



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

Rapport
van het tweede hertoetsbezoek
aan Menz.nu B.V,
in Almelo
op 19 juni 2017

Utrecht
juli 2017

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
1.5.1	Organisatieveranderingen ten opzichte van het vorige inspectiebezoek 4
2	Conclusie en onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Resultaten vorige bezoeken onvoldoende 7
2.3	Resultaten tweede hertoetsbezoek 8
2.4	Conclusie: Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3	Handhaving 9
3.1	Vervolgacties inspectie Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4	Bevindingen inspectiebezoek 11
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 12
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 20
4.3.1	Inleiding 20
4.3.2	Scores 20
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 24
4.4.1	Inleiding 24
4.4.2	Scores 24
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 28
4.5.1	Inleiding 28
4.5.2	Scores 28
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 32
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 33

1 Inleiding

Op 19 juni 2017 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd tweede hertoetsbezoek aan Menz.nu B.V. (hierna: Menz.nu) in Almelo. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op een vorig bezoek aan dezelfde locatie op 22 december 2016. Tijdens dit vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Menz.nu werd per 19 februari 2017 voor een periode van vier maanden onder verscherpt toezicht geplaatst. Op 19 juni 2017 beoordeelde de inspectie de geboden zorg op die punten opnieuw.

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

1.1 Aanleiding en belang

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

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

Gezien de ernst van de bevindingen van het vorige bezoek aan Menz.nu sprak de inspectie op 15 februari met de raad van bestuur van Menz.nu. Op 19 februari 2017 werd Menz.nu voor een periode van vier maanden onder verscherpt toezicht geplaatst.

In de periode van het verscherpt toezicht werd de inspectie door Menz.nu door middel van resultaatverslagen geïnformeerd over de voortgang van de verbeteringen. Op 19 april 2017 bezocht de inspectie Menz.nu tussentijds om de voortgang te beoordelen.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het hertoetsbezoek aan Menz.nu was te beoordelen in hoeverre de zorg die Menz.nu biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken en om te beoordelen of het verscherpt toezicht kon worden beëindigd.

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 Menz.nu 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;
- de resultaatsverslagen van 14 maart 2017 en 19 mei 2017;
- informatie uit het tussentijdse inspectiebezoek van 19 april 2017;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- gesprek met de leidinggevende;
- het inzien van twee cliëntdossiers;
- het inzien van documenten, genoemd in bijlage 1.

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

Menz.nu is een kleinschalige zorgaanbieder in de regio Twente, opgericht in juni 2011 als eenmanszaak. In 2013 heeft een wijziging in de rechtsvorm plaatsgevonden van eenmanszaak naar B.V. De zorgaanbieder biedt verzorging, begeleiding en verblijf aan mensen van 18 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking en met psychische problematiek. Menz.nu heeft een Wtzi-toelating voor de functies persoonlijke verzorging, begeleiding en verblijfplaatsen.

Ten tijde van het inspectiebezoek had Menz.nu 12 cliënten in zorg. Hiervan ontvingen 8 cliënten ambulante zorg en begeleiding, en woonden 4 cliënten in een woongroep in Almelo. De zorgzwaarte van de cliënten varieerde van VG04 tot VG06 en GGZ 03C tot GGZ 04C. Niet alle cliënten vielen onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Er waren 2 cliënten die zorg ontvingen vanuit de Wlz, de overige cliënten ontvingen zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De cliënten woonachtig op de woongroep in Almelo vallen allen onder de Wmo. De cliënten van de woongroep huren een kamer van Menz.nu en kopen door middel van een persoonsgebonden budget (PGB) hun zorg in.

Menz.nu had medewerkers in dienst die waren opgeleid als persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen PB-er (MBO), (twee medewerkers volgden nu de opleiding PB-er) Sociaal pedagogisch werker (MBO), Sociaal pedagogisch hulpverlener (HBO) en Maatschappelijk werk en dienstverlener (HBO). Op oproepbasis kan een orthopedagoog worden ingezet.

Organisatieveranderingen ten opzichte van het vorige inspectiebezoek

Op 9 mei 2017 is Menz.nu overgenomen door een andere bestuurder. Menz.nu valt door deze overname onder Betgen Holding B.V. De voormalige bestuurder van Menz.nu is nu als leidinggevende en begeleider werkzaam binnen de organisatie. Menz.nu blijft wel een aparte organisatie binnen Betgen Holding B.V. en de personeelsleden zijn in dienst van Menz.nu B.V.

Daarnaast is de 24-uurs begeleiding op de woongroep in Hengelo gestopt. De locatie in Hengelo waar 24-uurs begeleiding geboden werd is afgestoten. Volgens de Wtzi-toelating van Menz.nu heeft de organisatie drie locaties, twee genoemde locaties van de Wtzi staan niet genoemd als locatie in de Kvk.

Opmerking van organisatie: Vorig jaar maart is de locatie De Grutto 113 afgemeld en in november de Oelerweg 283. De nieuwe bestuurder zal nogmaals het verzoek tot het verwijderen van deze locaties indienen.

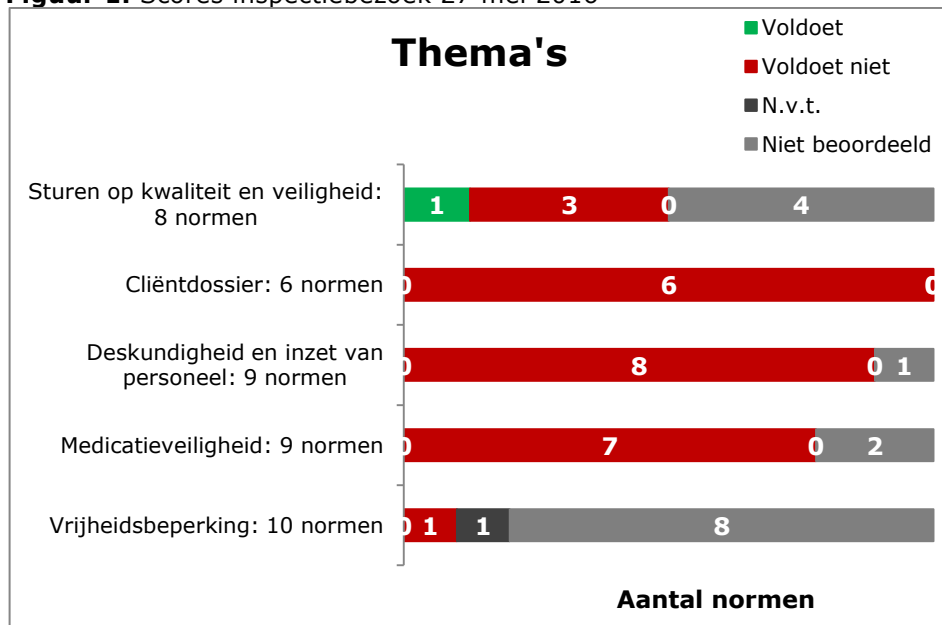
2 Conclusie en onderbouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema van het vorige inspectiebezoek en van het hertoetsbezoek. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

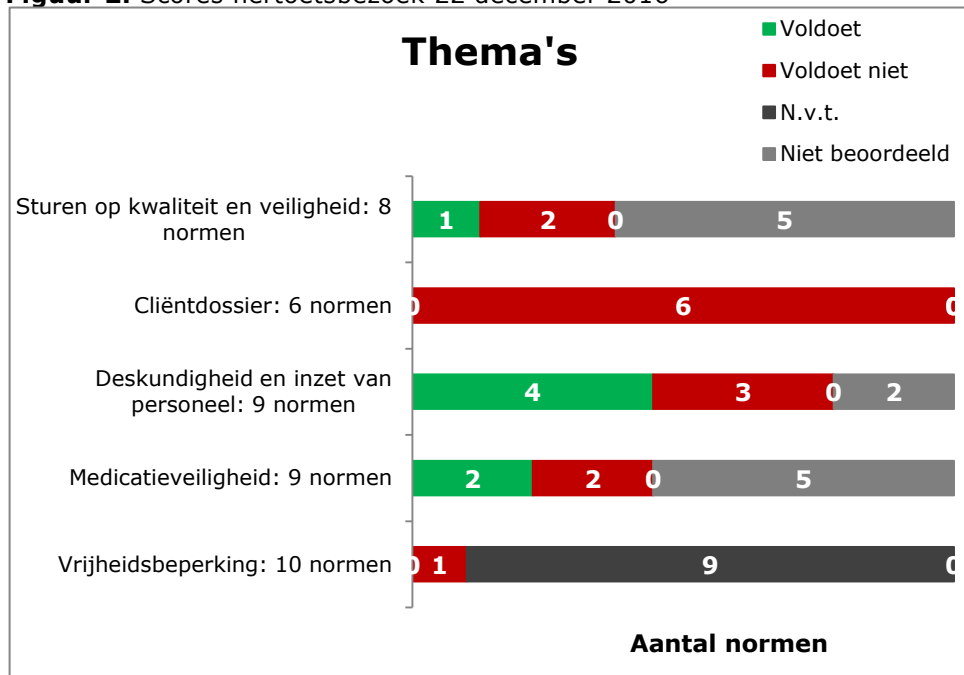
2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste.

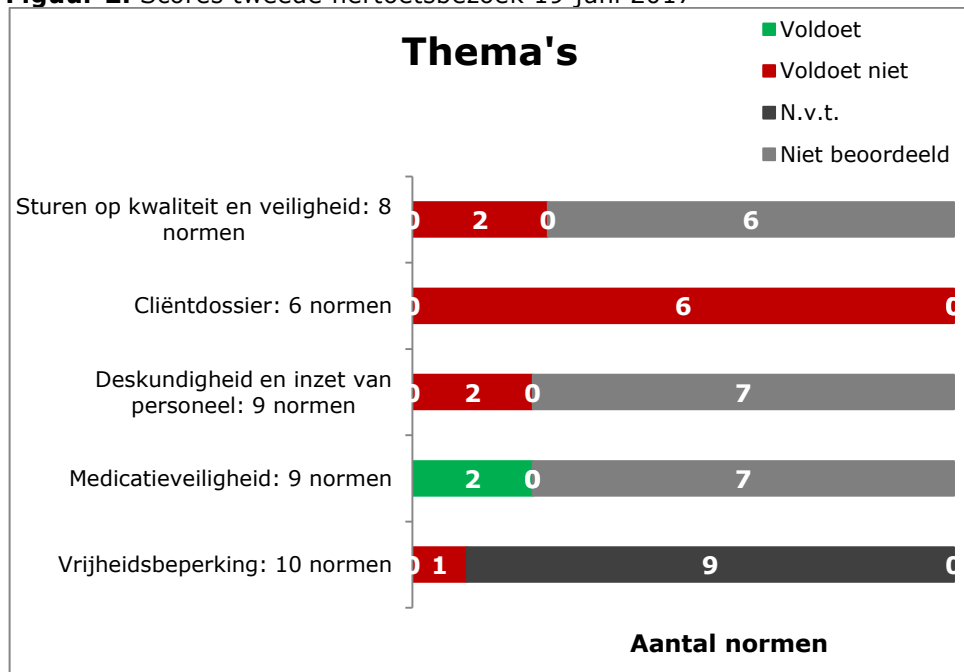
Figuur 1. Scores inspectiebezoek 27 mei 2016



Figuur 2. Scores hertoetsbezoek 22 december 2016



Figuur 2. Scores tweede hertoetsbezoek 19 juni 2017



2.2 Resultaten vorige bezoeken onvoldoende

Het eerste hertoetsbezoek van 22 december 2016 laat zien dat de organisatie bezig is geweest om de verbeteringen door te voeren, maar dat er nog onvoldoende is bereikt. Naar aanleiding van het inspectiebezoek op 27 mei 2016 heeft Menz.nu een externe kwaliteitsadviseur ingehuurd om de verbeteringen door te voeren. Het ontbreekt aan het nemen van verantwoordelijkheid van de directeur/bestuurder voor het verbeterproces en de organisatie. De directeur/bestuurder weet onvoldoende wat er voor procedures en stappen zijn gemaakt en welke nog

gemaakt moeten worden in het verbeterproces van de organisatie. Het ontbreekt aan sturing, implementatie en borging op werkinstructies en notities die wel ontwikkeld zijn. Er is geen duidelijk stappenplan.

2.3 Resultaten tweede hertoetsbezoek

2.3.1 *Het tweede hertoetsbezoek van 19 juni 2017 laat nog steeds onvoldoende verbeteringen zien.*

Op 9 mei 2017 is besloten om de organisatie over te dragen aan een nieuwe bestuurder. De nieuwe bestuurder heeft samen met een eigen kwaliteitsmedewerker geprobeerd om snel de zaken op orde te brengen. De verbeterpunten uit het bezoek van 22 december 2016 zijn per 9 mei 2017 opgepakt.

Er is door de nieuwe bestuurder duidelijk een aanzet gemaakt tot verbetering, maar dit is nog onvoldoende uitgewerkt. Uit de cliëntdossiers was niet herleidbaar welke zorg en begeleiding cliënten nodig hebben dan wel welke zorg en begeleiding zij ontvangen. De zorgvraag van cliënten was dus niet inzichtelijk. Preventieve risicoscores conform de landelijke richtlijnen werden niet uitgevoerd. Het is niet duidelijk of de doelen en acties passen bij de mogelijkheden en beperkingen van de individuele cliënt. Een aantal dossiers waren nog niet af of niet vastgesteld.

2.3.2 *Er wordt niet (voldoende) gewerkt volgens richtlijnen.*

De nieuwe bestuurder heeft beleid, protocollen en een aantal werkinstructies ontwikkeld. Echter zijn een aantal instructies, vanwege het tijdsgebrek, nog niet voldoende uitgewerkt. Voorts is het, wederom vanwege het tijdsgebrek, nog niet gelukt om het nieuwe beleid en de werkinstructies te implementeren. Waaronder het methodisch werken met het cliëntdossier, waarin meegenomen de preventieve risicoscores. Werkafspraken, analyses en verbetermaatregelen rondom meldingen incidenten cliënten moeten nog worden uitgewerkt. Dit is nog onvoldoende uitgewerkt en moet verder worden geïmplementeerd. Met sturing op de nieuwe werkwijze en het gebruik van het kwaliteitshandboek is een begin gemaakt.

2.3.3 *Situatie met RvC besproken.*

De nieuwe bestuurder sprak met Raad van Commissarissen (RvC). De leden van de RvC hebben per 29 juni 2017 ontslag genomen en hun vertrouwen aan de nieuwe bestuurder uit gesproken.

2.4 Conclusie

De inspectie ziet dat door de nieuwe bestuurder verbeteracties in gang zijn gezet, maar deze zijn nog onvoldoende uitgewerkt.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om te voldoen aan de normen in paragraaf 3.2.

3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

Sturen op kwaliteit en veiligheid

- 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.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.

Cliëntdossier

- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.3 In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afsproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.

Deskundigheid en inzet van personeel

- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.8 Vakinhoudelijk specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.

Vrijheidsbeperking

- 5.1 De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder: extra verbeterijd en resultaatsverslag

De inspectie heeft het verscherpt toezicht met twee maanden verlengd. en verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt. De inspectie verwacht op uiterlijk 20 september 2017 een resultaatverslag.

In dit resultaatsverslag staat per norm:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldoet 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 voldoet;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag feitelijk heeft bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

3.4 Vervolgacties inspectie

Gezien de achterblijvende verbeteringen heeft de inspectie op 6 juli 2017 een gesprek gehad met de bestuurder.

De inspectie heeft vervolgens besloten om het verscherpt toezicht van Menz.nu B.V. voor een periode van twee maanden te verlengen. Dit verlengde verscherpt toezicht duurt van **31 juli 2017 tot 2 oktober 2017**. Onderdeel van dit verscherpt toezicht zal zijn het volgen van de verbetermaatregelen mede door middel van een resultaatverslag.

In de periode van het verlengde verscherpt toezicht kan de inspectie Menz. nu B.V. aangekondigd en/of onaangekondigd bezoeken.

4 Bevindingen inspectiebezoek

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

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

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

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

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

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

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 Inleiding

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

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

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

4.1.2 Scores

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				x
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .				x
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				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
c)	De zorgaanbieder heeft de cliëntenmedezeggenschap niet alleen op centraal niveau maar ook op het niveau van de locatie/groep georganiseerd.			x	
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.		x		
1.7	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder heeft beleid beschreven over seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten en evalueert periodiek of bijstelling hiervan nodig is.				x
b)	Medewerkers kennen het beleid en besteden aantoonbaar aandacht aan de onderwerpen intimiteit, vriendschap en seksualiteit onder cliënten.				x

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				x
a)	Alle cliënten hebben dagbesteding met als uitgangspunt negen dagdelen per week.				x
b)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.				x
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				x
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				x

Toelichting

1.2 Menz.nu had de MIC-procedure gewijzigd. MIC-meldingen worden in het teamoverleg besproken waarna wanneer nodig direct acties uitgezet werden. Zoals recent na een melding inzake agressie. Dit is besproken en er is actie ondernomen. Nadat de melding is besproken in het werkoverleg, worden de verbeteracties toegevoegd aan het MIC-formulier.

Een systematische analyse naar basisoorzaken was er (nog) niet. In het resultaatsverslag dat naar de inspectie werd toegezonden, werd aangegeven dat Menz.nu deze analyses gaat uitvoeren in de maanden maart, juli en november. De eerste analyse staat gepland voor 12 juli 2017. Een medewerker vertelde de inspectie over een recent incident wat mogelijk druggebruik betrof maar achteraf niet het geval bleek te zijn. De inspectie las het incident terug in de toegestuurde MIC-meldingen. Belangrijke informatie zoals dat het geen drugs betrof, maar wat er wel aan de hand was, is niet terug te lezen uit het vervolg van de melding. Tevens stond niet vermeld of er wel of geen vervolgacties waren genomen.

1.5 Menz.nu had nieuwe in- en exclusiecriteria opgesteld en na afloop van het inspectiebezoek aan de inspectie toegestuurd. De nieuw opgestelde criteria waren niet volledig. Verschillende gesprekspartners gaven aan dat in de periode na het vorige inspectiebezoek Menz.nu gestopt is met 24-uurs begeleiding aan de locatie in Hengelo. Hoewel 24-uurs begeleiding niet meer wordt geboden was 24-uurs begeleiding niet opgenomen in de nieuwe in- en exclusiecriteria. Na aanleiding van een agressie incident was een cliënt uit zorg gegaan, agressief gedrag was eveneens niet opgenomen in de exclusiecriteria.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

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

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

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

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

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

4.2.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.^{3,4}		x		
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een ondersteuningsplan vastgesteld.				x
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het ondersteuningsplan.		x		
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen³.		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 ondersteuningsplan.		x		
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.				x

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

4 De Wkkgz hanteert voor het ondersteuningsplan de term zorgplan. Deze term heeft de inspectie in dit rapport op normniveau doorgevoerd. De beoordelingsaspecten vermelden de term ondersteuningplan, die in de gehandicaptenzorg gebruikelijk is.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.		x		
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Probleem- of onbegrepen gedrag - Agressie - Seksualiteit, seksueel grensoverschrijdend gedrag - Problemen medicatiegebruik - Verslaving - Vallen - Syndroom en aandoeningsspecifieke risico's - Mondzorg		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.		x		
2.5	De in het zorgplan 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 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 zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger³.		x		
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het ondersteuningsplan.				x
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.				x
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het ondersteuningsplan.		x		

Toelichting

Algemeen: Menz.nu had nieuwe cliëntdossiers opgesteld. Er werd nu gewerkt met een zorgplan en een handelingsplan. Het zorgplan bevatte de algemene informatie over de cliënt, zoals levensgeschiedenis, diagnostiek, de wensen en contactgegevens van de cliënt. Het handelingsplan was twee weken voorafgaand aan het inspectiebezoek opgesteld en bevatte de doelen van de cliënt en de bijbehorende acties. Een aantal dossiers waren nog in ontwikkeling en waren nog niet vastgesteld. De handelingsplannen waren niet volledig en niet af.

- 2.1 Het papieren zorgplan was ondertekend door de cliënt. Het handelingsplan was recent nieuw opgesteld en opgenomen in het digitale systeem. Het handelingsplan bleek niet ondertekend en de instemming en betrokkenheid van de cliënt was niet te zien.
- 2.2 De zorg-/ ondersteuningsdoelen pasten bij de wensen en behoeften van cliënten. Aan de mogelijkheden en beperkingen, maar ook de eventuele risico's werd nog onvoldoende aandacht geschonken. Doelen op basis van relevante diagnostiek ontbrak. Zo zag de inspectie een zorgplan in waar bij het kopje diagnostiek informatie was opgenomen over onder andere borderline en gedragsproblematiek. De doelen die waren opgenomen in het handelingsplan betroffen enkel financiële ondersteuning van de cliënt en hadden geen aandacht voor de gedragsproblematiek.
- 2.3 Zoals bij 2.2 beschreven was er diagnostische informatie opgenomen in het zorgplan. Uit een ingezien zorgplan bleek niet van wanneer de diagnostische informatie dateerde en wie de diagnoses had gesteld. Menz.nu had wederom een nieuwe gedragskundige aangetrokken. Wat de rol van de gedragskundige was, was nog niet georganiseerd. De medewerkers wisten wel dat er een nieuwe gedragskundige was, maar hebben hiermee nog geen kennisgemaakt.
- 2.4 Menz.nu maakte gebruik van risicoscore taxatielijsten. In de lijst waren risico's aangegeven waar de begeleiding 'rekening' mee moest houden, in plaats van de risico's voor cliënten. Bij de genoteerde risico's stond een korte toelichting. Daaruit voortvloeiende afspraken waren niet opgenomen. Zo was bij een cliënt een risico genoteerd bij 'overvraging'. De toelichting was: 'wanneer de cliënt overvraagd wordt kan hij dit prima zelf aangegeven'. Omdat het geen (preventieve) risicoscores waren betreffende de cliënten zoals risico ten aanzien van agressie, seksualiteit, seksueel grensoverschrijdend gedrag, vallen, depressie en/of probleemgedrag en dergelijke, leidden de risicoscores ook niet tot zorg-/ ondersteuningsdoelen voor de cliënt.
- 2.5 De zorg-/ondersteuningsbehoeften en de daarbij horende doelen sloten niet altijd logisch op elkaar aan. In een enkel zorgplan zag de inspectie doelen in, maar deze doelen kwamen niet overeen met de doelen die de cliënt in het handelingsplan had staan. Het format van één van de getoetste handelingsplannen kwam daarnaast niet overeen met het toegestuurde format bij het resultaatverslag van 19 mei 2017 en verschilde van het handelingsplan van een andere cliënt.

Niet bij alle cliënten was het mogelijk om op doel te rapporteren. Dit kwam mede doordat nog niet alle handelingsplannen waren vastgesteld. Zodra een handelingsplan op actief werd gezet, werd het mogelijk om op doel te rapporteren.

- 2.6 De inspectie heeft één dossier gezien, waarbij het handelingsplan op 'actief' was gezet, dit handelingsplan was (nog) niet door de cliënt ondertekend, voor besproken en/of akkoord. De inspectie heeft wel gezien dat er hard gewerkt wordt aan alle individuele zorg- en handelingsplannen van cliënten, zodat deze allen geactualiseerd beschreven zijn. Er waren geen evaluaties gezien, als basis voor de wijziging van doelen in het handelingsplan. Nu zijn er nieuwe doelen opgesteld in het handelingsplan, maar daar is niet zichtbaar een evaluatie aan voorafgegaan.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 Inleiding

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

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

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

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

4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet
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 behoeften 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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.2	(vervolg)				
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				x
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.				x
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.				x
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.				x
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.		x		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		x		
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				x
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.		x		
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)	De zorgaanbieder heeft beleid over de behandelverantwoordelijkheid van vakinhoudelijke specialisten bij cliënten met (zeer) intensieve verzorging en/of gedragsregulering.		x		
c)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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

3.4 De nieuwe kwaliteitsmedewerker was nog druk bezig met het aanpassen van alle relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies. In een gezamenlijke map was een document opgenomen waarin de gewijzigde documenten stonden vernoemd. Medewerkers konden dan in deze lijst zien of zij een werkinstructie uit de map moesten halen of uit het digitale handboek. Tijdelijk werden er daardoor twee systemen naast elkaar gebruikt. De documenten uit de map moesten nog met de medewerkers besproken en vastgesteld worden. Door de bestuurder wordt later aangegeven dat de gewijzigde documenten in de gezamenlijke map allemaal zijn besproken in de verschillende team overleggen.

3.7 Ten opzichte van het vorige inspectiebezoek maakt Menz.nu geen gebruik meer van invalkrachten.

3.8 Ten tijde van het inspectiebezoek was net als tijdens het vorige inspectiebezoek nog niet duidelijk wat de gedragskundige gaat doen. Er was wederom een nieuwe gedragskundige, de derde in een jaar. Een voorstel ten aanzien van de inzet van deskundigen/specialisten was in concept naar de inspectie gestuurd. Het was bij medewerkers niet bekend of dit de uiteindelijke werkwijze betrof. Verschillende medewerkers vertelden dat er een nieuwe gedragskundige is, maar dat hiermee nog geen contact was geweest.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 Inleiding

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

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

4.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.				x
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.				x
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.2	(vervolg)				
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.				x
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.				x
b)	De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.				x
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁵ niet aan.				x
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁵ heeft uitgezet.				x
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.				x
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.				x
b)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.				x
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.				x
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.				x

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.7	(vervolg)				
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.				x
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.				x
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				x
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				x
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				x
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				x
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

Toelichting

Algemeen: Tijdens het bezoek van 19 juni 2017 hadden alle cliënten de medicatie in eigen beheer.

- 4.1 De zorgaanbieder heeft nu een procedure farmaceutische zorg. Er is een medewerker aangesteld die 'aandachtvelder' is voor het medicatieproces en overleg heeft met de (zo nodig verschillende) apothekers.

- 4.3 Alle cliënten van Menz.nu hadden de medicatie in eigen beheer. Medewerkers beschikten wel van alle cliënten over een actueel medicatieoverzicht. Deze was opgenomen in het zorgplan. Menz.nu had in het kwaliteitshandboek de eigengemaakte standaardlijsten voor het aftekenen van medicatie, zelfzorgmedicatie en opiaten verwijderd.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 Inleiding

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

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

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

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

4.5.2 Scores

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

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

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

Toelichting

5.1 Menz.nu had nog geen visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen opgesteld. Gesproken medewerkers vertelden dat zij geen vrijheidsbeperking toepassen, maar dat een nieuw beleidsstuk nog niet was opgesteld.

In het resultaatverslag stond geschreven dat de manager kwaliteit voor 15 juli 2017 beleid heeft opgesteld en dat dit in het eerst volgende werkoverleg daarna wordt besproken met medewerkers.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Overzicht ZZP's cliënten
- Overzicht fte medewerkers
- Overzicht medewerkers opleidingsniveau
- Werkwijze MIC, 17-05-2017
- Mic-meldingen, mei 2017
- In- exlcusiecriteria Menz, ongedateerd
- Planning scholing 2017, ongedateerd
- Overzichtsdocument met vervallen documenten uit het kwaliteitssysteem, ongedateerd
- Voorstel afspraken met orthopedagoog, 24-5-2017
- Medicatiebeleid Werkwijze medicatie MENZ bijgesteld mei 2017

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

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)⁶.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Competentiebox. Competentieprofielen VGN, 2009.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013.
- Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, mei 2011.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

⁶ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

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

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010.