



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Radar,
locatie Hereweg 54 in Landgraaf
op 5 juli 2016

Utrecht
augustus 2016

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusie en onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen 6
2.2.1	Hereweg doet mee aan landelijk verbetertraject waarbij acties zichtbaar waren 7
2.2.2	Verhoogd kwaliteitsbewustzijn door werken aan verbeteringen 7
2.3	Cliëntgerichtheid in de visie op zelfstandigheid vraagt verduidelijking 7
3	Handhaving 8
4	Bevindingen inspectiebezoek 9
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 9
4.1.1	Inleiding 9
4.1.2	Scores 10
4.2	Thema 2: cliëntdossier 13
4.2.1	Inleiding 13
4.2.2	Scores 14
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 16
4.3.1	Inleiding 16
4.3.2	Scores 16
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 20
4.4.1	Inleiding 20
4.4.2	Scores 20
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 24
4.5.1	Inleiding 24
4.5.2	Scores 24
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 28
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 29

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 5 juli 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Radar, locatie Hereweg (hierna: Stichting Radar) in Landgraaf. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte 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 16 juni 2015 heeft de inspectie een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Radar, locatie woonvorm Landgraaf, tijdelijke huisvesting te Hoensbroek. Naar aanleiding van dit inspectiebezoek heeft de inspectie gevraagd om een resultaatsverslag van de verbetermaatregelen ten aanzien van 14 normoverschrijdingen. De inspectie verwacht dat Stichting Radar controleert dat de geboden zorg bij de locaties van Stichting Radar aan alle getoetste normen voldoet. De inspectie bracht op 5 juli 2016 een onaangekondigd bezoek aan de locatie Hereweg te Landgraaf, om deze verbetermaatregelen te toetsen. Op de locatie Hereweg verblijven cliënten met begeleiding en behandeling.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door Stichting Radar geboden zorg voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

1.3 Methode

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 of de door Stichting Radar geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- cliënten;
- uitvoerende medewerkers;
- behandelaars;
- het management(team);
- cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

Met dit instrument toetste de inspectie de geboden zorg aan de hand van de volgende thema's:

- sturen op kwaliteit en veiligheid;
- cliëntdossier;
- deskundigheid en inzet personeel;
- medicatieveiligheid;
- vrijheidsbeperking.

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. 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. Dit kan 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.

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

Op de site van Radar:

"Woonvorm Hereweg is een appartementencomplex van vier verdiepingen, waar 26 bewoners in een eigen appartement met eigen voordeur wonen. Elke etage is voorzien van een aparte toegangsdeur waarvoor alleen bewoners van die etage toegang hebben. Elk appartement bestaat uit een woonkamer, eenvoudige keuken en slaapgelegenheid in dezelfde ruimte en is voorzien van een badkamer (douche, toilet, wastafel). Appartementen op de etages zijn voorzien van een balkon en op de begane grond is er in elk appartement een deur naar een klein terrasje buiten. Hoewel er regelmatig activiteiten worden georganiseerd, meestal in wat kleinere groepjes, is er geen dagelijkse gemeenschappelijke ruimte in gebruik.

De cliënten zijn jong volwassenen en volwassenen van 18 tot 65 jaar. Een deel van de (jong)volwassenen heeft een lichte verstandelijke beperking (JLVB), een ander deel van de bewoners heeft uiteenlopende ondersteuningsvragen, onder andere op het gebied van sociale contacten en gedrag."

Op de locatie Hereweg wonen 27 cliënten met een indicatie tussen VG3 en VG6. Een van de cliënten heeft een forensische titel. De onderste verdiepingen en bovenste verdiepingen hebben ieder een activiteitenruimte. In deze activiteitenruimten vinden door medewerkers georganiseerde ontwikkelingsgerichte activiteiten plaats, waarvoor cliënten worden uitgenodigd. Op het adres Hereweg 54 werken twee teams; een team voor de onderste verdiepingen en een team voor de bovenste verdiepingen.

De activiteitenruimte op de begane grond ziet er huiselijk en gezellig uit; de activiteitenruimte op de bovenste verdiepingen is kleiner en oogt veel minder huiselijk. Deze ruimten zijn tussen 16.00 uur en 22.00 uur open. De cliënten hebben een eigen appartement c.q. studio. De studio's worden door de cliënten zelf ingericht. De locatie heeft een grote tuin met terras en een grasveld waar gevoetbald kan worden.

Twee keer per week wordt gekookt. Stichting Radar gaat ervan uit dat elke cliënt de overige dagen van de week voor zichzelf kookt.

Het gebouw aan de Hereweg waar de cliënten wonen is verouderd. Er komt weinig daglicht in de gangen en het houtwerk is toe aan een opknapbeurt, zo is er veel verf af. De entree naar de appartementen is niet huiselijk of sfeervol.

Op de gangen en ingang van de locatie hangen meerdere camera's. De monitor bevindt zich in het kantoor, dat tevens functioneert als loket van de bewoners. In het kantoor staat ook een bed voor de slaapdienst.

De formatie vaste begeleiders is 14,48 fte en 0,92 fte wordt structureel ingehuurd; de formatie behandelaars is 1,1 fte. Er zijn twee gedragskundigen gekoppeld aan de 27 cliënten. Deze gedragskundigen hebben eenmaal in twee weken overleg samen met de manager. Voor de locatie Hereweg is 0,1 fte GZ-psycholoog en specialist behandeling beschikbaar.

In de ochtenden zijn er twee begeleiders op de twee groepen aanwezig. Eén begeleider beneden en één begeleider op de groep boven. Deze zijn aanwezig van 9 tot 16.30 uur. Tussen 13.00 en 21.00 uur komt een derde begeleider (te verdelen over 2 groepen). Om 16.00 uur starten er twee slaapdiensten die tot 9.30 uur blijven.

2 Conclusie en onderbouwing

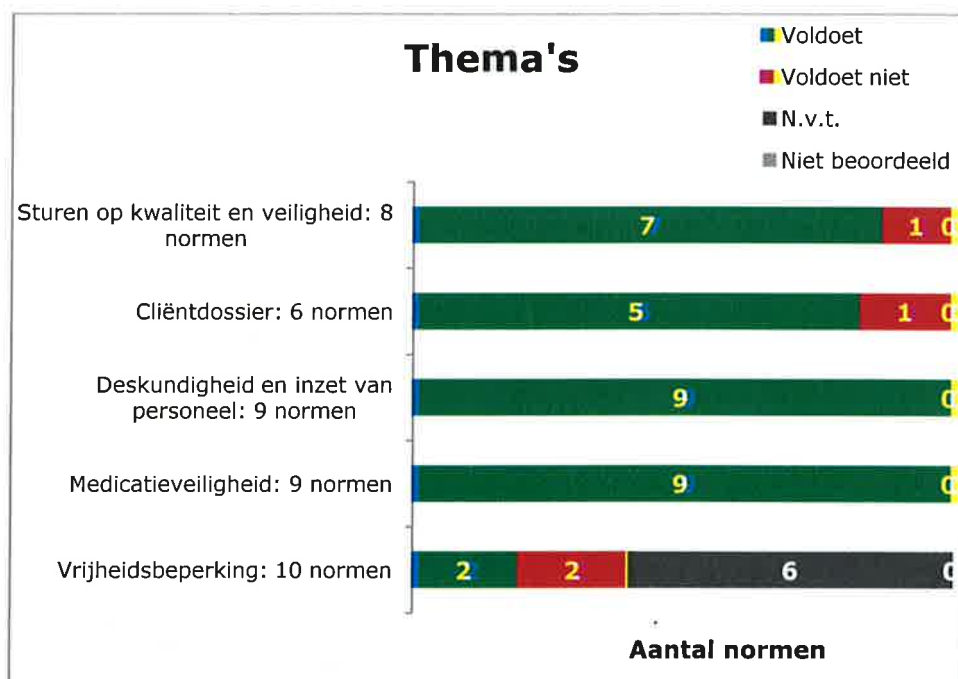
Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting 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.

In alle thema's zit het onderwerp cliëntgerichtheid verweven. In dit 2^e hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van Stichting Radar. De inspectie besteedt expliciet aandacht aan dit onderwerp, omdat goede zorg staat of valt met de mate waarin de cliënt invloed heeft op de invulling van deze zorg. In kwaliteitskaders en wetgeving krijgt cliëntgerichtheid een steeds prominere plaats.

2.1

Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. Als de inspectie hierbij naast de geselecteerde normen ook andere normen heeft gehanteerd, zijn de bevindingen daarvan beschreven in hoofdstuk 4 en niet zichtbaar in deze tabel.



2.2

Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die locatie Hereweg 54 biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de vier normen 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.

- 2.2.1** *Hereweg doet mee aan landelijk verbetertraject waarbij acties zichtbaar waren*
 Radar doet mee aan een landelijk experiment, de zogenoemde proeftuinen, waarbij zij ervaringen opdoet met het vernieuwde kwaliteitskader voor de zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking. Tijdens dit onaangekondigde bezoek waren de acties zichtbaar zoals een verbeterbord, waar medewerkers zelf op konden aangeven wat zij aan verbetermogelijkheden zagen, wat ze wilde doen en wie dat op welk moment zou gaan oppakken. Ook gebruikten de medewerkers kwaliteitskaarten waarop per thema zoals medicatie kon worden aangegeven wat het kader is. Op de kwaliteitskaart gaven medewerkers aan of er al dan niet aan het kader voldaan werd.
- 2.2.2** *Verhoogd kwaliteitsbewustzijn door werken aan verbeteringen*
 Medewerkers konden voorbeelden geven op welke wijze zij aan verbeteringen werkten op de locatie Hereweg. Naast diverse thema's waar verbeteringen voor gaande waren, kwamen ook teamprocessen uitgebreid aan de orde. Zo was men bezig om intervisie vorm te geven binnen de integrale teams. Ook werd gekeken welke competenties medewerkers nodig hadden om op de locatie Hereweg te kunnen werken. De inspectie was onder de indruk van de inzet en loyaliteit van de medewerkers. Met drie medewerkers werkten zij elke dienst aan de verbeteringen, bieden van dagelijkse zorg- en ondersteuning en anticiperen op datgene wat speelt bij de 27 cliënten op de Hereweg. De vraag is of preventief werken en tijdig signaleren van mogelijke risico's bij de cliënten altijd mogelijk is in de huidige werksetting. Hiervan dient Radar zich bewust te zijn.
- 2.3** **Cliëntgerichtheid in de visie op zelfstandigheid vraagt verduidelijking**
 De insteek van Radar is zo zelfstandig mogelijk wonen. Er wordt ondersteuning geboden waar nodig, afhankelijk van ieders wensen en capaciteiten. Deze visie konden medewerkers benoemen. Op de locatie Hereweg woonden een aantal (jong) volwassenen waar deze visie vooral op van toepassing was. Zo was het de bedoeling dat deze cliënten zelf zouden koken zodat de zelfstandigheid gestimuleerd en bevorderd zou worden. Hiervoor kregen zij vijf dagen in de week eetgeld, waarmee ze zelf boodschappen konden doen en een maaltijd konden bereiden. In de praktijk ging dit echter niet altijd zo. Tijdens de bezoekdag had een cliënt bij een snackbar eten gehaald en dit deed de cliënt vaker, zo bevestigde de medewerker. De medewerker sprak meestal de cliënt hierop aan en probeerde in een motiverend gesprek de cliënt te overtuigen van het belang van gezonde voeding. Twee dagen in de week kookten begeleiders met hulp van cliënten voor de gehele groep. Cliënten die zelf niet konden koken en die dit ook niet konden leren, kregen een kant en klare maaltijd, die opgewarmd kon worden. De inspectie wisselde met de medewerker van gedachten over de uitvoering van de visie van Radar met betrekking tot al dan niet in gezamenlijkheid koken, eten en het dagelijks eten van een verantwoorde maaltijd. Zelfstandigheid creëren en ontwikkeling hierin stimuleren is meer dan het vrijlaten in de keuze hoe het eetgeld te besteden. De (jong volwassen-) cliënten die bij Radar wonen, overzien vaak niet altijd de consequenties van hun keuzes en de gevolgen en effecten van een ongezond eetpatroon. Zelfstandigheid creëren vanuit het cliëntperspectief is een nobel streven. Dit streeft echter het doel voorbij als mogelijke risico's voor de langere termijn niet worden meegewogen vanuit een professioneel perspectief.

3 Handhaving

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder verbetermaatregelen neemt op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldeed. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 hiervoor voldoende handvatten biedt. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de zorg die overige locaties of teams bieden, 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 Stichting Radar, locatie Hereweg nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Stichting Radar, locatie Hereweg 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.

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 stuur 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

		Voldeet	Voldeet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de drie jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal drie jaar oud.	x			
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.	x			
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			
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 .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	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.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap 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.	x			
c)	De zorgaanbieder heeft de cliëntenmedezeggenschap niet alleen op centraal niveau maar ook op het niveau van de locatie/groep georganiseerd.	x			
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.	x			
1.7	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft beleid beschreven over seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten en evalueert periodiek of bijstelling hiervan nodig is.	x			
b)	Medewerkers kennen het beleid en besteden aantoonbaar aandacht aan de onderwerpen intimiteit, vriendschap en seksualiteit onder cliënten.	x			
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinnvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.		x		
a)	Alle cliënten hebben dagbesteding met als uitgangspunt negen dagdelen per week.		x		
b)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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.	x			

Toelichting

Norm 1.8

Meerdere cliënten die op de locatie Hereweg verbleven hadden geen of één dagdeel per week dagbesteding/werk/school. Het team voerde motivatiegesprekken met deze cliënten. Bij enkele cliënten was een zinvolle daginvulling nog niet mogelijk, en werd met kleine stapjes gewerkt naar werk of dagbesteding.

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 ondersteuningsplan. 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 ondersteuningsplan 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 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.^{3,4}	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een ondersteuningsplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het ondersteuningsplan.	x			
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.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.				x
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.		x		
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			

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.

⁴ De Wkkgz hanteert voor het ondersteuningsplan de term zorgplan. Dit is op normniveau doorgevoerd. De beoordelingsaspecten vermelden de term ondersteuningplan, die in de gehandicaptenzorg gebruikelijk is.

		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: - Probleem- of onbegrepen gedrag - Agressie - Seksualiteit, seksueel grensoverschrijdend gedrag - Problemen medicatiegebruik - Verslaving - Vallen - Syndroom en aandoeningsspecifieke risico's - Mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
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/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het ondersteuningsplan.	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 ondersteuningsplan.	x			

Toelichting

Norm 2.3.

In het ondersteuningsplan was niet zichtbaar of voor de cliënt al of geen medicatie was voorgeschreven, en de reden van het gebruik van medicatie ontbrak.

Een van de cliënten had een justitiële titel en er waren voorwaarden gesteld bij de plaatsing van de cliënt. De titel en voorwaarden waren niet terug te vinden in het cliëntendossier.

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.	x			

b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.	x			
		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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.	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.	x			
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
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.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	De zorgaanbieder heeft beleid over de behandelverantwoordelijkheid van vakinhoudelijke specialisten bij cliënten met (zeer) intensieve verzorging en/of gedragsregulering.	x			
c)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			
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.	x			
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	x			
	a) De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg.	x			
	b) In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.	x			
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.	x			
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.	x			
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.	x			
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	x			
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁵ niet aan.	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁵ heeft uitgezet.	x			

⁵ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
b)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.	x			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.				x
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.	x			
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.	x			
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.	x			
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.	x			
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.	x			

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.	x			
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.		x		
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.			x	

		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.			x	
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.			x	
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.			x	
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.		x		
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.			x	
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.			x	
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.			x	

		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 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.			x	
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.	x			
5.10	De afzonderingsruimten en de separeerruimten voldoen aan de eisen.			x	
a)	De afzonderingsruimten en de separeerruimten voldoen aan de eisen.			x	

Toelichting

Norm 5.1

Stichting Radar had geen Bopz-aanmerking. Na het inspectiebezoek op 16 juni 2015 heeft Stichting Radar onderzocht of zij een Bopz-aanmerking nodig heeft om verantwoorde zorg te kunnen leveren aan de cliënten, onder andere op locatie Hereweg.

Uit de ontvangen documenten bleek dat Stichting Radar voornemens is om een Bopz-aanmerking aan te vragen. Een van de redenen is de complexer wordende zorg aan de cliënten waarbij de rechtspositie van de cliënt gewaarborgd moet worden.

Stichting Radar had een concept-nota Beleid zorg en dwang (november 2015). Deze nota was gericht op de nog niet in werking zijnde Wet Zorg en dwang, en niet gebaseerd op de Wet Bopz.

Op de locatie Hereweg waren huisregels aanwezig, waarin de ordelijke gang van zaken werd beschreven en betrekking hadden op het verblijf in eigen appartement. Tijdens de rondgang werden regels aangetroffen over het gebruik van de activiteitenruimten. Wanneer een cliënt zich niet hield aan de regels, mocht hij geen gebruik maken van deze ruimte. Sancties op het overtreden van huisregels mogen niet worden opgenomen in de huisregels, conform de Handreiking Huisregels (VGN, september 2005). Het (al dan niet tijdelijk) ontzeggen van toegang tot huiskamers of zoals op de Hereweg, de activiteitenruimten, mag dus niet worden opgenomen in de huisregels.

Norm 5.3

In het cliëntendossier was niet terug te vinden of de cliënt medicatie gebruikte. Tijdens de dossierinzage werd gezien dat er een afspraak was gemaakt met de psychiater over het afbouwen van medicatie. De reden van de medicatie stond niet in het cliëntendossier vermeld.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Resultaatsverslag naar aanleiding van inspectiebezoek aan locatie Woonvorm De Landgraaf op 16 juni 2015;
- Radar-brede aanpak naar aanleiding van het inspectiebezoek aan locatie woonvorm De Landgraaf op 16 juni 2015 en het aansluitende bestuursgesprek op 17 juni 2015;
- Visie en plan van aanpak kwaliteitsborging en methodisch werken, Stichting Radar, oktober 2015;
- Concept nota beleid zorg en dwang, Stichting Radar, november 2015;
- Scholing 2014, 2015 en 2016 en scholingsplan 2016 en 2017, locatie Hereweg;
- Besluitenlijst managementteam, aanvraag Bopz-aanmerking, 12 april 2016;
- Overzicht fte behandelaars locatie Hereweg juli 2016;
- Personeelsverloop locatie Hereweg januari t/m juni 2016;
- Dienstrooster locatie Hereweg onder en boven juni 2016;
- Ziekteverzuim locatie Hereweg januari t/m juni 2016;
- Overzicht MIC-meldingen en verbeteracties locatie Hereweg januari t/m juni 2016;
- Overzicht vrijheidsbeperkende maatregelen januari t/m juli 2016 Stichting Radar;
- Kwaliteitskaart Radar, medicatie, 2016.

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire 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)⁶.
- 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.
- Competentiebox. Competentieprofielen VGN, 2009.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013.
- Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, mei 2011.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- 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.
- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009.
- 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.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

6 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.

- Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, TNO, 12 november 2012.

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.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010.