



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Insula Dei Huize Kolhmann en locatie  
Insula Dei in Arnhem  
op 20 juni 2019

Utrecht, augustus 2019

V2013695

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Insula Dei Huize Kohlmann en Insula Dei 3
<b>2</b>	<b>Conclusie en vervolgacties 5</b>
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
2.2.1	De vervolgactie die de inspectie van Insula Dei Huize Kohlmann verwacht 5
2.2.2	Vervolgactie van de inspectie 5
<b>3</b>	<b>Resultaten Insula Dei 6</b>
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 8
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 10
3.4	Medicatieveiligheid 11
<b>Bijlage 1</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 13</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Beoordeelde documenten 14</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 20 juni 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Insula Dei Huize Kohlmann. Aansluitend bracht de inspectie een bezoek aan Insula Dei in Arnhem.

### 1.1 Aanleiding bezoek

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

### 1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één of meerdere locatie(s). Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

### 1.3 Beschrijving Insula Dei Huize Kohlmann en Insula Dei

#### *Insula Dei Huize Kohlmann*

Insula Dei Huize Kohlmann biedt verpleging, verzorging en thuiszorg. Insula Dei Huize Kohlmann bestaat uit de locaties Insula Dei en Huize Kohlmann. Beide locaties zijn gevestigd in Arnhem. Insula Dei Huize Kohlmann heeft een éénhoofdige raad van bestuur. Insula Dei Huize Kohlmann heeft een raad van toezicht bestaande uit zes leden.

#### *Insula Dei*

Insula Dei ligt op landgoed Rennen Enk in Arnhem. Het gebouw is opgedeeld in een Noord- en een Zuidgedeelte. De cliënten met een psychogeriatrische (hierna: PG) zorgvraag wonen in Noord, cliënten met een somatische zorgvraag wonen in Zuid. Beide gebouwdelen hebben meerdere etages. Op een etage wonen tussen de 16 en 32 cliënten. De eerste en tweede etage van Noord hebben een erkenning in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en zijn gesloten. Bij Insula Dei wonen cliënten met een indicatie met behandeling, een indicatie zonder behandeling en een indicatie voor Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of Zvw-zorg. De etages op de PG-afdeling hebben drie huiskamers, de etages op de somatische afdeling hebben dit niet. Insula Dei heeft een kapel, een restaurant, een kapper en een winkeltje voor algemeen gebruik.

### *Cliënten*

Ten tijde van het bezoek ontvangen 202 cliënten zorg. Van hen hebben 78 cliënten een zorgprofiel VV 1 t/m 4, 120 een zorgprofiel VV 5 t/m 9b, twee cliënten hebben een ELV-indicatie en twee cliënten hebben een GGZ-C indicatie.

### *Zorgverleners*

Bij Insula Dei werken 169 zorgverleners. Van hen werken er 24 (9 fte) als gastvrouw/heer, 37 (16 fte) zijn helpende niveau 2, 88 (61 fte) is verzorgende niveau 3, 16 (13 fte) zijn verpleegkundige niveau 4 en de overige 14 (10 fte) zijn leerling op verschillende niveaus. De zorgverleners werken per etage in teams. Ieder team heeft een zorgcoördinator en een kwaliteitsverpleegkundige.

### *Aansturing*

Insula Dei heeft twee zorgmanagers, een zorgmanager voor Noord en een zorgmanager voor Zuid. De zorgmanagers vallen direct onder de raad van bestuur. De zorgmanagers zijn verantwoordelijk voor de aansturing van de teams.

### *Behandelaren*

Insula Dei Huize Kohlmann heeft samen met andere zorgorganisaties in Arnhem een behandeldienst opgezet, onder de naam Parago. Deze behandeldienst is verantwoordelijk voor de behandeling van meerdere zorgorganisaties. De bestuurder van Insula Dei Huize Kohlmann is medebestuurder van de behandeldienst. De behandeldienst levert artsen, verpleegkundig specialisten, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, geestelijk verzorgers, diëtisten en logopedisten. Voor cliënten met behandeling is een specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk voor de medische zorg. Voor cliënten zonder behandeling en cliënten zonder Wlz-indicatie is een huisarts eindverantwoordelijk voor de medische zorg. Insula Dei werkt veel samen met één huisartsenpraktijk. Het is ook mogelijk voor cliënten om hun eigen huisarts te houden als zij bij Insula Dei komen wonen.

### *Recente ontwikkelingen*

Ten tijde van het inspectiebezoek heeft er recent een bestuurswisseling plaatsgevonden. Insula Dei Huize Kohlmann is twee jaar geleid door een interim bestuurder. Sinds 7 mei 2019 heeft Insula Dei Huize Kohlmann een vaste bestuurder aangenomen. Daarnaast bestaat, sinds april 2019, de raad van toezicht weer uit zes leden. Door vertrek heeft de raad van toezicht enige tijd met vier/vijf leden gewerkt.

## 2 Conclusie en vervolgacties

### 2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Insula Dei (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Zeven van de tien getoetste normen voldoen (grotendeels). De inspectie ziet dat zorgverleners van Insula Dei cliënten kennen en persoonsgericht werken. Wel vraagt de inspectie aandacht voor het methodisch werken door zorgverleners. Ook op bestuurlijk niveau is meer methodisch werken noodzakelijk. De inspectie vindt dat Insula Dei Huize Kohlmann nog onvoldoende stuurt op kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarnaast maken de verschillende bestuurswissels in de afgelopen jaren de situatie bij Insula Dei Huize Kohlmann kwetsbaar.

### 2.2 Vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Insula Dei huize Kohlmann verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

#### 2.2.1 *De vervolgactie die de inspectie van Insula Dei Huize Kohlmann verwacht*

De zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie verwacht dat Insula Dei zes maanden na het vaststellen van dit rapport voldoet aan alle normen uit dit rapport.

De inspectie verwacht dat Insula Dei Huize Kohlmann de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

#### 2.2.2 *Vervolgactie van de inspectie*

De inspectie concludeert dat er vervolgtoezicht nodig is. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder voldoet aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader. Het kan zijn dat de inspectie tijdens een volgend bezoek andere normen toetst.

### 3 Resultaten Insula Dei

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis.

- Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm.**  
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm.**  
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.  
De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
- Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm.**  
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm.**  
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet getoetst.**

#### 3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei grotendeels** aan deze norm.

Uit de observaties en de gesprekken komt naar voren dat de zorgverleners de wensen, zorgbehoeften, de mogelijkheden en beperkingen van de cliënten kennen. Voorafgaand aan de verhuizing naar Insula Dei brengt een zorgverlener een huisbezoek aan de cliënten. Daarbij brengt ze de achtergrond, wensen en behoeften van cliënten in kaart. De inspectie ziet dit terug in het zorgdossier. Zorgverleners die de inspectie spreekt kunnen de belangrijkste zorgbehoeften van cliënten benoemen. Insula Dei heeft een uitgebreid aanbod aan activiteiten. Tijdens de rondgang ziet de inspectie op een etage twee groepen met cliënten. Een grote groep cliënten maakt muziek. Een andere, kleinere, groep zit koffie te drinken met een zorgverlener. Een zorgverlener vertelt de cliënten, die niet van muziek houden, individuele aandacht te geven. Dit ziet de inspectie ook terug op een andere etage. Een groep cliënten komt net terug van een wandeling over het landgoed. Een andere groep cliënten maakt mandala's. Een zorgverlener vertelt hierover dat Insula Dei verschillende activiteiten aanbiedt op hetzelfde moment zodat cliënten kunnen kiezen waar zij willen aansluiten.

Daarnaast vertellen zorgverleners dat zij bij de dagelijkse zorgverlening rekening houden met de voorkeuren van de cliënten. Een zorgverlener vertelt dat zij met de indeling van de zorgverlening 's morgens aansluiten bij de wensen van de cliënten om wel of niet vroeg op te staan. In het Elektronisch Cliënten Dossier (hierna: ECD) staan voorkeuren van cliënten rondom zorgafspraken vastgelegd. Met name de voorkeuren rondom de algemeen dagelijkse levensverrichtingen staan beschreven. Zo leest de inspectie in een cliëntendossier dat het voor een cliënt belangrijk is om er netjes uit te zien, inclusief make-up. Een zorgverlener vertelt iedere dag make-up bij de cliënt aan te brengen.

Insula Dei zet gastvrouwen en gastheren in om cliënten op de huiskamers te begeleiden. Zij zijn een groot gedeelte van de dag aanwezig op de huiskamer en hebben daarbij nauw contact met cliënten. Deze zorgverleners hebben geen toegang tot het ECD. Zij hebben daardoor geen toegang tot informatie over de achtergrond, wensen en gewoontes van cliënten. Ook kunnen zij niet rapporteren over bijvoorbeeld de stemming of het gedrag van cliënten. Daarnaast sluit de fysieke leefomgeving van de afdelingen aan de Zuidkant niet volledig aan bij de somatische doelgroep. Deze cliënten zijn veelal afhankelijk van een rolstoel of rollator. De gangen van deze etages hebben een U-vorm. De lift zit aan het uiteinde van de gang. Cliënten die aan de andere kant van de gang wonen moeten daardoor meer dan 25 kamers voorbij voordat ze bij de lift zijn. Gesprekspartners vertellen dat de afstand tot de lift te lang is voor sommige cliënten, waardoor zij minder bewegingsvrijheid hebben.

### Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners aandacht hebben voor de eigen regie van de cliënt. Zorgverleners herkennen de mogelijkheden tot eigen regie van de cliënten. De inspectie ziet dit bijvoorbeeld bij de observatie van de lunch. Cliënten van de somatische afdeling kunnen zelf kiezen waar zij eten, op het appartement, in het restaurant of in de dagopvang. Op de PG-afdeling vraagt een zorgverlener iedereen of ze melk bij de lunch willen. Eén van de cliënten geeft aan liever koffie te hebben. De zorgverlener gaat voor haar een pot koffie zetten. De inspectie hoort dat de echtgenoot van een van de cliënten aan de andere kant van het gebouw woont. Het echtpaar wil graag samen lunchen. Zorgverleners stemmen dit af en maken dit mogelijk. Aan het einde van een gezamenlijke maaltijd gaan een aantal cliënten zelfstandig naar het appartement. Een zorgverlener vraagt aan cliënten die dat niet zelfstandig kunnen waar zij graag naar toe zouden willen en begeleidt hen daarbij. Daarnaast bieden zorgverleners cliënten keuzemogelijkheden aan. Zo kunnen cliënten een maaltijdkeuze maken uit drie verschillende warme maaltijden die zij zowel in de middag als avond kunnen eten. De inspectie ziet dat zorgverleners de keuzemogelijkheden aanpassen aan het niveau van de cliënt. Zo hoort de inspectie een zorgverlener vragen of een cliënt fruit wil. De cliënt heeft zichtbaar moeite met het beantwoorden van de vraag. De zorgverlener pakt een etagère met fruit en houdt dit voor de cliënt. Hierbij vraagt de zorgverlener nogmaals of de cliënt fruit wil en wijst daarbij de opties aan. De cliënt kan een keuze maken voor een stuk fruit.

Ondanks dat zorgverleners zich bewust zijn van het belang van eigen regie van de cliënt, ziet de inspectie dat sommige zorgverleners geneigd zijn om taakgericht te werken. Zo werkt de somatische afdeling met looplijsten, waarop voor iedere cliënt is vastgesteld wanneer hij welke zorg krijgt. Een zorgverlener op de PG-afdeling vraagt wie wil helpen met het dekken van de tafel. Een cliënt reageert enthousiast. Zij krijgt één tafellaken terwijl zorgverleners alle andere tafels dekken. De cliënt kijkt vragend om zich heen en gaat uiteindelijk zitten. Op een andere huiskamer wil een cliënt geen melk meer. Ze staat op om haar melk weg te zetten. Een zorgverlener zegt haar dat de maaltijd nog niet is afgelopen en dat de cliënt weer moet gaan zitten. Als de zorgverlener weg loopt staat de cliënt alsnog op, zet haar melk weg en gaat weer aan tafel zitten.

#### Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei grotendeels** aan deze norm.

Zorgverleners geven cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht. Zo schrikt een cliënt als zij zich opeens herinnert dat ze een afspraak bij de kapper heeft. De cliënt zegt meerdere malen dat het zo dom is dat ze de afspraak vergeten is. De zorgverlener blijft de cliënt geruststellen, de cliënt kalmeert zichtbaar. Ook raken de zorgverleners regelmatig de cliënt aan tijdens het contact. De inspectie ziet dat cliënten hiervan genieten. In een cliëntendossier leest de inspectie dat een cliënt aanraking en aandacht nodig heeft. Deze benadering ziet de inspectie in de praktijk terug.

De inspectie ziet dat de benadering door zorgverleners passend is bij de cliënt. Zo spreken zorgverleners cliënten wisselend aan met voor- of achternaam. Uit navraag blijkt dit op wens van de cliënt te zijn. Deze wens van naamgebruik ziet de inspectie terug in het cliëntendossier. Daarnaast hebben zorgverleners respect voor de normen en waarden van de cliënt. In Insula Dei is een kapel gevestigd. Een gesprekspartner vertelt dat er bijna iedere dag een viering is waar cliënten naar behoefte bij aanwezig zijn. In een cliëntendossier leest de inspectie bij meerdere cliënten terug dat zij het belangrijk vinden om aanwezig te zijn bij een viering in de kapel.

Tegelijkertijd hoort de inspectie dat zorgverleners zich niet altijd bewust zijn van de privacy van cliënten. Te midden van een groep cliënten meldt een zorgverlener voor iedereen hoorbaar dat zij een cliënt nu eerst even naar het toilet gaat brengen. Ook hoort de inspectie een zorgverlener op harde toon over een cliënt zeggen: "nee, geen kaas in zijn buurt zetten, hij mag geen zuivel en als hij het toch op eet hebben we een probleem!". De betreffende cliënt kijkt verwondert op.

### 3.2 Deskundige zorgverlener

#### Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgverleners vullen voor iedere cliënt risico-inventarisaties in. Zij passen de risico-inventarisatie aan aan de actuele omstandigheden. De inspectie ziet dit terug in de ECD's. De inspectie ziet daarbij dat veel geconstateerde risico's geen opvolging krijgen. Wanneer risico's wel in zorgafspraken staan beschreven, ontbreekt een afweging van het risico versus de wensen en behoeften van de cliënt. Ook in de praktijk maken zorgverleners geen weloverwogen professionele afweging. Zo ziet de inspectie in een cliëntendossier dat zorgverleners signalen opmerken van een infectie bij een cliënt. Zorgverleners rapporteren meerdere dagen achter elkaar over de signalen van de infectie. In het cliëntendossier is geen opvolging zichtbaar. Uit navraag blijkt dat de Eerste Verantwoordelijke Verzorgende (hierna: EVV'er) van deze cliënt eerst zelf de signalen bij de cliënt wil zien voordat zij een behandelaar inschakelt. Het is voor de inspectie onduidelijk waarom de EVV'er niet vertrouwt op de signalering van andere zorgverleners.



De inspectie ziet verder dat er verschillen zijn tussen afdelingen in het vastleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen (hierna: VBM). De inspectie hoort en ziet dat zorgverleners VBM's inzet bij wilsbekwame cliënten op de somatische afdeling. De inzet en toestemming van cliënten is echter niet navolgbaar in het ECD. In een cliëntendossier leest de inspectie dat een bewegingssensor is ingezet bij een cliënt per 29 juli 2018. Een zorgverlener vertelt hierover dat de cliënt al een tijd niet meer 's nachts uit bed komt. Volgens de zorgverlener zou de VBM, een bewegingssensor, niet meer nodig zijn. De zorgverleners en behandelaren bespreken de VBM echter niet. Hierdoor blijft de VBM ingezet bij de cliënt.

Daarentegen ziet de inspectie dat VBM's op de PG-afdeling wel navolgbaar zijn vastgelegd. Ook evalueren zorgverleners en behandelaren de ingezette VBM's cyclisch.

#### Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei grotendeels niet** aan deze norm.

Het methodisch werken is onvoldoende navolgbaar in de ECD's. Insula Dei werkt met een zorgleefplan, een zorgkaart en diverse vragenlijsten. Een zorgverlener vertelt dat zij na een multidisciplinair overleg op zes plaatsen het zorgdossier moet aanpassen. Dit maakt dat informatie over de cliënt op verschillende plaatsen in het cliëntendossier te vinden is. Op de somatische afdeling werken zorgverleners daarom met papieren looplijsten. Op deze looplijst staan de appartementnummers en zorghandelingen die moeten plaatsvinden. Het is voor de inspectie niet inzichtelijk of de looplijst overeenkomt met de informatie in het ECD. Ondanks de veelheid aan informatie missen actuele zorgproblemen in het ECD. Zo vertellen zorgverleners over het complexe gedrag van een cliënt, waarover niets in de zorgafspraken omschreven staat.

Zorgdoelen en afspraken zijn vaak weinig concreet. Zo leest de inspectie dat een cliënt "in haar waarde" moet worden gelaten, dat een andere cliënt "onrust" heeft. Wat deze begrippen concreet betekenen is niet uitgewerkt.

Daarnaast ziet de inspectie dat zorgverleners niet altijd zichtbaar opvolging geven aan opdrachten van behandelaren. Zo ziet de inspectie dat een cliënt een risico heeft op overgewicht. In het zorgleefplan is een doel opgenomen voor dit overgewicht. Een arts geeft de opdracht om de cliënt iedere maand te wegen, bij een gewichtstoename van twee kilogram moeten zorgverleners de arts inschakelen. In het cliëntendossier ziet de inspectie slechts twee metingen terug in 2018. Deze twee metingen laten een gewichtstoename van 20 kilogram zien. Het is niet navolgbaar of de arts is ingeschakeld bij deze gewichtstoename. Een andere cliënt krijgt "zo nodig" twee verschillende soorten psychofarmaca. In het ECD ontbreekt een beschrijving over wanneer welke medicatie moet worden ingezet. Het benaderingsplan dat de psycholoog opstelde is drie jaar oud. Zorgverleners rapporteren wisselend op doelen en acties uit het zorgleefplan. In de rapportage ziet de inspectie met name aandacht voor lichamelijke aspecten van de cliënt. Het gedrag en de stemming van de cliënt blijft onderbelicht in de rapportages. Wanneer zorgverleners wel over gedrag rapporteren, leest de inspectie vooral dat het gedrag storend aanwezig is. Een beschrijving van het gedrag of van de benadering die zorgverleners toepasten ontbreekt.

Cliënten hebben wel allen een actueel en actief zorgleefplan. Bij sommige cliënten ziet de inspectie ook terug dat de zorgafspraken passen bij de cliëntbeschrijving. Zo leest de inspectie dat een cliënt vanwege zijn ziektebeeld belang heeft bij een duidelijke dagstructuur. De dagstructuur ziet de inspectie terug in de zorgafspraken. Er wordt evenwel niet op gerapporteerd. Op de somatische afdeling bespreken zorgverleners het zorgleefplan met de cliënt. Als de cliënt tevreden is met het zorgleefplan, tekent de cliënt zelfstandig het zorgleefplan. Op de PG-afdelingen nodigen zorgverleners de eerste contactpersonen uit voor de bespreking.

#### Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en documentinzage komt naar voren dat Insula Dei zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. Gesprekspartners vertellen dat zij meerdere scholingen volgen, zowel op gebied van verpleegtechnische handelingen als doelgroepspecifieke scholing. De zorgaanbieder maakt tijd vrij zodat zorgverleners scholing kunnen volgen. Daarnaast kunnen zorgverleners intern een opleiding volgen. Zo spreekt de inspectie met een zorgverlener die de EVV-scholing net heeft afgerond en met een helpende die de opleiding tot helpende plus heeft gedaan. Managers van Insula Dei houden de bevoegd en bekwaamheden van zorgverleners in het oog. Zij spreken zorgverleners erop aan om benodigde scholingen te volgen en gaan in gesprek met zorgverleners als zij hun bevoegd- en bekwaamheden dreigen te verliezen. In documenten ziet de inspectie overzichten van scholing en inzet van personeel naar aanleiding van audits. Uit dit overzicht komt naar voren dat bijna alle teams de scholing en inzet op orde hebben. Wel geven zorgverleners aan kennis te missen over bepaalde ziektebeelden. De zorgaanbieder heeft hierop "clinics" ontwikkeld, dit zijn korte klinische lessen om de kennis van zorgverleners te vergroten.

Tegelijkertijd heeft Insula Dei moeite om voldoende vaste zorgverleners te krijgen. Het management vertelt een hoog verzuim te kennen en moeilijk vacatures te kunnen vervullen. Zij zetten daarom sinds kort een verzuimcoördinator in. Insula Dei maakt regelmatig gebruik van ZZP'ers die zich minder verbonden voelen met Insula Dei. Insula Dei maakt daarbij de bewuste keuze om zo veel mogelijk vaste zorgverleners in te zetten op de PG-afdelingen. Ook hoort de inspectie van meerdere zorgverleners dat zij een hoge werkdruk hebben.

### 3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

#### Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat het management diverse kwaliteitsinformatie verzamelt maar dit onvoldoende gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Insula Dei heeft een kwaliteitscommissie die de kwaliteit en veiligheid van zorg structureel bewaakt. Insula Dei verricht ieder kwartaal diverse kwaliteitsmetingen en rapporteert daarover in kwaliteitsmanagementrapportages. De resultaten van de rapportages komen grotendeels overeen met de bevindingen van de inspectie. Zo blijkt Insula Dei zelf al te hebben opgemerkt dat het gebruik van risico-inventarisaties en het methodisch werken aandacht behoeft. Opvallend is

echter dat dit in opeenvolgende rapportages (Q4 2018 en Q1 2019) door Insula Dei en nu ook door de inspectie geconstateerd wordt. Insula Dei heeft benodigde verbeteringen schijnbaar in beeld, maar passende verbeteracties hebben tot nu toe ontbroken. In de kwaliteitsrapportages mist dan ook een grondige analyse naar de oorzaken van tekortkomingen. Dit geldt ook voor de registratie en analyse van meldingen incidenten zorg (hierna: MIC). Insula Dei heeft de aantallen en de categorieën meldingen in beeld, maar een analyse naar basisoorzaken ontbreekt. Uit gesprekken en rapportages blijkt dat zorgverleners in de regel ook niets terug horen wanneer zij een MIC-melding gedaan hebben.

#### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei grotendeels** aan deze norm.

Insula Dei richt zich als organisatie op leren en verbeteren. Zo ontwikkelt Insula Dei een leerafdeling op één van de PG-afdelingen. Middels een gestructureerd actieplan bereidt deze afdeling zich voor op de komst van acht leerlingen. Hiervoor zijn zorgverleners op bekwaamheid geselecteerd en bijgeschoold als werkbegeleider. Bij Insula Dei kunnen zorgverleners elkaar aanspreken. Zo ziet de inspectie dat een zorgafpraak niet is nagekomen. Een zorgverlener spreekt daarop haar collega aan, en legt het belang van de zorgafpraak nog eens uit. De inspectie bemerkt binnen alle lagen bij Insula Dei een open en transparante houding. Zorgverleners stellen zich geïnteresseerd op en geven aan te willen leren van de inspectiebevindingen. De raad van bestuur en de raad van toezicht geven in gesprek aan welke onderwerpen verbetering nodig hebben. De raad van toezicht heeft zich de afgelopen periode intensief bezig gehouden met het monitoren van en interveniëren op de kwaliteit en veiligheid bij Insula Dei.

Evenwel komt het in de kwaliteitsrapportage en het kwaliteitsplan geschetste beeld niet overeen met de inspectiebevindingen. De rapportage en het plan beschrijft dat Insula Dei Huize Kohlmann na een roerige periode weer rustig en stabiel is. Uit het gesprek met de nieuwe bestuurder en een afvaardiging van de raad van toezicht blijkt dit niet het geval. De nieuwe bestuurder erkent dat de kwaliteitsrapportage en het kwaliteitsplan op dit punt afwijken van de werkelijkheid. De inspectie ziet tot slot dat zorgverleners (nog) onvoldoende de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Zo kent Insula Dei geen intervisiemomenten. Insula Dei maakt wel deel uit van een lerend netwerk, maar zorgverleners hebben nog geen onderlinge uitwisseling meegemaakt.

### 3.4 Medicatieveiligheid

#### Norm 4.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei** aan deze norm.

Zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. Insula Dei werkt samen met één apotheek. Deze apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken. Ook passen zorgverleners bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan. Zorgverleners beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.

#### Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet Insula Dei** aan deze norm.

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst. De inspectie ziet de ingevulde lijsten in en treft slechts een enkele afwijking in aftekenen. De afwijking kan de zorgverlener vanuit het zorgdossier verklaren. De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt bekwaam uitgevoerd. Zorgverleners kunnen toelichten wie de tweede controle heeft gedaan. De inspectie ziet dat een cliënt tekent voor de tweede controle. Een zorgverlener vertelt hierover dat de cliënt in staat is deze tweede controle uit te voeren. Het uitvoeren van de tweede controle is voor deze cliënt belangrijk om het gevoel van eigen regie te behouden.

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

### Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Veldnormen:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

### Circulaire en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.

## Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Kwaliteitsplan/verslag 2018.
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locatie(s).
- Overzicht fte's/dienstroosters zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie(s).
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van de bezochte locatie(s) van de laatste 12 maanden.
- Overzicht van scholing in afgelopen jaar aan de zorgverleners van de bezochte locaties (s) en de planning voor het lopende jaar.