectieve en subjectieve component.

De objectieve component heeft betrekking op algemeen geldende, objectieve veiligheidsaspecten en maatregelen, neergelegd in richtlijnen en calamiteitenplannen op het terrein van bijvoorbeeld medicatie, het gebruik van medische hulpmiddelen, communicatie, fouten en (bijna)ongelukken, klachten en seksueel misbruik.

De subjectieve component heeft betrekking op een subjectief ervaren veiligheid, waarin zaken als een gevoel van geborgenheid en een goed verlopende communicatie een rol spelen. Deze subjectieve veiligheid uit zich op terreinen als privacy, bejegening, informatie en grensoverschrijdend gedrag.

De organisatie draagt er zorg voor dat beide componenten goed zijn geborgd door het hebben, toepassen en continu onderhouden van beleid op deze terreinen. Hierbij is een goed evenwicht tussen veiligheidsprocedures en het gezonde verstand van medewerkers van belang.

Veiligheidsaspecten betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen komen bij laatstgenoemd risicoaspect aan de orde.

### *Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Onderbouwing score*

Op het gebied van veiligheid is de score hoog tot zeer hoog risico omdat de bejegening vanuit de directie ten opzichte van cliënten en verwanten getuigt van weinig respect voor de cliënten en de plaats/ positie van de ouders/ verwanten in het leven van de cliënten.

### *Bevindingen*

Objectief gezien biedt 'n Keuningsstee de cliënten een veilige omgeving: het nachttoezicht en de brandveiligheid zijn goed geregeld, er is een ontruimingsplan, recent is een ongevalformulier ingevoerd waarmee gevaarlijke situaties kunnen worden gemeld; het merendeel van de medewerkers heeft een bhv-opleiding gevolgd.

Met de subjectief ervaren veiligheid ligt het anders. Een aantal ouders geeft aan dat er binnen 'n Keuningsstee een systeem heerst van straffen (zoals opsluiten in de eigen kamer, met kleren aan onder de koude douche zetten) en intimidatie.

Naar hun mening worden bewoners opgezet tegen hun ouders en na thuisbezoek uitgehooft of voorafgaand aan een bezoek geïnstrueerd.

De bewoners zijn volgens hen angstig, worden onder druk gezet en zijn met name bang voor het locatiehoofd. De bejegening van de bewoners is naar hun mening weinig respectvol.

Ouders zijn zeer aarzelend geweest om klachten in te dienen; ze waren aanvankelijk van mening dat de klachtencommissie bestond uit de directie van de Zorghoeve en waren bang dat hun kind/ verwant van het indienen van een klacht de dupe zou worden .

Later hebben zij alsnog hun klachten voorgelegd aan de externe klachtencommissie van de Zorghoeve. Het merendeel van de bij de (externe) klachtencommissie Landbouw en Zorg ingediende klachten heeft betrekking op de bejegening van de bewoners en ouders: een aantal van deze klachten zijn door de klachtencommissie gegrond verklaard.

Ouders maken bezwaar tegen bepaalde regels zoals het hanteren van een bezoekschema; deze regeling is veel te strikt, er is bijna geen mogelijkheid om spontaan langs te komen, onverwacht bezoek wordt niet op prijs gesteld.

De communicatie met de (volgens de directie met enkele) ouders verloopt uiterst moeizaam; ondanks de inzet van een mediator heerst er nog steeds een sfeer van wantrouwen en argwaan. De ouders/ verwanten worden onvoldoende geïnformeerd (voorbeeld: wijziging van medicatie niet in overleg met en zonder toestemming van de ouders doorgevoerd) en worden naar hun mening zoveel mogelijk op afstand gehouden, niet of te weinig betrokken bij de begeleiding van hun zoon/ dochter, broer of zus.

Er zijn geen duidelijke afspraken over wie de regie heeft in de begeleiding van de cliënten; contacten met de ouders/ verwanten verlopen in een aantal gevallen in een zeer negatieve, verwijtende sfeer.

Deze meningen/ beelden worden niet gedeeld door alle ouders. Enkele ouders herkennen zich niet in de bovengenoemde punten van kritiek.

Gedeeld wordt wel de opvatting dat de groep erg centraal staat, veel gezamenlijk moet gebeuren terwijl er sprake is van een groep bewoners die qua leeftijd, niveau en ontwikkeling nogal/ sterk uiteenloopt.

Ouders zouden naar eigen zeggen geen inzage hebben in het zorgdossier en hebben ernstige twijfels over het gevoerde medicatiebeleid binnen 'n Keuningsstee: wijzigingen in de medicatie worden volgens hen niet met de ouders besproken en er wordt niet zorgvuldig met (wijzigingen in) de medicatie van de bewoners omgegaan; de medicatietoediening wordt niet op een deellijst geregistreerd.

De bewoners geven aan dat zij de sfeer na een aantal wijzigingen in de samenstelling van het team nu prettiger vinden: er wordt beter naar hen geluisterd. Er wordt ook opgemerkt dat niet altijd duidelijk is waarom bepaalde regels van toepassing zijn en zij hebben moeite met de genomen maatregelen bij overtreding ervan. Bepaalde regels worden met name genoemd zoals: rustmomenten zijn volgens hen niet voor iedereen nodig en waarom moet elke avond koffie worden gedronken in de groep.

## **2.7 Continuïteit van zorg**

### *Omschrijving risicoaspect*

Continuïteit van zorg heeft twee aspecten.

Als eerste het borgen van continuïteit door overlappingsen of hiaten in de zorg en ondersteuning te vermijden. Dit stelt eisen aan de overdracht van gegevens bij gelijktijdige bemoeienis met een cliënt, bijvoorbeeld uitwisseling tussen teamleden, tussen wonen en dagbesteding of tussen het team van de woning en consultants van binnen of buiten de eigen organisatie. Dit geldt ook voor overdracht van gegevens bij een volgtijdelijke bemoeienis als de cliënt naar een andere locatie of zorgaanbieder gaat. Een goede communicatie rondom de coördinatie van ondersteuning is een eerste vereiste voor het borgen van dit aspect van continuïteit van zorg.

Het tweede aspect betreft het belang voor cliënten om hun dagelijkse ondersteuning zo veel mogelijk vanuit een kleine kring van bekende medewerkers te ontvangen. Deze continuïteit

kan geborgd worden door een personeelsbeleid, gericht op het voorkomen van onnodige personeelwisselingen door ziekte of verloop.

#### *Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
		√	

#### *Onderbouwing score*

In 2008 en begin 2009 zijn veel medewerkers vertrokken en was het ziekteverzuim zeer hoog. Omdat in de loop van het jaar het ziekteverzuim echter sterk is teruggelopen en het team nu meer stabiel lijkt is de score matig tot hoog risico op dit risicoaspect van toepassing.

#### *Bevindingen*

In de periode 2008 tot en met het eerste kwartaal van 2009 hebben zich nogal wat personeelwisselingen voorgedaan; ook het ziekteverzuim incl. zwangerschapsverlof was in 2008 (9,2%) en met name in het eerste kwartaal van 2009 (16,5%) zeer hoog. Dit verzuim is opgevangen door het inschakelen van twee invalkrachten en het maken van extra uren. Momenteel is er weer voldoende personeel; het opleidingsniveau (mbo en hbo) is goed. Het verzuim is in het tweede kwartaal gedaald naar 3,35% en in het derde kwartaal naar 0,39%.

Overdracht van informatie vindt plaats via de dagrapportage. De frequentie van het werkoverleg ligt niet vast; per overleg wordt het volgende gepland; gemaakte afspraken worden onvoldoende vastgelegd in de notulen.

Voor de afstemming tussen wonen en dagbesteding is er periodiek overleg met Novodagbesteding, Alescon, Wedeka en diverse ZMLK-scholen.

Er wordt gewerkt met 9 uur-diensten. Vanaf 11:00 tot 20:00 uur is er een dubbele bezetting. Medewerkers verrichten overdag schoonmaakwerkzaamheden (de bewoners zijn overdag voor het merendeel elders werkzaam). Als de bewoners wel thuis zijn gebeurt dat veelal met hen samen.

## **2.8 Vrijheidsbeperkende maatregelen**

#### *Omschrijving risicoaspect*

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen gaat het om alle maatregelen die tegen de wil van de cliënt worden toegepast en de vrijheid van cliënten beperken, onder de volgende vijf noemers: fixatie, afzondering, separatie, medicatie en gedwongen vocht- en voedinginname.

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geassocieerd met schadelijke effecten op fysiek, emotioneel en sociaal welbevinden. Fysiek gevaar houdt onder andere in kans op kwetsuren, huidproblemen, incontinentie en verminderde eetlust.

Ook als een cliënt instemt met vrijheidsbeperking is extra zorgvuldigheid vereist, omdat niet alle cliënten in staat zijn zich te verzetten en sommige andere cliënten zich helemaal niet meer verzetten of alleen verzet tonen aan het begin van het toepassen van een maatregel.

Het komt ook voor dat verzet van cliënten 'over het hoofd wordt gezien' waardoor verzet niet als zodanig wordt geïnterpreteerd. Al deze vormen en interpretaties van verzet moeten terug te vinden zijn in het zorgplan van een cliënt.

#### *Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

#### *Onderbouwing score*

Binnen 'n Keuningsstee mogen geen vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgelegd; nu dat toch heeft plaatsgevonden is er sprake van een hoog tot zeer hoog risico.

#### *Bevindingen*

'n Keuningsstee heeft geen BOPZ-aanmerking; om die reden mogen geen vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals afzonderen) worden opgelegd.

Toch is een cliënt met gedragsproblemen gedurende de nacht langdurig op de eigen kamer opgesloten. Doordat het onderzoek in deze casus door de politie niet tijdig kon worden gestart kon geen overplaatsing naar een meer gespecialiseerde instelling plaatsvinden.

Een en ander is bevestigd in een brief van de politie in Assen van 3 augustus jl.

Het centrum voor consultatie en expertise (CCE) is in deze casus niet betrokken.

Terecht heeft de klachtencommissie Landbouw en Zorg opgemerkt dat opsluiten van cliënten alleen mag onder strikte voorwaarden in een speciaal daarvoor bestemde ruimte en alleen als de afzondering plaats vindt in een locatie met een BOPZ-aanmerking.

## 3 Beschouwing

### Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de Zorghoeve Diogenes, locatie 'n Keuningsstee scoort op de 7 risicoaspecten. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend karakter. Gezocht is naar verbanden, verklaringen en overeenkomsten in de onderzoeksresultaten zoals beschreven in hoofdstuk 2 en met als focus de kwaliteit van de geboden zorg.

### 3.1 Kwaliteit van de zorg onder de maat

De Inspectie heeft in september 2009 een bezoek gebracht aan Zorghoeve Diogenes, locatie 'n Keuningsstee in verband met diverse klachten. Er werd onder andere geklaagd over gebrek aan medezeggenschap van ouders/ verwanten, de wijze waarop de communicatie verloopt tussen de directeur en de ouders/ verwanten, de intimiderende wijze van communiceren van de directeur richting cliënten, de bejegening van de cliënten, de strikte toepassing van huisregels, het regelmatig opleggen van uiteenlopende straffen aan cliënten. Een aantal van deze klachten zijn voorgelegd aan de klachtencommissie Landbouw en Zorg en door deze commissie gegrond verklaard. Gegrond verklaard zijn onder andere klachten over het opsluiten van een cliënt, het wijzigen van medicatie zonder overleg met ouders, straffen van cliënt, bejegening van cliënten en ouders.

De resultaten van het inspectieonderzoek maken duidelijk dat men terecht twijfelt aan de kwaliteit van zorg in deze locatie.

### 3.2 Nieuwe zorgplansystematiek moet zijn waarde nog bewijzen

Sinds begin dit jaar heeft Zorghoeve Diogenes een nieuwe zorgplansystematiek opgezet maar omdat de invoering van recente datum is heeft de inspectie de implementatie en de werking ervan niet kunnen toetsen. De inspectie mist multidisciplinaire inbreng bij opstellen en evaluatie van het samenwerkingsplan en het formuleren van de doelen.

Er is veel energie gestoken in het opstellen van een huisreglement; dat reglement is weliswaar besproken met de verwantenberaad maar met de adviezen van deze raad is weinig gedaan.

### 3.3 Communicatie en samenwerking met ouders/ verwanten moet beter

Ouders en verwanten ervaren een groot gebrek aan informatie en communicatie van de kant van de directie. Zij worden naar de mening van de inspectie onvoldoende geïnformeerd bij en voor plaatsing. Zij durfden aanvankelijk hun klachten niet naar voren te brengen uit angst voor repercussies van de directie. Hierdoor is het onmogelijk om invloed uit te oefenen op zaken die de cliënten direct aangaan.

De directie is onvoldoende in staat om de contacten met ouders/ verwanten goed te laten verlopen en de ouders waar nodig te ondersteunen. In tegendeel: de ouders/ verwanten worden zoveel mogelijk op afstand gehouden en niet gerespecteerd in hun vanzelfsprekende betrokkenheid bij hun zoon/ dochter/ familielid.

De verwantenraad heeft een onduidelijke positie binnen Zorghoeve Diogenes; hun taken en verantwoordelijkheden zijn niet duidelijk in een reglement vastgelegd.



### **3.4 Cultuur erg beheersmatig gericht**

De cultuur binnen 'n Keuningsstee is erg beheersmatig en naar binnen gericht hetgeen ten koste gaat van een goed pedagogisch klimaat. Het huisreglement omvat een groot aantal regels. Deze zijn zonder overleg met cliënten en met beperkte inbreng van de verwantenraad opgesteld.

Er wordt in de begeleiding te weinig geïndividualiseerd, de groep is de norm. De bewoners vormen echter een heterogene groep van uiteenlopende leeftijd, ontwikkelingsniveau en problematiek.

Sancties (soms zelfs ernstige vormen van straffen) worden met weinig terughoudendheid toegepast zonder dat over alternatieven wordt nagedacht.

### **3.5 Multidisciplinaire inbreng wordt node gemist**

Met name bij de directie is er weinig sprake van zelfreflectie, er wordt te weinig afstand genomen van eigen opvattingen. De inspectie is van mening dat de kritische en structurele inbreng van een externe gedragskundige absoluut noodzakelijk is om vanzelfsprekendheden in de begeleiding en in de wijze waarop nu met (soms ernstige vormen van) straffen wordt omgegaan te doorbreken.

De cliënten lijken min of meer gewend aan het huidige wijze van begeleiden hoewel ook zij aangeven dat ze moeite hebben met bepaalde regels en de ongenueanceerde wijze waarop deze worden toegepast.

Medewerkers dienen een duidelijk beeld te hebben van elke cliënt en van zijn/ haar wensen, mogelijkheden en beperkingen. Een gedragskundige zou veel vaker en structureel bij het maken, bespreken en evalueren van de samenwerkingsplannen betrokken moeten zijn. Het kunnen reflecteren is een belangrijke voorwaarde voor medewerkers om kritisch te blijven kijken naar het eigen functioneren. Intervisie met een externe begeleider is daarbij zeer behulpzaam en noodzakelijk.

### **3.6 Te ruim opnamebeleid kan ernstige gevolgen hebben**

Een duidelijk opnamebeleid ontbreekt; het is van belang dat duidelijke contra-indicaties worden geformuleerd en nieuwe aanmeldingen mede beoordeeld worden door een gedragskundige.

Het te ruime opnamebeleid heeft er mogelijk toe geleid dat vrijheidsbeperkende maatregelen moesten worden opgelegd om de veiligheid van de andere bewoners te kunnen garanderen.

### **3.7 Gebrek aan vertrouwen vraagt om ingrijpende maatregelen**

De inspectie constateert dat wederzijds vertrouwen tussen ouders/ verwanten en de directie ontbreekt. Door het laten voortbestaan van deze situatie is er geen fundament om te komen tot verantwoorde zorg voor de cliënten. Daarom dienen op korte termijn maatregelen te worden genomen om aan het gebrek aan vertrouwen een einde te maken.

## 4. Te nemen maatregelen

### 4.1 Direct te nemen maatregelen

Met betrekking tot het opleggen van sancties

- het opleggen van grove sancties zoals het onder de koude douche zetten en andere vormen van intimidatie van cliënten moeten direct worden stop gezet.

Met betrekking tot vrijheid

- vrijheidsbeperkende maatregelen zoals het opsluiten op de eigen kamer mogen onder geen voorwaarde worden opgelegd.

Met betrekking tot inbreng gedragskundige

- met onmiddellijke ingang dient een ervaren gedragskundige te worden ingehuurd die betrokken is bij dezelfde doelgroep.

### 4.2. De volgende maatregelen dienen te worden genomen

Met betrekking tot zeggenschap

- per 1 februari 2010 moet er een reglement voor de verwantenraad zijn waarin de bevoegdheden en taken van deze raad zijn vastgelegd;
- per 1 februari 2010 moet er een regeling zijn over de wijze waarop de participatie van de cliënten geregeld is op het individuele niveau, op het niveau van de huiskamer en op het niveau van de organisatie; e.e.a. dient te voldoen aan de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

Met betrekking tot de doelgroep

- per 1 februari 2010 moet de instelling hebben omschreven wat haar begeleidingsmogelijkheden zijn; contra-indicaties moeten duidelijk worden omschreven. Voorkomen moet worden dat zorg- en dienstverleningsovereenkomsten worden aangegaan in situaties waarover twijfels bestaan.

Met betrekking tot inbreng gedragskundige

- voor 1 februari 2010 moet het inzetten van deze gedragskundige zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst met een (regionale) instelling. In die overeenkomst dient tenminste te worden geregeld de betrokkenheid van een gedragskundige bij de intake, de diagnostiek en het opstellen en periodiek evalueren van het samenwerkingsplan.
- onder leiding van deze gedragskundige moeten gesprekken worden getart met begeleiders over attitude en hoe om te gaan met signalen van onveiligheid bij cliënten.

Met betrekking tot individuele planning

- per 1 februari 2010 moet elke cliënt beschikken over een samenwerkingsplan dat besproken is met en voor akkoord is ondertekend door de cliëntvertegenwoordiger(s);
- naast de algemene dagrapportage moeten de begeleiders regelmatig en aantoonbaar per cliënt rapporteren over de voortgang van de afgesproken werkdoelen.

Met betrekking tot deskundigheid van het personeel

- per 1 februari 2010 moet er een scholingsplan zijn opgesteld dat gerelateerd is aan de begeleidingsvragen van de cliënten.

Met betrekking tot veiligheid

- Per 1 februari 2010 moet de instelling haar visie over en uitgangspunten bij het begeleiden van de cliënten hebben vastgelegd. Bij het formuleren daarvan dienen cliëntvertegenwoordigers en medewerkers te worden betrokken. Daarbij moet o.a. aandacht worden gegeven aan de attitude die men van de medewerkers verwacht en de wijze waarop Diogenes cliënten en de ouders/vertegenwoordigers wil betrekken bij de begeleiding.
- het huisreglement moet voor 1 december 2010 met cliënten en cliëntvertegenwoordigers te zijn geëvalueerd en te worden aangepast.