



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

Rapport naar aanleiding van het inspectie-  
bezoek aan verpleeghuis Houtwijk  
te Den Haag op 3 februari 2010

Den Haag,  
maart, 2010

# Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	3
2	Bevindingen inspectiebezoek .....	5
	Opzet .....	5
2.1	Zorg(behandel)-leefplan.....	5
2.2	Zorginhoudelijke veiligheid.....	7
2.3	Woon- en leefomstandigheden.....	10
2.4	Participatie en sociale redzaamheid .....	10
2.5	Overige onderwerpen .....	11
3	Beschouwing en conclusie .....	14
3.1	Inleiding.....	14
3.2	Beschouwing.....	14
3.3	Conclusie.....	15
4	Te nemen maatregelen .....	16
4.1	Inleiding.....	16
4.2	Plan van aanpak .....	16

## Bijlagen:

1. Overzicht gebruikte documenten
2. Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten
3. Overzicht normen per thema
4. Toelichting op het inspectieoordeel

# 1 Inleiding

Op 3 februari 2010 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een inspectiebezoek gebracht aan verpleeghuis Houtwijk te Den Haag.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij verpleeghuis Houtwijk randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie:

- gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het management, de specialist ouderengeneeskunde (tevens Bopz-arts), zorgmanager, uitvoerende medewerkers en leden van de cliëntenraad;
- zorgplannen ingezien;
- een rondleiding gehad;
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

De methodiek voor dit bezoek is vastgelegd in het 'Tweede Fase Instrument programma ouderenzorg', versie 2008. Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.<sup>1</sup>

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan;
- Zorginhoudelijke veiligheid;
- Woon en leefomstandigheden;
- Participatie en sociale redzaamheid.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Hoe scoort verpleeghuis Houtwijk op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van verpleeghuis Houtwijk in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- Welke maatregelen moet verpleeghuis Houtwijk binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

## Algemeen:

Verpleeghuis Houtwijk is een instelling dat behoort tot de Haagse Wijk- en Woonzorg (een voortzetting van het failliete Meavita) en is gelegen in de wijk Houtwijk op de rand van het stadsdeel Escamp.

De instelling huisvest 180 bewoners, waarvan 60 bewoners een somatische verpleeghuis-indicatie hebben en 30 daarvan zijn opgenomen ter revalidatie. De overige 120 bewoners hebben een indicatie op grond van psychogeriatrische problematiek. Verpleeghuis Houtwijk heeft een Bopz-aanmerking voor de gesloten psychogeriatrische afdelingen.

Elke afdeling bestaat uit twee units van 15 plaatsen en elke unit heeft twee vierpersoonskamers, twee tweepersoonskamers en drie éénpersoonskamers.

Mede aanleiding voor het inspectiebezoek is een melding van de lokale cliëntenraad over onder meer de kwaliteit van zorg en de hygiëne in verpleeghuis Houtwijk.

In oktober 2008 heeft de inspectie reeds een bezoek gebracht aan verpleeghuis Houtwijk in het kader van gefaseerd toezicht. Naar aanleiding van het inspectierapport is een plan van aanpak gemaakt.

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 2

Vanwege het karakter van de melding is gekozen voor een algemeen toezichtbezoek. Het lag in de bedoeling verpleeghuis Houtwijk te bezoeken op 6 januari 2010, maar dit bezoek is meerdere malen uitgesteld vanwege een uitbraak van gastro-enteritis veroorzaakt door een Norovirus. Vlak voor het bezoek op 3 februari 2010 werd geconstateerd dat het Norovirus opnieuw actief was op een van de afdelingen van verpleeghuis Houtwijk. Ditmaal heeft de inspectie gemeend het bezoek wel door te moeten laten gaan met inachtneming van de hygiënemaatregelen en waar nodig het bezoekprogramma aan te passen.

## 2 Bevindingen inspectiebezoek

### Opzet

De inspectie beoordeelt verpleeghuis Houtwijk op vier thema's. Ieder thema bestaat uit een aantal onderwerpen. In dit hoofdstuk geeft de inspectie per onderwerp haar oordeel weer in vier gradaties: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' en 'zeer hoog risico'<sup>2</sup>.

Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

Onderwerpen die niet in het instrument aan bod komen, en naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg binnen uw instelling, benoemt de inspectie in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

### 2.1 Zorg(behandel)-leefplan

onderwerp	oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 Zorg(behandel)/-leefplansystematiek		✓		
2 Individueel zorg(behandel)/-leefplan			✓	

#### toelichting per onderwerp

- 1 - In algemene zin moet worden opgemerkt dat de uitvoerende medewerkers niet/onvoldoende van het protocollenbestand op de hoogte zijn. Dit komt enerzijds omdat de uitvoerende medewerkers er niet van op de hoogte zijn gebracht hoe ze de protocollen digitaal kunnen opzoeken. Anderzijds zijn de medewerkers niet/onvoldoende van het protocollenbestand op de hoogte omdat kennisname van de protocollen in belangrijke mate wordt overgelaten aan het eigen initiatief van de medewerkers.
- In algemene zin moet ook worden opgemerkt dat er kanttekeningen bij het protocollenbestand zijn te maken:
  - Ten eerste beschikt de instelling over een omvangrijke hoeveelheid (stichtingsbrede) protocollen die zijn opgeborgen in drie dikke ordners. Deze constellatie nodigt niet uit energie te steken in de bestudering van de protocollen. Hierbij komt dat een aantal protocollen alleen digitaal op de zogenaamde 'J-schijf' van het stichtingsbrede intranet beschikbaar zijn.
  - Ten tweede zijn deze protocollen in formeel opzicht verouderd. Een groot aantal protocollen dateert van 2007 en zou in 2008 geëvalueerd moeten worden. Evaluatie heeft echter niet plaatsgevonden.
  - De instelling beschikt over protocollen voor het werken met zorgplannen. De zorgplannen komen tot stand in samenspraak met de cliënt of diens (wettelijke) vertegenwoordiger. Met de zorgplannen wordt getracht invulling te geven aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid; woon- en leefomstandigheden; participatie en mentaal welbevinden.

<sup>2</sup> In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

- Omdat de zorgdossiersystematiek onlangs is gewijzigd, hebben de EVV-ers scholing gehad over het werken met zorgplannen/zorgdossiers. Enkele gesprekspartners uit de zorg gaven aan dat de richtlijnen hoe om te gaan met het zorgdossier bestond uit twee A-4'tjes.
- Omdat de protocollaire voorschriften voor het werken met zorgplannen/zorgdossiers onvoldoende bekend dan wel summier zijn, is 'gering risico' gescoord.

- 2
- Alle cliënten beschikken over een zorgplan.
  - De zorgplannen worden bewaard op de verpleegpost van elke afdeling.
  - Tijdens het inspectiebezoek zijn enige zorgdossiers/zorgplannen ingezien. Menig dossier maakt een wat slordige en onoverzichtelijke indruk. Meerdere gesprekspartners uit de zorg en het management waren het met deze constatering eens.
  - Mede vanwege de gehanteerde dossier-systematiek, zijn er kanttekeningen bij de zorgdossiers/zorgplannen te plaatsen. Zonder uitputtend te zijn:
    - in de zorgdossiers/zorgplannen staat niet systematisch vermeld met welke aandoeningen de cliënten te kampen hebben; op een enkele plaats staan de diagnoses onder de kolom (zorg)doelen vermeld;
    - in de zorgplannen staan wel doelen en acties maar geen probleemgebieden vermeld waarop de doelen en acties zouden moeten zijn gebaseerd;
    - de relatie tussen zorgplannen en dagrapportages c.q. in-de-praktijk-ervaren-problematiek is niet altijd optimaal;
    - de rubriek 'evaluatie' van de zorgplannen is niet altijd ingevuld;
    - in één geval was het laatst op schrift vastgelegde zogenaamde CTO (=MDO) van één jaar geleden;
    - voortgangsrapportages van paramedici worden in de dagrapportage vastgelegd, zodat ze vermoedelijk na korte tijd niet meer gevonden en/of gelezen zullen worden;
    - allerlei 'medische' beleidsgegevens (zoals wel of geen reanimatie, wel of geen ziekenhuisopname ) zijn zodanig geformuleerd dat een strikt eenduidige interpretatie van de gegevens niet goed mogelijk is;
    - allerlei formulieren (bijvoorbeeld met betrekking tot de voortgang domeingegevens gedurende het verblijf) die zich in de zorgdossiers bevinden, zijn niet ingevuld;
    - de scorelijsten worden niet altijd even goed bijgehouden;
    - Zogenaamde ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) kaarten worden wisselend gebruikt of onvolledig ingevuld;
    - Een apart medisch dossier is aanwezig. De EVV'er heeft hierin geen inzage. Wel de verpleegkundige uit de avond-, nacht- en weekenddiensten.
  - Het verdient aanbeveling een inhoudelijk deskundige de zorgdossiers bij wijze van steekproef te laten controleren. Daarbij zou met name moeten worden nagegaan: of het zorgdossier volledig is; of er sprake is van een adequaat zorgplan; of er sprake is van een wederzijdse afstemming tussen het zorgplan en de dagrapportage; of de afspraken in het zorgplan daadwerkelijk worden nagekomen.

- In het plan van aanpak dat gemaakt is naar aanleiding van het inspectiebezoek uit oktober 2009 staan acties vermeld om de kwaliteit van de zorgdossiers te verbeteren. Deze acties zouden volgens dit plan van aanpak zijn afgerond in januari 2010. Vanuit het management werd aangegeven dat deze acties nu zijn gepland voor februari 2010, omdat de aandacht is uitgegaan naar de beheersing van de uitbraak van het Norovirus.
- Vanwege het relatief grote aantal onvolkomenheden en slordigheden in de zorgplannen/zorgdossiers is 'hoog risico' genoteerd.

## 2.2 Zorghoudelijke veiligheid

onderwerp	Oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 decubituspreventie en -behandeling			✓	
2 vocht en voeding			✓	
3 valpreventie			✓	
4 infectiepreventie en -behandeling			✓	
5 Diagnostiek en behandeling bij incontinentie			✓	
6 zorg voor cliënten met gedragsproblemen			✓	

### toelichting per onderwerp

- 1 - In de drie eerdergenoemde ordners bevindt zich geen protocol voor decubituspreventie en -behandeling. Deze opmerking geldt voor alle onder 2.3 genoemde onderwerpen.
  - De inspectie is vanwege bezoeken op andere locaties van HWW Zorg ervan op de hoogte dat op het (stichtingsbrede) intranet wel actuele documentatie te vinden is over decubituspreventie en -behandeling. Opvallend is dat medewerkers in de zorg, zijnde VIG'ers met bevoegdheid en bekwaamheid voor een aantal risicovolle handelingen in tegenstelling tot de EVV'ers niet geautoriseerd zijn om gebruik te maken van intranet. Daarnaast zijn meerdere medewerkers uit de zorg niet bekend met het feit dat op intranet een aantal geactualiseerde zorgprotocollen te vinden zijn en niet overeenkomen met de betreffende protocollen uit de mappen.
  - In verpleeghuis Houtwijk is een wondbehandelingsdeskundige aanwezig. Uit de gesprekken blijkt dat deze veelal pas wordt ingeschakeld nadat decubitusproblematiek zich voordoet en onvoldoende betrokken wordt bij preventieve acties.
  - De medewerkers zijn de afgelopen tijd niet geschoold over decubituspreventie en -behandeling. Deze opmerking geldt voor alle onder 2.3 genoemde onderwerpen.
  - In het verleden bestond er een (stichtingsbrede) decubituscommissie. Deze commissie heeft de afgelopen periode niet gefunctioneerd en dit heeft geleid tot discontinuïteit van decubituspreventie en -behandeling. Deze commissie is recent nieuw leven ingeblazen.
  - De resultaten van de meetweek uit het 4<sup>e</sup> kwartaal 2009 zijn nog niet bekend.

- 2 - Stichtingsbreed is er documentatie voorhanden over het onderwerp 'voeding en vocht'. In hoeverre die bekend is bij alle medewerkers in de zorg is niet duidelijk geworden uit de gevoerde gesprekken.
  - De gesprekspartners geven aan dat er in de praktijk wel wordt gelet op de voedingstoestand van de bewoners. Zij worden regelmatig gewogen en in geval van problemen worden de specialist ouderenzorg en de diëtist ingeschakeld. Daarnaast is op reguliere basis een voedingsteamoverleg (VTO), waarin individuele probleemgevallen worden besproken.
  - In de zorgdossiers heeft de inspectie op grond van wat hierboven wordt verteld geen lijsten of andere documentatie aangetroffen, waaruit blijkt dat meerdere cliënten regelmatig worden gewogen en zondig worden besproken in het VTO. De gesprekspartners bevestigen deze bevindingen, namelijk dat er onvoldoende verslaglegging over de voedingstoestand van de bewoners aanwezig is. Dit gegeven brengt de continuïteit van de individuele zorg ten aanzien van de voedingstoestand in gevaar, omdat onvoldoende verslaglegging negatieve gevolgen kan hebben voor latere behandeling of zorg.
  - Door bezuinigingen werd de functie van voedingsassistent in 2009 opgeheven. Vanwege stichtingsbrede protesten van cliëntenraden en medewerkers in de zorg is deze bezuinigingsmaatregel niet doorgevoerd. Een aantal voedingsassistenten waren echter naar elders vertrokken. De in de organisatie gebleven voedingsassistenten letten er op dat bewoners voldoende vocht en voeding krijgen. Het is bij de uitvoerende zorgverleners met wie werd gesproken niet bekend of bij het geven van eten door de mantelzorgers zij de nodige instructies krijgen en er voldoende op worden gewezen dat in geval van slikproblemen er risico's zijn.
  - Het ontbijt wordt op tijd (al dan niet op bed) geserveerd om zo voldoende ruimte tussen de maaltijden te bewerkstelligen. Ook kan de bewoner kiezen uit diverse ingrediënten om zo dagelijks de warme maaltijd samen te stellen, omdat er gebruik wordt gemaakt van de 'meals on wheels' methode.
  
- 3 - Ten aanzien van valpreventie is geen structureel-schriftelijk beleid ontwikkeld.
  - Zoals eerder aangegeven, heeft de afgelopen periode geen scholing over dit onderwerp plaatsgevonden. Er is wel een tilcursus aan de uitvoerende medewerkers gegeven.
  - Er is geen bewegingsprogramma om de mobiliteit van de bewoners in het algemeen te verbeteren. Uit de notulen van de werkgroep valpreventie van oktober 2008 blijkt dat een idee om een valpreventieproject te starten wel geopperd is.
  - Het is uit de zorgdossiers niet gebleken dat systematisch bij opname van iedere cliënt het valrisico in kaart wordt gebracht.
  
- 4 - Bij het bezoek aan een andere locatie van HWW Zorg begin januari 2010 werden er zorgen geuit over het min of meer slapend bestaan van de Commissie Infectie Preventie (CIP) en het stagnatie van kennisoverdracht van de commissie richting de vertrokken zorgcoördinatoren. Het is de inspectie duidelijk geworden dat de CIP inmiddels weer actief is. Het probleem blijft echter dat de kennisoverdracht naar het decentrale niveau op dit moment niet geborgd is.



- De inspectie maakt zich zorgen over het hygiënepeil van verpleeghuis Houtwijk. Zowel cliëntenraad, als medewerkers in de zorg en het lokale management geven meerdere signalen af over onvoldoende hygiëne sinds de reorganisatie van de facilitaire dienst. Een voorbeeld hiervan is dat EVV'ers, nu er een uitbraak is vastgesteld van het Norovirus, zelf noodgedwongen meerdere malen per dag de toiletten schoonmaken, omdat vereiste frequentere schoonmaak van het sanitair op een psychogeriatrische afdeling niet gebeurt.
- 5
- In verpleeghuis Houtwijk werd ten tijde van het bezoek in oktober 2008 serieuze aandacht voor het onderwerp incontinentie geconstateerd. De arts beoordeelde of er geen achterliggende medische oorzaak was voor incontinentie. Men had de beschikking over een concept protocol incontinentie. Omdat het beleid op basis van het protocol nog niet geïmplementeerd was ten tijde van het bezoek van 2008 scoorde dit onderwerp als een 'gering risico'. Inmiddels is er geen voortgang te bespeuren en is ten aanzien van diagnostiek en behandeling van incontinentie nog geen definitief vastgesteld structureel (schriftelijk) beleid.
  - Ook is niet duidelijk geworden of er door iedere verzorgende voldoende aandacht wordt besteed aan diagnostiek en preventie van incontinentie, juist omdat de medewerkers in de zorg niet bekend zijn met een protocol en ook niet geschoold zijn over dit onderwerp.
- 6
- Ten aanzien van diagnostiek en behandeling van gedragsproblemen is geen structureel-schriftelijk beleid ontwikkeld.
  - Ook is niet duidelijk geworden of voldoende aandacht wordt besteed aan diagnostiek en preventie van gedragsproblemen.
  - Er is een concept-protocol over agressie.
  - Bij gedragsproblemen van een (psychogeriatrische) verpleeghuisbewoner wordt de specialist ouderengeneeskunde en zonedig de psycholoog geconsulteerd.
  - Tijdens één van de gesprekken wordt naar voren gebracht dat er sprake is van uiteenlopende benaderingswijzen door medewerkers in de zorg bij cliënten met gedragsproblematiek en dat dit gebeurt ondanks de omgangsadviezen van de psycholoog. Deze handelwijze creëert een onsamenhangend beeld en leidt niet tot positieve behandelresultaten.
- Op alle zorgonderwerpen is in vervolg op de 'geringe risico's' in het rapport van de inspectiebezoek van oktober 2009 nu 'hoog risico' genoteerd vanwege:
- het ontbreken van structurele scholing voor de uitvoerende zorgverleners sinds één à twee jaar en het feit dat deze situatie tot nu toe niet veranderd is. Tijdens de gevoerde gesprekken kwam naar voren dat hier wel behoefte aan is;
  - de wisselende bekendheid van de uitvoerende medewerkers met de protocollaire voorschriften;
  - de daardoor wisselende uitvoering van de zorgverlening;
  - het ontbreken van toezicht door een functionaris op de uitvoering van de dagelijkse zorg;
  - de omstandigheid dat er per onderwerp in nog andere redenen zijn om hoog risico te scoren (zie hiervoor de separate teksten).

### 2.3 Woon- en leefomstandigheden

onderwerp	Oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 Woon/leefklimaat			✓	

#### toelichting per onderwerp

- 1 - Het gebouw van verpleeghuis Houtwijk stamt uit 1985. Er zijn meerdere vier- en tweepersoonskamers. Het ligt in de bedoeling om in de loop van 2010 het gebouw te renoveren en één- en tweepersoonsappartementen te realiseren. Dit betekent een reductie van het aantal bedden. De vraag is echter of dit voor-nemen onder de huidige moeilijke omstandigheden gerealiseerd kan worden. Zolang de nieuwbouw niet gerealiseerd is, is de privacy voor de bewoners onvoldoende, ondanks het feit dat er aparte kamers zijn voor de ontvangst van familie en kennissen. Tijdens de rondgang op één van de afdelingen constateerde de inspectie dat een dergelijke kamer ook als rookkamer wordt gebruikt. Dit zal voor een aantal bewoners en familie niet uitnodigend werken.
- de inspectie scoort op grond van voorafgaande in de bovenstaande matrix op 'hoog risico'

### 2.4 Participatie en sociale redzaamheid

onderwerp	Oordeel			
	<i>geen risico</i>	<i>gering risico</i>	<i>hoog risico</i>	<i>zeer hoog risico</i>
1 Participatie en sociale redzaamheid			✓	

#### toelichting per onderwerp

- 1 - De inspectie heeft uitvoerig gesproken met vertegenwoordigers van de lokale cliëntenraad over vele onderwerpen. De cliëntenraad toonde zich in het algemeen positief over de inspanningen en toewijding van de medewerkers in de zorg en de stadsdeelmanager. Wel zijn er een klein aantal medewerkers in de zorg die volgens de cliëntenraad gewezen moeten worden op hun discutabele bejegening richting bewoners. Een aantal voorbeelden hiervan worden gegeven. De drempel voor bewoner en/of vertegenwoordiger om hierover iets te zeggen verschilt per geval, omdat er ook angst is voor represailles.
- Er zijn nog steeds vele punten van kritiek, zoals deze door de cliëntenraad in een brief in 2009 aan de inspectie reeds kenbaar waren gemaakt. De kritische houding van de cliëntenraad richt zich met name op de inspraak op het gebied van (centrale) beleidszaken, het woon- en leefklimaat, de kwantiteit en kwaliteit van de verzorgenden, het gebrek aan aansturing van de verzorgenden sinds de laatste reorganisatie, de hygiëne in de zorginstelling, het activiteitenaanbod en het toezicht op de psychogeriatrische afdelingen.

- Het voornemen van het centrale management om tot een centrale cliënten-raad te komen is volgens de cliëntenraad van verpleeghuis Houtwijk nog niet geconcretiseerd.
- In verpleeghuis Houtwijk zijn zes fte's voor de activiteitenbegeleiding begroot. Men wil namelijk op een belevingsgerichte wijze voldoen aan de vraag naar welzijnsactiviteiten. Op dit moment zijn drie fte's daadwerkelijk ingevuld en is sprake van aanbodgerichte activiteiten.
- In meerdere zorgdossiers wordt summier aandacht besteed aan de wensen en behoeften van de bewoners. Uit de gevoerde gesprekken is de inspectie duidelijk geworden dat zowel het management als medewerkers in de zorg van mening zijn, dat verbeteracties noodzakelijk zijn om de activiteitenaanbod vraaggericht te maken en meer te focussen op de individuele behoefte van de bewoners. In het plan van aanpak staat vermeld dat een nieuw beleid hiervoor nog moet worden vastgesteld. Een concreet voorbeeld van de goede intenties betreft de aanstelling van een voormalige zorgcoördinator tot hoofd van de activiteitenbegeleiding en coördinator van de vrijwilligers om alvast aan de slag te gaan met de noodzakelijke veranderingen.
- De inspectie scoort op dit onderwerp 'hoog risico', omdat het huidige aanbod aan activiteiten op dit moment nog onvoldoende afgestemd op de wensen en behoeften van de bewoners. Daarnaast heeft de inspectie twijfels over de communicatie tussen het (centrale) management en de cliëntenraad. Zij dringt aan om de relatie te herstellen en op een positieve manier samen te werken.

## 2.5 Overige onderwerpen

onderwerp	Oordeel
1 Medicatieveiligheid	Er is sprake van verhoogd risico op onverantwoorde zorg
2 MIC-procedure	Niet geheel voldoende
3 Veiligheid pg bewoners	'gering risico'
4 Bopz uitvoering	Reguliere scholing onvoldoende
5 Voldoende en bekwaam personeel	Zorgelijke situatie met risico's in de dagelijkse zorg.

### toelichting per onderwerp

- 1 Er wordt gebruik gemaakt van een medicatiedistributiesysteem waarbij gebruik gemaakt wordt van een Cardexkaart met geschreven medicatieopdrachten. Dit komt de overzichtelijkheid niet ten goede. Tijdens de rondgang door de instelling trof de inspectie medicijnverpakkingen aan die niet voorzien waren van een wettelijk vereist etiket waarop ondermeer de naam van de bewoner en de gebruiksaanwijzing staan vermeld. Bovendien lagen er in een koelkast een tweetal flesjes met oogdruppels. Op ieder flesje stond alleen de naam van de bewoner. De openingsdata stonden niet vermeld. De verloopdata waren aangegeven, namelijk 10-2009. In één geval bleek de bewoner reeds te zijn overleden. In een laatje dat bestemd was om medicijnen te retourneren trof de inspectie pennen en andere voorwerpen aan.

De inspectie dringt aan op een spoedige evaluatie van het medicatiedistributiesysteem met minimaal de noodzakelijke verbeteracties ten aanzien van de herkenbaarheid/identificatie en de voorraadbewaking van medicijnen.

- 2 De instelling beschikt over een MIC-procedure. Bij deze procedure is een aantal kanttekeningen te plaatsen:
  - De medewerkers waarmee de inspectie sprak waren niet op de hoogte van de inhoud van het MIC-reglement. Daardoor zullen ze vermoedelijk niet weten dat de MIC-procedure met geheimhoudingsregels is omgeven. Deze situatie kan een nadelige invloed hebben op de meldingsbereidheid. Daarnaast gaven ze aan dat ondanks het verzoek tot individuele terugkoppeling door de MIC-commissie dat in vele jaren niet was gebeurd.
  - In feite worden de geheimhoudingsregels niet geheel nagekomen omdat de medewerkers hun MIC-meldingen eerst aan de leidinggevende (moeten) voorleggen voordat ze naar de MIC-commissie worden doorgestuurd.
  - Eén of meer leidinggevendenden met arbeidsrechtelijke bevoegdheden maken deel uit van de MIC-commissie. Deze omstandigheid en de situatie dat de medewerkers de meldingen eerst aan de leidinggevende voorleggen, kunnen eveneens een nadelige invloed op de meldingsbereidheid hebben. Als een medewerker bijvoorbeeld een moeizame relatie heeft met de leidinggevende, bestaat het risico dat een (bijna-)incident niet wordt gemeld.
  
- 3 - Tijdens de rondgang door de instelling werden enige potentieel-risicovolle situaties waargenomen:
  - op een van de afdelingen voor psychogeriatrische bewoners bevond zich in de keuken een kast met laden. In één van de laden lagen scherpe messen voor het grijpen, hetgeen gevaarlijke situaties kan opleveren.
  - in een aantal kamers waren de matrassen op de bedden enigermate te klein; bij één tillift ontbraken de tilinstructies.
  - Vanwege de genoemde punten is 'gering risico' genoteerd.
  
- 4 - De inspectie heeft gesproken met de Bopz-arts, die minder dan een half jaar werkzaam is in deze organisatie. Reeds bij het bezoek aan de 'Bopz-aangemerkte' locatie verpleeghuis De Eshoeve begin januari 2010 wees de inspectie er op dat er geen waarnemingsregeling was. In geval van ziekte of vakantie moet een andere arts de Bopz-taken in volle omvang en met volle eindverantwoordelijkheid kunnen overnemen. Dit was nog niet geregeld. Aan het eind van het bezoek aan verpleeghuis Houtwijk is de inspectie meegedeeld dat er deze dag een waarnemend Bopz-arts is benoemd.
  - Een van de EVV'ers die al tweeënhalf jaar werkzaam is op de 'Bopz-aangemerkte' afdeling heeft geen scholing gehad over de uitvoering van de Wet Bopz.
  - De inspectie bereikte het signaal dat een vrijheidsbeperkende maatregel niet besproken was met de vertegenwoordiger van een psychogeriatrische bewoner.
  - De inspectie wijst er met nadruk op dat het management zou moeten nagaan voor wie dat nog meer geldt en op zeer korte termijn de scholing moet plannen voor betreffende medewerker(s).

- 5 - Er zijn op dit moment 15 vacatures voor de zorg. Het ziekteverzuim bedraagt 10%. Er moet daarom vaak gebruik worden gemaakt van flexpoolers of uitzendkrachten. Gemiddeld heeft één EVV'er de verantwoordelijkheid voor 15 bewoners. Dit betekent, kijkend naar het landelijke cijfers (ongeveer één EVV'er op zes-acht bewoners), een te hoge 'span of control' met risico's op fouten in de zorg. Door een aantal medewerkers in de zorg wordt aangegeven dat dienstlijsten laat worden aangeleverd waardoor er spanningen ontstaan tussen werk en privésituatie.
- 's Avonds en 's nachts is één VIG'er werkzaam op 30 bewoners. Deze functionaris kan daarbij wel een beroep doen op een omloopverzorgende of het verpleegkundig avond- en nachthoofd. Ook is er overdag een verpleegkundige, die overal inzetbaar is. De zorgzwaarte en de ervaren werkdruk kan sterk wisselen en is afhankelijk van de populatie (van revalidant tot totale zorgafhankelijke psychogeriatrische bewoner) en de personele bezetting. Zoals eerder aangegeven is er de afgelopen anderhalf tot twee jaar niet of nauwelijks geschoold op het gebied van de zorgonderwerpen terwijl daar wel behoefte aan is. Wel worden medewerkers regulier getraind en getoetst in de risicovolle handelingen. Een praktijkbegeleider hield volgens de gesprekspartners bij wie hiervoor in aanmerking kwam. Sinds het vertrek van deze functionaris houden de medewerkers in de zorg dat zelf bij en bestaat de kans dat ze vergeten zich in bepaalde handelingen opnieuw te laten trainen en toetsen. De inspectie vraagt hier aandacht voor.
- Meerdere gesprekspartners ervaren een te grote afstand tussen de huidige zorgmanagers en de medewerkers in de zorg. Voorheen waren er (de wegbezuinigde) zorgcoördinatoren werkzaam, die dicht bij de 'werkvloer' stonden. Deze functionarissen hadden een sturende en controlerende taak. Een en ander vereist een andere invulling van het EVV'er-schap. Er zou een nieuwe taakfunctieomschrijving komen voor de EVV'er nieuwe stijl. Tot nu toe is dat nog niet gebeurd. Dit veroorzaakt onzekerheid bij de betreffende EVV'ers en hiaten in sturing en toezicht op de dagelijkse werkzaamheden in de zorg.
- De inspectie is van mening dat er zowel kwantitatief als kwalitatief sprake is van een zorgelijke situatie met risico's in de dagelijkse zorg voor de bewoners.

## 3 Beschouwing en conclusie

### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de inspectie op vier thema's oordeelt over verpleeghuis Houtwijk. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

### 3.2 Beschouwing

#### 3.2.1 De kwaliteit van de zorgverlening voldoet niet aan de normen voor verantwoorde zorg

Uit het rapport van het bezoek aan verpleeghuis Houtwijk in oktober 2008 blijkt dat de inspectie op dat moment een redelijk positieve indruk had gekregen van het reilen van verpleeghuis Houtwijk. Wel gaf de inspectie aan dat de ontwikkelingen gevolgd zouden worden, omdat tussen het bezoek en de definitieve rapportage van dit inspectiebezoek de Stichting Meavita failliet was gegaan.

De woonzorgcentra en verpleeghuizen hebben nadien een doorstart gemaakt en zijn ondergebracht onder de Stichting Haagse Wijk- en WoonZorg (HWW Zorg).

Ditmaal valt het oordeel van de inspectie negatiever uit. Dat geldt overigens niet voor de meeste medewerkers en het lokale management. De inspectie spreekt haar waardering uit voor de openheid en motivatie waarmee zij de problemen tegemoet treden en voor de wijze waarop zij hun energie willen steken in de noodzakelijke diverse verbeteracties ten einde de zorgkwaliteit te verbeteren.

De inspectie is met de kennis van nu bezorgd over het niveau van de huidige zorgkwaliteit, hetgeen zich vertaalt in de vele hoge risico's. De organisatie heeft met zodanige structurele tekortkomingen te kampen dat de kwaliteit van zorgverlening niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg.

De redenen voor de structurele tekortkomingen zullen in hoofdzaak in verband gebracht moeten worden met de veelvuldige reorganisatie-perikelen (fusies, ontvechtingen, faillissement, interne reorganisaties, het vertrek van sleutelfiguren, e.d.) van de afgelopen periode.

Zo is per 1 september 2009 de functie van zorgcoördinator opgeheven. Voor deze functie zijn zorgmanagers in de plaats gekomen. Hun 'span of control' is aanmerkelijk groter dan die van de zorgcoördinatoren. Op dit moment heeft elke EVV'er de verantwoording voor 15 bewoners en dat is volgens de inspectie een onverantwoorde situatie met risico's voor de veiligheid in de zorg. Over de vraag of deze ingrijpende organisatieverandering een juiste beslissing is geweest, zijn de meningen enigermate verdeeld. Zeker lijkt wel dat de snelle invoering van deze organisatorische wijziging grote lacunes in de aansturing van de daadwerkelijke zorgverlening heeft teweeggebracht. In allerlei opzichten (zorg-inhoudelijke deskundigheid, coördinatie, communicatie, sturing, coaching en slagvaardigheid) zijn er hiaten ontstaan die de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar hebben gebracht. Het is immers niet verantwoord een essentiële schakel uit de keten te verwijderen zonder compensatiemaatregelen.

Tijdens dit bezoek werd gemeld dat het concept jaarplan 2010 van HWW Zorg is vastgesteld. Dit jaarplan vormt een strategisch en beleidsraamwerk voor de toekomst, maar moet op menig onderdeel nog in concrete acties worden omgezet. In dit kader wordt door velen binnen HWW Zorg met spanning gekeken naar de vervulling van de vacature van de directeur zorg.

### 3.2.2 Interne communicatie moet verbeterd worden

Tijdens het inspectiebezoek is de indruk ontstaan dat ondanks de nodige inspanningen van het management (via intranet, nieuwsbrieven en personeelsbijeenkomsten) het tamelijk frequent voorkomt dat medewerkers van bepaalde zaken niet op de hoogte zijn, die ze wel zouden moeten weten. In dit kader moet ook de relatie van het management met de cliëntenraad extra aandacht krijgen.

Het lijkt erop dat de stichtingsbrede communicatie niet goed verloopt. Het verdient derhalve overweging goed na te denken over de inrichting van de communicatie en een communicatieplan op te stellen.

### 3.2.3 Verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening vereist intensieve aandacht

Tijdens het inspectiebezoek kwam een aantal onderwerpen aan de orde dat aandacht behoeft. In tamelijk willekeurige volgorde en niet uitputtend:

- Zorgplannen;
- Zorgdossiers;
- Protocollen;
- Aansturing;
- Communicatie;
- Zorginhoudelijke deskundigheidsbevordering;
- Hygiëne;
- Kwantiteit personeel;
- Veiligheidsaspecten matrassen/bedden en huiskamer psychogeriatrische cliënten;
- Formalisering dagbesteding;
- MIC-procedure;
- Kennis over uitvoering Wet Bopz.

## 3.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing concludeert de inspectie dat binnen verpleeghuis Houtwijk er randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. De inspectie is van mening dat de optelsom van de hoge risico's leidt tot zeer hoge risico's voor de bewoners, die verblijven op deze door de inspectie bezochte locatie. Om de hoge risico's op korte termijn te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 4 staan de te nemen maatregelen

## 4 Te nemen maatregelen

### 4.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken heeft de inspectie haar oordeel gegeven per onderwerp en een beschouwing over het geheel. Dat alles overziende geeft de inspectie in dit hoofdstuk aan wat zij van u verwacht.

### 4.2 Plan van aanpak

- De inspectie verwacht van de Raad van Bestuur van HWW Zorg binnen vier weken een plan van aanpak voor de onderwerpen waar een oordeel in de categorie 'hoog' wordt gegeven.
- De inspectie ontvangt, nadat het plan van aanpak binnen twee weken is beoordeeld en goedgekeurd door de inspectie, een maandelijks voortgangsrapportage van dit plan van aanpak.
- De inspectie zal na vaststelling van het plan van aanpak mogelijk een onaangekondigd bezoek afleggen aan deze locatie.

In een plan van aanpak staat in elk geval per onderwerp helder omschreven:

- welk risico u gaat aanpakken;
- welke resultaten u wilt bereiken (doel, beoogde effecten);
- wat hiervoor nodig is (activiteiten);
- hoe u gaat implementeren;
- hoe u de resultaten gaat monitoren;
- wie waarvoor verantwoordelijk is, met specifiek aandacht voor lokale en centrale toedeling;
- wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Tenslotte wijst de inspectie erop, dat indien binnen drie maanden geen forse vooruitgang zichtbaar is en de hoge risico's persisteren, zij verdere noodzakelijke stappen zal nemen.



# BIJLAGE 1

## Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport.

De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Haagse Wijk- en WoonZorg. Een wijkgericht bedrijf (2009);
- Jaarplan 2010, tweede conceptversie 24 januari 2010;
- Jaarverslag 2009, Commissie Infectie Preventie;
- Stappenplan probleemgedrag, versie 2009;
- Documentatie 'eten en drinken' in Meavita woonzorgcentra, conceptstatus;
- Klappers met diverse protocollen waaronder beschrijving maatregelen tav preventie van en omgang met agressief gedrag uit 2007, protocol depressie concept januari 2010, protocol decubituspreventie januari 2006;
- Planning bij- nascholing HWWZorg 2009;
- Gedragscode Meavita woonzorg;
- Norovirus draaiboek, 17-04-2009;
- Noro Bulletin Houtwijk, maandag 1 februari 2010;
- Opzet kwaliteitsverbeterende projecten, ongedateerd, ongesigneerd;
- Verblijf in verpleeghuis Houtwijk;
- Overzicht [www.Kiesbeter.nl](http://www.Kiesbeter.nl) update 21-juli 2009 verpleeghuis Houtwijk.

## BIJLAGE 2

### Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

#### *Wetgeving:*

- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

#### *Veldnormen en rapporten:*

- *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007*
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005*
- *Richtlijn decubitus 2<sup>de</sup> herziening, CBO 2002*
- *Samenwerking en logistiek rond decubitus, Tripartiete multidisciplinaire richtlijn, Solade 2003 (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)*
- *Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004*
- *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001*
- *De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006*
- *Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001*
- *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken, IGZ 2005*
- *Richtlijn probleemgedrag met herzien medicatieparagraaf, NVVA, 2008*
- *Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij dementie, Radboud en ZON-MW, 2008*

## BIJLAGE 3

### Overzicht normen per thema

#### 1. Zorg(behandel)-/leefplan

##### norm

Ieder cliënt heeft een zorg(behandel)-/leefplan dat:

- in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand is gekomen en zichtbaar de instemming heeft van de cliënt;
- invulling geeft aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden;
- een beeld geeft van de gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen;
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip;
- zichtbaar in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld (ook vaker voor revalidanten);
- duidelijk elke eventuele wijziging vermeldt.

Aanwijsbaar is dat:

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op zo'n manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren.

Voor Bopz-aangemerkte instellingen of afdelingen/units moeten de zorg(behandel)-/leefplannen voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

#### 2. Zorginhoudelijke veiligheid

##### norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering.

Adequate gezondheidsbescherming en -bevordering houdt in dat er sprake is van:

- tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
- een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:
  - decubituspreventie en -behandeling;
  - adequate verzorging inzake vocht- en voedselvoorziening;
  - valpreventie;
  - verantwoord medicijngebruik;
  - preventie en behandeling van infecties;
  - minimale vrijheidsbeperkende maatregelen;
  - passende aandacht en adequate zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijn;
  - passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden;
  - snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen (zie verder veiligheid wonen/verblijf).

Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: decubitus, vocht en voedsel, valpreventie, farmaceutische zorg en toiletgang en incontinentie.

Per onderwerp worden landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde richtlijnen gebruikt:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 1 | decubituspreventie en<br>-behandeling                       | - | Decubitus, tweede herziening, CBO 2002<br>- Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003; Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)   |
| 2 | adequate verzorging<br>van vocht en voeding                 | - | Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en voedingvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001<br>- De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin in eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006<br>- Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001 |
| 3 | valpreventie  | - | Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004<br>- Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004   |
| 5 | adequate diagnostiek<br>en behandeling bij<br>incontinentie | - | Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006  |
| 6 | zorg voor cliënten met<br>gedragsproblemen                  | - | Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002  |

### 3. Woon- en leefomstandigheden

#### norm

De cliënt mag rekenen op woonruimte waarin deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is.

Opdat de cliënt zich thuis voelt is er sprake van:

- een woon/leefklimaat dat de eigen levenssfeer en leefpatronen van de cliënt respecteert en actief ondersteunt;
- schone en comfortabele woonruimte;
- woonruimte die privacy biedt en de mogelijkheden tot het creëren van een eigen sfeer.

#### 4. Participatie en sociale redzaamheid

##### norm

In het kader van de participatie is er sprake van:

- een woon-/leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact, en het ondernemen van activiteiten. Dat betekent dat er een aanbod is van (op beweging gerichte) activiteiten, passende hulp bij mobiliteit; dat er een ontspanningsaanbod is en mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, hobby's en het sociale leven van de cliënt; dat er een klimaat heerst van gastvrijheid, en faciliteiten die uitnodigend zijn voor verwanten, bezoekers en buurtbewoners, en voor het onderhouden van contact; en dat humor en menselijke warmte voelbaar zijn.
- ondersteuning bij het zoeken/vinden en gebruik maken van eigen dagbestedingsmogelijkheden.

De cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving.

##### bronnen

- Visiedocument: Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: Arcare, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005.
- Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, Een operationalisatie van het Visiedocument op weg naar normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, november 2005.
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, oktober 2007.

## BIJLAGE 4

### Toelichting op het inspectieoordeel

oordeel	definitie	mogelijke consequenties	acties	noot
zeer hoog risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheidsschade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname.	Een patroon van (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als hoog risico beoordeeld worden, kan als zeer hoog risico beoordeeld worden.
hoog risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor de cliënt is reëel of heeft al plaatsgevonden.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is op korte termijn nodig. Inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie volgt, stelt inspectie verscherpt toezicht in.	Een patroon van (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als gering risico beoordeeld worden, kan als hoog risico beoordeeld worden.
gering risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor de cliënt.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. Deze geeft de verbetering aan in een plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.	Veel kleine opmerkingen die ieder apart als 'geen risico' beoordeeld worden, kunnen samen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als gering risico beoordeeld worden.
geen risico	De inspectie constateert geen (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.	Geen actie nodig.	Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.