



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Stichting Seniorenresidentie Ruitersbos,  
**in Breda op 8 november 2017**

Utrecht, maart 2017

V2000322

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 2</b>
1.1	Aanleiding bezoek 2
1.2	Beschrijving locatie 2
1.3	Bestuursgesprek 3
<b>2</b>	<b>Conclusie 4</b>
2.1	Overzicht van de resultaten 4
2.2	Wat kan beter 4
2.3	Wat moet beter 4
2.4	Conclusie bezoek in combinatie met het bestuursgesprek 4
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 6</b>
3.1	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 6
3.2	Vervolgacties van de inspectie 6
<b>4</b>	<b>Resultaten 7</b>
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 7
4.1.1	Resultaten 7
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 10
4.2.1	Resultaten 10
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
4.3.1	Resultaten 14
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 17</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Geraadpleegde documenten 19</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) bracht op 8 november 2017 een onaangekondigd bezoek aan Seniorenresidentie Ruitersbos (hierna: Ruitersbos) in Breda.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Mochten de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport. De inspectie schrijft haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.

De begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

### 1.1 Aanleiding bezoek

Op 30 maart 2016 meldde Ruitersbos een calamiteit bij de inspectie. Ruitersbos deed een calamiteitenonderzoek. Op 7 april 2017 vond, mede naar aanleiding van dit onderzoek, een gesprek plaats tussen de bestuurder van Ruitersbos en de inspectie. Het gesprek had tot doel om inzicht te krijgen in hoe de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid is ingevuld binnen Ruitersbos. De inspectie had na het gesprek vertrouwen in de wijze waarop Ruitersbos stuurt op kwaliteit en veiligheid. De inspectie gaf daarbij aan dat een onaangekondigd inspectiebezoek aan Ruitersbos zou kunnen volgen.

### 1.2 Beschrijving locatie

Stichting Ruitersbos is een zelfstandige kleinschalige zorgorganisatie in Breda. De voorzieningen liggen op één terrein aan de rand van het Mastbos. Ruitersbos huurt het vastgoed van Woonzorg Nederland (WZN). Ruitersbos biedt intramurale zorg met en zonder behandeling. Daarnaast biedt Ruitersbos op kleine schaal wijkverpleging en dagbesteding aan in de wijk.

Ruitersbos heeft in totaal 108 Wlz-cliënten, van wie 58 zorg ontvangen met behandeling. 17 Cliënten hebben een ZZP4, 45 cliënten een ZZP5, 43 cliënten een ZZP6 en 3 cliënten een ZZP7. De Wlz-cliënten wonen op zeven verschillende afdelingen.

Op twee afdelingen biedt Ruitersbos intensieve dementiezorg.

Daarnaast heeft Ruitersbos 103 (aanleun-) appartementen, 10 logeerkamers en 24 plaatsen in de dagbehandeling/-verzorging. Aan ongeveer 50 wijkbewoners levert Ruitersbos extramurale zorg.

Ruitersbos beschikt over een restaurant: de Gasterie. Het restaurant wordt gebruikt door bewoners en wijkbewoners.

Het team van de afdelingen bestaat uit leerling-verzorgenden, verzorgenden, verpleegkundigen en een activiteitenbegeleider. Een deel van de verzorgenden en verpleegkundigen heeft ook de rol van eerst verantwoordelijke verzorgende (Evv'er).

De behandeldiensten huurt Ruitersbos in bij een andere zorginstelling. Het gaat hierbij onder andere om een specialist ouderengeneeskunde (SO), een diëtiste, een ergotherapeut, een fysiotherapeut en een psycholoog. Ruitersbos heeft twee verpleegkundig specialisten in dienst. Deze werken onder supervisie van de SO.

De afgelopen jaren hebben diverse bestuurswisselingen plaatsgevonden. Op 1 augustus 2017 is bij Ruitersbos een nieuwe bestuurder aangetreden. Recent vond een reorganisatie plaats. De rol van manager Welzijn, Wonen en Zorg wordt niet meer ingevuld. Sinds 1 november 2017 zijn er twee managementlagen binnen Ruitersbos: een bestuurder, drie teammanagers zorg en een teammanager facilitair. Zij werken samen met drie adviseurs (personeelszaken, financiën en beleid en kwaliteit). Verder beschikt de organisatie over twee kwaliteitsverpleegkundigen, die de zorgverleners op de afdelingen ondersteunen. Zij gaan op termijn de rol van kwaliteitscoach vervullen.

### **1.3**

#### **Bestuursgesprek**

Naar aanleiding van de resultaten van het inspectiebezoek op 8 november 2017, vond op 28 januari 2018 een bestuursgesprek plaats. Hierbij waren de bestuurder van Ruitersbos en twee leden van de raad van toezicht aanwezig. De bevindingen van het inspectiebezoek en de vele bestuurswisselingen bij Ruitersbos waren hoofdonderwerp van dit gesprek.

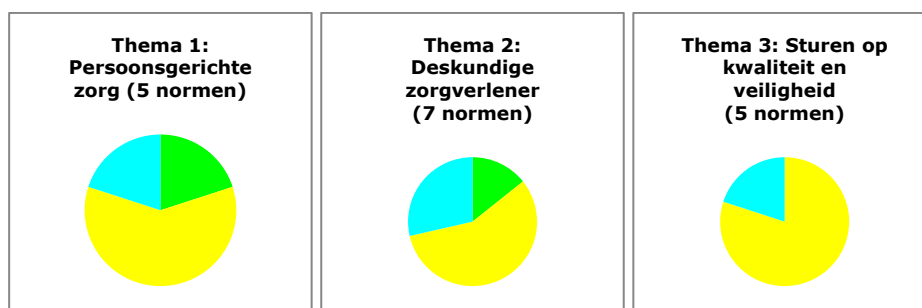
## 2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Seniorenresidentie Ruitersbos. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaand diagrammen laten u per thema zien hoe de inspectie uw locatie beoordeelt.



### 2.2 Wat kan beter

De multidisciplinaire samenwerking heeft vorm binnen Ruitersbos. Behandelaren en zorgverleners kunnen hun samenwerking verbeteren door duidelijke afspraken te maken over de verantwoordelijkheid en het vastleggen van afspraken in het dossier. De afspraken die Ruitersbos maakt met cliëntvertegenwoordigers kunnen ook beter worden vastgelegd.

### 2.3 Wat moet beter

De kwaliteit van goede en veilige zorg moet worden verbeterd op de thema's persoonsgerichte zorg en deskundige zorgverlener. Het is noodzakelijk dat Ruitersbos een visie over persoonsgerichte zorg verder ontwikkelt en breed implementeert in de organisatie. Bewoners moeten kunnen rekenen op persoonsgerichte zorg. Daarnaast moeten zij kunnen rekenen op deskundige zorgverleners die hun specifieke wensen en behoeften kennen. Vaste medewerkers en invallers zijn binnen Ruitersbos niet altijd voldoende toegerust voor het begeleiden van deze complexe doelgroep.

Ruitersbos dient beter zicht en controle te krijgen over de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus zodat alle betrokkenen de gewenste resultaten nastreven en bereiken. Het systeem van MAG- en MIC-meldingen moet beter, zodat Ruitersbos dit daadwerkelijk kan gebruiken voor leren en verbeteren.

Voor kwalitatief goede zorg is het van belang dat Ruitersbos aan medewerkers voldoende mogelijkheden, tijd en faciliteiten, biedt voor structureel leren. Ruitersbos moet meer sturen op het methodisch werken zodat zorgverleners en behandelaars tijdig het behandelbeleid van de cliënt kunnen bijstellen. De samenhang van risico's, doelen, activiteiten, evalueren en bijstellen van de zorgplannen van cliënten moet beter.

### 2.4 Conclusie bezoek in combinatie met het bestuursgesprek

Ruitersbos voldoet (grotendeels) niet aan 11 van de 13 getoetste normen.

Naar het oordeel van de inspectie heeft de raad van bestuur onvoldoende gestuurd op de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening en op het nakomen van afspraken. Het is mogelijk dat de verschillende bestuurswisselingen van de afgelopen jaren hierbij een rol spelen. Dit neemt niet weg dat het management van Ruitersbos op dit moment nog onvoldoende zicht heeft op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Een Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus is niet zichtbaar in de processen. Het lerend vermogen van de organisatie is onvoldoende aanwezig en geborgd. Concrete verbeterplannen zijn nog onvoldoende uitgewerkt. Veel zaken zijn in kaart gebracht en staan 'in de steigers', de uitwerking en de sturing hierop ontbreken vooralsnog. De raad van bestuur en de raad van toezicht geven aan dat zij zich bewust zijn van de opdracht waarvoor Ruitersbos staat.

De inspectie zal het vertrouwen in de verbeterkracht van de organisatie laten afhangen van de resultaten die Ruitersbos de komende maanden boekt bij het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie zal het verbeterproces nauwlettend volgen.

### 3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat we van u als zorgaanbieder verwachten. Daarna leest u wat de inspectie zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

#### **3.1 De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht**

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

De inspectie verwacht dat Ruitersbos binnen vier maanden na vaststellen van dit rapport voldoet op alle thema's en normen waar u tijdens het inspectiebezoek van 8 november 2017 (grotendeels) niet voldeed.

Daarnaast verwacht de inspectie dat u de inspectie hierover uiterlijk op **20 augustus 2018** informeert middels een resultaatsverslag.

#### **3.2 Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie zal het resultaatverslag beoordelen. Op basis hiervan bepaalt zij haar verdere toezichtstrategie. Een hertoetsbezoek aan Ruitersbos behoort tot de mogelijke vervolgacties.

## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De IGJ i.o. scoorde tijdens het bezoek of Ruitersbos wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**

Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**

De instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**

De instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.

Blauw: De norm is **niet getoetst**

### 4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen en verlangens van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt, kent hij zijn geschiedenis, weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en de zorgverlener? Luistert de zorgverlener goed naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen en verlangens van de cliënt centraal? Geeft de zorgverlener hier gehoor aan? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverleners.

#### 4.1.1 Resultaten

##### Norm 1.1<sup>1</sup>

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Ruitersbos **voldoet grotendeels** aan deze norm.

Zorgverleners maken samen met de bewoner en/of familie afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning. Zij vertellen dat ze goed kijken wat de bewoner belangrijk vindt. De inspectie ziet deze afspraken in een aantal zorgleefplannen staan. Ook vertellen zorgverleners wat de afspraken voor diverse bewoners zijn. Zo vertelt een zorgverlener dat voor een bewoner de afspraak is dat hij overdag in de huiskamer is en niet op zijn kamer. De contactpersoon wil voorkomen dat de bewoner zich isoleert en daardoor vereenzaamt. Diverse gesprekspartners vertellen dat zorgverleners bewoners en contactpersonen betrekken bij de voorbereiding van het MDO. Ook zijn zij bij het MDO aanwezig. In een deel van de zorgleefplannen die de inspectie inziet, zijn de afspraken met de cliënt(vertegenwoordiger) niet opgenomen.

##### Norm 1.2<sup>1</sup>

Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.

<sup>1</sup> Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.



Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

Zorgverleners zijn niet altijd op de hoogte van de wensen en behoeften van de cliënten. Diverse gesprekspartners, onder wie bewoners, mantelzorgers en de cliëntenraad (CR), vertellen dat er veel invallers werken op de afdelingen. Deze invallers zijn volgens hen slecht op de hoogte van wensen, behoeften en mogelijkheden van de bewoners. Zo vertelt een mantelzorger dat invallers vaak beginnen met de zorg voor haar partner, zonder dat zij vooraf in het zorgplan of de zorgkaart kijken. Zij vertelt dan zelf aan de zorgverlener wat voor haar partner van belang is in de zorg.

Zorgverleners richten zich onvoldoende op het scheppen van een passende omgeving en comfort voor bewoners. Zo ziet de inspectie tijdens haar observaties dat zorgverleners bewoners van twee huiskamers in één huiskamer plaatsen. Bewoners zitten hierdoor erg dicht op elkaar en hebben weinig eigen ruimte. In het dossier van een cliënt staat dat hij van zijn meest aangedane zijde moet worden benaderd. De inspectie ziet dat een zorgverlener de bewoner aanspreekt en hierbij de niet aangedane zijde kiest. Bij navraag benoemt deze zorgverlener dat ze niet op de hoogte is van deze afspraak.

De inspectie ziet op één afdeling dat in een aantal dossiers de formulieren met de levensgeschiedenis van de bewoner ontbreken. Op twee andere afdelingen treft ze deze wel ingevuld aan. In reactie op het conceptrapport geeft Ruitersbos aan dat het niet invullen van de levensgeschiedenis op de somatiekafdeling soms de bewuste keuze is van de bewoner en de familie.

De inspectie ziet ook enkele mooie voorbeelden. Een zorgverlener vertelt over het verleden van een bewoner. De bewoner was vroeger leidinggevende. Ze betreft haar daarom bij regeltaken zoals het dekken van de tafel. Ze heeft ontdekt dat de bewoner dit fijn vindt.

Een van de kwaliteitsverpleegkundigen vertelt dat ze sinds kort op een afdeling een zo geheten bewonerskaart maken. Deze kaart heeft als titel "een fijne dag in een oogopslag" en is gemaakt om snel te kunnen zien wat de wensen en behoeften van de bewoner zijn.

### Norm 1.3

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

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

De meeste zorgverleners richten zich weinig op zelfredzaamheid of eigen regie van bewoners. De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners dingen die bewoners zelf kunnen en willen doen, overnemen. Zo wil een bewoner graag zelf haar stoel verplaatsen, maar een zorgverlener pakt haar deze uit handen.

De inspectie ziet dat zorgverleners er bij activiteiten in de huiskamer vanuit gaan, dat de bewoners die aanwezig zijn ook mee willen doen. Zo loopt een bewoner boos weg wanneer een zorgverlener haar zonder te vragen aan tafel zet om mee te doen. Ook ziet de inspectie dat een bewoner naar het keukenblok loopt om te helpen met inschenken van drinken. De zorgverlener zegt dat de bewoner moet gaan zitten en zo drinken krijgt.

De inspectie ziet dat een bewoner haar gebit in de hand heeft. De zorgverleners en familie proberen herhaaldelijk, onder protest van de bewoner, het gebit in te doen. Op een later tijdstip heeft de bewoner opnieuw het gebit in haar hand. Een andere verzorgende besluit om in de mond van de cliënt te kijken om te zien of hier een probleem zit. Ze doet daarna het gebit niet opnieuw in.

Diverse gesprekspartners benoemen dat bewoners overdag en in de avond soms lang moeten wachten op een zorgverlener wanneer ze bellen. Een bewoner vertelt dat het regelmatig voorkomt dat ze moeten wachten omdat het personeel dan nog koffie drinkt. De inspectie hoort en ziet ook mooie voorbeelden waaruit blijkt dat cliënten zelf de regie voeren. Een bewoner kijkt graag televisie op zijn kamer met zijn partner. Zorgverleners respecteren zijn wens om hem niet te betrekken bij activiteiten in de huiskamer. Ook zorgen ze er voor, wanneer de partner er niet is, dat zij de televisie voor deze bewoner aanzetten. De inspectie ziet dat in het zorgplan en de rapportage deze informatie is vastgelegd.

Ook ziet de inspectie dat een zorgverlener een cliënt drinken in een blauwe beker aanbiedt. Een collega verwisselt enige tijd later de beker voor een doorzichtige beker. Deze zorgverlener vertelt dat ze dit doet, om de bewoner meer te stimuleren om zelf te gaan drinken.

#### Norm 1.4

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

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

Uit observaties en gesprekken met diverse gesprekspartners komt naar voren dat bewoners onvoldoende geborgenheid en respect ervaren voor wie ze zijn. Een bewoner vertelt dat ze regelmatig niet naar het toilet kan wanneer ze dit wil. Een zorgverlener vertelt haar dan dat ze geen tijd heeft en dat ze moet wachten.

Tijdens een geheugenspel geeft een bewoner een antwoord dat anders is dan de zorgverleners verwachten. De drie aanwezige zorgverleners schieten met elkaar in de lach. De zorgverlener maakt hierover een grapje dat voor de betreffende client niet begrijpelijk is. De cliënt raakt verward.

Ook ziet de inspectie in een huiskamer dat een zorgverlener een bewoner tegen haar zin meeneemt. Ze trekt hierbij aan het vest van de bewoner en zegt dat deze beter moet doorlopen. In het benaderingsadvies voor deze bewoner leest de inspectie de afspraak deze bewoner rustig te benaderen. Ook staat er in dat het belangrijk is eerst een praatje te maken, voordat zorgverleners haar uitnodigen om iets te doen.

De inspectie ziet bij de rondgang dat een bewoner in een huiskamer zich met harde stem voortdurend negatief uitlaat over medebewoners en zorgverleners. Een van de bewoners geeft aan het heel vervelend te vinden dat hij de hele dag in "dit kabaal" zit en voelt zich niet geborgen. Een zorgverlener vertelt dat zij regelmatig deze bewoner probeert te wijzen op haar gedrag.

In positieve zin ziet de inspectie dat verschillende zorgverleners eerst contact maken met een bewoner voor ze deze aanspreken. Bij een bewoner die voor zich uit kijkt, verschijnt een lach op haar gezicht, wanneer een zorgverlener oogcontact maakt en haar vraagt waar ze naar toe wil.

#### Norm 1.5

Cliënten worden ondersteund om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

Voor Ruitersbos is de norm **niet getoetst**.

## 4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in.

Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd.

De zorgverleners zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continue onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

### 4.2.1 Resultaten

#### Norm 2.1

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

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

In diverse cliëntdossiers ontbreken de risico-inventarisaties of ze zijn verouderd. Ook zijn bij navraag diverse zorgverleners niet op de hoogte van de gesignaleerde risico's bij een bewoner. De inspectie leest dat een bewoner positief scoort op het risico depressie en zich gemakkelijk terugtrekt. De zorgverlener vertelt dat ze dit niet wist en ook niet weet wat hierover afgesproken is. Ze is niet bekend met het benaderingsadvies dat in het zorgdossier zit.

De inspectie leest niet in de zorgleefplannen of en welke afwegingen zorgverleners maken tussen wensen en behoeften van bewoners en gesignaleerde risico's. Bij navraag blijkt dat zorgverleners deze afwegingen ook niet kennen.

Uit een risico-inventarisatie en zorgleefplan van september 2016 blijkt dat een bewoner de ADL-zorg weigert. De inspectie vraagt de zorgverlener hoe zij hier mee omgaat. Dit kan zij niet vertellen. Ze zegt dat mevrouw al langere tijd geen weerstand vertoont en het geen probleem meer is.

Ook leest de inspectie in een zorgleefplan dat een bewoner een halsalarm heeft.

De risicoafweging hierbij is voor de verzorgende onbekend. Zij geeft aan dat de cliënt al een aantal weken geen halsalarm meer heeft. Wat de reden hiervan is, staat niet in het zorgleefplan en is voor de zorgverlener onbekend.

In een cliëntdossier op het formulier vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) staat het gebruik van een bewegingsmelder. Hierin staat startdatum 15-10-2015 en sluitdatum 20-11-2015. Een verzorgende geeft aan dat cliënt nu weer een sensor heeft. Dit staat niet in het dossier beschreven. Een andere cliënt zit met een band vast in de rolstoel. Welke risicoafweging zorgverleners hierbij maakten, is niet terug te vinden in het dossier.

De band staat in het dossier niet bij de vrijheidsbeperkende maatregelen. De verzorgende geeft aan dat het voor de cliënt theoretisch mogelijk is om de band zelf te openen. In de praktijk kan zij dit niet.

De inspectie ziet ook enkele mooie voorbeelden waarbij professionele afwegingen zijn gemaakt. Op twee afdelingen ziet de inspectie cliëntdossiers in met een actueel ingevulde risicoanalyse.

De inspectie hoort bovendien dat een bewoner van een gesloten afdeling verhuist naar een kamer in het verzorgingshuis. De zorgmanager vertelt dat deze bewoner in het ziekenhuis een BOPZ-status kreeg. De bewoner wil graag op een kamer in het verzorgingshuis wonen. Zij vertelt dat met bewoner, familie en behandelaren een afweging is gemaakt tussen veiligheid en vrijheid. De inspectie ziet tijdens de rondgang deze bewoner met spullen onder zijn arm naar de kamer in het verzorgingshuis gaan.

#### Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch, passend bij hun functieniveau. Dit hele proces wordt inzichtelijk vastgelegd in het cliëntdossier.

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

De inspectie vindt het methodisch werken niet consequent terug in het handelen van de zorgverleners en in de cliëntdossiers. Hierbij ziet de inspectie verschillen tussen de afdelingen die zij bezoekt.

Zorgverleners gebruiken naast het zorgleefplan een ADL-wensenkaart. De informatie in zowel het zorgleefplan als de ADL-wensenkaart is niet altijd actueel. De inspectie ziet een zorgleefplan van een bewoner bij wie sprake is van afbouw van psychofarmaca. In het dossier staat het verzoek om het gedrag van de bewoner te observeren en hierover te rapporteren. De inspectie vindt deze rapportage niet terug in het dossier. In de zorgdossiers vertalen zorgverleners niet alle geïnventariseerde risico's in doelen en acties. Zo leest de inspectie dat een bewoner een risico op ondervoeding heeft. In het MDO-verslag en in het bijgestelde zorgplan ontbreekt een evaluatie of actie op dit risico. Zorgverleners wachten met het doorvoeren van wijzigingen tot het MDO is geweest. Diverse gesprekspartners vertellen dat het voorkomt dat tussentijdse afspraken hierdoor onvoldoende opvolging krijgen.

De inspectie ziet in een aantal zorgdossiers dat zorgverleners bij tussentijdse veranderingen in het behandelplan, geen evaluatie uitvoeren en het zorgplan niet aanpassen. Zo heeft een cliënt een zorgleefplan van maart 2017. De heupfractuur en de wond die de cliënt had na een val in de zomer van 2017 staan niet in het dossier. Hier zijn ook geen doelen of acties over terug te vinden. Zorgverleners hebben na de val niet opnieuw naar het valrisico gekeken. In reactie op het conceptrapport geeft Ruitersbos aan dat de heupfractuur wel in het medisch dossier van de client staat. Medewerkers hebben hierop hun zorgactiviteiten aangepast, aldus Ruitersbos.

In een ander dossier staat dat er bij een cliënt sprake is van roodheid in de liezen. De zorgverlening moet de liezen insmeren. Dit staat niet op de ADL-wensenkaart. In de rapportage is wel terug te lezen dat dit een paar keer is gebeurd. Daarna is het proces niet verder navolgbaar. Het is niet duidelijk wat de huidige stand van zaken is. Zorgverleners vertellen en de inspectie ziet dat de rapportage van de psycholoog uit Ysis niet altijd in het zorgdossier staat.

Zorgverleners vertellen dat zij voorafgaand aan het MDO evalueren in hoeverre de doelen en acties nog actueel zijn. Dit ziet de inspectie terug in de dossiers.

#### Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

Zorgverleners reflecteren niet structureel op het eigen handelen en het effect hiervan op het gedrag van de bewoner. Een maal per zes weken is er een teamoverleg en tweewekelijks een gedragspreekuur met de psycholoog. Gesprekspartners benoemen dat in dit overleg de persoon en het eigen handelen van zorgverleners weinig aan bod komen. De inhoud van deze overleggen is vooral gericht op het werkproces en op de bewoners met hun zorgvragen.

Diverse zorgverleners benoemen dat ze als team erg dicht bij elkaar staan en veel van elkaar privé weten. Ze vertellen dat ze het hierdoor wel lastig vinden elkaar direct feedback te geven. Een zorgverlener vertelt dat ze liever zelf iets extra's doet dan dat ze haar collega bijvoorbeeld aanspreekt op iets wat ze vergeten is. De mate waarin zorgverleners reflectie krijgen en ondersteuning ervaren vanuit de organisatie verschilt per team. De inspectie spreekt zorgverleners die bijvoorbeeld de rol van kwaliteitsverpleegkundige als ondersteunend ervaren. Andere zorgverleners ervaren in algemene zin weinig ondersteuning van een leidinggevende en ontvangen weinig feedback.

#### Norm 2.4

Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

Voor Ruitersbos is de norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.5

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

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm

De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners nog onvoldoende toegerust zijn op het zorgen voor en begeleiden van bewoners met een complexe zorgvraag. De gesprekspartners benoemen dat tijdelijke krachten, maar ook vaste zorgverleners, hiervoor onvoldoende geschoold zijn. Uit het rooster en de gesprekken met diverse gesprekspartners blijkt, dat Ruitersbos veel gebruik maakt van de inzet van uitzend-/ tijdelijke krachten. Het management geeft aan dat de vacatureruimte moeilijk in te vullen is. In reactie op het conceptrapport geeft Ruitersbos aan dat er sprake is van een landelijke krapte op de arbeidsmarkt voor wat betreft verzorgend en verplegend personeel. Ruitersbos stelt dat de organisatie zijn best doet om medewerkers te werven, maar dat dit moeizaam gaat. De medewerker die toezicht houdt in de huiskamer is veel uren alleen bij de bewoners. Deze medewerkers zijn niet geschoold in het omgaan met de cliënten op de verpleegafdelingen van Ruitersbos.

De inspectie ziet op diverse afdelingen dat er agressief gedrag voorkomt van en tussen bewoners. Zorgverleners ondernemen hierop in wisselende mate actie. Twee bewoners roepen steeds harder lelijke dingen naar elkaar, zonder dat de aanwezige zorgverlener iets doet. Diverse zorgverleners vertellen dat zij zich onvoldoende geschoold voelen om

goed om te gaan met bewoners met agressie en om hen goede zorg te geven. In een andere situatie op een andere afdeling komen de zorgverleners wel tussenbeiden. Diverse gesprekspartners vertellen dat zorgverleners het vaak erg druk hebben. Naast de lichamelijke zorg kunnen zij dan weinig aandacht aan de bewoners geven. Een bewoner vertelt dat zij zich erg alleen en verdrietig heeft gevoeld toen ze in Ruitersbos was komen wonen. Ze vertelt dat zorgverleners te druk waren om met haar hierover te praten.

De inspectie ziet ook een aantal goede voorbeelden als het gaat over deskundige zorgverleners. Het Opleidingsplan 2016 en de realisatie hiervan toont dat Ruitersbos zorgverleners schoolt op diverse gebieden. Hierbij ziet de inspectie onder andere scholing op het gebied van gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric (GVP), BIG, en BOPZ. Ook volgen zorgverleners in Ruitersbos de BBL-scholing. Op het scholingsplan van 2017 staan diverse scholingen benoemd. Op het overzicht staat geen scholing op het gebied van omgaan met agressie. Wel staat voor dit jaar een scholing hoogwaardige dementiezorg gepland voor zorgverleners van twee afdelingen. Op het overzicht Melding Agressie en Geweld (MAG) staat bij een bewoner met agressief gedrag dat deze wordt overgeplaatst. Dit na overleg met de familie.

#### Norm 2.6

Voor Ruitersbos is de norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.

Ruitersbos **voldeet grotendeels** aan de norm.

De afdelingen kennen meerdere multidisciplinaire overlegsituaties zoals het MDO, gedragssprekuren en farmacotherapeutisch overleg. Ook vindt overleg plaats tussen de bestuurder, de kwaliteitsverpleegkundige en de specialistisch verpleegkundige. Dit overleg heeft als doel de samenwerking en afstemming tussen beide functies beter vorm te geven. Een keer in de twee weken vindt een gedragsvisite plaats. De psycholoog bezoekt sinds kort iedere week de afdelingen. Hij kan dan eventuele vragen beantwoorden. Zorgverleners ervaren dit als ondersteunend.

Ook vertellen diverse zorgverleners dat de verpleegkundig specialisten goed bereikbaar zijn. Een zorgverlener vertelt welke stappen zij zet wanneer er sprake is van onbegrepen gedrag. Ze gaat eerst op zoek naar mogelijk fysieke oorzaken. Daarna vult zij op advies van de psycholoog de ABC-Ok-gedragsobservatielijst in. De gedragsvisite en het benaderingsadvies van de psycholoog bieden haar goede handvatten voor de omgang met de bewoner. De inspectie ziet ook diverse ingevulde ABC-Ok-lijsten en benaderingsadviezen.

Zorgverleners benoemen dat het soms lang duurt voor behandelaren signalen van onrust van een bewoner oppakken. Zoals bij een bewoner die onrust ontwikkelde nadat gestart was met de afbouw van psychofarmaca. Toen duurde het in de ogen van de zorgverleners te lang voordat behandelaren actie ondernamen.

De koppeling tussen het medisch dossier en het zorgdossier is niet altijd aanwezig. Dit is afhankelijk van wat de individuele professional overneemt uit het medisch dossier.

Ook dit verschilt binnen Ruitersbos per afdeling. Informatie van de psycholoog is in sommige dossiers niet terug te vinden. Afspraken zijn hierdoor niet altijd duidelijk. Gesprekspartners benoemen dat ze niet altijd goed op de hoogte zijn van overwegingen en keuzes die behandelaars maken. Zij vinden het hierdoor moeilijk te bepalen hoe ze het beste kunnen handelen.

### 4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze goed houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg en coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

#### 4.3.1 Resultaten

##### Norm 3.1<sup>1</sup>

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

Ruitersbos heeft haar visie op persoonsgerichte zorg beschreven. Hierin staat dat binnen Ruitersbos kwaliteit van leven en het genieten van de bewoner centraal staan; 'de beleving van de bewoner is het uitgangspunt van de professional'.

De vertaling van deze visie ziet de inspectie niet voldoende terug op de werkvloer (zie thema persoonsgerichte zorg).

In 2017 is Ruitersbos gestart met Dementia Care Mapping. Twee kwaliteitsmedewerkers hebben op de pg-afdelingen observaties uitgevoerd. De uitkomsten zijn met het team besproken. Op basis van die observaties heeft Ruitersbos de kaarten 'een fijne dag in een oogopslag' ontwikkeld. De inspectie ziet deze kaarten op een afdeling terug. Het management geeft tijdens het bezoek aan dat, ondanks de inspanningen, persoonsgerichte zorg nog te weinig geland is binnen de teams. De kwaliteitsverpleegkundigen hebben daarom hierin een belangrijkere rol gekregen. Het resultaat hiervan ziet de inspectie nog niet terug in het huidige handelen van de zorgverleners.

De veiligheid op de afdelingen in verband met agressie vanuit cliënten is een zorg. De inspectie hoort daar verschillende voorbeelden van, zoals beschreven bij de thema's persoonsgerichte zorg en het thema deskundige zorgverlener.

Ten aanzien van veiligheid hoort de inspectie het volgende positieve voorbeeld.

Zorgverleners vertellen dat de code van de deur is vervangen, omdat een bewoner deze zelf kon openen. Het was voor deze bewoner onvoldoende veilig wanneer ze onbegeleid door Ruitersbos zou lopen.

##### Norm 3.2

De zorgaanbieder gebruikt (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten voor de verbetering van de zorg.

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm

Ruitersbos maakt onvoldoende gebruik van ervaringen van fouten en 'bijna-fouten' voor verbeteringen in de zorg. Zorgverleners melden niet alle agressie-incidenten.

De analyses die Ruitersbos uitvoert zijn niet in voldoende mate herleid tot alle basisoorzaken. Veelal staan oorzaken alleen beschreven in relatie tot de cliënt.

Eind juni 2017 constateerde het management dat het maken van een analyse, oorzakenonderzoek en het signaleren van trends 'lastig blijft' voor zorgverleners.

De kwaliteitsverpleegkundigen kregen een belangrijkere rol in de ondersteuning van de aandachtsvelders MIC in hun rol. Een van de kwaliteitsverpleegkundigen is een aantal maanden afwezig geweest. De inspectie hoorde dat hierdoor een aantal zaken, waaronder de MIC-meldingen, is blijven liggen. Zorgverleners geven tijdens het bezoek aan dat ze niet altijd een terugkoppeling krijgen van wat ze melden. In de MIC-analyse (eerste helft 2017) staan de aantallen meldingen, het soort meldingen en het tijdstip van de meldingen. Een oorzakenanalyse ontbreekt. Wel staan er een aantal verbetermaatregelen beschreven, waarvan niet duidelijk is of ze een relatie hebben met de (ontbrekende) oorzaken.

De inspectie komt tijdens haar rondgang en observaties diverse bewoners tegen met agressief gedrag. Het aantal MAG-meldingen van het eerste half jaar is beperkt. In de documenten die de inspectie inzag, staat dat het management zich ervan bewust is dat zorgverleners weinig agressiemeldingen doen. Zij willen zorgverleners stimuleren om dit meer te gaan doen. De inspectie hoort of ziet dit nog niet terug op de afdelingen. Ruitersbos heeft met betrekking tot MIC een plan van aanpak 2017 gemaakt: van registreren naar leren. Binnen elk team is een aandachtsvelder MIC benoemd. Zorgverleners geven aan dat ze zich veilig voelen om incidenten te melden. Ook ziet de inspectie het klachtenregister in, met een overzicht van klachten uit 2017. Per klacht staat vermeld op welke wijze deze is afgehandeld. Ook staat er welke afspraken er op individueel niveau zijn gemaakt.

### Norm 3.3

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

Ruitersbos **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

De organisatie heeft te weinig zicht op de door de inspectie geconstateerde tekortkomingen en hier onvoldoende op gestuurd. Hierbij gaat het om de ervaren werkdruk, de bezetting, de deskundigheid van het personeel, het methodisch werken en de samenhang in de dossiervoering. Ruitersbos beschouwt het inspectiebezoek als een externe audit, zo leest de inspectie in een document. De bestuurder heeft geen totaaloverzicht van de kwaliteit van zorg. De inspectie hoorde dat dit te maken heeft met het ontbreken van het systematisch verzamelen van gegevens en nog ontoereikende ICT.

Het management beschikt wel over een uitgebreid "management review" op kwaliteit en veiligheid. Hierin staat een breed scala van onderwerpen opgenomen. Op ieder onderdeel analyseert Ruitersbos oorzaken, stelt doelen en bepaalt verbeteracties. De ingezette acties worden echter onvoldoende geïmplementeerd en geborgd. Het management heeft een aantal verantwoordelijkheden belegd bij de twee kwaliteitsverpleegkundigen. Een van deze twee functionarissen is door omstandigheden een aantal maanden uit de roulatie geweest. Hierdoor is het verbeterproces op een aantal afdelingen vertraagd. Ruitersbos heeft niet geanticipeerd op de afwezigheid van deze functionaris.

Ruitersbos voert twee keer per jaar een klanttevredenheidsonderzoek uit onder bewoners en onder familieleden. De organisatie heeft een auditjaarplan met onder andere audits voor zorgdossiers, medicatieveiligheid en legionellabeheersing. De audit over het zorgdossier is in de praktijk een externe audit door het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft een materiële controle uitgevoerd in juni 2017. De verbetermaatregelen op basis van deze controle staan in het verbeterregister. De status hiervan is niet duidelijk. Ook zijn de verantwoordelijkheden niet belegd.



Het lid van de cliëntenraad (CR) benoemt dat de CR zich goed betrokken voelt bij beleidskeuzes die de organisatie maakt. Ook organisatieontwikkelingen, zoals die naar krachtige teams, zijn bij de CR bekend. Zorgverleners krijgen met de ontwikkeling naar krachtige teams steeds meer eigen regelruimte als voorwaarde om persoonsgerichte zorg vorm te geven. Management en diverse andere gesprekspartners benoemen dat hierbij veel kwaliteitverschil te zien is tussen afdelingen en tussen zorgverleners onderling. Het management vertelt dat Ruitersbos de komende jaren op basis van deze verschillen verder gaat met het ontwikkelen van krachtige teams.

#### Norm 3.4

De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgverleners voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Ruitersbos **voldoet niet** aan de norm.

Het management geeft aan dat ze voorwaarden wil scheppen voor een cultuur waarin zorgverleners kunnen leren en verbeteren. Wel benoemen zij dat ze dit nog onvoldoende vormgeven. Als oorzaak hiervoor zien zij de wisselingen in het bestuur. Daarnaast noemen zij de ontwikkelingen in Ruitersbos, zoals de overgang naar een andere ICT-omgeving en de zomerperiode met haar krappe bezetting. Zorgverleners vertellen dat ze regelmatig blij zijn wanneer ze de dagelijkse fysieke zorg voor de bewoners op de juiste manier kunnen geven. Zij benoemen als oorzaak hiervoor de vele invalkrachten en de ervaren werkdruk, zoals in de zomerperiode. Ze vertellen dat hierdoor weinig tijd overblijft voor het voeren van gesprekken met elkaar. Overleg dat hiervoor ruimte biedt, gelaste Ruitersbos in bijvoorbeeld de zomerperiode regelmatig af.

#### Norm 3.5<sup>1</sup>

Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

Voor Ruitersbos is de norm is **niet getoetst**.

## Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Ruitersbos geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- cliënten van de verpleegafdelingen;
- cliëntvertegenwoordigers / mantelzorgers van de verpleegafdelingen;
- cliënten van de afdeling somatiek;
- observatie van cliënten op pg-afdelingen, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met zeven uitvoerende medewerkers en twee stagiaires;
- gesprekken met een behandelaar;
- gesprekken met het management(team);
- acht cliëntzorgleefplannen van de verpleegafdelingen;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door Ruitersbos.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats waardoor de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Daarna zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig. In verschillende huiskamers observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is. Verder kijken de inspecteurs waarom vrijheidsbepalende maatregelen worden ingezet. Wat valt op en waar hebben de inspecteurs vragen over?

De inspecteurs voeren door de dag heen gesprekken met zorgverleners, behandelaren, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Ook worden cliëntzorgleefplannen en documenten ingezien

Overlegvormen kunnen bijgewoond worden zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment.

### **Uitleg observatiemethode SOFI**

De inspectie maakt gebruik van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij of zij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgverlener de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Wordt met de cliënten gepraat, een liedje gezongen, een spelletje gedaan, gewandeld? Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford.

## Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Visie en kernwaarden (concept kwaliteitsplan 2018)
- Visie persoonsgerichte zorg (concept kwaliteitsplan 2018)
- Jaardocument 2016
- Jaarplan 2017
- Verzuimcijfers per afdeling t/m oktober 2017
- Rooster Ruitersbos november 2017
- Dienstenpatroon per 1/10/17
- Personeelssamenstelling per 1/1/17
- Management Review Kwaliteit en Veiligheid, periode 1<sup>e</sup> helft 2017, met bijlagen
- Rapportage MIC
- Opleidingsjaarplannen 2016 en 2017
- Strategisch opleidingsplan 2016-2020