



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan De Wever, locatie De Vleugel  
in Tilburg  
op 11 augustus 2015

Utrecht  
oktober 2015

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding.....</b>	<b>3</b>
1.1	Aanleiding en belang .....	3
1.2	Doelstelling .....	3
1.3	Methode .....	3
1.4	Toetsingskader .....	4
1.5	Beschrijving locatie .....	4
<b>2</b>	<b>Conclusie en beschouwing .....</b>	<b>5</b>
2.1	Overzicht van de scores per thema .....	5
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen .....	5
2.2.1	Deskundigheid binnen De Vleugel goed; bij andere thema's enkele verbeteringen noodzakelijk .....	6
2.2.2	Medewerkers werken cliëntgericht; goede dagbesteding nog niet gegarandeerd.....	6
<b>3</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek .....</b>	<b>7</b>
3.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid .....	7
3.2	Thema 2: cliëntdossier .....	10
3.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers.....	13
3.4	Thema 4: medicatieveiligheid .....	17
3.5	Thema 5: vrijheidsbeperking .....	21
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten .....</b>	<b>25</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten</b>	<b>26</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 11 augustus 2015 een onaangekondigd bezoek gebracht aan De Wever, locatie De Vleugel (hierna: De Vleugel) in Tilburg. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek 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.

De inspectie geeft onder meer invulling aan haar taak door aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken te brengen aan onder toezicht staande zorgaanbieders.

### 1.2 Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door De Vleugel geboden zorg voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade 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 De Vleugel geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- een cliëntvertegenwoordiger;
- uitvoerende medewerkers;
- de behandelend specialist ouderengeneeskunde;
- de teamleider;
- een aantal cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

De inspectie selecteerde een aantal thema's waarvan bekend is dat zij binnen de langdurige zorg graadmeters zijn voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. De inspectie toetste de kwaliteit en de veiligheid van de zorg tijdens het bezoek aan de hand van de volgende thema's:

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

Per thema maakte de inspectie een selectie van normen waaraan zij de geboden zorg toetste. Bij deze selectie baseerde de inspectie zich op bekende risico's op gezondheidsschade bij cliënten.

Bij iedere norm formuleerde zij één of meer beoordelingsaspecten. De inspectie toetste in hoeverre de geboden zorg voldeed aan de geselecteerde normen en bijbehorende beoordelingsaspecten.

#### **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**

De Vleugel is een van de 20 locaties van De Wever. De Vleugel is een woonzorgcentrum voor 24 bewoners met dementie met als uitgangspunt kleinschalig wonen met een belevingsgerichte benadering. De Vleugel bestaat uit vier met elkaar verbonden 'huizen'. In elk huis wonen zes personen. Elk huis heeft een ruime huiskamer, twee badkamers met toilet en een apart toilet. Iedere bewoner heeft een eigen woonslaapkamer. De Vleugel ligt op de begane grond met een grote binnentuin en een orangerie waar verschillende activiteiten kunnen plaatsvinden. Het geheel heeft een huiselijke sfeer.

De Vleugel heeft een Bopz-aanmerking. Alle deuren binnen De Vleugel zijn open, alleen de voordeur is dicht. De meeste bewoners hebben zorgzwaarte ZZP 5 en enkelen ZZP 7. De afgelopen jaren is de zorgzwaarte toegenomen.

Er is een locatiemanager die verantwoordelijk is voor drie locaties waaronder De Vleugel en er is een teamleider die leiding geeft aan De Vleugel en een andere afdeling.

In elke huis is dagelijks een verzorgende niveau 3 aanwezig en een gastvrouw die tijdens de piekuren in de ochtend en tijdens de avondmaaltijd aanwezig is. Sporadisch is een helpende niveau 2 aanwezig. Tijdens de nachtdienst is één verzorgende op de De Vleugel aanwezig. Indien nodig zet De Vleugel het Mobiel Zorg Team van De Wever in.

De specialist ouderengeneeskunde en de overige medewerkers van de behandeldienst zijn afkomstig van De Wever. In De Vleugel verleent een basisarts onder supervisie van de specialist ouderengeneeskunde de dagelijkse medische zorg.

Op elke afdeling is er één verzorgende (de zorgcoördinator) verantwoordelijk voor de contacten met de familie en het opstellen en bijhouden van het zorgleefplan. Zij is aanwezig bij het Multidisciplinair Overleg (MDO) en bij de bespreking van het zorgleefplan van de bewoner.

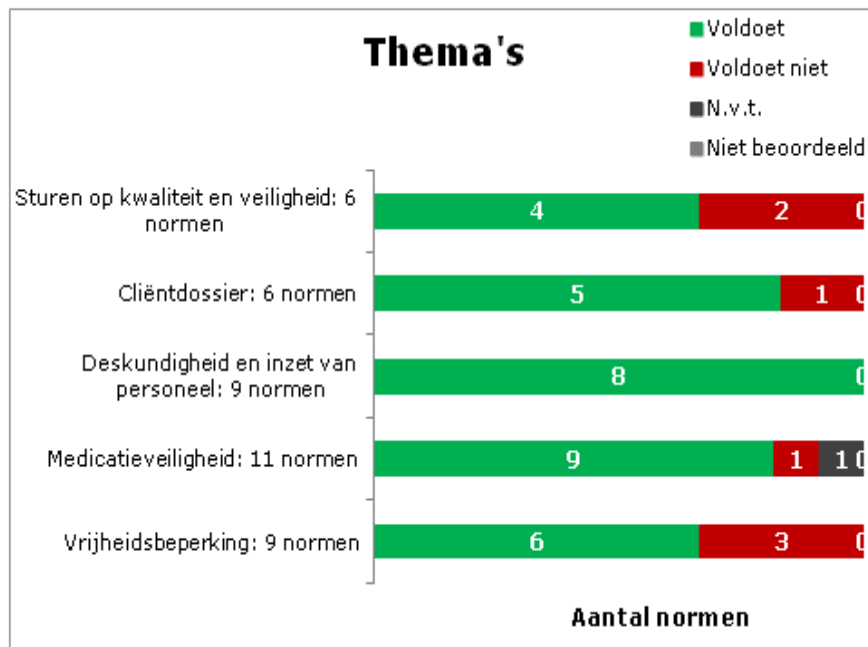
Tot slot zijn er in De Vleugel ook verschillende vrijwilligers, bijvoorbeeld om te gaan bijjarten of voor de manicure.

## 2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. Daarna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. Voor de bevindingen van de inspectie: zie hoofdstuk 3.

### 2.1 Overzicht van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een overzicht van 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 3 en niet zichtbaar in deze tabel.



### 2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die De Vleugel biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd.

Voor de normen en beoordelingsaspecten waaraan de zorgaanbieder niet voldoet, leidt dit tot risico's op gezondheidsschade voor cliënten. De zorg die De Vleugel biedt, voldoet niet aan zeven normen.

Om deze risico's verder te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 3 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren. De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder deze normen binnenkort zal naleven en sluit daarom met dit rapport het inspectiebezoek af.

De inspectie heeft tijdens het inspectiebezoek geconstateerd dat De Wever gevraagde verbetermaatregelen over medicatieveiligheid, voor een andere locatie, ook bij De Vleugel heeft doorgevoerd.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder ook hier weer controleert of de overige locaties of teams al deze normen naleven en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

*2.2.1 Deskundigheid binnen De Vleugel goed; bij andere thema's enkele verbeteringen noodzakelijk*

De Vleugel beschikt over deskundige leiding en medewerkers. De medewerkers zijn van voldoende niveau en zijn ook specifiek geschoold voor de doelgroep. Ze zorgen voor een goede (medicatie)veiligheid.

Op enkele punten is echter verbetering nodig. Verbeteringsmogelijkheden zitten voor een groot deel in een betere registratie en hoe De Vleugel de zorg verantwoordt in het elektronisch cliëntdossier. De Vleugel is net bezig om over te schakelen naar een ander elektronisch dossier. Tijdens het bezoek waren nog niet alle dossiers omgezet naar het nieuwe systeem. Het cliëntdossier is echter niet overzichtelijk. Hierdoor blijkt niet voldoende, of afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties op elkaar zijn afgestemd.

*2.2.2 Medewerkers werken cliëntgericht; goede dagbesteding nog niet gegarandeerd*

De Vleugel zet in op belevingsgericht wonen. De sfeer in De Vleugel is prettig. Het personeel gaat met respect om met de bewoners. Medewerkers betrekken bewoners bij dagelijkse werkzaamheden en proberen bewoners zo min mogelijk te beperken in hun vrijheid. Door de bezettingsgraad van het personeel hebben de medewerkers niet veel tijd om extra aandacht te besteden aan de bewoners. Het risico bestaat dat bewoners die niet bij de dagelijkse huishoudelijke dingen betrokken zijn, geen individuele dagbesteding hebben. Vrijwilligers en verschillende therapeuten verzorgen in De Vleugel individuele en groepsactiviteiten met de bewoners. Maar niet voor alle bewoners zijn er activiteiten. In het cliëntdossier is niet voldoende zichtbaar of bij de activiteiten rekening wordt gehouden met de persoonlijke behoeften en wensen van de bewoners.

### 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 De Vleugel nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm en/of het beoordelingsaspect van toepassing is/zijn in De Vleugel 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.

#### 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
<b>1.1</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>	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			
<b>1.2</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>		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			
<b>1.3</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>	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			
<b>1.4</b>	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>	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
<b>1.5</b>	<b>De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.</b>	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			
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.</b>		X		
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.		X		

### Toelichting

#### 1.2

Medewerkers gaven aan dat ze veilig konden melden via het elektronische cliëntendossier en dat De Vleugel vrij snel verbeteringen uitvoerde. Er was een onafhankelijke MIC-commissie. De commissie analyseerde elke melding en stelde zonodig vragen aan de leidinggevende. Voor elke locatie maakte de commissie een overzicht over de MIC-meldingen van een periode van twee weken waarbij ook de reactie van de leidinggevende stond. De medewerkers ontvingen dit overzicht periodiek per mail.

Sinds dit jaar had de MIC-commissie geen analyse meer uitgevoerd om patronen in breder verband te herkennen. Volgens de teamleider was men voornemens om dit weer op te pakken.

#### 1.3

De folder over de klachtencommissie verwees zowel naar de interne klachtencommissie met een onafhankelijke klachtenfunctionaris van De Wever als naar de externe regionale klachtencommissie.

#### 1.5

De Vleugel nam in principe alle cliënten met psychogeriatrische aandoeningen aan. Alleen cliënten met een Rechtelijke Machtiging konden niet in De Vleugel terecht. De selectie van nieuwe bewoners gebeurde door de plaatsingscommissie, waar ook een arts aanwezig was. Tijdens de intakegesprekken met cliënt en familie besprak de arts dat het niet altijd mogelijk was om tot het eind bij De Vleugel te blijven als de zorgzwaarte te hoog zou worden. Overplaatsen kwam in praktijk eigenlijk nooit voor.

#### 1.8

De Vleugel gaf aan belevingsgericht te werken. Daar waar mogelijk hielpen bewoners met de dagelijkse dingen zoals bij het vouwen van de was en bij het koken (door aardappels te schillen). Daarnaast organiseerden vrijwilligers activiteiten in de orangerie, zoals biljarten en manicure. Tijdens het inspectiebezoek gaven enkele personen aan dat de dagbesteding beter kon. Het ontbrak aan tijd en/of vrijwilligers om meer activiteiten met de bewoners, bijvoorbeeld op de vlakbij gelegen locatie Koningsvoorde, te ondernemen.

In het zorgleefplan kwam niet helder naar voren waaruit de dagbesteding voor een individuele bewoner bestond en dat rekening werd gehouden met persoonlijke wensen. Dit kwam ook niet in de MDO-verslagen naar voren. Het was daardoor niet duidelijk hoe voor een bewoner de dagbesteding op een individuele belevingsgerichte manier werd ingevuld.

### 3.2 **Thema 2: cliëntdossier<sup>1</sup>**

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.

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>2.1</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorg-/ondersteuningsplan.*</b>	<b>X</b>			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteuningsplan vastgesteld.	X			
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			
<b>2.2</b>	<b>De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.</b>	<b>X</b>			
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			
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>	<b>X</b>			
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.</b>	X			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg	X			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	X			
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>		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		
<b>2.6</b>	<b>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.*</b>	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**

Bij de MDO's die twee keer per jaar plaatsvonden om het zorgleefplan te bespreken, was de cliëntenvertegenwoordiger aanwezig. De Vleugel betrok de familie ook bij het invullen van het formulier 'typering cliënt' waarin informatie stond over onder andere het verleden en de wensen van de cliënt.

### **2.5**

De Vleugel gebruikte sinds kort een nieuw elektronisch cliëntendossier en bevond zich in een overgangsfase waar de dossiers werden omgezet naar het nieuwe systeem. De oude gegevens waren wel in te zien.

In het dossier werden behoeften, doelen en acties in logische samenhang vastgelegd.

In het nieuwe systeem was de dagelijkse rapportage niet meer gekoppeld aan de acties maar aan de doelen. De doelen waren op een hoger abstractieniveau geformuleerd dan de acties. Hierdoor bleek niet of acties waren uitgevoerd.

Tijdens het MDO bespraken de deelnemers niet alle doelen van een cliënt, alleen doelen waar zich problemen voordeden. Uit het dossieronderzoek bleek bijvoorbeeld dat de dagrapportage over een periode van een paar maanden geen rapportage bevatte over een doel rondom dagactiviteiten en belevingsgerichte zorg. Het in het zorgplan vermelde doel was niet SMART geformuleerd, namelijk 'ontvangt structuur en begeleiding vanuit de woning'. Welke acties hieraan gekoppeld waren was niet duidelijk. In het zorgplan was niet duidelijk of dit doel in het MDO was geëvalueerd. Zodoende bleek niet of aan dit doel geen aandacht was besteed of dat hierop wel acties waren ondernomen, maar dat hierover niets was vastgelegd.

## **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
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht.</b>	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			
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.</b>	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			
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>	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			
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>	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
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>	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			
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.</b>	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			
<b>3.7</b>	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.</b>	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			
<b>3.8</b>	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.</b>	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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.9</b>	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>	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

#### 3.4

Actuele richtlijnen en protocollen waren beschikbaar via Weverkompas. De teamleider borgde dat de medewerkers op de hoogte waren van nieuwe richtlijnen door een aparte klapper met gewijzigde richtlijnen te laten doornemen en aftekenen. Wie dit niet deed, sprak de teamleider aan tijdens het functioneringsgesprek. Medewerkers wisten dat ze beargumenteerd konden afwijken van een protocol. Een medewerker gaf aan altijd in het zorgdossier op te schrijven wanneer hij afweek van een richtlijn of protocol en had indien nodig overleg.

#### 3.6

De Vleugel had een scholingsplan 2015. Het scholingsplan bevatte ook scholing over psychiatrie en geriatrie. Zo hadden alle medewerkers begin 2015 de cursus 'Cliëntgerichte basis interactie' gevolgd. De nieuwe arts wilde klinische lessen gaan geven over onderwerpen waar de medewerkers zelf behoefte aan hadden.

#### 3.7

De Vleugel zette conform het beleid van De Wever circa 15% tot 20% personeel in uit de flexibele schil. Deze invallers ontvingen van te voren informatie over De Vleugel waardoor ze niet onbekend waren met de werkwijze en de bewoners van de De Vleugel. De invallers mochten geen medicatie uitdelen met uitzondering van een invaller die bijna jaar bij De Vleugel werkte.

#### 3.8

Medewerkers konden specialisten, zoals de arts en psycholoog, makkelijk benaderen. Andere specialisten die regelmatig aanwezig waren, waren een gedragsverpleegkundige, een ergotherapeut, een fysiotherapeut, een muziektherapeut en een geestelijke verzorger.



### 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
<b>4.1</b>	<b>De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.</b>	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			
<b>4.2</b>	<b>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.</b>			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	

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.3</b>	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>	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			
<b>4.5</b>	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>2</sup> niet aan.</b>	X			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>2</sup> heeft uitgezet.	X			
<b>4.6</b>	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>	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 8 °C.	X			
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>		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			

<sup>2</sup> 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		
<b>4.8</b>	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>1</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b>	X			
a)	Voor niet GDS <sup>2</sup> -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			
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>	X			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	X			
<b>4.10</b>	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>	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			
<b>4.11</b>	<b>De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</b>	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
<b>4.12</b>	<b>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.</b>	X			
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	X			

### Toelichting

4.2

Deze norm was niet van toepassing omdat De Vleugel een BOPZ aanmerking had en voor alle bewoners de medicatie in beheer had.

4.3

Indien medicatie tussentijds wijzigde, kwam de apotheek naar De Vleugel om de inhoud van de medicatie uit het GDS-systeem te wijzigen.

4.6

De apotheek zorgde voor de afvoer van retourmedicatie uit De Vleugel. Hiervoor was een speciale afgesloten box aan de muur van het kantoor van De Vleugel aanwezig. Alleen de apotheek kon de retourmedicatie hieruit halen. Naar aanleiding van een inspectiebezoek aan een andere locatie had De Wever dit op alle locaties op deze manier geregeld.

4.7

De Vleugel zorgde er niet voor dat op alle geopende tubes en flesjes medicatie een openingsdatum stond. Zo trof de inspectie in een mand met wondverbandmiddelen voor één bewoner drie geopende tubes van dezelfde zalf aan, zonder dat hierop een openingsdatum vermeld was.

4.8

De Vleugel had duidelijke afspraken over de tweede controle voor niet GDS-medicatie. Medewerkers voerden deze afspraken daadwerkelijk uit. Op de medicatietoedienlijsten was de tweede controle steeds duidelijk genoteerd. De Vleugel had dit mede zo ingevoerd naar aanleiding van een inspectiebezoek aan een andere locatie van De Wever.

### 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
<b>5.1</b>	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>	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
<b>5.2</b>	<b>Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.</b>	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			
<b>5.3</b>	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>	X			
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.	X			
<b>5.4</b>	<b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>	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			
<b>5.5</b>	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>	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
<b>5.6</b>	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>		X		
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.		X		
<b>5.7</b>	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>		X		
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.		X		
<b>5.8</b>	<b>Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.</b>		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		
<b>5.9</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>	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

#### 5.2

Bij gedragsproblemen schreef de zorgcoördinator samen met de psycholoog een crisisonwikkelingmodule waarin duidelijk werd vastgelegd hoe de bewoner in verschillende fasen reageerde en hoe de medewerkers daar het beste op konden anticiperen.

#### 5.6

De toestemming van de cliëntvertegenwoordiger was alleen terug te vinden in de rapportages maar niet in het zorgplan. Het was soms zeer moeizaam om deze instemming terug te vinden en het was niet altijd duidelijk of

cliënten(vertegenwoordigers) met alle vrijheidsbeperkende maatregelen – ook bij wijzigingen – hadden ingestemd.

#### 5.7

Er was een discrepantie tussen de beschreven maatregelen in het overzicht van de vrijheidsmaatregelen van De Vleugel en de clientdossiers. Dit was mogelijk deels te wijten aan het tijdelijk niet functioneren van het ICT systeem. Door een storing was het voor artsen gedurende twee maanden lang niet mogelijk om de vrijheidsbeperkende maatregelen in het elektronische clientendossier te zetten. De inspectie constateerde bij een bewoner dat de vastgelegde vrijheidsbeperkende maatregelen in het clientendossier niet overeen kwamen met de overzichtlijst van De Vleugel. Bij een andere bewoner was de afbouw van de antipsychotica medicatie wel in het MDO besproken, maar niet schriftelijk vastgelegd in het MDO-verslag.

#### 5.8

De Vleugel volgde het De Wever-beleid om zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten. De nieuwe specialist ouderengeneeskunde bekeek per bewoner of het ingezette beleid gewijzigd kon worden.

Tijdens het inspectiebezoek bleek dat sinds een week bij een agressieve bewoner dwangmedicatie werd toegepast, zonder dat de specialist ouderengeneeskunde dit via de Bopz-arts gemeld had bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

#### 5.9

Voor heel De Wever evalueerden de artsen onder leiding van de Bopz-arts de genomen maatregelen en bespraken daarbij de verschillen tussen de locaties en de reden waarom maatregelen werden ingezet. Op die manier probeerden de artsen de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk te beperken.



## 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.

- Overzicht met alle uursoorten met overzicht ZZP, zonder datum.
- Formatieoverzicht 2015, begroting De Vleugel, zonder datum.
- Activiteitenplan De Vleugel 2015 zonder datum.
- Rooster De Vleugel, augustus 2015.
- 4 verschillende overzichten van het 'totaal aantal MIC meldingen en de MIC meldingen die bijzondere aandacht vragen' over 2 andere locaties en 2 overzichten van De Vleugel over de periode 22 juni t/m 1 juli 2015 en de periode 1 juli t/m 13 juli 2015.
- Protocol Geneesmiddelen, versie 3.0, 31 maart 2014.
- Opleidingsjaarplan 2015 De Vleugel, zonder datum.
- Bopz-nota van De Wever, 23 maart 2015.
- Folder 'de klachtenregeling voor cliënten van De Wever; zeg het ons gerist, uw klacht is onze klacht' zonder datum.
- Informatiebrochure 'kleinschalige woonvorm De Vleugel', zonder datum.

## Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires 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.

### 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.