

**STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID**

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

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



**Rapport naar aanleiding van de follow-up  
toezichtbezoeken aan de Stichting Winnersway  
Verslavingszorg te Leiden op 3, 15 en 21  
september 2009**

Den Haag, oktober 2009

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
2.1	Inleiding	4
2.2	Zorg(verlenings)proces	5
2.3	Kwaliteit	8
2.4	Personeel	10
2.5	Cliëntgerichtheid	12
2.6	Veiligheid	14
2.7	Toegankelijkheid	16
<b>3</b>	<b>Beschouwing</b>	<b>18</b>
3.1	Inleiding	18
3.2	Basisvoorwaarden voor verantwoorde zorg onvoldoende aanwezig	18
3.3	Zorgaanbod niet afgestemd op doelgroep	18
3.4	Programma voor cliënten van Winnersway heeft geen verplicht religieus karakter meer	19
3.5	De grondrechten van de cliënten worden nog steeds teveel ingeperkt	19
3.6	Dagprogramma aanzienlijk gewijzigd	20
3.7	Voortzetting van Winnersway in de huidige vorm is niet verantwoord	20
<b>4</b>	<b>Conclusie</b>	<b>22</b>
4.1	Inleiding	22

# 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 9 en 16 april 2009 toezichtbezoeken gebracht aan de Stichting Winnersway Verslavingszorg (verder aangeduid als Winnersway), (statutair gevestigd) te Leiden. Door de inspectie is geconstateerd dat; indien Stichting Winnersway Verslavingszorg haar activiteiten als AWBZ-zorginstelling wil voortzetten, het noodzakelijk is 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 Stichting Winnersway voorzien is in (ambulante) psychiatrische begeleiding en behandeling.
- Geen opname van cliënten in Stichting 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.

Hierop heeft de directeur van Winnersway op 22 april 2009 laten weten dat structurele samenwerking met een GGZ-instelling wordt nagestreefd en tot het moment dat deze structurele samenwerking is geëffectueerd Winnersway geen nieuwe cliënten zal opnemen.

Met een onaangekondigd bezoek op 26 mei 2009 is getoetst of de direct gevraagde maatregelen ook daadwerkelijk waren uitgevoerd. Naast de direct te nemen maatregelen is verzocht om een plan van aanpak en maandelijkse voortgangsrapportage. Op 4 mei is een eerste plan van aanpak ontvangen dat door de inspectie als volstrekt onvoldoende is gekwalificeerd. Dit is vervolgens aangepast mede naar aanleiding van een gesprek met het management op 26 mei. Op 18 juni, 16 juli, 13, 20 en 28 augustus is informatie over de uitvoering van het plan van aanpak ontvangen en beoordeeld.

De locatie Lammenschansweg is recent niet meer bezocht, omdat aldaar sinds medio april 2009 geen cliënten meer verblijven. Op 3 september 2009 is de overgebleven locatie Turkooislaan 131 onaangekondigd bezocht en op 15 september is een aangekondigd toezichtbezoek afgelegd. Naar aanleiding van een melding van een ex-medewerker over heropname van een cliënt is op 21 september nogmaals een onaangekondigd bezoek afgelegd.

Tevens is gesproken met één van de huisartsen van de huisartsenpraktijk, die huisartsenzorg leveren aan de cliënten van Winnersway en er is informatie ingewonnen bij de GGZ- instelling waarmee overleg is over de samenwerkingsafspraken.

De toezichtbezoeken hadden tot doel om te bepalen of er sprake was van eventuele onaanvaardbare risico's voor cliënten en het in kaart brengen van de gevraagde verbeteringen in de kwaliteit van zorg van Winnersway.

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 zorgaanbod en de doelgroep van de organisatie.

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 toepassing 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 verwijzrelaties 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 toezichtbezoeken in september, 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 Inleiding

### 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. Per onderdeel is de score weergegeven van de toezichtbezoeken in april 2009 en de follow-up toezichtbezoeken op 26 mei, 3, 15 en 21 september 2009.

De scores zijn gebaseerd op een rondgang, inzage in zorgplannen en gesprekken met de directeur en het managementteam, begeleiders en cliënten. Tijdens de bezoeken zijn cliëntendossiers ingezien in aanwezigheid van de betreffende cliënt en een medewerker. Ook is gesproken met de huisartsen die betrokken zijn bij Winnersway en met de GGZ-instelling die zo nodig beschikbaar is voor psychiatrische hulpverlening.

Voorafgaand aan het bezoek is uitgebreide schriftelijke informatie ontvangen over de uitvoering van het plan van aanpak.

#### **Profielchets 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.

De locatie Lammenschansweg 71 is in april 2009 gesloten. Er zijn geen plannen om deze locatie opnieuw in gebruik te nemen. Een wijziging van de toelating in het kader van de AWBZ ligt dan ook in de rede.

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, via flyers in instellingen (o.a. Penitentaire Inrichtingen) of via contacten met andere hulpverlenende organisaties, voornamelijk in Amsterdam.

---

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

Sinds begin mei 2009 zijn volgens het management van Winnersway geen nieuwe cliënten opgenomen. Op basis van een ontvangen melding is echter gebleken dat in juni een cliënt is vertrokken en na 10 dagen weer is heropgenomen. Op 21 september zijn er nog 20 patiënten ingeschreven, waarvan 5 extern wonend.

Een principieel verschil van mening tussen de interim bestuurder/directeur en de Raad van Toezicht van Stichting Winnersway Verslavingszorg heeft op 29 september 2009 geresulteerd in ontslag van de bestuurder met onmiddellijke ingang.

## 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.

		Bezoek 9 en 16 april 2009 <sup>2</sup>	<i>Bezoek 3 en 15 september 2009</i>
1	<i>Intakeprocedure</i>	aanwezig	<i>aanwezig</i>
2	Zorgdossiers	aanwezig	<i>aanwezig</i>
3	Behandelplan	aanwezig	<i>operationeel</i>
4	Multidisciplinaire samenwerking	afwezig	<i>afwezig</i>
5	Nazorg	afwezig	<i>afwezig</i>
6	<i>Samenwerking huisartsen/ziekenhuizen</i>	afwezig	<i>aanwezig</i>
7	<i>Samenwerking reguliere GGZ</i>	afwezig	<i>aanwezig</i>
8	Samenwerking politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woning-bouwverenigingen	aanwezig	<i>Niet getoetst</i>
9	Lid branche-organisatie	afwezig	<i>afwezig</i>

<sup>2</sup> De toetsingseenheden binnen de zorgaspecten worden beoordeeld op afwezig, aanwezig, operationeel of geborgd [en eventueel niet van toepassing]

Toelichting per onderdeel:

- *Intakeprocedure*

Beoordeling april 2009

Er is sinds kort een beschrijving van de procedure CIZ-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.

*Beoordeling september 2009*

*De schriftelijke intakeprocedure is aangepast. Cliënten worden pas opgenomen nadat zij de intakeprocedure hebben doorlopen en passend zijn binnen de doelgroep. Naar aanleiding van een onderzoek op 21 september j.l. naar een melding is gebleken dat een cliënt, waarbij begin 2009 is vastgesteld dat er sprake was van dubbele problematiek (ZZP 4), na een afwezigheid van 10 dagen weer is opgenomen zonder overleg met de huisarts en zonder voldoende deskundig onderzoek naar het psychiatrische toestandsbeeld. Dit betekent dat dit onderdeel nog niet operationeel is.*

- *Zorgdossiers*

Beoordeling april 2009.

Het zorgdossier bestaat in hoofdlijnen uit een verslag bij opname, de overeenkomst die cliënt is 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.

*Beoordeling september 2009*

*De zorgdossiers zijn enigszins aangepast. Nog steeds is de multidisciplinaire aanpak bij cliënten waarvoor dit geïndiceerd is, niet zichtbaar in de aantekeningen in het dossier. Ook dit onderdeel is niet operationeel.*

- *Behandelplan*

Beoordeling april 2009

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>3</sup>.

---

<sup>3</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.



*Beoordeling september 2009*

*De zorg-/begeleidingsplannen zijn iets aangepast en bevatten de eerder genoemde onderwerpen verslaving, gezondheid etc. Er ligt in vergelijking met eerder minder nadruk op religie en religieuze verplichtingen. Het faseprogramma is de basis voor het begeleidingsplannen. Tijdens de verschillende bezoeken is gesproken met verschillende cliënten. Zij hebben verklaard dat de begeleidingsplannen met hen zijn besproken en ze hebben zich hiermee akkoord verklaard. Dit bleek ook uit de inzage in verschillende dossiers waarin door cliënt ondertekende zorgplannen zaten.*

- Multidisciplinaire samenwerking

*Beoordeling april 2009*

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.

*Beoordeling september 2009*

*De situatie is min of meer ongewijzigd. Weliswaar is er overleg geweest met de GGZ-instelling en de huisarts, maar dit heeft feitelijk nog niet geresulteerd in een multidisciplinaire aanpak. Op basis van het onderzoek naar een melding op 21 september j.l. over een heropname van een cliënt met ernstige psychiatrische problematiek is vastgesteld dat het geheel heeft ontbroken aan een multidisciplinaire aanpak en beoordeling bij de heropname.*

- Nazorg

*Beoordeling april 2009*

Er is geen structurele nazorg voor cliënten die voortijdig het programma verlaten.

*Beoordeling september 2009*

*Mede naar aanleiding van een onderzoek naar een melding is vastgesteld dat er geen structurele nazorg voor cliënten is geregeld, zoals een beoordeling en mogelijke verwijzing door de huisarts.*

- Samenwerking huisartsen/ziekenhuizen

*Beoordeling april 2009*

Met een huisartsenpraktijk wordt structureel samengewerkt. Dit is echter niet vastgelegd in schriftelijke samenwerkingsafspraken. Dit geldt ook voor de samenwerking met ziekenhuizen.

*Beoordeling september 2009*

*In de afgelopen periode zijn gesprekken gevoerd met de huisartsenpraktijk en een GGZ-instelling. Mede door de financiële onzekerheid van Winnersway en de vakantie periode zijn de afspraken nog niet definitief vastgesteld. Dit betekent dat dit onderdeel nog steeds niet operationeel is.*

- Samenwerking reguliere GGZ

*Beoordeling april 2009*

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.

#### *Beoordeling september 2009*

*In de afgelopen periode zijn gesprekken gevoerd met de huisartsenpraktijk en een GGZ-instelling. Mede door de financiële onzekerheid van Winnersway en de vakantie periode zijn de afspraken nog niet definitief vastgesteld. Dit betekent dat dit onderdeel nog steeds niet operationeel is.*

- Samenwerking politie, welzijnsvoorzieningen, GGD-en en woning-bouwverenigingen  
Beoordeling april 2009  
Er zijn geen schriftelijke samenwerkingsafspraken met politie, GGD en welzijnsinstellingen. Met de wijkagent en een woningbouwvereniging bestaan wel regelmatige contacten.

*Beoordeling september 2009*

*Niet getoetst.*

- Lid branche-organisatie

Beoordeling april 2009

Winnersway wil lid worden van GGZ Nederland, in januari 2009 is een aanvraag voor lidmaatschap ingediend, maar dit is nog niet gerealiseerd.

*Beoordeling september 2009*

*De toestand is ongewijzigd, dat wil zeggen dat GGZ Nederland de aanvraag voor het lidmaatschap nog steeds aanhoudt.*

## 2.3 Kwaliteit

### *Omschrijving zorgaspect*

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?

	Bezoek 9 en 16 april 2009	Bezoek 3 en 15 september 2009
1 Kwaliteitscyclus zorgproces	afwezig	afwezig/ aanwezig
2 Inzicht in effectiviteit (op beleidsniveau)	afwezig	afwezig

### *Toelichting per onderdeel:*

- Kwaliteitscyclus zorgproces

Beoordeling april 2009

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.

*Beoordeling september 2009*

*Op diverse onderdelen is het zorgproces nader uitgewerkt, implementatie vindt plaats. Er is een Zorgprogramma opgesteld ondermeer bestaande uit workshops gericht op aanleren life skills, groepsgesprekken en dagbesteding. Dit laatste onderdeel is door het wegvallen van de werkprojecten beperkt ingevuld. Het programma is vanaf 1 september van start gegaan. De verplichte programma's zijn*

*niet waardevrij, zij zijn gebaseerd op hun door het evangelie geïnspireerde visie op de mens. Er kan nog niet gesproken worden van een kwaliteitscyclus zorgproces, al is een onderdeel gereed. Vandaar de beoordeling afwezig/aanwezig in plaats van operationeel.*

- Inzicht in effectiviteit (op beleidsniveau)

*Beoordeling april 2009*

*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.*

*Beoordeling september 2009*

*Systematische aandacht voor inzicht in de effectiviteit van de begeleiding/behandeling is onderdeel van het plan van aanpak, maar is nog niet uitgewerkt in een instrument. Van eind mei tot eind september zijn vier cliënten met ontslag gegaan.*

## 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?

	Bezoek 9 en 16 april 2009	Bezoek 3 en 15 september 2009
1 Deskundigheid	afwezig	<i>aanwezig</i>
2 Taak-/functie-omschrijvingen	aanwezig	<i>aanwezig</i>
3 Verantwoordelijkheidsverdeling	afwezig	<i>operationeel</i>
4 Personeelscapaciteit	afwezig	<i>aanwezig</i>
5 Beleid ziekteverzuim	operationeel	<i>operationeel</i>

### *Toelichting per onderdeel:*

#### - Deskundigheid

##### *Beoordeling april 2009.*

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.

##### *Beoordeling september 2009*

*Een deel van de medewerkers is met ontslag. Er is een scholingsplan uitgewerkt waarin voornamelijk in eigen beheer scholing plaatsvindt. Daarnaast zijn recent twee medewerkers een (aanvullende) opleiding SPW-4 gestart passend bij de hulpverlening. Pas op lange termijn zal dit (volledig) gekwalificeerde medewerkers opleveren. Er is geen voornemen om een medewerker met een verpleegkundige achtergrond in dienst te nemen. In de beoogde personeelsbezetting zijn drie academisch geschoolde psychologen (deels relevante deskundigheid voor de hulpverlening) opgenomen. Een dergelijke personeelsbezetting is geen afspiegeling van vergelijkbare instellingen met een capaciteit van 30 bewoners. Landelijk ontbreken vastgestelde normen over de noodzakelijke personeelsbezetting. Omdat voldoende gedifferentieerde deskundigheid ontbreekt is dit onderdeel beoordeeld op aanwezig.*

- Taak-/functie-omschrijvingen  
Beoordeling april 2009.  
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.  
*Beoordeling september 2009*  
*Er zijn bijgestelde summiere taak-/functieomschrijvingen, die bij medewerkers waarmee gesproken is, overigens niet bekend bleken. Er is aangevangen met het wijzigen van de contracten in een "normale setting" in verband met de eerdere passages over de "zwijgplicht" van medewerkers en het dreigen met een boete bij overstappen naar een zorginstelling binnen 100 km. van Winnersway. Begin oktober zal dit zijn afgerond. Vanaf 1 januari 2010 wordt gestart dat het CAO-conform maken van de contracten.*
  
- Verantwoordelijkheidsverdeling  
Beoordeling april 2009  
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 parttime. Voor medewerkers is de verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor het begeleiding-/zorgplan en voor het regelmatig evalueren van het plan met de cliënt.  
*Beoordeling september 2009*  
*De verantwoordelijkheidsverdeling van het zorggebonden personeel is vastgesteld. De begeleiders leggen verantwoording af aan de manager zorg.*
  
- Personeelscapaciteit  
Beoordeling april 2009  
Het onderdeel personeelscapaciteit is beoordeeld op afwezig omdat de instelling niet beschikt over gekwalificeerd medisch en psychiatrisch verpleegkundig geschoold personeel.  
*Beoordeling september 2009*  
*Het streven is om voldoende gekwalificeerd psychologisch geschoold personeel in te zetten, maar er wordt geen invulling gegeven aan voldoende gekwalificeerd medisch/psychiatrisch (verpleegkundig) geschoold personeel, vandaar de beoordeling aanwezig in plaats van operationeel.*
  
- Beleid ziekteverzuim  
Beoordeling april 2009  
De instelling heeft een beleid ten aanzien van ziekteverzuim en er is samenwerking met een ARBO-dienst.  
*Beoordeling september 2009*  
*Toestand is ongewijzigd*

## 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?

	Bezoek 9 en 16 april 2009	Bezoek 3 en 15 september 2009
1 <i>Informatieverstrekking, informed consent</i>	aanwezig	<i>aanwezig</i>
2 Bejegening	afwezig	<i>niet getoetst</i>
3 Cliënttevredenheid	operationeel	<i>operationeel</i>
4 Effectiviteit behandelingen (op cliëntniveau)	afwezig	<i>afwezig</i>
5 Klachtenbeleid	afwezig	<i>niet getoetst</i>
6 Medezeggenschap	afwezig	<i>operationeel</i>

### *Toelichting per onderdeel;*

#### *Beoordeling september 2009*

*Aan de hand van het programma van het Ministerie van VWS is gestart met een project gebaseerd op de zeven rechten van de cliënt. Hiervoor is een stagiaire aangetrokken, operationalisatie vindt vanaf januari 2010 plaats.*

#### *- Informatieverstrekking, informed consent*

##### *Beoordeling april 2009*

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 contant 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.

##### *Beoordeling september 2009*

*De informatiemap is/wordt aangepast. Tijdens het onaangekondigde bezoek op 3 september bleek echter bij de ingang van het pand nog steeds een map met de oude "strenge" huisregels te liggen. Ook de formulieren voor toestemming om te bellen en bezoek bleken daar nog te liggen. Naar aanleiding van het onderzoek naar*

*een melding op 21 september j.l. bleek dat een regel in fase 1 van het programma nog steeds geldt;*

*"vanwege de heropname deze eerste twee weken geen contact wordt gelegd/ gemaakt met de buitenwacht" (citaat uit gespreksverslag met cliënt juni 2009). Dit onderdeel is nog niet operationeel gezien de aangetroffen praktijk.*

- Bejegening  
Beoordeling april 2009  
Er zijn geen schriftelijke afspraken over de wijze van bejegening van cliënten.  
*Beoordeling september 2009*  
*Niet getoetst*
  
- Cliënttevredenheid  
Beoordeling april 2009  
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.  
*Beoordeling september 2009*  
*Er is sinds april 2009 geen nieuw cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Naar aanleiding van eerdere kritische opmerkingen van de cliënten kan worden opgemerkt dat het aantal douches is uitgebreid tot 8. Er is meer mogelijkheid voor individuele gesprekken tussen begeleiders en cliënten. De dagactiviteiten zijn door het wegvallen van de werkprojecten geheel veranderd.*
  
- Effectiviteit behandelingen (op cliëntniveau)  
Beoordeling april 2009  
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.  
*Beoordeling september 2009*  
*In de afgelopen periode zijn de individuele zorgplannen besproken met de cliënten en met hen is hierover overeenstemming bereikt. Volgens de cliënten is de mogelijkheid voor een individueel gesprek met de persoonlijk begeleider iets toegenomen tot 1 á 2 keer per week*
  
- Klachtenbeleid  
Beoordeling april 2009  
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.  
*Beoordeling september 2009*  
*Niet getoetst.*

- Medezeggenschap

Beoordeling april 2009

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.

*Beoordeling september 2009*

*De spelregels en het profiel voor de leden cliëntenraad is aangepast. De onderliggende documenten zijn niet getoetst. Alle cliënten mogen zich nu kandidaat stellen voor de cliëntenraad. Recent zijn verkiezingen gehouden, waarvoor zich twee cliënten hebben gemeld. De cliëntenraad spant zich in om de sportmogelijkheden te vergroten.*

## 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.

	Bezoek 9 en 16 april 2009	Bezoek 3 en 15 september 2009
1 Beleid calamiteiten, incidenten	afwezig	<i>Niet getoetst</i>
2 Risicogericht werken	afwezig	<i>afwezig</i>
3 <i>Contra-indicaties</i>	afwezig	<i>aanwezig</i>
4 Beleid medicatie	afwezig	<i>aanwezig</i>
5 Co-morbiditeit	afwezig	<i>afwezig</i>
6 Protocollen	afwezig	<i>niet getoetst</i>
7 Voorbehouden handelingen	Afwezig/niet van toepassing	<i>Niet van toepassing</i>
8 Privacy cliënten	aanwezig	<i>Niet getoetst</i>

### Toelichting algemeen

Beoordeling april 2009

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.



*Beoordeling september 2009*

*Het gehele onderdeel Veiligheid laat enige verbetering zien, maar op geen enkel onderdeel is sprake van kwalitatief voldoende verbetering, zodat gesproken kan worden over een operationeel niveau van het zorgaspect.*

Toelichting per onderdeel;

- Beleid calamiteiten, incidenten

*Beoordeling september 2009*

*Het beleid calamiteiten en incidenten is tijdens de recente bezoeken niet getoetst.*

- Risicogericht werken

*Beoordeling april 2009*

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 veel 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.

*Beoordeling september 2009*

*Op basis van het onderzoek naar een melding op 21 september j.l. kan gesteld worden dat er nog steeds onvoldoende inzicht is in potentiële gezondheidsrisico's. Het zonder tussenkomst van de huisarts of GGZ-deskundigheid na 10 dagen afwezigheid heropnemen van een cliënt bekend met dubbele diagnostiek problematiek (ZZP 4) en tussentijds harddruggebruik, getuigt van onzorgvuldig en onprofessioneel handelen.*

- Contra-indicaties

*Beoordeling april 2009*

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

- Methadon-gebruik van 30 mg. of meer
- Heroïneverslaving (rechtstreeks 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.

*Beoordeling september 2009*

*In overleg met de huisartsenpraktijk, GZ-psycholoog en GGZ-instelling zijn de indicaties en de contra-indicaties voor opname en verblijf in Winnersway vastgesteld. Het bijbehorend protocol is nog niet ondertekend door alle betrokken partijen.*

- Beleid medicatie

*Beoordeling april 2009*

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.

*Beoordeling september 2009*

*Het medicatiebeheer wordt nog steeds geheel overgenomen door de instelling. Er is een systeem van aftekenen voor het uitzetten en delen van medicatie. Geadviseerd*

*is met het oog op overschrijffouten om geen medicatievoorschriften over te schrijven, maar de apotheek te verzoeken om een geautomatiseerd medicatieoverzicht. Een verzorgende-C is verantwoordelijk voor de geneesmiddelen distributie. Door het nog steeds ontbreken van een verpleegkundige in de personeelsbezetting blijft dit een risicovolle situatie.*

- Co-morbiditeit  
 Beoordeling april 2009  
 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.  
*Beoordeling september 2009.*  
*In de personeelsbezetting ontbreekt het nog steeds aan voldoende deskundigheid op het terrein van somatische en psychiatrische co-morbiditeit. Ook de voornemens om de personeelsbezetting kwalitatief te verbeteren door nascholing van psychologen en volgen van SPH-4 opleiding zijn onvoldoende om op deze terreinen op korte termijn voldoende deskundigheid te hebben.*
  
- Voorbehouden handelingen  
 Beoordeling april 2009  
 Indien de uitvoering van voorbehouden handeling nodig is wordt de Thuiszorg ingeschakeld. Tot op heden is dit niet nodig geweest.  
*Beoordeling september 2009 .*  
*De situatie is onveranderd.*

## 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?

	Bezoek 9 en 16 april 2009	Bezoek 3 en 15 september 2009
1 Bereikbaarheid	operationeel	<i>operationeel</i>
2 Wachtijd, continuïteit en doorstroming	operationeel	<i>operationeel</i>
3 Huisvesting	operationeel	<i>operationeel</i>

### *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, o.a. de doucheruimten. Het gebouw van Winnersway Verslavingszorg vormt één geheel met het kerkgebouw van OCN.

*Beoordeling september 2009*

- *Locatie Lammenschansweg is niet meer in gebruik. Tijdens een onaangekondigd bezoek in mei 2009 bleek dat hetgeen bovenstaand is vermeld over de personeelsbezetting onjuist was. In de nacht is er geen begeleiding aanwezig op de lokatie Turkooislaan. Eén van de cliënten die in fase 5 zit, heeft volgens rooster een verantwoordelijkheidsdienst. Eén van de medewerkers kan zo nodig gebeld worden.*
- *Er staan vier cliënten op de wachtlijst die de indicatieprocedure hebben doorlopen. Zodra de opnamestop wordt opgeheven kunnen ze worden opgenomen.*
- *Een verbouwing is klaar. Dit heeft geresulteerd in 8 doucheruimten en 8 toiletruimten verspreid over de verdiepingen. De cliënten verblijven op 1-, 2- en 4-persoonskamers. Op de 4-persoonskamers zijn stapelbedden. Sommige meubels en de vloerbedekking maken een haveloze indruk.*

## 3 Beschouwing

### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe Winnersway scoort op de zes zorgaspecten. Dit hoofdstuk 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

Beoordeling april 2009.

Zoals blijkt uit de beoordelingen in hoofdstuk 2 zijn de voorwaarden voor verantwoorde zorgverlening nog onvoldoende aanwezig. Zeer zwaarwegend is dat Winnersway ook niet voldoet 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 beperkte opnamecapaciteit van Winnersway en de beperkingen in de AWBZ-verstrekingen maken een gestructureerde samenwerking met de GGZ noodzakelijk.

*Beoordeling september 2009*

*Op meer onderdelen wordt inmiddels voldaan aan de voorwaarden in zoverre dat er een beleid is vastgesteld. Ook zijn er mondelinge samenwerkingsafspraken gemaakt met de huisartsenpraktijk en een geïntegreerde GGZ-instelling. De noodzakelijke professionalisering van de instelling is echter volstrekt onvoldoende. Ook de voornemens daartoe zijn onvoldoende. Mede naar aanleiding van een onderzoek door de inspectie naar de melding dd. 21 september 2009 is gebleken dat men zich onvoldoende bewust is van de risico's bij een heropname van een cliënt met bijkomende psychiatrische problematiek en het achterwege laten van inschakeling van de huisarts of GGZ deskundigheid om te bepalen of heropname van een cliënt met ernstige psychiatrische problematiek en tussentijds harddruggebruik na 10 dagen afwezigheid verantwoord was.*

### 3.3 Zorgaanbod niet afgestemd op doelgroep

Beoordeling april 2009

Winnersway heeft, naast verblijf, een toelating voor de AWBZ-verstrekingen 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 alcoholverslaafden gebeurt het ontgiften met ondersteunende medicatie. Voor harddrugsverslaafden gebeurt dit "cold turkey". Een dergelijke afkickmethode is niet zonder gezondheidsrisico's voor de cliënten.

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. Op beide locaties ontbreekt verpleegkundige en medische professionaliteit in de personeelsbezetting. Daarbij beschikt Winnersway ook niet over de functie behandeling.

#### *Beoordeling september 2009*

*Winnersway zou per april 2009 zijn gestopt met het opnemen van nieuwe cliënten. Hiermee gaf Winnersway gevolg aan de maatregelen van de Inspectie. Tevens heeft Winnersway toegezegd dat zij aansluiting bij de reguliere GGZ zoekt 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. Mondeling zijn afspraken gemaakt, maar deze zijn nog niet schriftelijk overeen gekomen. Het zonder overleg en tussenkomst van de huisarts of GGZ-deskundigheid na 10 dagen afwezigheid heropnemen van een cliënt in juni, bekend met dubbele diagnostiek problematiek (ZZP 4) en tussentijds harddruggebruik, getuigt van onzorgvuldig en onprofessioneel handelen.*

### **3.4 Programma voor cliënten van Winnersway heeft geen verplicht religieus karakter meer**

#### Beoordeling april 2009.

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".

#### *Beoordeling september 2009*

*De verplichting tot het bijwonen van bijeenkomsten met een sterk religieus karakter is vervallen. De kerkdienst, bidden en bijbelstudies zijn er nog wel, maar deze kan de cliënt naar eigen behoefte volgen. Ook in de zorgplannen zijn de religieuze onderdelen en vereisten niet meer opgenomen. Winnersway blijft een instelling waar de bijbel leidend is in het handelen, normen en waarden van medewerkers (concept-welkomstbrochure aug.2008). De instelling ademt ook nog steeds een streng religieuze sfeer uit, o.a. door bijbelteksten aan de muur. Onderdanigheid en nederigheid spelen hierin een sterke rol. In gespreksverslagen zijn opdrachten aan de cliënt aangetroffen die verband houden met het bestuderen van Het Boek (de bijbel)*

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

#### Beoordeling april 2009

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 Behandeloevereenkomst) 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.

*Beoordeling september 2009*

*Er is nog steeds sprake van teveel beperking van de fundamentele rechten van de cliënt. De algemeen geldende regels voor fase 1 van het programma houdt in dat de eerste twee weken na opname geen contact wordt gelegd/ gemaakt met de buitenwacht. Uit het recente meldingenonderzoek bleek dat deze regel bij de heropname van een cliënt juni 2009 is gehanteerd als voorwaarde voor opname. Op bezwaren van de cliënt is niet ingegaan. Een dergelijke algemene regel tast de rechtspositie van de cliënt in ernstige mate aan en is in strijd met wet- en regelgeving.*

### **3.6 Dagprogramma aanzienlijk gewijzigd**

*Beoordeling september 2009*

*Door het stoppen van de verplichte kerkelijke activiteiten en de 40-urige werkprojecten en het nog ontbreken van nieuwe werkprojecten is het dagprogramma voor de cliënten gewijzigd. Het zorgprogramma dat per 1 september van start is gegaan, geeft een gedeeltelijke invulling van een weekprogramma voor de cliënt.*

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

*Beoordeling april 2009*

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 verstrekingen 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.

*Beoordeling september 2009*

*Op basis van de toezichtbezoeken en het onderzoek naar de recente melding van heropname van een cliënt in juni 2009 is gebleken dat aan de bovenstaande voorwaarden die eind april 2009 zijn gesteld niet wordt voldaan.*

*Er is op verschillende momenten door verschillende medewerkers, inclusief leidinggevende ook niet in de geest van bovenstaande voorwaarden is gehandeld. Dit betreft ;*

- *Zonder overleg met de huisarts en/of inschakeling van GGZ deskundigheid is besloten tot heropname na 10 dagen afwezigheid van een cliënt met ernstige psychiatrische problematiek en tussentijds harddruggebruik.*
- *Twee keer zonder consultatie van de huisarts en voldoende nazorg ontslaan van een kwetsbare cliënt (dezelfde) met ernstige psychiatrische problematiek.*
- *Het hanteren van algemene regels die ingrijpende vrijheidsbeperkingen voor de cliënt inhouden en waarover ook geen overleg mogelijk is.*
- *Een kwalitatieve personeelsbezetting die zich onvoldoende bewust is van de risico's van de cliënt en zijn problematiek gezien de beperkingen van het zorgaanbod van Winnersway (persoonlijke verzorging, begeleiding en verblijf).*

## 4 Conclusie

### 4.1 Inleiding

Op basis van het conceptrapport van de toezichtbezoeken op 9 en 16 april 2009 is op 22 april 2009 aan de directie verzocht om direct maatregelen te nemen. Deze maatregelen waren nodig om de grootste risico's voor cliënten weg te nemen. Voor de overige noodzakelijke verbeteringen is verzocht om een plan van aanpak en maandelijkse voortgangsrapportage.

Nu is gebleken dat er in de afgelopen periode in de praktijk nog steeds volgens de oude werkwijze wordt gewerkt heeft de inspectie er onvoldoende vertrouwen in dat er op termijn sprake zal zijn van verantwoorde zorg.

Uit het onderzoek naar de melding en de algemene toezichtbezoeken is tevens gebleken dat op grond van de door de directie van Stichting Winnersway voorgenomen en uitgevoerde maatregelen op korte termijn onvoldoende verbetering is te verwachten in de kwaliteitsborging en professionalisering van Stichting Winnersway. Wegens het ontbreken van dit verbeterperspectief acht de inspectie de voortzetting van Stichting Winnersway in haar huidige vorm niet langer verantwoord.

De inspectie heeft, in overleg met de huisarts, ingeschat dat de psychiatrische zorgzwaarte van de huidige cliëntenpopulatie van Stichting Winnersway echter geen *acuut* gevaar oplevert. De inspectie kan dan ook niet overgaan tot het geven van een bevel zoals bedoeld in de Kwaliteitswet, maar zij zal wel de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport adviseren om op korte termijn over te gaan tot het geven van een aanwijzing zoals bedoeld in de Kwaliteitswet.



## Scores op de zes zorgaspecten

Zorgaspect	Toetsingseenheid	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
A	1	Binnen de instelling is geen beleid geformuleerd met betrekking tot de intakeprocedure, waarin de rol van verschillende disciplines is beschreven en vormen van onderzoek zijn vastgesteld.	Binnen de instelling is beleid geformuleerd met betrekking tot de intakeprocedure, waarin de rol van verschillende disciplines is beschreven en waarin verschillende vormen van onderzoek zijn vastgelegd.	De beschreven intakeprocedure wordt toegepast, en uit de verslaggeving in de dossiers blijkt dat die multidisciplinair wordt uitgevoerd, standaardinstrumenten worden gebruikt en onderzoek conform het vastgestelde beleid wordt uitgevoerd.	Regelmatig wordt geëvalueerd of de intakeprocedure tot verantwoorde en relevante beslissingen leidt.
	2	De instelling houdt geen zorgdossiers van haar cliënten bij.	De instelling houdt zorgdossiers van haar cliënten bij.	De instelling houdt zorgdossiers van haar cliënten op systematische wijze bij en hanteert hierbij een multidisciplinaire aanpak.	De instelling houdt zorgdossiers van haar cliënten op systematische wijze bij, hanteert hierbij een multidisciplinaire aanpak, evalueert de dossiers regelmatig en stelt waar nodig de dossierstructuur bij.
	3	De instelling stelt voor haar cliënten geen behandelplannen op.	De instelling stelt voor haar cliënten behandelplannen op en heeft een norm voor de tijd waarbinnen het behandelplan beschikbaar moet zijn.	De instelling stelt voor haar cliënten behandelplannen op, heeft een norm voor de tijd waarbinnen het behandelplan beschikbaar moet zijn en de patiënten hebben altijd binnen deze gestelde norm een behandelplan.	De instelling stelt voor haar cliënten binnen vooraf vastgestelde tijdsnormen behandelplannen op, periodiek wordt nagegaan of de patiënten binnen deze tijd een behandelplan hebben. Hulpverleners worden op nalatig gedrag in deze aangesproken.
	4	Multidisciplinaire samenwerking maakt niet of onvoldoende onderdeel uit van de behandeling.	Multidisciplinaire samenwerking maakt incidenteel/op ad hoc basis onderdeel uit van de behandeling.	Multidisciplinaire samenwerking maakt structureel onderdeel uit van de behandeling.	Periodiek wordt het effect van multidisciplinaire samenwerking op de kwaliteit van de patiëntenzorg geëvalueerd en waar nodig worden veranderingen ingevoerd.
	5	De instelling besteedt geen aandacht aan nazorg van cliënten.	De instelling besteedt incidenteel/op ad hoc basis aandacht aan nazorg van cliënten.	Nazorg vormt een structureel onderdeel van de behandeling.	Nazorg, en evaluatie ervan, vormt een structureel onderdeel van de behandeling.
	6	De kliniek heeft geen samenwerkingsafspraken met huisartsen en ziekenhuizen.	De kliniek heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met huisartsen en ziekenhuizen.	De afspraken leiden tot doorverwijzingen, indien geïndiceerd, en bijvoorbeeld vaste gesprekken van de alcoholzorg in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken.	Deze samenwerking wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld. Gebleken is dat deze samenwerking bijdraagt tot continuïteit van zorg.
	7	De instelling heeft geen samenwerkingsafspraken met de reguliere GGZ.	De kliniek heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met de reguliere GGZ.	Deze afspraken leiden tot plaatsingen, indien geïndiceerd.	De samenwerking met de GGZ wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig

Zorgaspect	Toetsingseenheid	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
<b>B</b> <b>Kwaliteit</b>	1	De instelling heeft geen beleid ten behoeve van het verloop van het zorgproces.	De instelling heeft beleid ten behoeve van het verloop van het zorgproces.	De instelling heeft beleid ten behoeve van het verloop van het zorgproces en past deze systematisch toe.	De instelling heeft beleid ten behoeve van het verloop van het zorgproces, past deze systematisch toe en evalueert periodiek dit verloop.
	2	Inzicht in effectiviteit behandelingen (macroniveau; systematische effectmetingen)	De instelling heeft geen inzicht in de effectiviteit van de behandelingen.	Door (incidentele) evaluatie van de behandeling heeft de instelling enig idee van de effectiviteit van de behandeling.	Men probeert door systematische registratie en/of onderzoek meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de behandelingen.
<b>C</b> <b>Personeel</b>	1	Deskundigheid/ kennis/ scholing personeel	De instelling heeft geen aandacht voor de deskundigheid en scholing van haar medewerkers en/of het kennis- en deskundigheidsniveau van het personeel schiet tekort.	De instelling heeft aandacht voor de deskundigheid(sbeoordering) van haar personeel.	De instelling besteedt systematisch aandacht aan deskundigheid en (bij)scholing van haar personeel, evalueert dit beleid periodiek en stelt deze waar nodig bij.
	2	Geformaliseerde taakfunctieomschrijvingen	De instelling heeft geen geformaliseerde taakfunctieomschrijvingen van het personeel.	De instelling heeft geformaliseerde taakfunctieomschrijvingen van het personeel, deze zijn bekend bij de medewerkers en deze werken ook volgens deze omschrijvingen.	De instelling heeft geformaliseerde taakfunctieomschrijvingen van het personeel, deze zijn bekend bij de medewerkers en deze werken ook volgens deze omschrijvingen. Periodiek evalueert men de omschrijvingen op juistheid en werkbaarheid en zo nodig stelt men deze bij.
	3	Geformaliseerde verantwoordelijkheidsverdeling	De instelling heeft de verantwoordelijkheidsverdeling niet vastgelegd (in een professioneel statuut).	De instelling beschikt over een professioneel statuut, waarin de afbakening van taken en bevoegdheden van de disciplines zijn beschreven.	Men handelt conform het statuut en periodiek wordt het statuut geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
	4	Personeelscapaciteit	De instelling beschikt niet of nauwelijks over voldoende gekwalificeerd medisch, psychiatrisch en psychologisch geschoold personeel.	Voldoende artsen, psychiaters en psychologen maken deel uit van de verschillende behandelprogramma's en ze worden op een adequate wijze ingeschakeld. Er is beleid met daarin ook strategieën om, bij personeelstekort, continuïteit van zorg te waarborgen.	Er is voldoende gekwalificeerd personeel, de rol van de verschillende disciplines alsmede het aantal formatieplaatsen in de verschillende programma's wordt regelmatig geëvalueerd en aan de hand daarvan wordt het beleid aangepast.
	5	Beleid ziekteverzuim	De instelling heeft geen beleid ten aanzien van ziekteverzuim.	De instelling heeft beleid ten aanzien van ziekteverzuim, waarin aandacht wordt besteed aan preventie en minimalisering van verzuim en borging continuïteit van de zorg in geval van verzuim van medewerkers. De instelling	De instelling heeft beleid ten aanzien van ziekteverzuim, met aandacht voor preventie, minimalisering en continuïteit van de zorg, evalueert dit beleid periodiek en past deze indien nodig aan.

Zorgaspect	Toetsingsseenheid	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
D	<b>Cliëntgerichtheid</b>				
1	<i>Zelfbepaling, keuzevrijheid</i>	Cliënten worden niet gewezen op (alternatieve) mogelijkheden van behandelingen en op de vrijheid die ze hebben om een behandeling te kiezen.	Cliënten worden incidenteel/ ad hoc gewezen op (alternatieve) mogelijkheden van behandelingen, op de vrijheid die ze hebben om een behandeling te kiezen, en op hun recht de behandeling te weigeren/ staken.	Cliënten worden structureel gewezen op (alternatieve) mogelijkheden van behandelingen, op de vrijheid die ze hebben om een behandeling te kiezen, en op hun recht de behandeling te weigeren/ staken. De instelling evalueert en gaat systematisch na of cliënten gedurende de gehele behandeling voldoende keuzevrijheid krijgen/ ervaren.	Cliënten worden structureel gewezen op (alternatieve) mogelijkheden van behandelingen, op de vrijheid die ze hebben om een behandeling te kiezen, en op hun recht de behandeling te weigeren/ staken. De instelling evalueert en gaat systematisch na of cliënten gedurende de gehele behandeling voldoende keuzevrijheid krijgen/ ervaren.
2	<i>Informatieverstrekking aan cliënten: informed consent</i>	Er bestaan geen afspraken over onderwerpen waarvoor cliënten informatie ontvangen.	Er zijn schriftelijke afspraken over de onderwerpen waarover, en de wijze waarop, cliënten informatie ontvangen.	Er zijn 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.
3	<i>Bejegening</i>	Er bestaan geen 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.
4	<i>Cliënttevredenheid</i>	De instelling besteedt geen aandacht aan tevredenheid van cliënten.	De instelling besteedt incidenteel/ ad hoc aandacht aan tevredenheid van cliënten.	De instelling besteedt systematisch aandacht aan tevredenheid van cliënten.	De instelling besteedt systematisch aandacht aan (evaluatie van) tevredenheid van cliënten en past waar nodig en mogelijk aspecten van het behandelproces aan.
5	<i>Effectiviteit behandelingen (microniveau: periodieke evaluatie resultaten individuele behandeling)</i>	Behandelingen van individuele cliënten worden niet standaard periodiek geëvalueerd.	Behandelingen van individuele cliënten worden periodiek geëvalueerd.	Men probeert door systematische registratie en/of onderzoek meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de behandeling.	Op grond van systematische registratie van gegevens en/of onderzoek wordt het behandelbeleid periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
6	<i>Klachtenbeleid (WKCZ)</i>	De instelling heeft geen beleid ten aanzien van klachten over de geboden zorg.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van klachten over de geboden zorg.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van klachten over de geboden zorg en past dit beleid systematisch toe.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van klachten over de geboden zorg past dit beleid systematisch toe, evalueert het beleid periodiek en stelt het waar nodig bij.
7	<i>Medezeggenschap; cliëntenraad (WMCZ)</i>	Er is geen cliëntenraad of een andere vorm van medezeggenschap.	Er is een cliëntenraad conform de wet.	De cliëntenraad wordt consequent geraadpleegd bij beleidsveranderingen.	De werkwijze van de instelling en het betrekken van de cliëntenraad bij beleidsveranderingen worden

Zorgaspect	Toetsingseenheid	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
E					
<b>Veiligheid</b>					
1	<i>Beleid calamiteiten, incidenten en (bijna-)fouten</i>	Er is geen (MIP/FONA-) commissie die beschikt over een procedure melden, registreren en beoordelen van meldingen en de afhandeling daarvan.	Er is een (MIP/FONA-) commissie die beschikt over een procedure melden, registreren en beoordelen van meldingen en de afhandeling daarvan.	Er is een (MIP/FONA-) commissie die beschikt over een procedure melden, registreren en beoordelen van meldingen en de afhandeling daarvan. Meldingen worden volgens procedure systematisch geanalyseerd en beoordeeld, en analyse (MIP/FONA) leidt tot adviezen naar melder en directie.	De adviezen worden door de directie opgevolgd, er is inzicht in kwetsbare organisatieonderdelen, en er is sprake van een periodieke evaluatie van het calamiteitenbeleid, zodat sprake is van een effectieve verbeteringscyclus.
2	<i>Risicogericht werken</i>	De instelling beschikt niet over een beschrijving van de potentiële gezondheidsrisico's tijdens de verschillende fasen van het hulpverleningsproces.	De instelling beschikt over een beschrijving van deze potentiële risico's, de medewerkers kennen deze beschrijving en anticiperen op de potentiële risico's.	De instelling beschikt over een beschrijving van deze potentiële risico's, de medewerkers kennen deze beschrijving en anticiperen op de potentiële risico's.	De instelling beschikt over een beschrijving van deze potentiële risico's, de medewerkers kennen deze beschrijving en anticiperen op de potentiële risico's. De beschrijving wordt periodiek aantoonbaar geactualiseerd.
3	<i>Contra-indicaties</i>	De instelling heeft niet vastgelegd met welke contra-indicaties zij werkt.	De instelling heeft vastgelegd met welke contra-indicaties zij werkt.	De instelling heeft vastgelegd met welke contra-indicaties zij werkt en het personeel hanteert deze contra-indicaties op adequate wijze.	De instelling heeft vastgelegd met welke contra-indicaties zij werkt, het personeel hanteert deze contra-indicaties op adequate wijze en deze indicaties worden periodiek geëvalueerd.
4	<i>Beleid medicatie</i>	De instelling heeft geen beleid ten aanzien van medicatie.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van (opslag, distributie, registratie, verstreking en beheer van) medicatie.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van (opslag, distributie, registratie, verstreking en beheer van) medicatie.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid ten aanzien van (opslag, distributie, registratie, verstreking en beheer van) medicatie en evalueert dit beleid op regelmatige basis en stelt dit eventueel bij.
5	<i>Co-morbiditeit</i>	Binnen de instelling is geen beleid geformuleerd inzake de behandeling van somatische en/of psychiatrische co-morbiditeit	De instelling beschikt over beleid inzake de behandeling van somatische en/of psychiatrische co-morbiditeit	Somatische of psychiatrische co-morbiditeit vormt een structureel onderdeel van de behandeling; de cliënt wordt voor de co-morbide stoornis binnen de instelling behandeld of wordt doorverwezen naar een andere voorziening.	Somatische of psychiatrische co-morbiditeit vormt een structureel onderdeel van de behandeling, de instelling heeft duidelijke gegevens over de mate van co-morbiditeit bij cliënten. De resultaten van de behandeling van de co-morbide stoornis worden regelmatig geëvalueerd. Die gegevens dienen voor de directie als managementinformatie en leiden indien nodig (aantoonbaar) tot aanpassing van het beleid.
6	<i>Protocollen</i>	Binnen de instelling bestaan geen protocollen (bijvoorbeeld op het gebied van calamiteiten,	Binnen de instelling bestaan protocollen (bijvoorbeeld op het gebied van calamiteiten,	Binnen de instelling bestaan protocollen (bijvoorbeeld op het gebied van calamiteiten,	Binnen de instelling wordt gewerkt met schriftelijk vastgelegde protocollen

Zorgaspect	Toetsingseenheid	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
		van calamiteiten, medicatie, co-morbiditeit e.d.).	medicatie, co-morbiditeit e.d.).	medicatie, co-morbiditeit e.d.), medewerkers kennen ze en werken ook volgens deze protocollen.	(bijvoorbeeld op het gebied van calamiteiten, medicatie, co-morbiditeit e.d.); en deze protocollen worden periodiek geëvalueerd en zo nodig aangepast.
7	<i>Voorbehouden handelingen</i>	Voorbehouden handelingen zijn niet adequaat geprotocolleerd.	Voorbehouden handelingen zijn adequaat geprotocolleerd.	Voorbehouden handelingen zijn adequaat geprotocolleerd en medewerkers kennen en gebruiken de protocollen.	De protocollen worden navolgbaar periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
8	<i>Privacy cliënten</i>	De instelling heeft geen beleid omtrent privacy van cliënten.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid omtrent privacy van cliënten.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid omtrent privacy van cliënten en werkt conform dit beleid.	De instelling heeft schriftelijk vastgelegd beleid omtrent privacy van cliënten, werkt conform dit beleid, evalueert dit beleid periodiek en stelt dit waar nodig bij.
F	<i>Toegankelijkheid</i>	1	<i>Bereikbaarheid instelling</i>	Er is geen beleid geformuleerd met betrekking tot de bereikbaarheid van de instelling, met name voor (crisis)situaties buiten kantoor tijd.	Er is beleid geformuleerd met betrekking tot de bereikbaarheid van de instelling, met name voor (crisis)situaties buiten kantoor tijd.
2	<i>Wachttijd, continuïteit, doorstroming</i>	Er is geen beleid geformuleerd om de wachttijd aan de voordeur en intern te bekorten en/of te overbruggen en om de continuïteit van de geboden zorg te optimaliseren.	Er is beleid geformuleerd om de wachttijd aan de voordeur en intern te bekorten en/of te overbruggen en om de continuïteit van de geboden zorg te optimaliseren.	Er is beleid geformuleerd om de wachttijd aan de voordeur en intern te bekorten en/of te overbruggen en om de continuïteit van de geboden zorg te optimaliseren en dit beleid is geïmplementeerd. Personen op wachtlijsten wordt hulp aangeboden ter overbrugging van die periode.	Er is beleid geformuleerd om de wachttijd aan de voordeur en intern te bekorten en/of te overbruggen en om de continuïteit van de geboden zorg te optimaliseren en dit beleid is geïmplementeerd. Personen op wachtlijsten wordt hulp aangeboden ter overbrugging van die periode. Relevante gegevens worden continu gemonitord, zodat ingegrepen kan worden bij overschrijding van kritische grenzen: de wachttijden en de continuïteit van zorg worden periodiek geëvalueerd en er wordt nagegaan redenen daaraan ten grondslag liggen. Op grond daarvan worden relevante organisatorische en professionele maatregelen getroffen.
3	<i>Huisvesting</i>	Er is geen huisvestingsbeleid.	Er is een huisvestingsbeleid, waarin plannen (o.a. voor onderhoud en vervanging) voor de korte en lange termijn zijn bepaald.	Er is huisvestingsbeleid en de gebouwen worden adequaat en goed onderhouden.	Het huisvestingsbeleid, de gebouwen worden adequaat en goed onderhouden, er is een meerjarenhuisvestingsplan en het huisvestingsbeleid wordt periodiek geëvalueerd.