



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

Rapport
bij het hertoetsbezoek aan
Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH),
locatie WZH Transvaal,
in Den Haag
op 18 januari 2017

Utrecht
januari 2017

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 5
2	Conclusie en beschouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.1.1	Figuur 1. Scores vorige bezoek d.d. 28 juni 2016 6
2.1.2	Figuur 2. Scores hertoetsbezoek d.d. 18 januari 2017 7
2.2	Resultaten vorige bezoek d.d. 28 juni 2016 onvoldoende 7
2.3	Conclusie inspectiebezoek 18 januari 2017: zorg voldoet aan bijna alle normen 8
2.3.1	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen 8
2.3.2	Communicatie over werkinstructies en (wettelijke) richtlijnen blijft aandachtspunt 8
2.3.3	Borging van interne en externe meldprocedures vraagt aandacht 8
2.3.4	Cliëntgerichtheid goed op gang 8
3	Handhaving 9
4	Bevindingen inspectiebezoek 10
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 11
4.2	Thema 2: cliëntdossier 14
4.2.1	Inleiding 14
4.2.2	Scores 15
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 18
4.3.1	Inleiding 18
4.3.2	Scores 18
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 22
4.4.1	Inleiding 22
4.4.2	Scores 22
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 23
4.5.1	Inleiding 23
4.5.2	Scores 23
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 26
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 27

1 Inleiding

Op 18 januari 2017 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (hierna: WZH), locatie WZH Transvaal (hierna: Transvaal) in Den Haag. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op een vorig bezoek aan dezelfde locatie op 28 juni 2016. Tijdens dit vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 18 januari 2017 beoordeelde de inspectie de geboden zorg op die punten opnieuw.

In het eerste hoofdstuk van dit hertoetsrapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het hertoetsbezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en tenslotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. De zorgaanbieder stemt de zorg af op de reële behoefte van de cliënt en levert de zorg in overeenstemming met de professionele standaard. Hierbij neemt de zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht en borgt hij dat de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De inspectie vult haar taak in door erop toe te zien dat zorgaanbieders die onder toezicht staan, wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden naleven. Zij doet dit onder meer door het brengen van aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken. De inspectie oefent haar toezicht niet uit vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen een onontbeerlijk kader vormen voor goede zorg, en daarmee bijdragen aan de preventie van onnodige risico's voor cliënten. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

Op 21 januari 2016 sprak de inspectie met de bestuurder van WZH over de aanpak voor benodigde verbeteringen bij WZH in het algemeen. Enerzijds naar aanleiding van calamiteitenonderzoeken (medio 2015) en anderzijds naar aanleiding van de andere bezoeken aan WZH in 2015. WZH gaf aan haar zorgrisicomanagement preventiever te willen aanpakken. De inspectie benadrukte het belang van concreet en gericht verbeteren en borgen van de kwaliteit en veiligheid van de cliëntenzorg. Tevens heeft de inspectie gewezen op de urgentie van het bereiken van daadwerkelijk verbeterresultaat. WZH had het voornemen om verbeteringen organisatiebreed door te voeren aan de hand van een aantal thema's zoals bijvoorbeeld het (crisis)opnameproces en gedragsproblematiek.

In 2016 is het toezicht op WZH geïntensiveerd. In de zomermaanden van 2016 toetste de inspectie drie WZH-locaties.

Op 28 juni 2016 betrof dit Transvaal; de inspectie constateerde tijdens dat inspectiebezoek dat Transvaal niet voldeed aan twaalf normen (inclusief vier voor het thema medicatieveiligheid) ten opzichte van de - in totaal - 39 getoetste normen. De inspectie vroeg WZH om een resultaatverslag over (opnieuw) te treffen of geïntensiveerde verbetermaatregelen. Daarbij vroeg de inspectie ook om deze verbetermaatregelen zo nodig organisatiebreed door te voeren. Tevens vroeg de inspectie om directe maatregelen voor het verbeteren van de medicatieveiligheid.

Op 12 september 2016 is de medicatieveiligheid in Transvaal en andere WZH-locaties hertoetst. Op al deze locaties voldeed de zorgaanbieder binnen vier weken aan de gestelde

normen voor medicatieveiligheid. Daarom is het thema medicatieveiligheid tijdens dit hertoetsbezoek niet opnieuw beoordeeld.

Op 21 september 2016 lichtte de inspectie in een gesprek met bestuurder en raad van toezicht toe dat de inspectie vervolgeb bezoeken zou brengen en/of gesprek(ken) met de bestuurder zou voeren om te toetsen of de zorgaanbieder de bij herhaling geconstateerde tekortkomingen, daadwerkelijk oplost.

Op 15 december 2016 ontving de inspectie desgevraagd twee resultaatverslagen over doorgevoerde en lopende verbeteringen op twee van de drie WZH-locaties die in de zomer van 2016 bezocht zijn; de verbeteringen in Transvaal betroffen de interne meldingenprocedure, de dossiervoering, de inzet en deskundigheid van medewerkers en de toepassing vrijheidsbeperking. Vermeld was dat Transvaal voldeed aan de acht normen die op 28 juni 2016 door de inspectie als onvoldoende beoordeeld waren. Hoe WZH heeft gemeten dat deze locatie volledig aan de norm voldeed (en met welk meetresultaat) was niet altijd vermeld.

WZH heeft in het jaar 2016 voor Transvaal geen meldingen bij de inspectie gedaan die betrekking hadden op de zorg die wordt aangeboden in transvaal.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het hertoetsbezoek aan Transvaal was te beoordelen in hoeverre de zorg die Transvaal biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte hetzelfde bezoekinstrument met te toetsen thema's, normen en beoordelingsaspecten als bij het vorige inspectiebezoek. De geboden zorg is op de volgende thema's *opnieuw getoetst*:

- Sturen op kwaliteit en veiligheid
- Cliëntdossier
- Deskundigheid en inzet personeel
- Vrijheidsbeperking.

Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelde de inspectie opnieuw of de door Transvaal geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- het vastgestelde rapport van het vorige inspectiebezoek;
- het resultaatverslag en het rapport hertoetsbezoek betreffende medicatieveiligheid respectievelijk d.d. 5 en 12 september 2016;
- het resultaatverslag d.d. 15 december 2016;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- gesprekken met behandelaars;
- gesprekken met het management(team);
- het inzien van vier cliëntdossiers;
- het inzien van documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie (afdeling somatiek en psychogeriatric).

1.4 Toetsingskader

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie

WZH biedt zowel thuiszorg en intramurale zorg, behandeling en begeleiding voor cliënten met psychogeriatrische of somatische problematiek, cliënten met niet-aangeboren hersenletsel en geriatrische revalidatiezorg. WZH heeft momenteel twaalf woonzorgcentra in de regio's Den Haag, Leidschendam-Voorburg en Zoetermeer en levert thuiszorg. WZH maakt gebruik van de PREZO-methode voor haar kwaliteitssysteem. Periodieke audits zijn daarvan een onderdeel.

Locatie

Transvaal is gelegen in de zogenaamde Transvaal-buurt te Den Haag. In 2014 opende Transvaal de deuren van haar nieuwe pand. Cliënten met zorg ex Wlz wonen verdeeld over veertien kleinschalige woongroepen van zes à zeven personen met een gezamenlijke woonkamer. Iedere cliënt beschikt over een eigen appartement. Op de eerste etage zijn zes gesloten woonkamers voor cliënten met psychogeriatrische problematiek. Op de tweede en derde etage zijn in totaal acht woonkamers waar cliënten met psychogeriatrische en/of somatische problematiek wonen. De meeste cliënten binnen Transvaal zijn Surinaams-Hindoestaanse cliënten.

Naast de doelgroep voor cliënten met Wlz gefinancierde zorg, biedt WZH op de locatie Transvaal ook zorg ex Wmo (beschut wonen) in zogenaamde 'Garantwoningen'. Deze groep cliënten kan als huurder - zo nodig - bijvoorbeeld thuiszorg ontvangen. Zij kunnen ook gebruik maken van de wijk- en servicefuncties op locatie Transvaal zoals deelname aan activiteiten. Het ontmoetingscentrum van Transvaal biedt dagelijkse activiteiten voor mensen met beginnende dementie of lichamelijke beperkingen.

Locatie Transvaal beschikt over het 'Zilveren Keurmerk' (PREZO) voor alle intramurale zorgproducten die zij biedt.

Dagactiviteiten

Alle cliënten binnen Transvaal en zelfstandig wonende cliënten uit de buurt met een zogenaamde beschikking (Wmo 2015), kunnen gebruik maken van het dagactiviteit- en ontmoetingscentrum in Transvaal. Diverse activiteiten zoals tempelvieringen, zang- en beweegactiviteiten vinden daar plaats. Daarnaast beschikt Transvaal over een zogenaamd Beweegplaza waar cliënten diverse (activerende) bewegingsactiviteiten kunnen uitvoeren.

Bezetting en aansturing

Op iedere woonkamer met zes à zeven cliënten werkt een woonzorgbegeleider-senior. Dit is een verzorgende niveau 3. Daarnaast werken medewerkers niveau 2 'welzijn en zorg' of verzorgenden IG die binnen de gesloten afdeling voor pg-cliënten of binnen de andere woongroepen, wisselend over diverse huiskamers worden ingezet. Medewerkers worden per doelgroep (somatic of pg) ingezet. Aan elke etage zijn activiteitenbegeleiders en minimaal één verpleegkundige verbonden.

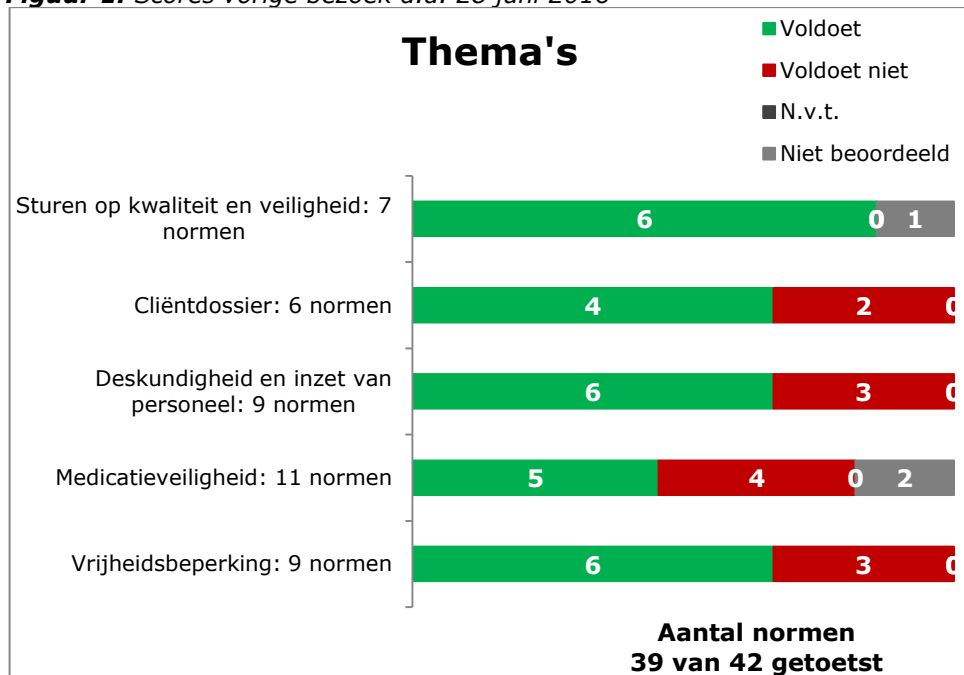
Een nieuwe locatiemanager is sinds vier maanden op Transvaal aangesteld na een aantal daaraan voorafgaande wisselingen van het locatiemanagement. De locatiemanager stuurt drie teamleiders aan en diverse ondersteunde functies zoals een kwaliteitsfunctionaris.

2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattende overzichtstabel van de scores per thema van het vorige inspectiebezoek en van het hertoetsbezoek. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. 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.

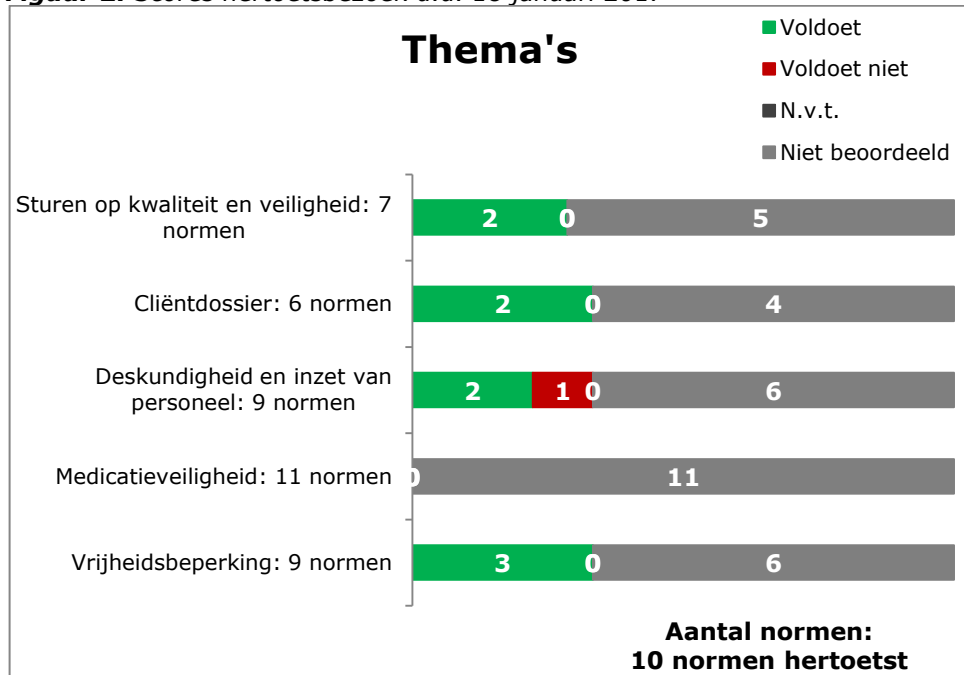
2.1 Samenvatting van de scores per thema

2.1.1 **Figuur 1.** Scores vorige bezoek d.d. 28 juni 2016



2.1.2

Figuur 2. Scores hertoetsbezoek d.d. 18 januari 2017



2.2

Resultaten vorige bezoek d.d. 28 juni 2016 onvoldoende

De inspectie concludeerde na het vorige bezoek dat de geboden zorg onvoldoende voldeed aan de normen en bevatte daardoor mogelijke risico's. De zorg in Transvaal voldeed niet aan 12 van 39 getoetste normen. Daarover gaf de inspectie aan dat:

- het management meer moest sturen op nakomen van afspraken door medewerkers;
- de aandacht voor welzijn ten koste ging van aandacht voor behandeling en verpleging;
- de verbetermaatregelen van WZH nog niet volledig zichtbaar waren in de naleving ervan, door medewerkers.

De inspectie vroeg de bestuurder om directe verbetermaatregelen op het gebied van medicatieveiligheid. Deze zijn door de inspectie inmiddels apart hertoetst en als voldoende beoordeeld op 12 september 2016.

Onderstaand een overzicht van acht normen (exclusief medicatieveiligheid) waaraan de geboden zorg op 28 juni 2016 verder nog niet voldeed:

- 2.5 Afsproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.

- 5.6 De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.7 Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.

2.3 Conclusie inspectiebezoek 18 januari 2017: zorg voldoet aan bijna alle normen

2.3.1 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die WZH-Transvaal biedt, voldoet op bijna alle punten aan de 38 getoetste normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij 1 getoetste norm waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

2.3.2 Communicatie over werkinstructies en (wettelijke) richtlijnen blijft aandachtspunt

De interne informatie- en communicatie over (vernieuwde) instructies verloopt bij WZH – Transvaal niet altijd effectief genoeg. Medewerkers zijn niet altijd op de hoogte van belangrijke uitleg en afspraken. De inspectie ziet hierin een oorzaak van risico's voor veilige cliëntenzorg. Met gebreken in kennis en/of kennisstromen komt het signalerend vermogen van medewerkers onder druk te staan. Daarentegen brengt het kennen van afspraken en noodzaken, onderling een positieve spiraal van kwaliteitsverbeteringen op gang. Dit draagt bij aan het feedback- en verbeterklimaat en de komt de deskundigheid op de locatie verder ten goede.

2.3.3 Borging van interne en externe meldprocedures vraagt aandacht

Bij WZH vereist de procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten nog aandacht op concernniveau. Weliswaar heeft de bestuurder onlangs verbetermaatregelen geïnitieerd waarmee de zorgaanbieder - waar nodig - haar externe meldplicht kan nakomen. Echter, ook op dit punt speelt communicatie en instructie aan medewerkers een belangrijke rol. Informatie over incidenten, calamiteiten, ernstige problemen en benodigde verbeteringen dient (vlot en soepel) van cliëntniveau naar het niveau van de raad van bestuur - en vice versa - te kunnen stromen. Op aspecten hiervan kan Transvaal zich verder verbeteren. Nieuwe en/of gewijzigde relevante WZH-regelingen moeten voor alle betrokkene helder zijn en nageleefd worden. De interne procedures bij WZH en/of Transvaal horen naadloos aan te sluiten bij hedendaagse wettelijke vereisten voor het melden aan de inspectie; beschreven in de Uitvoeringsregeling van de Wkkgz.

2.3.4 Cliëntgerichtheid goed op gang

Op locatie Transvaal heeft de inspectie een doorleefde cliëntgerichte attitude kunnen merken bij de verzorging en het team van behandelaars. Dit was bijvoorbeeld te zien bij het maken van keuzes in de zorg, het activiteitenaanbod, de maaltijden, en de wijze van communicatie met cliënten en hun familie; indien passend en relevant houden betrokkenen rekening met verschillende cultureel bepaalde gewoonten zonder de professionele grenzen en standaarden uit het oog te verliezen.

3 Handhaving

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder verbetermaatregelen neemt op de punten waar de geboden zorg niet aan de norm voldeed. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 hiervoor voldoende handvatten biedt.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of de zorg die overige locaties of teams bieden, ook aan alle getoetste normen voldoet. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder zo nodig passende maatregelen treft.

De inspectie sluit na vaststelling van het rapport het inspectiebezoek af.

4 Bevindingen inspectiebezoek

Dit hoofdstuk bevat per thema een inleiding, de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt zo nodig een toelichting op de scores.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Transvaal nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Transvaal wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek de geboden zorg alleen op de normen die tijdens het vorige bezoek 'voldoet niet' scoorden.

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 Inleiding

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

4.1.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.				x
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.				
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				x
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .				
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				x
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.				
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.				
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				x
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.				
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	x			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>	x			

1 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangsperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing, tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

Toelichting

1.2) Tijdens dit bezoek beoordeelde de inspectie deze norm vanwege de bevindingen tijdens een hertoetsbezoek aan een andere WZH-locatie (V1010340). De verbeterpunten die de inspectie constateerde moesten WZH-breed worden gecheckt en zo nodig verbeterd.

Het aangeleverde overzicht meldingen incidenten cliënten (MIC-meldingen)/2016 bood Transvaal inzicht in aantallen meldingen per etage, per functiegroep en soort melding. In Q3 2016 registreerde Transvaal 207 MIC-meldingen (t.o.v. 91 in Q1 en 68 in Q2). De MIC-commissie analyseerde deze meldingen kwalitatief en kwantitatief en formuleerde n.a.v. de analyse aanbevelingen en (verbeter)acties. Tijdens het inspectiebezoek is niet gebleken dat het thema meldingen in werkoverleggen aan bod komt.

1.9) Deze norm was eerder niet beoordeeld; uit documenten is gebleken dat WZH heeft gecheckt of van relevante medewerkers een VOG beschikbaar was.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

² Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

4.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.³				x
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.				
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.				
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorgplan.				
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³				x
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.				
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.				
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.				x
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.				
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.				
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.				

³ Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.				x
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg				
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.				
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.	x			
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³	x			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.	x			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	x			
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.	x			

Toelichting

In het cliëntendossier is de verbeteringslag die WZH organisatiebreed inzette, zichtbaar.

Het inzichtelijk vastleggen van de evaluatieconclusie van het multidisciplinair overleg (MDO) vormde nog een aandachtspunt. Inzichtelijk vastleggen om te kunnen beoordelen of een nieuw aangepast plan voldoende passend is.

Tevens constateerde de inspectie dat sprake was van twee dossierstromen; op de afdelingen werd een afdelingsagenda bijgehouden met (kalender)afspraken en in voorkomende gevallen ook instructies, zo bleek tijdens de gesprekken met zorgmedewerkers.

- 2.5 c)** De zorg werd geëvalueerd middels MDO en zorgplanoverleg (ZPO). Tussentijdse wijzigingen in een zorgplan (de zogenaamde TWZ n.a.v. overleg) vonden plaats als nodig en waren vastgelegd; de conclusies over het gewijzigd beleid bleken niet altijd goed vindbaar vastgelegd voor de verzorging en andere betrokken behandelaren. De specialist ouderengeneeskunde (SO) registreerde dergelijke conclusies geregeld wel onder het medisch tabblad (niet voor iedereen toegankelijk); hiermee was de medische regie navolgbaar.
- 2.6 c)** Betrokken disciplines rapporteerden over de evaluatie van het zorgleefplan bijvoorbeeld in eigen werkaantekeningen of op het eigen (afgeschermd) tabblad. Evaluatiegegevens waren daardoor moeilijk vindbaar. Op basis van multidisciplinair overleg paste de EVV-er het zorgleefplan aan om dit met de cliënt(vertegenwoordiger) te bespreken. De cliënt zelf en/of cliëntvertegenwoordigers ondertekende daarna de aangepaste zorgleefplannen ter instemming; zij het dat deze ondertekening regelmatig (maanden) later plaats vond dan de feitelijke aanpassing van het plan. Dit is punt van aandacht voor wat betreft de actualiteit van het zorgleefplan. Vanuit de locatie werd het aangepaste plan wel tijdig onder de aandacht gebracht van de cliënt(vertegenwoordigers).

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.				
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.				
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.				x
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.2	(vervolg)				x
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.	x			
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.		x		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		x		
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				x
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.				x
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.				
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.				
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.				
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.				x
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.				
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.				x
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.				
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.				

Toelichting

Mede vanuit de aangeleverde documenten kreeg de inspectie een duidelijk beeld betreffende deskundigheid, scholing en inzet van zorgmedewerkers. Tijdens het hertoetsbezoek trof de inspectie geen tekorten aan in personele bezetting. Cliëntgericht werken bleek aanwezig; in rapportages trof de inspectie geregeld opmerkingen aan in relatie tot bijvoorbeeld interesses van bewoners. Ook de cliëntkaarten waren goed/ruim ingevuld.

Het correct opvolgen van instructies van het behandelteam en het werken volgens protocollen vormde evenwel nog een aandachtspunt. Ook vormde de personele bezetting op de somatische afdeling een aandachtspunt. Tijdens bezoek trof de inspectie op de 3e etage één verzorgende aan op een groep van veertien cliënten. Dit bleek kwetsbaar voor wat betreft het toezicht (bijvoorbeeld ook in het MIC-meldingen overzicht geconstateerd; aanzienlijk minder MIC-meldingen door 'VZZ etage 2,3') zeker in een overgangssituatie naar psychogeriatrische zorg.

- 3.4 a)** Bij een steekproef dossierinzage bleek dat het valprotocol niet was gevolgd bij een val met hoofdletsel. Het dossier bevatte geen onderbouwing van het niet volgen van het valprotocol. Daarnaast bleek bij dossierinzage dat werkinstructies van behandelaars niet altijd navolgbaar waren opgevolgd. Gevraagde signalering en metingen waren soms niet of niet eenduidig vastgelegd. Dit betrof ad hoc situaties met extra zorg. Routinehandelingen zoals bij voorbeeld maandelijks wegen, verliepen correct. De wettelijk geregelde meldplicht van geweldsincidenten in de zorgrelatie en ontslag van zorgmedewerkers wegens (vermeend) disfunctioneren bleek niet bekend bij relevante betrokkenen.
- 3.4 c)** Een afwijking van werken volgens bestaande en actuele protocollen bleek wel opgemerkt bij een MIC-analyse.

- 3.7 a)** Transvaal heeft per 1 mei 2016 over 24/7 een verpleegkundige bezetting aanwezig op de locatie.
- 3.7 b)** Zorgmedewerkers gaven aan voldoende ingewerkt te zijn/worden. Daarnaast werd bij een hogere zorglast op een bewonersgroep, tijdelijk extra personeel ingezet.
- 3.7 c)** Tijdens het bezoek was één uitzendkracht niveau 2 ingezet. Uitzendkrachten hadden toegang tot het dossier middels een Ipad met beperkte inzage- en schrijfbevoegdheden.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 Inleiding

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

4.4.2 Scores

Medicatieveiligheidsnormen zijn tijdens het hertoetsbezoek van 18 januari 2017 niet getoetst. Deze zijn als voldoende beoordeeld bij een specifiek hertoetsbezoek op 12 september 2016.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 Inleiding

Onder het begrip 'vrijheidsbeperking' verstaat de inspectie alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Dit begrip heeft voor de inspectie al jaren een grotere reikwijdte dan de vrijheidsbeperkende maatregelen die de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft.

Kwetsbare mensen zijn in hun dagelijkse leven afhankelijk van zorgverlening door professionals. Vrijheidsbeperking heeft een grote impact op hun kwaliteit van bestaan. Door langdurige en/of door onjuiste toepassing van vrijheidsbeperking kan bij hen grote fysieke en psychische schade ontstaan.

Binnen het thema vrijheidsbeperking beoordeelt de inspectie zowel maatregelen die leiden tot preventie en terugdringing van vrijheidsbeperking als de zorgvuldigheid waarmee besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking plaatsvinden.

Uit wetenschappelijk onderzoek en uit praktijksituaties blijkt dat terugdringing van het aantal vrijheidsbeperkingen in de ouderenzorg en in de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking mogelijk is. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is een structureel bewustzijn bij zorgaanbieders en medewerkers over de verschillende vormen van vrijheidsbeperking en de impact die het toepassen van vrijheidsbeperking op cliënten heeft. Ook is het van belang dat zorgaanbieders en medewerkers te allen tijde op de hoogte zijn van de actuele stand van de kennis over vrijheidsbeperking.

4.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.				
b)	Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.				
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.				x
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.				
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.				
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.				
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.				x
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.				
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.				
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.				
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.				

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.	x			
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.	x			
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.	x			
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.	x			
5.9	De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.				x
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 38.5 en 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.				
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.				

Toelichting

De inspectie beoordeelde drie dossiers op zorgvuldige inzet en toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM). Deze cliëntdossiers bevatten een volledig overzicht met betrekking tot de toegepaste VBM. Ingezette VBM werden regelmatig geëvalueerd en deze evaluatie werd navolgbaar geregistreerd. Zie ook toelichting bij Thema 2: cliëntdossier.

5.8 Bij een cliënt werd de inzet van een Poseybed aantoonbaar geëvalueerd. Op verzoek van de cliënt (zonder Poseybed voelde cliënt zich onrustig) werd het bed terug in gebruik genomen.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

1. Overzicht van ZZP's van cliënten van de te bezoeken locatie(s).
2. Overzicht van fte's (per functietype/niveau) van zorgmedewerkers en behandelaars op de bezochte locatie.
3. Werkroosters van medewerkers (gerealiseerde dagroosters inclusief ziekte en inval over de periode vrijdag 6-1-2017 tot/met donderdag 12-1-2017)
4. Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van de te bezoeken locatie.
5. Inzet van invalkrachten op deze locatie in het afgelopen jaar (2016)
6. Overzicht van gerealiseerde scholing aan de medewerkers van deze locatie in de afgelopen twee jaar (2015-2016) en de planning voor het lopende jaar (2017).
7. Indien van toepassing: overzicht van geregistreerde vrijheidsbeperkende maatregelen van de afgelopen zes maanden van deze locatie(s).
8. Overzicht MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie(s).
9. Vastgelegde afspraken over het proces van uitzetten, toedienen en bewaren van medicatie (geldend voor de locatie).
10. Indien van toepassing: bevoegd- en bekwaamheidsregistratie BIG-handelingen van alle medewerkers die zorg aan de cliënten verlenen.

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)⁴.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaires en rapporten:

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

⁴ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.