

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

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



**Rapport naar aanleiding van het Algemeen  
Toezichtbezoek aan de Stichting Winnersway  
Verslavingszorg te Leiden op 9 en 16 april 2009**

Den Haag, april 2009

# Inhoudsopgave

|          |   |           |  |
|----------|---|-----------|--|
| <b>1</b> | <b>Inleiding</b>  | <b>3</b>  |  |
| <b>2</b> | <b>Resultaten inspectiebezoek</b>   | <b>5</b>  |  |
| 2.1      | Inleiding   | 5         |  |
| 2.2      | Zorg(verlenings)proces  | 7         |  |
| 2.3      | Kwaliteit   | 8         |  |
| 2.4      | Personeel   | 9         |  |
| 2.5      | Cliëntgerichtheid   | 10        |  |
| 2.6      | Veiligheid  | 11        |  |
| 2.7      | Toegankelijkheid  | 12        |  |
| <b>3</b> | <b>Beschouwing en conclusies</b>  | <b>13</b> |  |
| 3.1      | Inleiding   | 13        |  |
| 3.2      | Basisvoorwaarden voor verantwoorde zorg nog onvoldoende aanwezig            | 13        |  |
| 3.3      | Bepaalde zorgaanbod niet afgestemd op doelgroep                             | 13        |  |
| 3.4      | Programma voor cliënten van Winnersway heeft verplicht religieus karakter   | 13        |  |
| 3.5      | De grondrechten van de cliënten worden teveel ingeperkt                     | 14        |  |
| 3.6      | Voortzetting van Winnersway in de huidige vorm is niet verantwoord          | 14        |  |
| <b>4</b> | <b>Maatregelen</b>  | <b>15</b> |  |
| 4.1      | Inleiding   | 15        |  |
| 4.2      | Direct genomen maatregelen  | 15        |  |
| 4.3      | Te nemen maatregelen  | 15        |  |
| 4.4      | Actief inspectietoezicht blijft.  | 16        |  |
|          | <b>Bijlage 1: Algemeen toetsingskader nieuwe aanbieders verslavingszorg</b> | <b>17</b> |  |

# 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 9 en 16 april 2009 bezoeken gebracht aan de Stichting Winnersway Verslavingszorg (verder aangeduid als Winnersway) te Leiden. Tevens is gesproken met één van de huisartsen, die huisartsenzorg levert aan de cliënten van Winnersway en er is informatie ingewonnen bij enkele andere zorgverlenende instellingen.

Het bezoek is afgelegd mede naar aanleiding van meldingen, die bij de inspectie zijn binnengekomen en berichten in de media. Het bezoek had tot een tweeledig doel. Ten eerste het doel om te bepalen of er sprake was van eventuele onaanvaardbare risico's voor cliënten. Het tweede doel betrof het in kaart brengen van de kwaliteit van zorg van Winnersway, omdat Winnersway een recent AWBZ-toegelaten instelling is, die eerder niet is bezocht door de inspectie.

Bij het bezoek is gebruik gemaakt van het bezoekinstrument en het toetsingskader dat eerder is ontwikkeld ten behoeve van het landelijk thematisch onderzoek naar niet-reguliere zorgaanbieders binnen de verslavingszorg in het najaar van 2008.

Tijdens het toezichtbezoek heeft de inspectie zich gericht op zes zorgaspecten, die elk een aantal toetsingseenheden omvatten:

- A. Zorg(verlenings)proces
  - 1. *Intakeprocedure*
  - 2. Zorgdossiers
  - 3. Behandelplan
  - 4. Multidisciplinaire samenwerking
  - 5. Nazorg
  - 6. *Samenwerking ketenpartners: huisartsen en ziekenhuizen*
  - 7. *Samenwerking ketenpartners: reguliere GGZ*
  - 8. Samenwerking ketenpartners:  
politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woningbouwverenigingen
  - 9. Lid branche-organisatie
- B. Kwaliteit
  - 1. Kwaliteitscyclus zorgproces
  - 2. Inzicht in effectiviteit (op beleidsniveau)
- C. Personeel
  - 1. Deskundigheid, kennis en scholing personeel
  - 2. Geformaliseerde taak-/functieomschrijvingen
  - 3. Geformaliseerde verantwoordelijkheidsverdeling
  - 4. Personeelscapaciteit
  - 5. Beleid ziekteverzuim
- D. Cliëntgerichtheid
  - 1. *Informatieverstrekking aan cliënten; informed consent*
  - 2. Bejegening
  - 3. Cliënttevredenheid
  - 4. Effectiviteit behandelingen (op cliëntniveau)
  - 5. Klachtenbeleid
  - 6. Medezeggenschap
- E. Veiligheid
  - 1. Beleid calamiteiten, incidenten en (bijna-)fouten
  - 2. Risicogericht werken

3. *Contra-indicaties*
  4. Beleid medicatie
  5. Co-morbiditeit
  6. Protocollen
  7. Voorbehouden handelingen
  8. Privacy cliënten
- F. Toegankelijkheid
1. Bereikbaarheid
  2. Wachtijd, continuïteit en doorstroming
  3. Huisvesting

Het bovenvermelde raamwerk is uitgewerkt in een toetsingskader (zie bijlage 1). De inspectie beoordeelt de zorgaspecten en toetsingseenheden aan de hand van het toetsingskader, waarbij de vigerende wet- en regelgeving en veld- en beroepsnormen het uitgangspunt vormen.

De toetsingseenheden die cursief zijn weergegeven, zijn de meest zwaarwegende voorwaarden voor verantwoorde zorg binnen een “niet-behandelsetting”. Sommige nieuw toegelaten organisaties voor verslavingszorg richten zich op behandeling, terwijl andere (zoals de organisatie in deze rapportage) geen behandeling, maar andersoortige hulpverlening bieden, bijvoorbeeld coaching of begeleiding. Bepaalde toetsingseenheden kunnen dan beperkt of niet van toepassing zijn. Dit is afhankelijk van het aanbod van de organisaties die niet behandelen.

Winnersway is toegelaten voor de functies begeleiding, persoonlijke verzorging en verblijf voor verzekerden met een psychiatrische aandoening, specificatie verslaafden. Omdat cliënten voor 24-uurs verblijf worden opgenomen zijn min of meer alle voorwaarden van toepassingen op Winnersway. Omdat er geen AWBZ-toelating is voor behandeling, weegt het extra zwaar dat de intakeprocedure ‘feilloos’ is (geen ‘te complexe cliëntgroepen opnemen; bij intake selecteren), dat de verwijsrelaties met reguliere behandelinstellingen optimaal is (zodat eventueel tijdens het verblijf optredende complexe problematiek direct doorgeleid kan worden), dat de cliënt extra goed geïnformeerd is over de beperkingen van de begeleidende instellingen en dat men zich bewust is van contra-indicaties (te complexe patiëntgroepen niet opnemen) voor het verstrekken van begeleiding.

In dit rapport leest u de resultaten van de bezoeken, weergegeven in een score per toetsingseenheid met een bijbehorende toelichting, gevolgd door een algemene beschouwing over de aangetroffen meest zwaarwegende voorwaarden van verantwoorde zorg in een setting waarin geen behandeling wordt geboden en de verbeterpunten op alle overige voorwaarden.

Achtereenvolgens komt in dit rapport aan de orde:

- Beoordeling door de inspectie van de kwaliteit van zorg binnen Winnersway op de zes zorgaspecten (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van zorg van Winnersway (hoofdstuk 3);
- Maatregelen en acties ter verbetering (hoofdstuk 4).

## 2 Resultaten inspectiebezoek

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe de inspectie de kwaliteit van zorg binnen Winnersway beoordeelt op basis van de haar beschikbare informatie. Per paragraaf komt één zorgaspect aan bod. De toetsingseenheden binnen de zorgaspecten worden afwezig, aanwezig, operationeel of geborgd [en eventueel niet van toepassing] gescoord.

De scores zijn gebaseerd op gesprekken met de directeur en het managementteam, begeleiders en cliënten. De locaties Turkooislaan en Lammenschansweg zijn beide bezocht. Op de laatstgenoemde locatie verbleven tijdens het bezoek geen cliënten. Tijdens de bezoeken zijn cliëntendossiers ingezien. Ook is gesproken met een huisarts die betrokken is bij Winnersway en zijn enkele instellingen benaderd die in verband met samenwerking zijn genoemd door medewerkers van Winnersway.

Voorafgaand aan het bezoek is schriftelijke informatie opgevraagd. Dit betreft:

- De statuten c.q. inschrijving bij de Kamer van Koophandel van uw organisatie;
- Een beschrijving van het zorgaanbod in AWBZ- zorgproducten/zorgfuncties;
- Productieafspraken met het zorgkantoor;
- Productieomvang in uren op jaarbasis en hoe deze verdeeld wordt over de verschillende functies;
- Een beschrijving van de organisatie van de zorg en de verantwoordelijkheidstoedeling;
- De verantwoordelijkheidsstructuur voor het uitvoeren van risicovolle- en voorbehouden handelingen (Wet BIG);
- De inhoudsopgave van het kwaliteitshandboek;
- Het (laatste) kwaliteitsjaarverslag (Kwaliteitswet zorginstellingen);
- De klachtenregeling (Wet klachtrecht cliënten zorgsector);
- De inspraakprocedure (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen);
- De informatiebrochure voor nieuwe cliënten (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst).

Tijdens het bezoek en bij de reactie op het conceptrapport is nog aanvullende informatie ontvangen met betrekking tot het zorgproces.

#### **Profielschets instelling**

Sinds 1 december 2008 beschikt de Stichting Winnersway Verslavingszorg over een WTZi-toelating voor de locatie Turkooislaan 131 (30 plaatsen voor mannen) en Lammenschansweg 71 (8 plaatsen voor vrouwen) te Leiden. De instelling is toegelaten als instelling voor verzekerden met een psychiatrische aandoening, specificatie verslaafden, voor de volgende AWBZ-functies:

- persoonlijke verzorging;
- ondersteunende begeleiding<sup>1</sup>;
- activerende begeleiding;
- verblijf.

---

<sup>1</sup> Sinds 1 januari 2009 zijn de functies ondersteunende en activerende begeleiding ondergebracht in één functie begeleiding

Winnersway is een christelijke instelling en biedt begeleiding en verzorging aan mannen en vrouwen vanaf 18 jaar met een alcohol- en/of drugsverslaving. Voorafgaand aan de bovengenoemde AWBZ-toelating was de Stichting Winnersway ook al actief op dit terrein. Financiering vond toen ten dele ook plaats uit AWBZ-gelden, namelijk via onderaannemerschap in de thuiszorg van Stichting Thuiszorg Nederland. Daarnaast betaalden cliënten een eigen bijdrage.

Cliënten komen ondermeer in aanraking met Winnersway via de inloop van Winnersway in Amsterdam of via contacten met andere hulpverlenende organisaties, voornamelijk in Amsterdam. Indien iemand zich via de inloop of op vergelijkbare wijze aanmeldt wordt een eerste (beperkt) intakegesprek ter plaatse gehouden en kan hij/zij direct worden opgenomen. Formele indicatiestelling en uitgebreider onderzoek vinden dan na opname plaats. Bij telefonische aanmelding vinden één of twee intakegesprekken voor opname plaats.

Uit de gegevens van de huisarts blijkt dat bij ongeveer de helft van de cliënten die psychologisch zijn getest, naast verslavingsproblematiek, ook sprake is van psychiatrische problematiek.

Er wordt een zorgovereenkomst met de cliënt gesloten.

In de algemene huisregels zijn allerlei beperkingen in de (individuele) vrijheden aangegeven, zoals het verbod om zonder toestemming het gebouw te verlaten, zeer beperkt telefoneren en alleen op de gestelde tijden, geen contant geld en inkomende zakelijke post, die wordt opengemaakt.

Het programma bestaat voor alle cliënten uit 5 fasen. Per fase worden de vrijheden van de cliënt uitgebreid. Er is een weekprogramma waaraan cliënten zich dienen te houden. In de eerste twee fasen worden 's ochtends en 's middags onder begeleiding werkzaamheden uitgevoerd, zoals plantsoenenwerk. Grotendeels wordt het werk in opdracht uitgevoerd. Sinds kort is er ook de beschikking over een werkplaats waar ook in eigen beheer en onder begeleiding werk kan worden uitgevoerd.

In het dagprogramma is tweemaal daags gezamenlijk bidden opgenomen, kerkbezoek (Outreach Center Nederland) en op werkdagen het volgen van bijbelstudie (17.15-18.30 uur). Dit zijn verplichte onderdelen. De godsdienstige verplichtingen blijven gedurende het programma in fase 1 tot en met 4 hetzelfde.

Cliënten zijn verplicht om Winnersway te machtigen om het salaris en/of de uitkering te storten op de interne rekening van Stichting Winnersway Verslavingszorg, op naam van de cliënt. Dit geldt ook als de cliënt vanaf de derde fase via een uitzendbureau of ander bedrijf gaat werken. Contant geld moet worden ingeleverd bij de begeleiders. Bij schulden wordt er schuldbemiddeling aangeboden. Er wordt een eenmalige bijdrage van €75 gevraagd en per maand €15 voor recreatie en sport. Cliënten betalen het openbaar vervoer van de begeleider die verplicht meegaat in de twee eerste fasen of €0,19 per km bij vervoer per auto. Cliënten kunnen in de eerste fase €5 per week besteden, bij onvoldoende saldo blijft dit zo tot en met de derde fase, anders wordt dit verhoogd naar €15, resp. €30. Boodschappen of extra uitgaven moeten in de eerste fasen aangevraagd worden, cliënten krijgen geen contant geld. Ook in de latere fasen van het programma kan geld slechts onder strikte voorwaarden worden besteed.

In de reactie dd. 24-4-2009 op het conceptrapport van de inspectie heeft de directie van Winnersway hierover het volgende ter toelichting opgemerkt;

“de gelden van de cliënt (salaris, uitkering, etc) worden gestort op een interne rekening in de boekhouding, op naam van de cliënt, waarbij de gestorte gelden ook eigendom blijven van de cliënt. De regeling is ter voorkoming van verkeerd gebruik van geld, in deze doelgroep juist één van de probleemgebieden. Stap voor stap wordt in het programma de cliënt geleerd weer verantwoord met zijn of haar geld om te gaan. Het is dus niet zozeer een kwestie van geld inleveren, maar het geld laten beheren door de zorginstelling waarbij de cliënt, als deze de instelling (vroegtijdig) verlaat zijn of haar in beheer gegeven geld uiteraard weer meekrijgt.”

## 2.2 Zorg(verlenings)proces

### *Omschrijving zorgaspect*

Dit aspect behelst de verschillende basiselementen van het zorgproces: de inrichting van de intakeprocedure, het werken met zorgdossiers en behandelplannen, het werken in multidisciplinaire teams, de samenwerking met ketenpartners, terugvalpreventie, het lidmaatschap van een branche-organisatie en de invulling van het nazorgtraject.

|   | Afwezig | Aanwezig | Operationeel | Geborgd |
|---|---------|----------|--------------|---------|
| 1 Intakeprocedure   |         | v        |              |         |
| 2 Zorgdossiers  |         | v        |              |         |
| 3 Behandelplan  |         | v        |              |         |
| 4 Multidisciplinaire samenwerking   | v       |          |              |         |
| 5 Nazorg  | v       |          |              |         |
| 6 Samenwerking huisartsen/ziekenhuizen  | v       |          |              |         |
| 7 Samenwerking reguliere GGZ  | v       |          |              |         |
| 8 Samenwerking politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woningbouwverenigingen |         | v        |              |         |
| 9 Lid branche-organisatie   | v       |          |              |         |

### *Toelichting per onderdeel:*

- Er is sinds kort een beschrijving van de procedure ClZ-aanvraag en standaardprocedures aanmelding en intake. Cliënten hebben één of twee intakegesprekken met een begeleider. Met toestemming van de cliënt wordt medische en psychiatrische rapportage opgevraagd bij instellingen waar cliënt eerder onder behandeling was. Na opname worden cliënten psychologisch getest (sinds 1 januari 2009 deels door een GZ-psycholoog) en er worden afspraken gemaakt voor huisartsbezoek, laboratoriumonderzoek en zo nodig wordt een longfoto gemaakt. De intakeprocedure start soms na opname. Cliënten opgenomen voor 1 januari 2009 zijn niet psychologisch getest. Omdat de intakeprocedure voor al langer verblijvende cliënten maar ten dele is uitgevoerd, is dit onderdeel beoordeeld op aanwezig en nog niet op operationeel.

- Het zorgdossier bestaat in hoofdlijnen uit een verslag bij opname, de overeenkomsten die cliënt zijn aangegaan met Winnersway, machtigingsformulier voor opvragen informatie, informatie/ ontslagbrieven van eerdere hulpverlenende instanties en een persoonlijk begeleidingsplan indien de opname recent heeft plaatsgevonden. Een multidisciplinaire aanpak is niet zichtbaar in de aantekeningen in de dossiers, vandaar de beoordeling aanwezig in plaats van operationeel.
- Op basis van het gesprek en inzage in dossiers in het vrouwenhuis is vastgesteld dat het opstellen van persoonlijke begeleidingsplannen in ontwikkeling is, omdat hiermee pas recent is gestart. Aan de hand van het faseprogramma wordt een begeleidingsplan opgesteld binnen 6 weken na opname. Dit is een monodisciplinair opgesteld begeleidingsplan en bevat de onderwerpen verslaving, gezondheid, persoonlijke achtergrond & problemen, financiën en administratie, criminaliteit & justitie, geloof en ontspanning<sup>2</sup>. In de reactie op het conceptrapport van de inspectie heeft de directie van Winnersway hierover nog opgemerkt dat bij het mannenhuis gewerkt wordt met zorgplannen en sinds een half jaar elke begeleider werkt met een zorgplan voor degene die hij persoonlijk begeleidt. Dit is niet getoetst door de inspectie bij de cliënten of middels inzage.
- Multidisciplinaire samenwerking maakt onvoldoende onderdeel uit van de behandeling/begeleiding, omdat voor de eventuele bijkomende psychiatrische problematiek geen psychiatrische deskundigheid aanwezig is of wordt ingeschakeld. De huisarts is ook niet betrokken bij het opstellen en regelmatig evalueren van het begeleidingsplan.
- Er is geen structurele nazorg voor cliënten die voortijdig het programma verlaten.
- Met een huisartsenpraktijk (locatie Turkooislaan) en een individuele huisarts (locatie Lammenschansweg) wordt structureel samengewerkt. Dit is echter niet vastgelegd in schriftelijke samenwerkingsafspraken. Dit geldt ook voor de samenwerking met ziekenhuizen.
- Winnersway heeft geen samenwerkingsafspraken met de reguliere GGZ-aanbieders. Tijdens het bezoek werden enkele verslavingszorginstellingen genoemd waarmee contact zou zijn. Navraag door de inspectie leverde op dat dit zeer incidentele contacten betroffen en er geen sprake is van structurele samenwerking.
- Er zijn geen schriftelijke samenwerkingsafspraken met politie, GGD en welzijnsinstellingen. Met de wijkagent en een woningbouwvereniging bestaan wel regelmatige contacten.
- Winnersway wil lid worden van GGZ Nederland, in januari 2009 is een aanvraag voor lidmaatschap ingediend, maar dit is nog niet gerealiseerd.

## 2.3 Kwaliteit

### *Omschrijving zorgaspect*

---

<sup>2</sup> In de reactie op het conceptrapport van de inspectie heeft de directie van Winnersway hierover nog opgemerkt dat bij het mannenhuis gewerkt wordt met zorgplannen en sinds een half jaar elke begeleider werkt met een zorgplan voor degene die hij persoonlijk begeleidt. Dit is niet getoetst door de inspectie bij de cliënten of middels inzage.



Dit aspect omvat het zorgproces op beleidsniveau: wordt systematisch aandacht besteed aan alle aspecten van het zorgproces? Wordt het behandelproces volgens een bepaalde kwaliteitscyclus geëvalueerd en meet de zorgaanbieder systematisch de effecten van de behandelingen?

|   | Afwezig | Aanwezig | Operationeel | Geborgd |
|---|---------|----------|--------------|---------|
| 1 Kwaliteitscyclus zorgproces                 | v       |          |              |         |
| 2 Inzicht in effectiviteit (op beleidsniveau) | v       |          |              |         |

*Toelichting per onderdeel:*

- Er vindt een oriëntatie plaats op een passend kwaliteitssysteem en er is een eerste aanzet voor het beschrijven van het zorgproces, maar dit staat nog in de kinderschoenen. De evaluatiecriteria voor het faseprogramma zijn wel per fase vastgelegd.
- Er is geen systematische aandacht voor inzicht in de effectiviteit van de begeleiding/behandeling. Er is sprake van een flinke uitval uit het programma, ongeveer 50% in de eerste fase. Dit is weliswaar niet ongebruikelijk bij een dergelijke doelgroep, maar behoeft wel aandacht..

## 2.4 Personeel

*Omschrijving zorgaspect*

Met welke deskundigheid wordt gewerkt, hoe worden ervaringsdeskundigen ingezet en (hoe) zijn de verantwoordelijkheden voor het zorgproces verdeeld en vastgelegd? Wordt er structureel aandacht geschonken aan scholing, personeelsverloop en -bezetting en ziekteverzuim?

|                                  | Afwezig | Aanwezig | Operationeel | Geborgd |
|----------------------------------|---------|----------|--------------|---------|
| 1 Deskundigheid                  | v       |          |              |         |
| 2 Taak-/functie-omschrijvingen   |         | v        |              |         |
| 3 Verantwoordelijkheidsverdeling | v       |          |              |         |
| 4 Personeelscapaciteit           | v       |          |              |         |
| 5 Beleid ziekteverzuim           |         |          | v            |         |

*Toelichting per onderdeel:*

- De opleidingsachtergronden van de medewerkers zijn nogal uiteenlopend. Een deel heeft een opleiding in de hulpverlening gevolgd en een deel is ervaringsdeskundige. Er is geen BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar in dienst. Op de Lammenschansweg is één verzorgende-C in de personeelsbezetting opgenomen. Op ad-hoc basis heeft enige bijscholing plaatsgevonden. Een scholingsplan is in ontwikkeling. Alles overziende is het onderdeel deskundigheid beoordeeld op afwezig.
- Er zijn beperkte taak-/functieomschrijvingen. De invulling van de taken, verantwoordelijkheden en deskundigheidseisen van de te onderscheiden medewerkers zijn nog niet vastgelegd. Winnersway wil aansluiting zoeken bij de CAO van de GGZ.

- De instelling heeft de verantwoordelijkheidsverdeling, met uitzondering van de administratieve organisatie, nog niet vastgelegd. Men onderscheidt naast de directeur drie soorten begeleiders, namelijk werkbegeleiders, groepsbegeleiders en per locatie een persoonlijk begeleider, waarvan 1 part-time. Voor medewerkers is de verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor het begeleidings-/zorgplan en voor het regelmatig evalueren van het plan met de cliënt.
- Het onderdeel personeelscapaciteit is beoordeeld op afwezig omdat de instelling niet beschikt over gekwalificeerd medisch en psychiatisch verpleegkundig geschoold personeel.
- De instelling heeft een beleid ten aanzien van ziekteverzuim en er is samenwerking met een ARBO-dienst.

## 2.5 Cliëntgerichtheid

### *Omschrijving zorgaspect*

Informatieverstrekking aan de cliënt, informed consent en bejegening zijn sleutelwoorden bij dit zorgaspect. Schenkt de zorgaanbieder aandacht aan cliënttevredenheid, klachtenbeleid, medezeggenschap en de effectiviteit van de behandeling bij de individuele cliënt?

|   | Afwezig | Aanwezig | Operationeel | Geborgd |
|---|---------|----------|--------------|---------|
| 1 Informatieverstrekking, informed consent      |         | v        |              |         |
| 2 Bejegening                                    | v       |          |              |         |
| 3 Cliënttevredenheid                            |         |          | v            |         |
| 4 Effectiviteit behandelingen (op cliëntniveau) | v       |          |              |         |
| 5 Klachtenbeleid                                | v       |          |              |         |
| 6 Medezeggenschap                               | v       |          |              |         |

### *Toelichting*

- Er is een uitgebreide informatiemap voor cliënten die uitgereikt wordt als een cliënt de zorgovereenkomst tekent. In de informatiemap is, behalve informatie over de weekindeling en het gefaseerde programma, nauwelijks informatie aanwezig over de begeleiding en het zorgaanbod dat de cliënt mag verwachten van Winnersway. Omdat de verstrekte informatie over het zorgaanbod gering is, is dit onderdeel beoordeeld op aanwezig. De informatie in de map en de zorgovereenkomst betreffen voornamelijk plichten van de cliënt. Bij het aangaan van de overeenkomst met Winnersway onderwerpt een cliënt zich aan een zeer gestructureerd verplicht collectief programma en zeer beperkte vrijheden en faciliteiten. Ter illustratie: bezoek mag men slechts beperkt en na goedkeuring ontvangen, cliënten krijgen geen contact geld en mogen op aanvraag in de eerste fase (en bij onvoldoende saldo ook daarna) maximaal 5 Euro besteden en mogen maximaal 1 keer per week maximaal 20 minuten bellen.
- Er zijn geen schriftelijke afspraken over de wijze van bejegening van cliënten.
- In september 2008 is een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd door bureau Transmissie. De algemene waardering van de cliënten op basis van het gehanteerde instrument is 7,8. In het rapport van het onderzoek zijn conclusies en aanbevelingen

opgenomen. Dit betreft ondermeer ontevredenheid over het douchen en het niet op elkaar aansluiten van de hulpverlening en de zorgvraag van de cliënt. Er is veel waardering voor de dagactiviteiten.

- Behandeling i.c. begeleiding van een individuele cliënt wordt periodiek geëvalueerd in een gesprek tussen cliënt en persoonlijk begeleider, maar er is geen systematische multidisciplinaire evaluatie van de begeleiding van de cliënten. Volgens de cliënten is er weinig tijd voor persoonlijke gesprekken en is het aantal begeleiders gering.
- Tot voor kort was er een klachtenregeling gebaseerd op de situatie in 2008 toen Winnersway als onderaannemer van Stichting Thuiszorg Nederland functioneerde. Dit is niet meer aan de orde. Aansluiting bij een externe klachtencommissie in de GGZ moet nog plaatsvinden.
- Er is sinds kort een cliëntenraad. Naast een Besluit instelling cliëntenraad, zijn er een reglement, spelregels voor de cliëntenraad en zorgaanbieder en een profiel leden cliëntenraad. De opgestelde regelingen voldoen niet aan de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, omdat een deel van de cliënten uitgesloten wordt. Slechts cliënten in fase 5 van het Winnersway programma mogen zich kandidaat stellen voor de cliëntenraad.

## 2.6 Veiligheid

### *Omschrijving zorgaspect*

Dit aspect richt zich op zaken als risicogericht werken, het hanteren van contra-indicaties, het werken met protocollen, co-morbiditeit, medicatiebeleid, voorbehouden handelingen, calamiteiten- en incidentenbeleid en privacy van de cliënt.

|   | Afwezig                         | Aanwezig | Operationeel | Geborgd |
|---|---------------------------------|----------|--------------|---------|
| 1 | Beleid calamiteiten, incidenten | v        |              |         |
| 2 | Risicogericht werken            | v        |              |         |
| 3 | <i>Contra-indicaties</i>        | v        |              |         |
| 4 | Beleid medicatie                | v        |              |         |
| 5 | Co-morbiditeit                  | v        |              |         |
| 6 | Protocollen                     | v        |              |         |
| 7 | Voorbehouden handelingen        | v        |              |         |
| 8 | Privacy cliënten                |          | v            |         |

### *Toelichting*

Dit gehele onderdeel is met uitzondering van het aspect privacy beoordeeld op afwezig, omdat op geen van de onderdelen een vastgesteld beleid aanwezig is. Per onderdeel kan nog het volgende aanvullend worden opgemerkt.

Ad 2. Op basis van de gesprekken heeft de inspectie de indruk dat er bij de medewerkers nauwelijks inzicht is in de potentiële gezondheidsrisico's. Dit geldt in het bijzonder de begeleiding van cliënten met psychiatrisch problematiek en in de meeste gevallen een zeer belast verleden. Ook het in eigen beheer laten afkicken van cliënten, zonder de aanwezigheid van medisch/verpleegkundig geschoolden getuigt niet van inzicht in de risico's.

Ad 3. Er worden enkele contra-indicaties gehanteerd, mede op aandringen van de huisartsen, te weten:

- Methadon-gebruik van 30 mg. of meer

- Heroïneverslaving (rechtsreeks vanaf perron 0)
- Manifest psychotische kenmerken.

De contra-indicaties en het proces van vaststelling van de contra-indicaties (met welke deskundigheid en wanneer) liggen niet vast in een regeling.

Ad 4. Het medicatiebeheer wordt geheel overgenomen door de instelling. Er is een systeem van aftekenen voor het uitzetten en delen van medicatie. Een algemene richtlijn voor de geneesmiddelendistributie ontbreekt. Mede door afwezigheid van een verpleegkundige in de personeelsbezetting is er sprake van een risicovolle situatie omdat er onvoldoende kennis aanwezig is van de werking en bijwerkingen van geneesmiddelen.

Ad 5. Er is geen vastgesteld beleid inzake de behandeling van somatische en/of psychiatrische co-morbiditeit. Ook ontbreekt op dit terrein de deskundigheid in de personeelsbezetting.

Ad 7. Indien de uitvoering van voorbehouden handeling nodig is wordt de Thuiszorg ingeschakeld. Tot op heden is dit niet nodig geweest.

## 2.7 Toegankelijkheid

### *Omschrijving zorgaspect*

Hoe toegankelijk is de zorgaanbieder in termen van wachttijden, fysieke en telefonische bereikbaarheid (met name in crisissituaties), huisvesting en continuïteit van zorg?

|   | Afwezig | Aanwezig | Operationeel | Geborgd |
|---|---------|----------|--------------|---------|
| 1 Bereikbaarheid                          |         |          | v            |         |
| 2 Wachttijd, continuïteit en doorstroming |         |          | v            |         |
| 3 Huisvesting                             |         |          | v            |         |

### *Toelichting*

Omdat het een kleine instelling betreft is dit onderdeel beoordeeld op de praktijk zoals deze is aangetroffen. Op basis hiervan van zijn alle onderdelen beoordeeld op operationeel:

- Op beide locaties is continu een personeelslid aanwezig, op locatie Lammenschansweg betreft dit een inwonende begeleidster.
- Er zijn geen wachtlijsten.
- Het pand Turkooislaan wordt momenteel bouwkundig aangepast, er worden o.a. meer doucheruimten gemaakt. Het gebouw van Winnersway Verslavingszorg vormt één geheel met het kerkgebouw van OCN.

## 3 Beschouwing en conclusies

### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe Winnersway scoort op de zes zorgaspecten. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend karakter en bevat de conclusies. Gezocht is naar verbanden, verklaringen en overeenkomsten in de onderzoeksresultaten zoals beschreven in hoofdstuk 2 met als focus eventuele onaanvaardbare risico's voor (ggz-)cliënten en de kwaliteit van de geboden zorg.

### 3.2 Basisvoorwaarden voor verantwoorde zorg onvoldoende aanwezig

Zoals blijkt uit de beoordelingen in hoofdstuk 2 zijn de voorwaarden voor verantwoorde zorgverlening nog onvoldoende aanwezig. Zwaarwegend is dat ook niet voldaan wordt aan de normen die in volle omvang van toepassing (schuin gedrukt) zijn op instellingen die niet beschikken over de functie behandeling. Op onderdelen zijn inmiddels richtlijnen en regelingen vastgelegd, maar deze zijn nog niet of maar ten dele geïmplementeerd. Professionalisering, zoals van een AWBZ-erkende organisatie mag worden verwacht, moet grotendeels nog plaatsvinden. Naast het vaststellen van een intern kwaliteitsbeleid moet daarbij ook formele samenwerking worden gerealiseerd met reguliere zorgaanbieders in de GGZ en verslavingszorg. De opnamecapaciteit van Winnersway en de beperkingen in de AWBZ-verstrekkingen maken een gestructureerde samenwerking met de GGZ noodzakelijk.

### 3.3 Beperkte zorgaanbod niet afgestemd op doelgroep

Winnersway heeft, naast verblijf, een toelating voor de AWBZ-verstrekkingen persoonlijke verzorging en begeleiding. Het komt voor dat cliënten met een actuele verslaving worden opgenomen. Dit betekent dat zij in de eerste periode na opname afkicken. Voor harddrugsverslaafden gebeurt dit "cold turkey". Een dergelijke afkickmethode is niet zonder gezondheidsrisico's voor de cliënten.

Voor alcoholverslaafden gebeurt het ontgiften met ondersteunende medicatie. In de landelijke richtlijn "Klinische detoxificatie" is opgenomen dat detoxificatie altijd plaats dient te vinden onder 24-uurs verpleegkundige en medische begeleiding. De kwaliteit van de personeelsbezetting bij Winnersway is in het geheel niet afgestemd op verantwoorde detoxificatie. Daarnaast beschikt Winnersway niet over de functie behandeling. Op beide locaties ontbreekt verpleegkundige en medische professionaliteit in de personeelsbezetting.

### 3.4 Programma voor cliënten van Winnersway heeft verplicht religieus karakter

Iedere dag, inclusief het weekend, zijn er in het programma verplichte bijeenkomsten met een sterk religieus karakter. Hieraan nemen cliënten en medewerkers verplicht deel. Activiteiten met een religieus karakter kunnen aan cliënten worden aangeboden, maar deelname kan niet verplicht worden gesteld. Ook in de evaluatiecriteria van het faseprogramma is geloofsovertuiging een onderdeel. Bij het afronden van fase 1 hoort "openstaan voor christelijke principes van Winnersway". Bij fase 5 hoort "betrokkenheid bij Winnersway; actief inzetten in de vorm van vrijwilligerswerk van Winnersway activiteiten".

### **3.5 De grondrechten van de cliënten worden teveel ingeperkt**

Alle cliënten gaan vrijwillig een zorgovereenkomst aan waarin hun grondrechten aanzienlijk worden ingeperkt. Deze inperking gaat verder dan bijvoorbeeld vrijheidsbeperking onder de wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen). Ook de bepalingen in de WGBO (wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst) zijn van dwingend recht, in die zin dat er niet van kan worden afgeweken ten nadele van de patiënt (artikel 468 van WGBO).

Het optreden en handelen van Winnersway mag niet in strijd zijn met het Europees Verdrag van de rechten van de mens en de Grondwet. De fundamentele rechten omvatten in de eerste plaats dat niemand van zijn vrijheid mag worden beroofd, zonder dat een wet daarvoor de grondslag en de nodige waarborgen biedt. Tot de waarborgen behoort in ieder geval rechterlijke tussenkomst. Ten tweede is er het recht op waarborging van de persoonlijke integriteit: zonder wettelijke grondslag en wettelijke waarborgen kan derhalve niemand gedwongen worden zich te onderwerpen aan een medische behandeling. In Winnersway dienen voldoende voorwaarden aanwezig te zijn om deze grondrechten van de cliënt te eerbiedigen.

### **3.6 Voortzetting van Winnersway in de huidige vorm is niet verantwoord**

Op basis van de bevindingen komt de inspectie tot de conclusie dat veranderingen bij Winnersway zeer dringend noodzakelijk zijn. Het opnemen van cliënten, met actuele verslavingsproblematiek en mogelijke psychiatrische stoornissen, zonder uitgebreid en deskundig vooronderzoek, is gezien de beperkte toelating tot de AWBZ-functies (geen behandel functie) niet verantwoord.

De kwaliteit van de huidige personeelsbezetting is niet toegesneden op het zo nodig ontwennen bij nog aanwezige actuele verslaving (detoxificatie). Ook ontbreekt het aan voldoende deskundigheid in de personeelsbezetting, bijvoorbeeld om het medicatiebeheer over te nemen. Het ontbreekt aan structurele samenwerking met de GGZ om cliënten met een dubbele diagnose (psychiatrie en verslaving) op te kunnen nemen. Indien Winnersway Verslavingszorg haar activiteiten als AWBZ-zorginstelling wil voortzetten is het noodzakelijk dat met onmiddellijke ingang tenminste aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Geen opname van cliënten met een dubbele diagnose, tenzij voorafgaand door onafhankelijk psychiatrisch onderzoek is vastgesteld dat het psychiatrische ziektebeeld zodanig gestabiliseerd is dat de verstrekkingen persoonlijke verzorging en begeleiding voldoende zijn en tijdens het verblijf in Winnersway voorzien is in (ambulante) psychiatrische begeleiding en behandeling.
- Geen opname van cliënten in Winnersway met actuele verslavingsproblematiek die detoxificatie/afkicken noodzakelijk maken.
- Een kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbezetting die is afgestemd op de doelgroep en passend bij het zorgaanbod.
- Geen beperking van de grondrechten van de cliënt.

## 4 Maatregelen

### 4.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 zijn de bevindingen van het inspectiebezoek weergegeven terwijl in hoofdstuk 3 conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan.

De inspectie geeft in dit hoofdstuk aan welke maatregelen Winnersway moet nemen. Dit geldt in het bijzonder de risicovolle zorgaspecten die in eerdere hoofdstukken benoemd zijn.

### 4.2 Direct genomen maatregelen

Gezien de kwaliteit van de huidige personeelsbezetting en de huidige randvoorwaarden in Winnersway heeft de inspectie in het conceptrapport van 22 april 2009 verzocht om direct de volgende maatregelen te nemen:

1. Met onmiddellijke ingang dient Winnersway te stoppen met het opnemen van cliënten met een ernstige verslaving die detoxificatie nodig hebben. Indien op dit moment cliënten "cold turkey" afkicken dient hiervoor voorzien te worden in voldoende medische en verpleegkundige begeleiding of een directe overplaatsing naar een reguliere GGZ-instelling.
2. Voor cliënten met psychiatrische problematiek moet in overleg met de cliënt passende en voldoende deskundige psychiatrische begeleiding en behandeling worden ingeschakeld. Aanmelding bij de reguliere GGZ is hierbij het meest passend.

Hierop heeft de directeur van Winnersway dezelfde dag het volgende laten weten;

Ad 1: Winnersway is reeds enkele weken geleden gestopt met het opnemen van cliënten met een ernstige verslaving die detoxificatie nodig hebben. Op grond van het rapport van de Inspectie is besloten dit beleid per heden te continueren. Hiermee geeft Winnersway geheel gevolg aan de aanbeveling van de Inspectie.

Ad 2: Winnersway zal zich met ingang van heden richten op aansluiting bij de reguliere GGZ ter zake van samenwerking voor het inschakelen van passende en voldoende deskundige psychiatrische begeleiding en behandeling van haar cliënten. Tot het moment dat deze structurele samenwerking met een GGZ-instelling is geëffectueerd zal Winnersway geen nieuwe cliënten opnemen.

Op basis van de reactie van de directeur van Winnersway is de inspectie van mening dat op dit moment voldoende gevolg is gegeven aan de direct gevraagde maatregelen. De grootste risico's voor cliënten zijn hiermee verminderd. De inspectie heeft enkele nabijgelegen GGZ-instellingen/verslavingszorginstellingen schriftelijk geïnformeerd over mogelijke aanmelding van cliënten van Winnersway.

### 4.3 Te nemen maatregelen

Naast de direct genomen maatregelen zijn ook op andere onderdelen maatregelen nodig om tot verbeteringen in de zorgverlening voor cliënten te komen. De organisatie zal in samenspraak met het Zorgkantoor moeten bepalen op welke doelgroep ze zich richt welke verstrekkingen hierbij passend zijn. Op een aantal onderdelen zal bij een voortzetting als

WTZi-toegelaten instelling grondige bijstelling nodig zijn. De inhoud van de voorgaande hoofdstukken 2 en 3 van dit rapport geven voldoende handvatten voor het opstellen van een plan van aanpak. In het plan van aanpak staat in elk geval per onderwerp, helder omschreven:

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

De inspectie zal uiterlijk 5 mei 2009 door de directeur van Winnersway geïnformeerd worden over het plan van aanpak en de te nemen maatregelen.

#### **4.4 Continuering actief inspectietoezicht**

In de komende periode zullen onaangekondigd nog één of meer inspectiebezoeken worden afgelegd om te beoordelen of de genomen maatregelen en het plan van aanpak ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. Zo nodig zal de inspectie tussentijds nog overleggen met het Zorgkantoor. Indien bij volgend inspectiebezoek blijkt dat er (nog steeds) sprake is van risicovolle situaties voor patiënten/cliënten en/of onverantwoorde kwaliteit van zorg en/of risicovolle situaties voor cliënten dan zal de inspectie de minister adviseren om een aanwijzing te geven op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen.



## Bijlage 1: Algemeen toetsingskader nieuwe aanbieders verslavingszorg

|          | Zorgaspect                     |   | Toetsingseenheid       | Afwezig   | Aanwezig  | Operationeel   | Geborgd   |
|----------|--------------------------------|---|------------------------|---|---|--|---|
| <b>A</b> | <b>Zorg(verlenings)-proces</b> | 1 | <b>Intakeprocedure</b> | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid met betrekking tot de intakeprocedure, waarin de rol van verschillende disciplines is beschreven en waarin de verschillende vormen van onderzoek zijn vastgesteld. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid met betrekking tot de intakeprocedure, waarin de rol van verschillende disciplines is beschreven en waarin de verschillende vormen van onderzoek zijn vastgelegd. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid met betrekking tot de intakeprocedure, waarin de rol van verschillende disciplines is beschreven en waarin de verschillende vormen van onderzoek zijn vastgelegd, dit beleid wordt toegepast, en uit de verslaglegging in de dossiers blijkt dat die multidisciplinair wordt uitgevoerd en onderzoek conform het vastgestelde beleid wordt uitgevoerd. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid met betrekking tot de intakeprocedure, waarin de rol van verschillende disciplines is beschreven en waarin de verschillende vormen van onderzoek zijn vastgelegd, dit beleid wordt toegepast, en uit de verslaglegging in de dossiers blijkt dat die multidisciplinair wordt uitgevoerd en onderzoek conform het vastgestelde beleid wordt uitgevoerd. Regelmatig wordt het beleid omtrent de intakeprocedure geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. |
|          |                                | 2 | <b>Zorgdossiers</b>    | De zorgaanbieder houdt geen zorgdossiers van haar cliënten bij.   | De zorgaanbieder houdt zorgdossiers van haar cliënten bij.  | De zorgaanbieder houdt zorgdossiers van haar cliënten op systematische wijze bij en hanteert hierbij een multidisciplinaire aanpak (medische, psychiatrische, psychologische discipline).  | De zorgaanbieder houdt zorgdossiers van haar cliënten op systematische wijze bij, hanteert hierbij een multidisciplinaire aanpak (medische, psychiatrische, psychologische discipline), evalueert de dossiers regelmatig en stelt waar nodig de dossierstructuur bij.   |
|          |                                | 3 | <b>Behandelplan</b>    | De zorgaanbieder stelt voor haar cliënten geen behandelplannen op.  | De zorgaanbieder stelt voor haar cliënten behandelplannen op.   | De zorgaanbieder stelt voor haar cliënten behandelplannen op, heeft een norm voor de tijd waarbinnen het behandelplan beschikbaar moet zijn en de cliënten hebben altijd binnen deze gestelde norm een behandelplan.   | De zorgaanbieder stelt voor haar cliënten binnen vooraf vastgestelde tijdsnormen behandelplannen op, periodiek wordt geëvalueerd of de cliënten (binnen deze tijd) een behandelplan hebben. Hulpverleners worden op nalatig gedrag in deze  |

|  | Zorgaspect |   | Toetsingseenheid  | Afwezig   | Aanwezig  | Operationeel   | Geborgd  |
|--|------------|---|---|---|---|--|--|
|  |            |   |   |   |   |  | aangesproken.  |
|  |            | 4 | <b>Multidisciplinaire behandeling</b>   | Multidisciplinaire samenwerking (medische, psychiatrische, psychologische discipline) maakt geen onderdeel uit van de behandeling.        | Multidisciplinaire samenwerking (medische, psychiatrische, psychologische discipline) maakt incidenteel/op ad hoc basis onderdeel uit van de behandeling. | Multidisciplinaire samenwerking (medische, psychiatrische, psychologische discipline) maakt structureel onderdeel uit van de behandeling.                                | Multidisciplinaire samenwerking (medische, psychiatrische, psychologische discipline) maakt structureel onderdeel uit van de behandeling, periodiek wordt het effect van multidisciplinaire samenwerking op de kwaliteit van de cliëntenzorg geëvalueerd en waar nodig worden veranderingen ingevoerd. |
|  |            | 5 | <b>Nazorg</b>   | De zorgaanbieder besteedt geen aandacht aan nazorg van cliënten.  | De zorgaanbieder besteedt incidenteel/op ad hoc basis aandacht aan nazorg van cliënten.   | De zorgaanbieder besteedt op structurele basis aandacht aan nazorg van cliënten.   | De zorgaanbieder besteedt op structurele basis aandacht aan nazorg van cliënten, periodiek wordt deze nazorg geëvalueerd en waar nodig aangepast.  |
|  |            | 6 | <b>Samenwerking ketenpartners: huisartsen en ziekenhuizen</b>                                       | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijke samenwerkingsafspraken met huisartsen en ziekenhuizen.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met huisartsen en ziekenhuizen.   | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met huisartsen en ziekenhuizen en deze afspraken worden uitgevoerd.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met huisartsen en ziekenhuizen en deze afspraken worden ook uitgevoerd. Deze samenwerking wordt periodiek geëvalueerd en zondig bijgesteld.  |
|  |            | 7 | <b>Samenwerking ketenpartners: reguliere GGZ</b>  | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijke samenwerkingsafspraken met de reguliere GGZ.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met de reguliere GGZ.   | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met de reguliere GGZ en deze afspraken worden uitgevoerd.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met de reguliere GGZ, deze afspraken worden uitgevoerd., de samenwerking met de GGZ wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.  |
|  |            | 8 | <b>Samenwerking ketenpartners: politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woningbouwverenigingen</b> | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijke samenwerkingsafspraken met de politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woningbouwverenigingen. | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met de politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woningbouwverenigingen.                      | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met de politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woningbouwverenigingen en deze afspraken worden uitgevoerd. | De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met de politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woningbouwverenigingen, deze samenwerking wordt uitgevoerd, periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.   |
|  |            | 9 | <b>Lid branche-</b>   | De zorgaanbieder is   | De zorgaanbieder is lid   | n.v.t.   | n.v.t.   |

|          | Zorgaspect       |   | Toetsingseenheid  | Afwezig   | Aanwezig   | Operationeel  | Geborgd   |
|----------|------------------|---|---|---|--|---|---|
|          |                  |   | <b>organisatie</b>  | geen lid van een branche-organisatie.   | van een branche-organisatie.   |   |   |
| <b>B</b> | <b>Kwaliteit</b> | 1 | <b>Kwaliteitscyclus zorgproces (op beleidsniveau: systematische evaluatie van alle aspecten van zorgproces)</b> | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid ten behoeve van het verloop van het zorgproces.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten behoeve van het verloop van het zorgproces.                              | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten behoeve van het verloop van het zorgproces en past deze systematisch toe.   | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten behoeve van het verloop van het zorgproces, past deze systematisch toe en evalueert periodiek dit verloop.  |
|          |                  | 2 | <b>Inzicht in effectiviteit behandelingen (op beleidsniveau: systematische effectmetingen)</b>                  | De zorgaanbieder heeft geen inzicht in de effectiviteit van de behandelingen; er vindt geen effectmeting plaats.  | De zorgaanbieder heeft enig inzicht in de effectiviteit van de behandelingen door (incidentele) effectmeting van de behandelingen. | De zorgaanbieder heeft inzicht in de effectiviteit van de behandelingen door systematische effectmeting van de behandelingen.   | De zorgaanbieder heeft inzicht in de effectiviteit van de behandelingen door systematische effectmeting van de behandelingen. Op grond van de registratiegegevens wordt het behandelbeleid systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.   |
| <b>C</b> | <b>Personeel</b> | 1 | <b>Deskundigheid/ kennis/ scholing personeel</b>  | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van deskundigheid en (bij)scholing van haar medewerkers en/of het kennis- en deskundigheidsniveau van het personeel schiet tekort. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van deskundigheid en (bij)scholing van haar personeel.           | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van deskundigheid en (bij)scholing van haar personeel en voert dit beleid uit: medewerkers beschikken over een opleidingsplan en worden waar nodig regelmatig (bij)geschoold. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van deskundigheid en (bij)scholing van haar personeel en voert dit beleid uit: medewerkers beschikken over een opleidingsplan en worden waar nodig regelmatig (bij)geschoold. De zorgaanbieder evalueert dit beleid periodiek en stelt deze waar nodig bij. |
|          |                  | 2 | <b>Geformaliseerde taak-/functieomschrijvingen</b>  | De zorgaanbieder heeft geen geformaliseerde taak-/functieomschrijvingen van het personeel.  | De zorgaanbieder heeft geformaliseerde taak-/functieomschrijvingen van het personeel.  | De zorgaanbieder heeft geformaliseerde taak-/functieomschrijvingen van het personeel, deze zijn bekend bij de medewerkers en zij werken volgens deze omschrijvingen.  | De zorgaanbieder heeft geformaliseerde taak-/functieomschrijvingen van het personeel, deze zijn bekend bij de medewerkers en zij werken ook volgens deze omschrijvingen. Periodiek evalueert de zorgaanbieder de omschrijvingen op juistheid en werkbaarheid en stelt deze zo nodig bij.                                      |
|          |                  | 3 | <b>Geformaliseerde</b>  | De zorgaanbieder heeft  | De zorgaanbieder heeft   | De zorgaanbieder heeft de   | De zorgaanbieder heeft de   |

|  | Zorgaspect |   | Toetsingseenheid                      | Afwezig  | Aanwezig   | Operationeel   | Geborgd  |
|--|------------|---|---------------------------------------|--|--|--|--|
|  |            |   | <b>verantwoordelijkheidsverdeling</b> | de verantwoordelijkheidsverdeling niet schriftelijk vastgelegd (in een professioneel statuut).   | de verantwoordelijkheidsverdeling schriftelijk vastgelegd (in een professioneel statuut). De zorgaanbieder beschrijft in deze verdeling de afbakening van taken en bevoegdheden van de disciplines.  | verantwoordelijkheidsverdeling schriftelijk vastgelegd (in een professioneel statuut). De zorgaanbieder beschrijft in deze verdeling de afbakening van taken en bevoegdheden van de disciplines en de disciplines handelen hiernaar.   | verantwoordelijkheidsverdeling schriftelijk vastgelegd (in een professioneel statuut). De zorgaanbieder beschrijft in deze verdeling de afbakening van taken en bevoegdheden van de disciplines en de disciplines handelen hiernaar. De zorgaanbieder evalueert periodiek deze verantwoordelijkheidsverdeling en stelt deze zo nodig bij.  |
|  |            | 4 | <b>Personeelscapaciteit</b>           | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd personeelsbeleid en beschikt naar eigen zeggen niet over voldoende gekwalificeerd medisch, psychiatrisch en psychologisch geschoold personeel; de door de zorgaanbieder opgestelde formatie is niet volledig gevuld. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd personeelsbeleid en beschikt naar eigen zeggen over gekwalificeerd medisch, psychiatrisch en psychologisch geschoold personeel, maar de huidige personeelsbezetting kan risico's met zich meebrengen. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd personeelsbeleid dat zich richt op het waarborgen van de continuïteit, en dit beleid wordt uitgevoerd. Zij beschikt naar eigen zeggen over voldoende gekwalificeerd medisch, psychiatrisch en psychologisch geschoold personeel; de door de zorgaanbieder opgestelde formatie is volledig gevuld en het personeel wordt op een adequate wijze ingeschakeld. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd personeelsbeleid dat zich richt op het waarborgen van de continuïteit, en dit beleid wordt uitgevoerd. Zij beschikt naar eigen zeggen over voldoende gekwalificeerd medisch, psychiatrisch en psychologisch geschoold personeel; de door de zorgaanbieder opgestelde formatie is volledig gevuld en het personeel wordt op een adequate wijze ingeschakeld. De rol van de verschillende disciplines alsmede het aantal formatieplaatsen wordt regelmatig geëvalueerd en aan de hand daarvan wordt het beleid aangepast. |
|  |            | 5 | <b>Beleid ziekteverzuim</b>           | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van ziekteverzuim.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van ziekteverzuim, waarin aandacht wordt besteed aan preventie en minimalisering van verzuim en borging van de continuïteit van de zorg.   | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van ziekteverzuim, waarin aandacht wordt besteed aan preventie en minimalisering van verzuim en borging van de continuïteit van de zorg. De zorgaanbieder past dit beleid op systematische wijze toe.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van ziekteverzuim, met aandacht voor preventie en minimalisering van verzuim en borging van de continuïteit van de zorg. De zorgaanbieder past dit beleid op systematische wijze toe, evalueert het beleid periodiek en past deze indien nodig aan.  |

|   | Zorgaspect        |   | Toetsingseenheid  | Afwezig   | Aanwezig   | Operationeel  | Geborgd  |
|---|-------------------|---|---|---|--|---|--|
| D | Cliëntgerichtheid | 1 | <b>Informatieverstrekkings aan cliënten: informed consent</b>   | Er bestaan geen schriftelijke afspraken over onderwerpen waarover, en de wijze waarop, cliënten informatie ontvangen.     | Er bestaan schriftelijke afspraken over de onderwerpen waarover, en de wijze waarop, cliënten informatie ontvangen.  | Er bestaan schriftelijke afspraken over de onderwerpen waarover, en de wijze waarop, cliënten informatie ontvangen en deze afspraken worden nagekomen.  | Er zijn schriftelijke afspraken over de onderwerpen waarover, en de wijze waarop, cliënten informatie ontvangen en deze afspraken worden nagekomen. De informatievoorziening wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.  |
|   |                   | 2 | <b>Bejegening</b>   | Er bestaan geen schriftelijke afspraken over de wijze van bejegening van cliënten.  | Er bestaan schriftelijke afspraken over de wijze van bejegening van cliënten.  | Er bestaan schriftelijke afspraken over de wijze van bejegening van cliënten en deze afspraken worden nagekomen.  | Er bestaan schriftelijke afspraken over de wijze van bejegening van cliënten en deze afspraken worden nagekomen. De afspraken worden periodiek geëvalueerd en indien nodig aangepast.  |
|   |                   | 3 | <b>Cliënttevredenheid</b>   | De zorgaanbieder besteedt geen aandacht aan tevredenheid van cliënten.  | De zorgaanbieder besteedt incidenteel/ ad hoc aandacht aan tevredenheid van cliënten.                                | De zorgaanbieder besteedt systematisch aandacht aan tevredenheid van cliënten.  | De zorgaanbieder besteedt systematisch aandacht aan (evaluatie van) tevredenheid van cliënten en past waar nodig en mogelijk aspecten van het behandelproces aan.  |
|   |                   | 4 | <b>Effectiviteit behandelingen (op cliëntniveau: periodieke evaluatie resultaten individuele behandeling)</b> | Behandelingen van individuele cliënten worden niet geëvalueerd.   | Behandelingen van individuele cliënten worden incidenteel/ op ad hoc basis geëvalueerd.                              | Behandelingen van individuele cliënten worden standaard periodiek geëvalueerd. De zorgaanbieder probeert door systematische registratie meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de behandeling. | Behandelingen van individuele cliënten worden standaard periodiek geëvalueerd. De zorgaanbieder probeert door systematische registratie meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de behandeling, evalueert het behandelbeleid periodiek en stelt deze indien nodig bij. |
|   |                   | 5 | <b>Klachtenbeleid (WKCZ)</b>  | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid conform de WKCZ ten aanzien van klachten over de geboden zorg. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid conform de WKCZ ten aanzien van klachten over de geboden zorg. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid conform de WKCZ ten aanzien van klachten over de geboden zorg en past dit beleid systematisch toe.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid conform de WKCZ ten aanzien van klachten over de geboden zorg, past dit beleid systematisch toe, evalueert het beleid periodiek en stelt het waar nodig bij.   |
|   |                   | 6 | <b>Medezeggenschap; cliëntenraad (WMCZ)</b>   | Er is geen cliëntenraad of een andere vorm van medezeggenschap conform  | Er is een cliëntenraad conform de WMCZ.  | Er is een cliëntenraad conform de WMCZ en deze wordt consequent geraadpleegd bij beleidsveranderingen.  | Er is een cliëntenraad conform de WMCZ en deze wordt consequent geraadpleegd bij beleidsveranderingen.   |

|          | Zorgaspect        |   | Toetsingseenheid   | Afwezig  | Aanwezig  | Operationeel   | Geborgd   |
|----------|-------------------|---|--|--|---|--|---|
|          |                   |   |  | de WMCZ.   |   |  | De werkwijze van de zorgaanbieder en het betrekken van de cliëntenraad bij beleidsveranderingen worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.   |
| <b>E</b> | <b>Veiligheid</b> | 1 | <b>Beleid calamiteiten, incidenten en (bijna-)fouten</b> | Er is geen (MIP/FOBO-) commissie die beschikt over een procedure melden, registreren en beoordelen van calamiteiten, incidenten en (bijna-)fouten en de afhandeling daarvan. | Er is een (MIP/FOBO-) commissie die beschikt over een procedure melden, registreren en beoordelen van calamiteiten, incidenten en (bijna-)fouten en de afhandeling daarvan. | Er is een (MIP/FOBO-) commissie die beschikt over een procedure melden, registreren en beoordelen van calamiteiten, incidenten en (bijna-)fouten en de afhandeling daarvan, en die systematisch de meldingen analyseert en beoordeelt en op basis daarvan advies uitbrengt naar melder en directie. Dit advies leidt indien nodig tot aanpassing van het beleid. | Er is een (MIP/FOBO-) commissie die beschikt over een procedure melden, registreren en beoordelen van calamiteiten, incidenten en (bijna-)fouten en de afhandeling daarvan, en die systematisch de meldingen analyseert en beoordeelt en op basis daarvan advies uitbrengt naar melder en directie. Dit advies leidt indien nodig tot aanpassing van het beleid. Het calamiteitenbeleid wordt periodiek geëvalueerd en waar nodig aangepast |
|          |                   | 2 | <b>Risicogericht werken</b>                              | De zorgaanbieder beschikt niet over een beschrijving van de potentiële gezondheidsrisico's tijdens de verschillende fasen van het zorgverleningsproces.                      | De zorgaanbieder beschikt over een beschrijving van de potentiële gezondheidsrisico's tijdens de verschillende fasen van het zorgverleningsproces.                          | De zorgaanbieder beschikt over een beschrijving van de potentiële gezondheidsrisico's tijdens de verschillende fasen van het zorgverleningsproces, de medewerkers kennen deze beschrijving en anticiperen op de potentiële risico's.   | De zorgaanbieder beschikt over een beschrijving van de potentiële gezondheidsrisico's tijdens de verschillende fasen van het zorgverleningsproces, de medewerkers kennen deze beschrijving en anticiperen op de potentiële risico's. De beschrijving wordt periodiek geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.  |
|          |                   | 3 | <b>Contra-indicaties</b>                                 | De zorgaanbieder heeft niet vastgelegd met welke contra-indicaties zij werkt.  | De zorgaanbieder heeft vastgelegd met welke contra-indicaties zij werkt.  | De zorgaanbieder heeft vastgelegd met welke contra-indicaties zij werkt en het personeel hanteert deze contra-indicaties op adequate wijze.  | De zorgaanbieder heeft vastgelegd met welke contra-indicaties zij werkt, het personeel hanteert deze contra-indicaties op adequate wijze en deze indicaties worden periodiek geëvalueerd.   |
|          |                   | 4 | <b>Beleid medicatie</b>                                  | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van   | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van (opslag,  | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van (opslag, distributie, registratie,   | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van (opslag, distributie, registratie,  |

|  | Zorgaspect |   | Toetsingseenheid                | Afwezig  | Aanwezig  | Operationeel   | Geborgd  |
|--|------------|---|---------------------------------|--|---|--|--|
|  |            |   |                                 | (opslag, distributie, registratie, verstrekking en beheer van) medicatie.  | distributie, registratie, verstrekking en beheer van) medicatie.  | verstrekking en beheer van) medicatie en de medewerkers werken conform dit beleid.   | verstrekking en beheer van) medicatie, medewerkers werken conform dit beleid, het beleid wordt periodiek geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.   |
|  |            | 5 | <b>Co-morbiditeit</b>           | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid inzake de behandeling van somatische en/of psychiatrische co-morbiditeit. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid inzake de behandeling van somatische en/of psychiatrische co-morbiditeit. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid inzake de behandeling van somatische en/of psychiatrische co-morbiditeit: co-morbiditeit vormt een structureel onderdeel van de behandeling; de cliënt wordt voor de co-morbide stoornis bij de zorgaanbieder behandeld of wordt doorverwezen naar een andere voorziening. | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid inzake de behandeling van somatische en/of psychiatrische co-morbiditeit: co-morbiditeit vormt een structureel onderdeel van de behandeling; de cliënt wordt voor de co-morbide stoornis bij de zorgaanbieder behandeld of wordt doorverwezen naar een andere voorziening. Het beleid wordt periodiek geëvalueerd en indien nodig aangepast. |
|  |            | 6 | <b>Protocollen</b>              | Binnen de zorgaanbieder bestaan geen protocollen (bijvoorbeeld op het gebied van calamiteiten, medicatie, co-morbiditeit e.d.).      | Binnen de zorgaanbieder bestaan protocollen (bijvoorbeeld op het gebied van calamiteiten, medicatie, co-morbiditeit e.d.).      | Binnen de zorgaanbieder bestaan protocollen (bijvoorbeeld op het gebied van calamiteiten, medicatie, co-morbiditeit e.d.), medewerkers kennen ze en werken ook volgens deze protocollen.   | Binnen de zorgaanbieder bestaan protocollen (bijvoorbeeld op het gebied van calamiteiten, medicatie, co-morbiditeit e.d.), medewerkers kennen ze, zij werken ook volgens deze protocollen, de protocollen worden periodiek geëvalueerd en zo nodig aangepast.  |
|  |            | 7 | <b>Voorbehouden handelingen</b> | Voorbehouden handelingen zijn niet geprotocolleerd.  | Voorbehouden handelingen zijn geprotocolleerd.  | Voorbehouden handelingen zijn adequaat geprotocolleerd en medewerkers kennen en gebruiken de protocollen.  | Voorbehouden handelingen zijn adequaat geprotocolleerd en medewerkers kennen en gebruiken de protocollen. De protocollen worden periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.  |
|  |            | 8 | <b>Privacy cliënten</b>         | De zorgaanbieder heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid omtrent privacy van cliënten.   | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid omtrent privacy van cliënten.   | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid omtrent privacy van cliënten en werkt conform dit beleid.  | De zorgaanbieder heeft schriftelijk vastgelegd beleid omtrent privacy van cliënten, werkt conform dit beleid, evalueert dit beleid periodiek en stelt dit waar nodig bij.  |

|   | Zorgaspect       |   | Toetsingseenheid                             | Afwezig   | Aanwezig   | Operationeel   | Geborgd   |
|---|------------------|---|--|---|--|--|---|
| F | Toegankelijkheid | 1 | <b>Bereikbaarheid zorgaanbieder</b>          | Er is geen schriftelijk vastgelegd beleid met betrekking tot de bereikbaarheid van de zorgaanbieder, met name voor (crisis)situaties buiten kantoortijd.  | Er is schriftelijk vastgelegd beleid met betrekking tot de bereikbaarheid van de zorgaanbieder, met name voor (crisis)situaties buiten kantoortijd.  | Er is schriftelijk vastgelegd beleid met betrekking tot de bereikbaarheid van de zorgaanbieder, met name voor (crisis)situaties buiten kantoortijd en dit beleid wordt uitgevoerd: de zorgaanbieder is zowel binnen als buiten kantoortijd bereikbaar of er zijn duidelijke afspraken gemaakt met een andere zorgorganisatie of hulpverlener betreffende die bereikbaarheid. | Er is schriftelijk vastgelegd beleid met betrekking tot de bereikbaarheid van de zorgaanbieder, met name voor (crisis)situaties buiten kantoortijd en dit beleid wordt uitgevoerd: de zorgaanbieder is zowel binnen als buiten kantoortijd bereikbaar of er zijn duidelijke afspraken gemaakt met een andere zorgorganisatie of hulpverlener betreffende die bereikbaarheid. Periodiek wordt het beleid geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. |
|   |                  | 2 | <b>Wachttijd, continuïteit, doorstroming</b> | Er is geen schriftelijk vastgelegd beleid om de wachttijd aan de voordeur intern te bekorten en/of te overbruggen en om de continuïteit van de geboden zorg te optimaliseren.                         | Er is schriftelijk vastgelegd beleid om de wachttijd aan de voordeur intern te bekorten en/of te overbruggen en om de continuïteit van de geboden zorg te optimaliseren.                         | Er is schriftelijk vastgelegd beleid om de wachttijd aan de voordeur intern te bekorten en/of te overbruggen en om de continuïteit van de geboden zorg te optimaliseren en dit beleid is geïmplementeerd.  | Er is schriftelijk vastgelegd beleid om de wachttijd aan de voordeur intern te bekorten en/of te overbruggen en om de continuïteit van de geboden zorg te optimaliseren en dit beleid is geïmplementeerd. Het beleid wordt periodiek geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.  |
|   |                  | 3 | <b>Huisvesting</b>                           | Er is geen schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van de kwantiteit en kwaliteit van de huisvesting, met daarin afspraken over onderhoud en vervanging en plannen voor de korte en lange termijn. | Er is schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van de kwantiteit en kwaliteit van de huisvesting, met daarin afspraken over onderhoud en vervanging en plannen voor de korte en lange termijn. | Er is schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van de kwantiteit en kwaliteit van de huisvesting, met daarin afspraken over onderhoud en vervanging en plannen voor de korte en lange termijn. Dit beleid wordt uitgevoerd.  | Er is schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van de kwantiteit en kwaliteit van de huisvesting, met daarin afspraken over onderhoud en vervanging en plannen voor de korte en lange termijn. Dit beleid wordt uitgevoerd, geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.   |

NB. De *cursief* gedrukte toetsingseenheden geven de basisvoorwaarden voor verantwoorde zorg aan.