



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

Rapport naar aanleiding van het follow-up
bezoek aan Huize Shelomi op 19 januari 2010
te Nieuw Buinen

Zwolle,
maart, 2010

Inhoud

1	Inleiding 3
2	Resultaten inspectiebezoek 4
2.1	Inleiding 4
2.2	Zelfbepaling en medezeggenschap 4
2.3	Individuele planning en ondersteuning 6
2.4	Individuele planning dagbesteding 7
2.5	Deskundigheid personeel 8
2.6	Diagnostiek en signalering 10
2.7	Veiligheid 12
2.8	Continuïteit van zorg 13
3	Beschouwing 15
3.1	Inleiding 15
3.2	Urgentie om veranderingen door te voeren wordt niet gevoeld: de kwaliteit van zorg die geboden wordt blijft ruim onder de maat 15
3.3	Huize Shelomi voldoet niet aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen 17
4	Te nemen maatregelen 18
4.1	Samenwerking 18
4.2	Plan van aanpak 18
4.3	Scholingsplan 18
4.4	Werven gedragskundige en uitbreiden multidisciplinaire deskundigheid 19
4.5	Geen uitbreiding van de zorgverlening 19
4.6	Vervolgbezoek in juni 2010 19

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 19 januari 2010, als vervolg op de algemeen toezichtbezoeken d.d. 26 augustus en 14 november 2008 een onverwacht toezichtbezoek gebracht Huize Shelomi te Nieuw Buinen .

Tijdens dit bezoek is geïnspecteerd welke aspecten niet op orde zijn en kunnen leiden tot risico's voor cliënten ten aanzien van kwaliteit en veiligheid. Het bezoek had als doel de voortgang en de resultaten van de in 2008 gevraagde verbeteringen te toetsen. Die risico-aspecten zijn beoordeeld waar Huize Shelomi tijdens de vorige inspectiebezoeken een matig tot hoog óf hoog tot zeer hoog risico scoorde. Voor uw organisatorische eenheid gaat het om de risicoaspecten Zelfbepaling en medezeggenschap, Individuele planning en ondersteuning, Individuele planning dagbesteding, Deskundigheid personeel, Diagnostiek en signalering, Veiligheid en Continuïteit van zorg

Ter beoordeling van de kwaliteit en de risicoaspecten is opnieuw gebruik gemaakt van werkwijze en ontwikkelde instrumenten van het gefaseerd toezicht voor de 24-uurs verblijfszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. 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, dat u kunt vinden op de internetsite van de inspectie: www.igz.nl.

Op basis van dit risicoprofiel worden 8 risico-aspecten onderscheiden, waarop het instrumentarium is gebaseerd:

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. Tevens wordt gebruik gemaakt van de geüniformeerde onderlinge weging van de verschillende elementen uit dit wettelijk kader en de veldnormen, zoals die beschreven staan in het eindrapport van het intensieve toezicht: 'Gehandicapenzorg onder druk'.

In dit rapport leest u de resultaten van het inspectiebezoek, weergegeven in een score per risico-aspect, 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 Huize Shelomi op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van Huize Shelomi, in relatie tot de scores op de risico-aspecten (hoofdstuk 3);
- Welke acties moet Huize Shelomi binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

2 Resultaten inspectiebezoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe Huize Shelomi scoort op de aanwezigheid van risico's voor de cliënt op gezondheids- en/of welzijnsschade op de 7 risico-aspecten. 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 de directie, begeleiders, en cliënten
- dossieronderzoek

Huize Shelomi werkt voor mensen met een autisme spectrum stoornis met een normale tot hoogbegaafde intelligentie en voor mensen met een verstandelijke beperking (vanaf zmlk-niveau). De organisatie biedt cliënten ondersteuning bij wonen en dagbesteding. Daarnaast is ambulante dienstverlening mogelijk. In Huize Shelomi wonen momenteel vier cliënten. Daarnaast maken vijf cliënten gebruik van dagbesteding of ambulante begeleiding. Voor twee van hen betreft dit een vorm van stage voor een zmlk- school. Voor dagbesteding beschikt de locatie over een apart leslokaal waar studievaardigheden en sociale vaardigheden worden onderricht. Daarnaast is er een zogenoemde kunstschoor waar activiteiten plaatsvinden onder begeleiding van een kunstenaar. Aanvullend wordt er een dagbestedingprogramma aangeboden waaronder fietsen maken, keukenvaardigheden en buitenwerkzaamheden op het terrein van de boerderij (onder andere moestuin, dierenverzorging). Deze laatste activiteiten vinden plaats onder begeleiding van vrijwilligers.

2.2 Zelfbepaling en medezeggenschap

Omschrijving risicoaspect

Zelfbepaling betekent dat mensen met een verstandelijke beperking 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 26 augustus en 14 november 2008

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

Score 19 januari 2010

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

Onderbouwing score

De cliënten worden nauwelijks ondersteund bij het maken van eigen keuzes. Cliënten die wonen bij Huize Shelomi maken gebruik van het vaste dagbestedingprogramma dat wordt aangeboden. Keuzes om buiten het terrein dagbesteding of werkzaamheden te ontplooiën worden niet gehonoreerd. Het ondersteuningsplan wordt met name door de begeleiding vorm gegeven.

Bevindingen

Cliënten hebben geen zicht op hun ondersteuningsplan. De ondersteuningsplannen zijn nog conform de oude werkwijze vormgegeven hoewel er plannen zijn om werkwijze en invulling op een andere manier te laten plaatsvinden. In 2009 zijn er geen nieuwe plannen opgesteld en hebben geen evaluaties plaats gevonden. Zelf invulling geven aan het plan en instemmen met het plan vinden nog niet plaats. De persoonlijk begeleider schrijft het plan in overleg met de directie. Voor één van de cliënten wordt nu gezocht naar een mentor aangezien deze cliënt niet zelf in staat is tot een goede behartiging van haar eigen belangen.

Het maken van keuzes ten aanzien van dagbesteding buitenshuis wordt nauwelijks gestimuleerd. Cliënten die wonen bij Huize Shelomi verblijven daardoor het grootste deel van de tijd op het terrein van Shelomi. Zij volgen het vaste dagbestedingprogramma dat wordt aangeboden.

Bij bezoeken aan artsen worden de cliënten begeleid door één van de medewerkers. Er wordt geen instemming van de cliënt gevraagd. Men gaat er vanuit dat deze dit zelf ook wil.

Bij de plaatsing van nieuwe cliënten hebben volgens de directeur zowel de bewoners als de medewerkers inspraak. Besluitvorming over een nieuwe plaatsing vindt plaats na een nadere kennismaking met de locatie en de bewoners middels een proefweekend of een proefdag. In 2009 is er één nieuwe cliënt geplaatst voor tijdelijke overbrugging naar een nieuwe woonvoorziening. Afstemming met andere cliënten over deze recente plaatsing heeft niet plaats gevonden.

Er wordt geen verantwoording afgelegd conform artikel 5 lid 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen met betrekking tot de betrokkenheid van de cliënten bij het kwaliteitsbeleid, de wijze waarop de kwaliteit wordt beoordeeld en de wijze waarop in het afgelopen jaar klachten en meldingen omtrent de kwaliteit van zorg zijn behandeld.

Medezeggenschap

Tijdens de bewonersvergaderingen (om de 4 à 6 weken) worden actuele onderwerpen besproken. De agenda van deze vergaderingen wordt mede door de cliënten bepaald.

Er vindt geen structureel overleg plaats met de vertegenwoordigers.

2.3 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 ondersteuningsplansystematiek periodiek getoetst op zijn werkbaarheid, bijvoorbeeld met behulp van de ZIP-methodiek of met behulp van een ander instrument.

Score 26 augustus en 14 november 2008

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

Score 19 januari 2010

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

Onderbouwing score

Op het gebied van de individuele planning en ondersteuning scoort Shelomi een hoog tot zeer hoog risico omdat onvoldoende zichtbaar is welke wensen een cliënt heeft en er niet gewerkt wordt met heldere doelen waarop gerapporteerd en geëvalueerd wordt.

Bevindingen

Zoals in 2.2 reeds aangegeven zijn de aangetroffen ondersteuningsplannen nog op de oude wijze vorm gegeven. Hierin is onvoldoende zichtbaar wat cliënten wensen aan ondersteuning. Het individueel ondersteuningsplan sluit onvoldoende aan op de ondersteuningsvragen, er ontbreken concrete doelen die aansluiten op het cliëntenperspectief en het is niet in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn vertegenwoordiger samengesteld.

Onlangs is besloten tot de invoering van een nieuwe systematiek voor het opstellen van ondersteuningsplannen. Voor één cliënt is een dergelijk plan inmiddels voor een groot deel uitgewerkt; in april zou voor alle cliënten een nieuw ondersteuningsplan moeten zijn opgesteld. Omdat deze nieuwe systematiek nog in de invoeringsfase verkeert kan de inspectie de resultaten ervan niet beoordelen.

Er is volgens de directeur een SMART generator op de computer voorhanden. Onduidelijk is gebleven wat dit is, waar het wordt ingezet en op welke wijze dit ondersteunend is bij het stellen van doelen. In de beoordeelde dossiers is SMART formuleren niet waarneembaar. Bij evaluaties zijn de bewoners niet structureel betrokken; evaluatie vindt plaats naar behoefte van de begeleiding.

Aangezien er geen deskundigheid voorhanden is binnen Huize Shelomi is in het plan alleen inbreng zichtbaar van de woonbegeleider die tevens persoonlijk begeleider is. Op deze wijze komt niet tot uiting welke zorg een cliënt vraagt en wie er verantwoordelijk is voor de zorgverlening of deelaspecten daarvan.

De voor de doelgroep cliënten met een autisme spectrum stoornis noodzakelijke structurering van omgeving, tijd, plaats wordt nauwelijks vormgegeven in het dagelijks handelen.

Voor dagelijkse activiteiten zijn door de woonbegeleider schema's opgesteld betreffende een bepaald thema, zonodig met pictogrammen. Deze schema's hebben veelal het karakter van een handleiding en helpen de cliënten hun huishoudelijke taken voor Huize Shelomi op juiste wijze uit te voeren.

Onduidelijk is welke termen gebruikt worden voor de plannen van cliënten. Ondersteuningsplan, handelingsplan, intakeformulier stage en arrangement worden alle vier gebruikt voor plannen ter ondersteuning van de cliënt.

2.4 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 zorg 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 zorgplan? Het activiteitenplan bevat duidelijke richtlijnen voor de dagelijkse uitvoering. Het wordt bij voorkeur tenminste 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 26 augustus en 14 november 2008

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

Score 19 januari 2010

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

Onderbouwing score

Er zijn nieuwe handelingsplannen voor de dagbesteding opgesteld; deze plannen kunnen een goede basis vormen voor een meer methodische werkwijze binnen de dagbesteding.

De in deze plannen geformuleerde doelen worden geëvalueerd en zonodig aangepast. Het invoeren van deze nieuwe werkwijze biedt kansen op het verminderen van het risico. De score blijft gehandhaafd op matig tot hoog risico vanwege het ontbreken van plannen voor een groot deel van de week, ontbreken van ondertekening en niet benoemen van de verantwoordelijkheidstoedeling.

Bevindingen

Binnen de dagbesteding wordt gewerkt met handelingsplannen voor onder meer de activiteiten kunst en sociale vaardigheden. Deze plannen worden opgesteld door de desbetreffende begeleider. Ten aanzien van het aandachtsgebied staan vragen en doelen geformuleerd zoals bijvoorbeeld 'meer werken met kleur'. De plannen zijn duidelijk en overzichtelijk. Evaluatie van de doelen vindt plaats en leidt tot bijstelling.

Ook voor de cliënten die wonen bij Huize Shelomi zijn dergelijke plannen opgesteld ongeacht de vraag of de cliënt een hulpvraag heeft op het betreffende terrein of wil deelnemen.

Op alle plannen ontbreekt de ondertekening en verantwoordelijken zijn niet benoemd.

Voor de overige activiteiten die gedurende enkele dagdelen per week plaats vinden waaronder bakken en fietsen maken is geen plan voorhanden. Deze activiteiten worden verzorgd door vrijwilligers die worden ingewerkt door de directrice en de kunstenaar. Dit inwerken betreft met name samen opwerken en op die manier de vrijwilliger informeren over de wijze waarop de cliënten benaderd moeten worden.

Voor de twee jeugdige cliënten die stage lopen is een intakeformulier stage opgesteld, hierin zijn verschillende domeinen zichtbaar en beschreven. Er zijn geen stagedoelen, geen evaluatiedata en niet is zichtbaar of en hoe er wordt overlegd met de school van herkomst.

2.5 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 scheidt 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 26 augustus en 14 november 2008

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

Score 19 januari 2010

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

Onderbouwing score

Samen met het beperkte scholingsaanbod in het afgelopen jaar, het ontbreken van gerichte scholing en/of een scholingsbeleid en het feit dat binnen Huize Shelomi, in vergelijking met het aantal vaste medewerkers, veel wordt gewerkt met vrijwilligers scoort het aspect deskundigheid een hoog tot zeer hoog risico. Het merendeel van de medewerkers heeft te weinig specifieke kennis over de doelgroep en het omgaan met problematisch gedrag.

Bevindingen

Huize Shelomi heeft één woonbegeleider in dienst die voorheen binnen een andere instelling voor de VG sector heeft gewerkt; zij heeft de Z-opleiding gedaan. Verder is er één medewerker voor de studiebegeleiding met kennis van de doelgroep. Volgens de directie worden twee medewerkers voor een aantal uur per week ingezet via een uitzendbureau.

De medewerker creatieve dagbesteding heeft de kunstacademie gevolgd. Voor de dagbesteding worden twee vrijwilligers ingezet (bakker en fietsenmaker). Niet duidelijk is of met deze vrijwilligers een vrijwilligersovereenkomst is afgesloten. Daarnaast is een stagiaire binnen Shelomi werkzaam; zij loopt deze stage in het kader van haar opleiding tot activiteitenbegeleider bij de Leidse onderwijsinstellingen (LOI). De directeur en haar partner (m.n. actief in de dagbesteding) worden structureel in het rooster ingedeeld/ingezet (met name voor het nachttoezicht en tijdens de weekenden).

Tot voor kort was een kwaliteitsfunctionaris in dienst; het dienstverband is onlangs beëindigd. Er is ruim 1,5 jaar geen orthopedagoge meer betrokken bij de zorg; begin dit jaar is de procedure gestart voor de werving van een nieuwe orthopedagoog.

Hoewel daar in de rapportage van februari 2009 op is aangedrongen is voor deskundigheidsbevordering nog steeds geen plan opgesteld. Huize Shelomi richt zich met name op mensen met een autisme spectrum stoornis maar gerichte bijscholing over het omgaan met cliënten met een stoornis in het autistische spectrum wordt niet aangeboden.

Twee medewerkers volgen de cursus "mediërend leren" van Feuerstein; zij informeren collega's in de werkbepreking over in deze cursus opgedane kennis.

Welke medewerkers dit betreft en op welke wijze deze deskundigheid breed in de organisatie wordt ingezet door overdracht is niet duidelijk en/of zichtbaar. De relevantie van deze cursus voor begeleiders die werken met cliënten met een autisme spectrum stoornis is echter beperkt. Volgens de directeur heeft één medewerker een agressietraining gevolgd en een cursus over seksualiteit. Binnen Huize Shelomi is geen beleid ontwikkeld met betrekking tot seksualiteit. Het scholingsplan zou in voorbereiding zijn.

Voor andere relevante scholing over het beheersen van agressie bij crisissituaties en de methodiek rond het schrijven van zorgplannen, is geen planning opgesteld. Verdieping van deskundigheid vindt niet plaats. Binnen de instelling is geen gestructureerde kennisuitwisseling.

De aangegeven advisering vanuit het autismeteam Groningen bestaat uit het eerder verwijzen van cliënten naar dit team bij onduidelijkheden; de contacten met dit team zijn niet erg intensief en lopen voornamelijk via de mail. De psychiater van dit team is bij twee cliënten betrokken. Voor een van deze cliënten is het afgelopen jaar nader diagnostisch onderzoek gevraagd. Deze contacten en de resultaten ervan worden niet vastgelegd in het dossier en/of ondersteuningsplan. De beoogde intensivering van contacten met het autismeteam heeft niet plaats gevonden. Andere contacten met zorgaanbieders of deskundigen vinden vrijwel alleen plaats op grond van een vraag vanuit begeleiding. Structurele ondersteuning door deskundigheid van externen vindt niet plaats.

Voor nieuwe medicatie wordt wekelijks contact gezocht met de huisarts. Voorschriften verlopen via de fax. Alleen de medewerkers van de woonbegeleiding dienen dit toe. Scholing op het gebied van uitzetten en toedienen vindt niet plaats. Er is in de protocollenmap een verouderd protocol medicatiebeheer en medicatieverstrekking opgenomen; zowel directie als medewerkers lijken hiervan niet op de hoogte.

Binnen Huize Shelomi is een protocollenboek samengesteld; het voornemen om tijdens elke vergadering een protocol met elkaar door te lopen is verwaterd. De protocollen zijn zonder datum. De protocollen leven weinig onder de medewerkers. In dezelfde map bevinden zich ook cliëntgegevens.

Medewerkers geven aan met name behoefte te hebben aan nadere scholing met betrekking tot autisme spectrum stoornis.

Voor de intake van de cliënten heeft Huize Shelomi een intakeformulier opgesteld; tijdens het inspectiebezoek is niet inzichtelijk hoe de gegevens uit dit formulier in het ondersteunings-/handelingsplan nader worden uitgewerkt.

De instelling is nog steeds niet op de hoogte van de mogelijkheden die het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) kan bieden bij de begeleiding van cliënten met gedragsproblemen.

2.6 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 26 augustus en 14 november 2008

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

Score 19 januari 2010

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

Onderbouwing score

Signalen ten aanzien van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren worden niet beschreven en leiden niet tot diagnostiek of aanpassing van begeleiding. Structurele diagnostiek door deskundigen vindt niet plaats. Op grond hiervan oordeelt de inspectie dat hier sprake is van een hoog tot zeer hoog risico.

Bevindingen

De intake wordt verzorgd door de directeur. Indien mogelijk wordt informatie opgevraagd bij een vorige zorgverlener. Er is geen beleid ten aanzien van welke diagnostiek moet plaatsvinden en waar deze diagnostiek in de zorgverlening toe moet leiden. De cliënt die recent bij Huize Shelomi voor tijdelijk overbrugging is komen wonen ontvangt nog begeleiding door een medewerker vanuit de vorige woonvoorziening op grond van het voormalige ondersteuningsplan. De medewerkers van Huize Shelomi ontvangen van haar met regelmaat instructie. De onderliggende problematiek van de cliënt past niet binnen de doelgroep van huize Shelomi. Medewerkers zijn onvoldoende op de hoogte van de pathologie.

Nog steeds ontbreekt in Shelomi zorginhoudelijke ondersteuning door een gedragskundige. Er is geen beleid geformuleerd m.b.t. diagnostisch onderzoek, medewerkers krijgen onvoldoende diagnostische gegevens aangereikt om hun taken op het gebied van signalering naar behoren te kunnen uitvoeren. Signaleringsplannen worden niet opgesteld. Daardoor kan er door hen alleen reactief worden gewerkt en het lukt niet om preventief te werken.

Voor een cliënt is het afgelopen jaar een diagnostisch onderzoek gevraagd bij de psychiater van het autismeteam Noord Nederland. Het is niet duidelijk op welke wijze de resultaten van dit onderzoek hun uitwerking vinden in de dagelijkse praktijk.

De inspectie heeft in de dossiers geen recente evaluaties van de bestaande ondersteuningsplannen aangetroffen.

2.7 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 26 augustus en 14 november 2008

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

Score 19 januari 2010

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

Onderbouwing score

De cliënten worden met respect behandeld en voelen zich veilig in deze locatie. De score matig tot hoog risico is toegekend omdat de privacy van de cliënten te weinig wordt gewaarborgd, geen beleid voorhanden is en incidenten nauwelijks worden gemeld en geanalyseerd.

Bevindingen

Objectieve veiligheid

Shelomi beschikt over een gebruikersvergunning; het afgelopen jaar heeft volgens mededeling van de zorgmanager een ontruimingsoefening plaats gevonden.

Binnen de instelling is een reglement meldingen van toepassing; een overzicht van de meldingen die het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden kon niet worden overhandigd.

Voor de behandeling van klachten is een nieuwe klachtenregeling opgesteld. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een interne en externe procedure. Voor de externe procedure kan een beroep worden gedaan op de klachtencommissie Landbouw en Zorg van de "Verenigde Zorgboeren". In de regeling is niet aangegeven dat cliënten of hun vertegenwoordigers niet eerst de interne procedure hoeven te doorlopen voordat zij een beroep kunnen doen op de klachtencommissie Landbouw en Zorg. Niet duidelijk is op welke wijze de cliënten/hun vertegenwoordigers op de hoogte zijn gesteld van de nieuwe klachtenregeling.

Er bestaat een kans dat incidenten en fouten zich blijven herhalen omdat fouten en incidenten niet gemeld worden; er wordt niet geleerd omdat ze niet geanalyseerd worden en acties/verbeteringen naar aanleiding van een analyse blijven uit.

Subjectieve veiligheid

De subjectieve component op het gebied van het gevoel van geborgenheid en een goed verlopende communicatie lijkt op orde. Op het gebied van privacy blijkt dat cliënten nog geen eigen slot op de kamer hebben. Het is mogelijk dat anderen hun ruimte betreden.

Op het gebied van grensoverschrijdend gedrag zijn geen protocollen. Er is geen beleid aangaande seksualiteit en/of seksuele intimidatie. Dit aspect is binnen Huize Shelomi aan bod als één van de medewerkers op eigen initiatief dit onderwerp aansnijdt. Teamafwegingen spelen hierbij geen rol. Er blijkt in de protocollenmap een verouderde gedragscode seksuele intimidatie voorhanden; zowel directie als medewerkers zijn hiervan niet op de hoogte. Cliënten maken gebruik van gezamenlijke badkamers en toiletten.

2.8 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 26 augustus en 14 november 2008

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

Score 19 januari 2010

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

Onderbouwing score

Er is meer dan voorheen onderlinge afstemming onder andere via teambesprekingen en het gezamenlijk bespreken van nieuwe handelingsplannen; de instelling opereert echter nog steeds vrij geïsoleerd en staat weinig open voor externe ontwikkelingen. Om die reden blijft de score matig tot hoog risico van toepassing.

Bevindingen

Sinds het vorige toezichtbezoek is er meer onderlinge uitwisseling tussen de medewerkers; er zijn teambesprekingen waarin onder andere de nieuwe handelingsplannen van de cliënten worden besproken. De directeur geeft aan dat er sinds het vorige bezoek wel plannen zijn, maar de inhoudelijke begeleiding nog steeds in opbouw is en dat weinig vooruitgang plaats vindt.

Het team van medewerkers is het afgelopen jaar van samenstelling veranderd: een van de medewerkers is langdurig ziek, de kwaliteitsfunctionaris is slechts gedurende een aantal maanden bij Shelomi werkzaam geweest. Begin dit jaar is een nieuwe woonbegeleidster aangesteld.

Het netwerk van Shelomi is nog steeds beperkt; er wordt incidenteel samengewerkt met het autismeteam Noord Nederland; daarnaast waren er het afgelopen jaar laagfrequent contacten met MEE, Accare, praktijkonderwijs en de Trans. Als gevolg van het beperkt aantal externe contacten blijft de organisatie kwetsbaar.

3 Beschouwing

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe Huize Shelomi scoort op de 7 risico-aspecten die bij de vorige bezoeken in 2008 een matig tot hoog óf hoog tot zeer hoog risico scoorden. 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.

3.2 **Urgentie om veranderingen door te voeren wordt niet gevoeld: de kwaliteit van zorg die geboden wordt blijft ruim onder de maat**

Huize Shelomi is een zorginstelling die sinds enkele jaren zorg biedt aan cliënten met een beperking. De doelgroep heeft zich in deze jaren verder toegespitst en er wordt zorg geboden aan oudere cliënten met een stoornis in het autisme spectrum. Cliënten met andere vraagstellingen worden echter ook geplaatst.

In mei 2007 ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg meldingen over de kwaliteit van zorg in Huize Shelomi. Er werd een inventariserend vragenformulier toegestuurd en om aanvullende informatie gevraagd. Na veelvuldige verzoeken werd dit in januari 2008 toegezonden. Een bezoek vond plaats op 29 januari 2008. Bij de resultaten van het toezichtbezoek werd de instelling verzocht binnen twee maanden een protocol klachtafhandeling en adequate ondersteuningsplannen op te stellen. Bovendien diende Huize Shelomi zorgverleningovereenkomsten op te stellen en vast te leggen, en cliëntgegevens te registreren. Voor vier andere aspecten van kwaliteit van zorg diende binnen zes maanden verbeteringen te worden doorgevoerd. De gevraagde stukken zoals genoemd in het toezichtrapport werden niet op tijd aangeleverd.

Op 23 juni 2008 gaf Huize Shelomi aan aansluiting te zoeken bij de vereniging van zorgboerderijen en op 4 juli 2008 ontving de inspectie voortgangsrapportage. Op 26 augustus 2008 en op 14 november 2008 bracht de inspectie toezichtbezoeken aan Huize Shelomi. De bezoeken vonden plaats in vervolg op de eerste kennismaking in januari 2008. In het opgestelde rapport, vastgesteld in maart 2009 werd Huize Shelomi verzocht een plan van aanpak op te stellen op die punten waar matig tot hoog of hoog tot zeer hoog risico werd gescoord. Het betrof de risicoaspecten zelfbepaling en medezeggenschap, individuele planning en ondersteuning, individuele planning dagbesteding, deskundigheid personeel, diagnostiek en signalering en continuïteit van zorg. Het gevraagde plan van aanpak is niet door de inspectie ontvangen.

In 2009 werd door de inspectie Huize Shelomi veelvuldig verzocht de gevraagde gegevens aan te leveren. Begin augustus 2009 verzond Huize Shelomi het bewijs van goedkeuring door de stichting Verenigde Zorgboeren aan de inspectie. Hierna ontving de inspectie bij de brief van 3 augustus 2009 de aanmelding bij de klachtencommissie van de stichting. Van alle overige in het rapport van maart 2009 vermelde te nemen maatregelen is geen plan van aanpak ontvangen.

Vanwege de goedkeuring van het kwaliteitswaarborgsysteem van de stichting Verenigde Zorgboeren en het behalen van het certificaat van deze stichting (nu: Vereniging Landbouw en Zorg geheten) werd het bezoek dat voor de zomer was aangekondigd vooralsnog niet gebracht en werd geen verscherpt toezicht ingesteld. De inspectie wilde Huize Shelomi enige ruimte geven om met behulp van de stichting Verenigde Zorgboeren verbeteringen door te voeren. Bovendien maakte het certificaat aansluiting mogelijk bij de landelijke klachtencommissie Landbouw en Zorg waar cliënten en hun vertegenwoordigers met klachten terecht kunnen. Wel is de inspectie de door de inspectie gevraagde verbeteringen blijven volgen.

In de brief van 11 augustus 2009 wees de inspectie Huize Shelomi er opnieuw op dat een aantal acties resteerden waarvoor vanwege het traject van certificering door de stichting Verenigde Zorgboeren handhaving is uitgesteld. Betreffende de gevraagde toezending van informatie over de stand van zaken met betrekking tot de te nemen acties voor

1 oktober 2009 bleef Huize Shelomi opnieuw in gebreke. Begin januari 2010 ontving de inspectie een plan van aanpak voor zelfbepaling en medezeggenschap. Dit plan van aanpak bleek zeer summier en onduidelijk van opzet en weinig concreet uitgewerkt. De inspectie oordeelt dat op grond van dergelijke plannen een verbetering van de kwaliteit van zorg niet wordt gewaarborgd.

Uit het dossieronderzoek en de diverse gesprekken met cliënten, directie en medewerkers tijdens het bezoek van 19 januari 2010, kan geconcludeerd worden dat de aanbevelingen van de inspectie nog altijd niet, of slechts zeer ten dele zijn opgevolgd. De gevraagde documenten zijn door Huize Shelomi niet bij de inspectie aangeleverd en de gevraagde acties zijn niet in gang gezet.

Huize Shelomi heeft in 2009 het certificaat behaald van de Vereniging van Zorgboeren waardoor de instelling weliswaar op papier voldoet aan de systeemeisen die de vereniging zorgboeren stelt; in de dagelijkse praktijk is daarvan echter weinig terug te zien. De geboden zorg is een vorm van opvang maar voldoet niet aan de voorwaarden van professionele, kwalitatief verantwoorde zorg.

De inspectie vroeg zich begin 2009 af of er voldoende kennis in de instelling aanwezig is om een bijdrage te leveren aan het maken van een ondersteuningsplan en of men voldoende doordringen is van het nut van dergelijke plannen. Ondanks het opstellen van handelingsplannen (arrangementen) voor bepaalde vormen van dagbesteding oordeelt de inspectie dat het opstellen en werken met ondersteuningsplannen nog niet is verbeterd. Er is weliswaar een nieuwe werkwijze bedacht en op papier gezet maar de vooruitgang in één jaar is daarmee onvoldoende. Het gevolg is dat de kwaliteit van zorg die geboden wordt ruim onder de maat blijft.

Medewerkers worden in hun professionele handelen te weinig ondersteund. Er is weinig sprake van deskundigheidsbevordering, gebruikmaken van kennis bij de beroepsorganisaties of opleidingen, aansluiting bij instellingen met dezelfde doelgroep of inschakelen van advies bij vragen. Men is te weinig op de hoogte van de eisen die gesteld worden aan de zorgverlening aan mensen met autisme. Bovendien vindt er verloop plaats onder het personeel en is het aantrekken van een nieuwe gedragskundige onnodig lang uitgesteld.

Huize Shelomi opereert nog steeds sterk naar binnen gericht voor de zorgverlening. De zorg wordt voornamelijk op het terrein geboden en cliënten verblijven daar het grootste deel van de dag.

3.3 Huize Shelomi voldoet niet aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen

Gezien het feit dat Huize Shelomi in organisatorisch verband zorg verleent als omschreven in de AWBZ is sprake van een instelling die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen valt. In aansluiting op de beschouwing in het rapport over voorgaande bezoeken moet worden geconstateerd dat Huize Shelomi opnieuw niet voldoet aan eisen van verantwoorde zorg. Het ontbreekt aan professionele zorg, er lijkt eerder sprake van opvang. Voor deze groep cliënten brengt dit grote risico's mee.

De inspectie heeft geconstateerd dat de artikelen 2, 3, 4 en 5 van de Kwaliteitswet niet of in onvoldoende mate worden nageleefd.

Volgens artikel 2 van de Kwaliteitswet dient de zorgaanbieder verantwoorde zorg te bieden. Hieronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend en doelmatig en patiëntgericht verleend wordt en afgestemd is op de behoeften van de patiënt.

In hoofdstuk 2 van dit rapport is voldoende duidelijk geworden dat het niveau van de zorg opnieuw onder de maat is ondermeer door het uitblijven van (multidisciplinaire) deskundigheid. Een goede zorgplansystematiek met planmatig werken is onvoldoende geïmplementeerd hetgeen een doeltreffende, doelmatige en efficiënte zorgverlening belemmert.

Artikel 3 van de Kwaliteitswet bepaalt dat de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseert dat dit leidt tot verantwoorde zorg. De zorgaanbieder dient hierbij de instelling te voorzien van zowel kwalitatief als kwantitatief voldoende personeel en materieel en zorg te dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.

In zowel hoofdstuk 2 als hoofdstuk 3 van dit rapport constateert de inspectie dat de deskundigheid (opleidingsgraad) van de medewerkers onvoldoende is. Voor grote delen van de week worden niet voor de zorg geschoolde medewerkers ingezet.

Artikel 4 van de Kwaliteitswet bepaalt dat het uitvoeren van artikel 3 van de Kwaliteitswet mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg omvat. Geconstateerd moet worden dat op grond van het vorig toezichtbezoek en daaropvolgende rapportage en briefwisseling niet tot nauwelijks heeft geleid tot enige aanpassing en verbetering van de zorgverlening.

In artikel 5 van de Kwaliteitswet wordt de verplichting tot het publiceren van een kwaliteitsjaarverslag opgelegd. Tot op heden heeft Huize Shelomi geen kwaliteitsjaarverslag uitgebracht dat voldoet aan de eisen gesteld in artikel 5 lid 2 van de Kwaliteitswet.

4 Te nemen maatregelen

3.4 Samenwerking

De inspectie acht het noodzakelijk dat Huize Shelomi samenwerking zoekt met een andere zorgaanbieder, waarbij de samenwerking geformaliseerd wordt in een samenwerkingsovereenkomst. Deze samenwerking dient te leiden tot verbetering van de aspecten die zowel in het vorig rapport als in dit rapport als risicovol worden aangemerkt. De samenwerking dient binnen 3 maanden operationeel te zijn.

De inspectie acht deze samenwerking noodzakelijk omdat er na het inspectiebezoek van januari 2010 geconstateerd moet worden dat er op alle risicoaspecten nog steeds sprake is van een matig tot hoog of zeer hoog risico.

4.1 Plan van aanpak

De inspectie verwacht voor 15 april 2010 een plan van aanpak op die punten waar matig tot hoog of hoog tot zeer hoog risico wordt gescoord. Indien mogelijk dient u gebruik te maken van de deskundigheid en informatie van de samenwerkingspartner bij het opstellen van dit plan van aanpak.

In dit plan van aanpak geeft u per risicoaspect aan hoe u de kwaliteit van de zorg (verder) gaat verbeteren. Dit plan van aanpak voorziet in heldere doelen, acties en termijnen. De inspectie gaat ervan uit dat zowel hoofdstuk 2 als hoofdstuk 3 u voldoende handvatten bieden om te komen tot verbeteringen en concrete acties.

In dit plan van aanpak staat in elk geval helder omschreven:

- Wat u wilt bereiken (beoogde effecten);
- Wat hiervoor nodig is (acties);
- Wanneer wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Ter toelichting:

Betreffende het verbeteren van de risico-aspecten zelfbepaling en medezeggenschap, individuele planning en ondersteuning en individuele planning dagbesteding en diagnostiek en signalering en veiligheid moet in ieder geval het methodisch werken op vraag van de cliënt en met instemming van de gestelde doelen vanaf 15 april 2010 worden ingebed in de organisatie.

Op 1 juni 2010 dient u voor iedere cliënt een passend en door de cliënt of zijn vertegenwoordiger ondertekend ondersteuningsplan te hebben opgesteld.

Ter verbetering van de continuïteit van zorg dient u in het plan op te nemen hoe instroom, opname en ontslag worden vormgegeven. Samenwerking met verwijzers, collega-instellingen en de overige ketenzorg dienen hierin een plaats te krijgen.

4.2 Scholingsplan

Daarnaast verwacht de inspectie dat Shelomi voor 15 april 2010 een scholingsplan heeft opgesteld conform bovenvermelde eisen waarin de bevordering van deskundigheid specifiek gericht op de doelgroep wordt opgenomen.

4.3 Werven gedragskundige en uitbreiden multidisciplinaire deskundigheid

Eveneens verwacht de inspectie voor 15 april 2010 een plan voor het werven van een gedragskundige en het uitbreiden van multidisciplinaire deskundigheid.

4.4 Geen uitbreiding van de zorgverlening

Huize Shelomi biedt op dit moment onvoldoende kwaliteit van zorg om zich als zorgaanbieder te affichereren. Uitbreiding van de zorgverlening wordt op grond hiervan niet mogelijk geacht.

Nadat de inspectie het plan van aanpak, het scholingsplan en het plan voor het werven van een gedragsdeskundige heeft ontvangen, ontvangt u binnen vier weken een reactie.

4.5 Vervolgbezoek in juni 2010

De eerste week van juni 2010 brengt de inspectie opnieuw een bezoek aan Huize Shelomi. De ingezette acties en de verbeteringen dienen dan zichtbaar te zijn in de praktijk voor cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers, zodat de risico's naar beneden bijgesteld kunnen worden.