



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

Rapport
van het hertoetsbezoek
aan Stichting De Hoven
Woonzorgcentrum Damsterheerd
te Appingedam
op 15 maart 2016

Utrecht,
juni 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 stichting 4
1.6	Beschrijving locatie 4
2	Conclusie en beschouwing 5
2.1	Overzicht van de scores per thema 5
2.2	Resultaten vorige bezoek onvoldoende 6
2.2.1	Aandacht voor cliëntgerichte zorg, evaluaties vraagt verbetering 6
2.2.2	Huidige werkwijze farmaceutische zorg onverantwoord 6
2.2.3	Verbetering bij toepassing vrijheidbeperking noodzakelijk 6
2.3	Hertoetsbezoek laat veel verbeteringen zien 6
2.3.1	Damsterheerd geeft veilige en verantwoorde zorg 6
2.3.2	Werkwijze farmaceutische zorg verantwoord 6
2.3.3	Aandacht voor zorgvuldig toepassen van vrijheidbeperking 6
2.4	Cliëntgerichtheid duidelijk zichtbaar 6
2.5	Conclusie: geboden zorg voldoet aan nagenoeg alle normen 7
3	Bevindingen inspectiebezoek 8
3.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 8
3.2	Thema 2: cliëntdossier 11
3.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 14
3.4	Thema 4: medicatieveiligheid 18
3.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 22
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 26
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 27

1 Inleiding

Op 15 maart 2016 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan Stichting De Hoven (hierna: De Hoven), locatie Woonzorgcentrum Damsterheerd (hierna: Damsterheerd) waarvan de afdeling Verpleegunit te Appingedam. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op een vorig bezoek aan dezelfde locatie op 28 augustus 2015. Tijdens dit vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 15 maart 2016 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 en beschouwing, 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 de naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij onder toezicht staande zorgaanbieders. De inspectie doet dit niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

Bij het vorige inspectiebezoek op 25 augustus 2015 bleek de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen te voldoen. Op 4 februari 2016 ontving de inspectie een resultaatsverslag waarin de zorgaanbieder over deze punten het volgende aangaf:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldeed aan de norm;
- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij volledig aan de norm voldeed.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het hertoetsbezoek aan Damsterheerd was te beoordelen in hoeverre de zorg die Damsterheerd biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade voor de cliënt 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;
- Medicatieveiligheid;
- 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 Damsterheerd 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 resultaatsverslag van 4 februari 2016;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- gesprekken met behandelaars;
- gesprekken met het management(team);
- het inzien van cliëntdossiers;
- het inzien van documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

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 stichting

De visie van De Hoven is dat ouderen door moeten kunnen gaan met het leven dat ze gewend zijn. Hierbij staat het welbevinden van ouderen centraal. In 2010 is De Hoven gestart met het experiment 'Zorg zonder Regels' met vijf doelen. Deze doelen zijn het verbeteren van het welbevinden van bewoners, het vergroten van het werkplezier van medewerkers, meer zeggenschap voor bewonerscliënten, de ontwikkeling kwaliteit van medewerkers en een andere manier van verantwoorden.

De Hoven is een zorgorganisatie voor ouderen. Deze zorgaanbieder levert zorg gefinancierd vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De toegekende functies zijn verpleging, persoonlijke verzorging, behandeling, ondersteunende begeleiding, revalidatie en verblijf. Het werkgebied is de noordelijke helft van de provincie Groningen.

De Hoven bestaat uit zes intramurale locaties voor ouderen met somatische aandoeningen, waarvan vijf locaties Bopz-aangemerkt zijn voor bewoners met een (licht) psychogeriatrische aandoening. Ook zijn er drie kleinschalige woonvormen voor ouderen met een psychogeriatrische aandoening en wordt vanuit een behandelcentrum eerstelijnszorg geboden. Daarnaast levert De Hoven zorg thuis met verpleging persoonlijke verzorging, individuele begeleiding en huishoudelijk hulp. Productieafspraken worden met het zorgkantoor Menzis gemaakt. Cliënten die zorg thuis behoeven, kunnen ondermeer zorg ontvangen via het Volledig Pakket Thuis (VPT).

De zorgaanbieder nam in 2012 deel aan het landelijk project 'Regelarme instellingen'. Medewerkers bepalen onder de noemer Zorg Zonder Regels zelf hoe de dag van de ouderen er uitziet. Het bestuursmodel van De Hoven omvat één directeur/bestuurder als raad van bestuur, onder toezicht van een raad van toezicht.

1.6 Beschrijving locatie

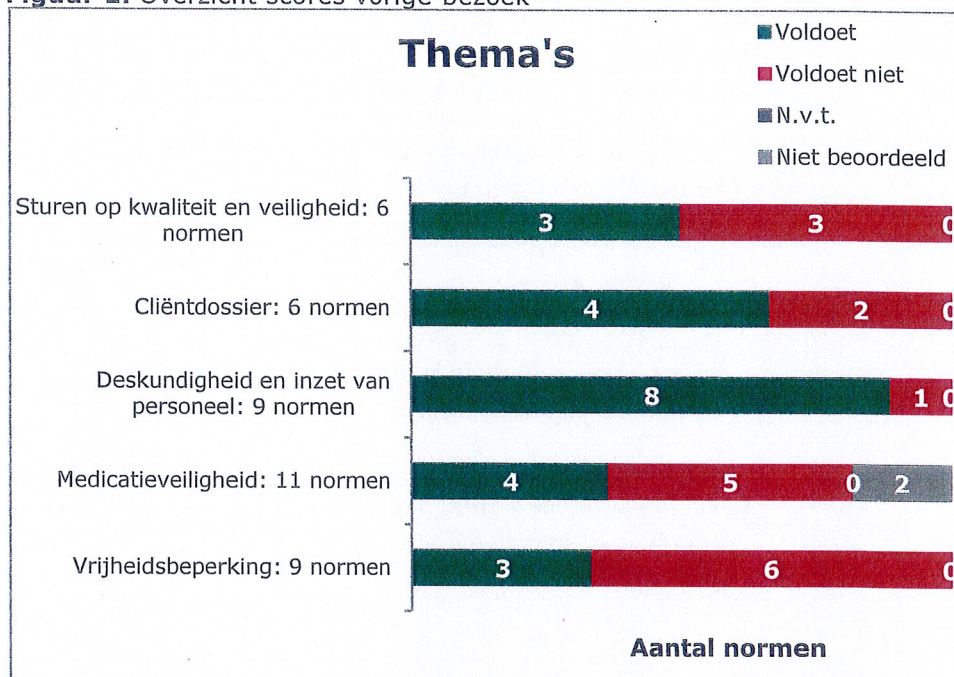
Damsterheerd is een woonzorgcentrum voor 85 bewoners. Er is een afdeling Verpleegunit voor 38 ouderen met psychogeriatrische aandoeningen. Deze Verpleegunit bestaat uit drie huiskamers verdeeld over twee verdiepingen. In elk van de twee huiskamers verblijven twaalf bewoners en in de derde huiskamer verblijven veertien bewoners. Daarnaast biedt Damsterheerd dagopvang, speciaal voor ouderen met lichte psychiatrische problemen. Ook is er een mogelijkheid voor kortdurende opname voor herstellende zorg met ZorgZwaartePakket 3 (ZZP 3). 46 Bewoners hebben een indicatie voor zorg met verblijf, verpleging, persoonlijke verzorging en behandeling met ZZP 2, 3, 4, 5, 6 en 7.

2 Conclusie en beschouwing

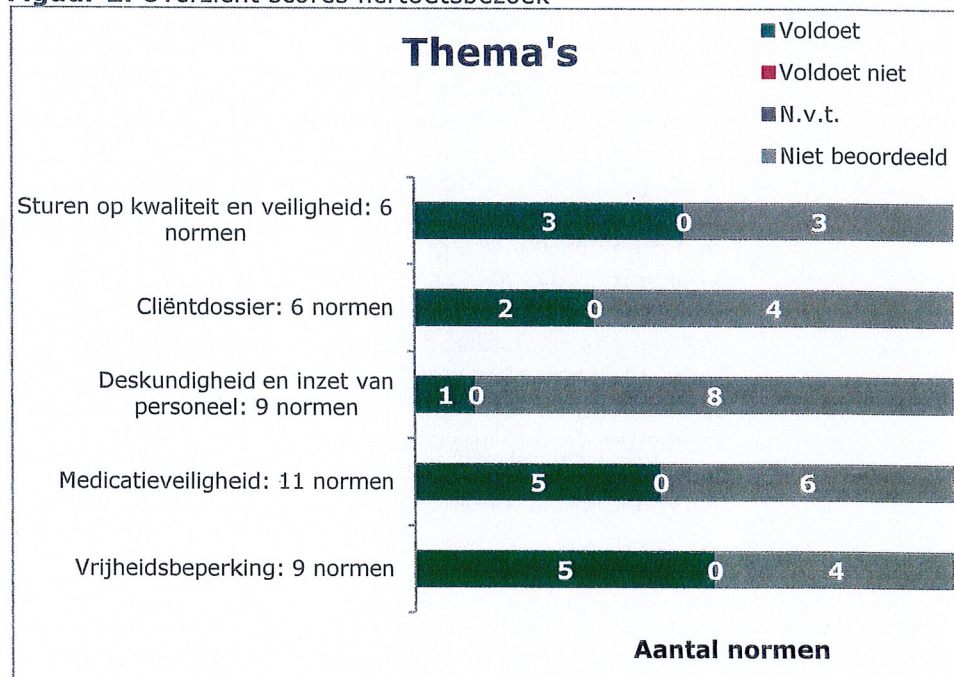
Dit hoofdstuk start met een schematisch overzicht van de scores per thema van het vorige inspectiebezoek en van het hertoetsbezoek. Vervolgens recapituleert de inspectie haar conclusie over het vorige inspectiebezoek en geeft zij haar conclusie over het hertoetsbezoek. Daarna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. Voor de bevindingen van de inspectie: zie hoofdstuk 3.

2.1 Overzicht van de scores per thema

Figuur 1. Overzicht scores vorige bezoek



Figuur 2. Overzicht scores hertoetsbezoek



2.2 Resultaten vorige bezoek onvoldoende

2.2.1 *Aandacht voor cliëntgerichte zorg, evaluaties vraagt verbetering*

De zorgleefplannen waren opgesteld volgens een duidelijke zorgplansystematiek. Echter de evaluaties waren summier beschreven en niet altijd afgestemd op de zorgafspraken.

2.2.2 *Huidige werkwijze farmaceutische zorg onverantwoord*

Op basis van de bevindingen van de niet nageleefde normen rondom het thema medicatieveiligheid, concludeerde de inspectie dat de procedure farmaceutische zorg, op een onverantwoorde wijze werd uitgevoerd. Ondermeer het ontbreken van actuele toedienlijsten en het toedienen van risicovolle medicatie zonder controle door een tweede bekwaam persoon, leiden tot onveilige en risicovolle zorg.

2.2.3 *Verbetering bij toepassing vrijheidbeperking noodzakelijk*

Het Bopz-beleid was gebaseerd op een niet actuele Bopz-notitie. Zo ontbrak het bij de zorg in het kader van de Wet Bopz aan het vastleggen van taken en verantwoordelijkheden van betrokken behandelaars zoals de Bopz-arts, de specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundig specialist en de medewerkers. Ook was de visie van De Hoven over het terugdringen, de inzet van alternatieven en preventie rondom vrijheidbeperking niet duidelijk omschreven.

2.3 Hertoetsbezoek laat veel verbeteringen zien

2.3.1 *Damsterheerd geeft veilige en verantwoorde zorg*

De zorgleefplannen zijn opgesteld volgens een duidelijke zorgplansystematiek. De evaluaties zijn uitgebreid beschreven en afgestemd op de zorgafspraken.

2.3.2 *Werkwijze farmaceutische zorg verantwoord*

Op basis van de bevindingen rondom het thema medicatieveiligheid, concludeert de inspectie dat de procedure farmaceutische zorg, op een verantwoorde wijze wordt uitgevoerd. De aanwezigheid van actuele toedienlijsten en het toedienen van risicovolle medicatie met een controle door een tweede bekwaam persoon, leidt tot veilige farmaceutische zorg.

2.3.3 *Aandacht voor zorgvuldig toepassen van vrijheidbeperking*

Het Bopz-beleid wordt momenteel geactualiseerd, een zichtbare inhaalslag is gemaakt. De taken en verantwoordelijkheden van betrokken behandelaars zoals de Bopz-arts, zijn vastgelegd. De verdere implementatie van de herziene Bopz-notitie behoeft de noodzakelijke aandacht.

2.4 Cliëntgerichtheid duidelijk zichtbaar

In Damsterheerd was het jaar 2015 afgesloten met "een koffer vol herinneringen" aan de hand van foto's van de activiteiten. Ook zijn mandjes aanwezig met voorwerpen die voor de bewoner belangrijk zijn of de onrust even weg neemt. Een Damsterheerd koor, bestaande uit medewerkers vanuit alle disciplines, verzorgen vrijwillig een kerstdiner optreden voor de bewonerscliënten.

Voor 2016 staat het welbevinden van de cliënt centraal zowel in het in beeld hebben van de levensgeschiedenis als in het uitvoeren van de wensen en behoeften van de bewoners. Een project is gestart om de voormalige huisdeuren van de bewoners te dupliceren op de deuren van de appartementen. Dit geeft herkenbaarheid aan de bewoners van hun huidige appartementen.

2.5

Conclusie: geboden zorg voldoet aan alle normen

De zorg die Damsterheerd biedt, voldoet aan alle normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. De inspectie sluit met dit rapport het inspectiebezoek af. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de bij overige locaties of teams geboden zorg aan alle normen voldoet en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

3 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', 'niet van toepassing (n.v.t.)' en 'niet beoordeeld'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Damsterheerd nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm en/of het beoordelingsaspect van toepassing is/zijn in Damsterheerd wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. De inspectie beschouwt de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld, wanneer deze zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld' heeft. 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.

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.

3.1 **Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid**

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.

De zorgaanbieder 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.

De zorgaanbieder 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.

	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 cliënttevredenheidsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.				X
b) Maximaal binnen een jaar na het cliënttevredenheids-onderzoek 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) Er is een klachtencommissie conform de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.	X			
b) De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	X			
c) Cliënten en hun vertegenwoordigers weten waar ze met een klacht terecht kunnen en vinden dat de zorgaanbieder serieus met hun klacht(en) omgaat.	X			
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

	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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			
b) De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
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.				x

Toelichting

1.2 Medewerkers waren zich bewust dat de (bijna)incidenten meldingswaardig waren. MIC meldingen werden structureel besproken in werkoverleggen. In de gesprekken gaven de medewerkers aan dat er aandacht is voor het melden van (bijna) incidenten en dat er een cultuur heerst om te melden.

1.3 Op de website van De Hoven kon een ieder de brochure met de klachtenregeling raadplegen. Er stond beschreven dat indien de klager met de vertrouwenspersoon binnen De Hoven er niet uitkwam, de klager de externe procedure kon volgen door een beroep te doen bij de Provinciale Klachtencommissie. Ook kon een klager rechtstreeks een klacht indienen bij een externe Klachtencommissie.

1.5 De zorgaanbieder had een concept document geschreven over de in- en exclusiecriteria voor cliënten met als uitgangspunt de samenstelling van bewonersgroepen of de inzet van personeel.

3.2

Thema 2: cliëntdossier¹

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

De zorgaanbieder 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 zorg-/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.

De zorgaanbieder heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het zorg-/ondersteuningsplan 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 zorg-/ondersteuningsplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorg-/ondersteuningsplan.	x			
a) Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteuningsplan vastgesteld.	x			

¹ 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.

	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
b) De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is 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 zorg-/ondersteuningsplan.	X			
2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.				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 het zorg-/ondersteuningsplan.				X
c) Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.				X
2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.				X
a) In de individuele zorg-/ondersteuningsplannen zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen.				
Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn:				
- Huidletsel				
- Incontinentie				X
- Vallen				
- Problemen medicatiegebruik				
- Ondervoeding/overgewicht				
- Probleem- of onbegrepen gedrag				
- Mondzorg				

- | | | |
|------------|--|----------|
| b) | De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties. | x |
| 2.5 | De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsbehoeften, de doelen, acties, rapportage 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 zorg-/ondersteuningsplannen gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties. | x |
| 2.6 | De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorg-/ondersteuningsplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm of hoger. | x |
| a) | De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/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 zorg-/ondersteuningsplan. | x |

Toelichting

- 2.1** De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger was aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Tijdens de intake vormde de levensgeschiedenis van de cliënt een onderdeel. In elk ingeziene cliëntdossier trof de inspectie een levensgeschiedenis aan met beschrijving van wensen en behoeften van de cliënt.
- 2.5** De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gingen voldoende over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties. De inspectie trof uitgebreide beschreven evaluaties aan, afgestemd op de woondomeinen versus zorgdoelen.

3.3

Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

De zorgaanbieder 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 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 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.

	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 behoeftes en wensen.				X
b) Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten.				X
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

	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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.				x
b) Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.				x

	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.				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
3.8 Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.				X
a) Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				X
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.				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

Toelichting

3.3 In de gesprekken met de inspectie gaven de medewerkers blijk dat zij voldoende bekend waren met de zorg- en ondersteunings-behoeften van de cliënten.

3.4

Thema 4: medicatieveiligheid

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. De zorgaanbieder heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. Die samenwerking moet gebeuren op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

	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 Veilige principes in de medicatieketen.				X
b) In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.				X
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 zorg-/ondersteuningsplan.				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 zorg-/ ondersteuningsplan.				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

	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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 medicatie-overzichten 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-medicatie² niet aan.	X			
a) De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ² heeft uitgezet.	X			
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) De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	X			
c) Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 7 °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			

² 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
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			
4.8 Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS¹-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	X			
a) Voor niet GDS ² -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	X			
b) De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	X			
c) Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	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
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

	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.12 Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.				X
a) Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.				X

Toelichting

- 4.3** Medewerkers beschikten over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. De apotheek maakte lijsten ondermeer bij het toedienen van insuline. In het gesprek gaven de medewerkers aan dat dit een duidelijke werkzame lijst was.
- 4.5** De apotheker is eindverantwoordelijk voor de inhoud van de gedistribueerde (Baxter)zakjes, ook bij wijziging van medicatie. In geval van een uitzonderlijke situatie pasten de medewerkers bij medicatiewijzigingen zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem² had uitgezet. Afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd tussen de apotheker en de zorgaanbieder.
- 4.6** De zorgaanbieder droeg voldoende zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie. De zorgaanbieder had schriftelijke afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie. Tijdens de rondgang trof de inspectie afgesloten containers voor overtollige medicatie. Het was de medewerkers duidelijk hoe medicatie retour ging naar de apotheek.
- 4.7** De zorgaanbieder registreerde de (werk)voorraad medicatie. De apothekersassistente voerde een aantoonbare driemaandelijke controle op deze medicatievoorraad uit. Echter, de medicatievoorraad kwam niet overeen met de vastgelegde werkvoorraad. De inspectie trof aan dat de voorraad groter was dan was vastgelegd. Ook lagen ampullen in de medicijnkast die niet op de werkvoorraadlijst stonden. Daarbij lag in een medicatiedoosje, medicatie met verschillende expiratedata. Er werd geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad aangetroffen.
- 4.8** De tweede controle bij het toedienen van risicovolle medicatie werd bekwaam uitgevoerd zoals bij het toedienen van anticoagulantia. Op de toedienlijst van insuline was zichtbaar dat twee verschillende medewerkers parafeerden.

3.5

Thema 5: vrijheidsbeperking

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.

	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			

	Volddoet	Volddoet 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

Toelichting

- 5.1** De vorige Bopz-notitie van De Hoven dateerde uit 2011. Momenteel ontwikkelt De Hoven een actuele Bopz-notitie, deze bevond zich in conceptfase. De taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts waren vastgelegd. De verpleegkundig specialist werd niet meer ingezet. De concept-notitie bevatte een waarneem- en/of mandateringregeling voor de Bopz-arts.

- 5.3** In het cliëntdossier was voldoende terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie had plaatsgevonden. Wekelijks vond een omgangsoverleg plaats tussen het zorgteam en de psycholoog.
- 5.5** Een arts of een gedragswetenschapper was verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- 5.7** Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt werden toegepast, waren opgenomen in het cliëntdossier. De inzet van een sensor, het afsluiten van een deur van een appartement van een cliënt werden geregistreerd als vrijheidsbeperkende maatregel in het zorgdossier.
- 5.8** Medewerkers pasten vrijheidsbeperkende maatregelen voldoende zorgvuldig toe en afgestemd op de cliënt.

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.

- Resultaatrapportage, 4 februari 2016
- MIC rapportage Damsterheerd, 4^{de} kwartaal
- Klachtenregeling Cliënten De Hoven, 18 januari 2016
- Zorg verlenen, zorg weigeren, zorg stopzetten, 15 december 2015
- Procedure farmaceutische zorg de Hoven, december 2015
- De Wet Bopz en de psychogeriatric, concept, december 2015

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

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- 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.
- Besluit langdurige zorg.

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.
- Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- 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.

Circulaire 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.

