



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

Rapport
van het inspectiebezoek
aan Zorgboerderij Ons Voorland
in Linde
op 11 mei 2016

Utrecht,
december 2016

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusie en onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol 6
2.2.1	Meer aandacht nodig voor kwaliteitssysteem en borging 7
2.2.2	Cliëntgerichtheid 7
3	Handhaving 8
3.1	Inleiding 8
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 8
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 9
3.4	Beoordeling van overige locaties/onderaannemer(s) 9
3.5	Vervolgacties inspectie 9
4	Bevindingen inspectiebezoek 10
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 10
4.1.1	Inleiding 10
4.1.2	Scores 11
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 19
4.3.1	Inleiding 19
4.3.2	Scores 19
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 24
4.4.1	Inleiding 24
4.4.2	Scores 24
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 29
4.5.1	Inleiding 29
4.5.2	Scores 29
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 32
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 33

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 11 mei 2016 onaangekondigd bezoek gebracht aan Zorgboerderij Ons Voorland (hierna: Ons Voorland) in Linde. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

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

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

Op 20 augustus 2014 heeft de inspectie een Quick Scan bezoek gebracht aan Squad For You, locatie Zorgboerderij Ons Voorland. De organisatie was op dat moment net overgedragen aan de huidige bestuurder. Op 26 maart 2015 is een bezoek gebracht om te toetsen of de te nemen herstelmaatregelen waren doorgevoerd. Op veel randvoorwaarden werd nog steeds onvoldoende gescoord. Naar aanleiding van dit bezoek zijn aanvullende (randvoorwaardelijke) documenten opgevraagd en was een positief follow-up rapport verzonden. Omdat enkele onderwerpen nog niet volledig geïmplementeerd waren is op 11 mei 2016 opnieuw een bezoek gebracht.

1.2 Doelstelling

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

1.3 Methode

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

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

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

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

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Dit kan reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

1.4 Toetsingskader

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

1.5 Beschrijving locatie

Zorgboerderij Ons Voorland is een kleinschalige zorgaanbieder en levert 24-uurs zorg- en begeleiding en verblijf aan cliënten met een verstandelijke beperking, een psychische aandoening of een diagnose binnen het autistisch spectrum. Ons Voorland levert zorg vanuit de Christelijke geloofsovertuiging, maar cliënten zijn niet verplicht om volgens deze normen te leven.

De zorgboerderij heeft plaats voor zes cliënten. Alle bewoners hebben een eigen slaapkamer met eigen douchegelegenheid en toilet. De woonkamer met keuken en de tuin zijn gemeenschappelijk. Op het moment van het inspectiebezoek verblijven er zes cliënten bij Ons Voorland. Eén cliënt van Ons Voorland verblijft bij een onderaannemer een aantal huizen verderop. De cliënten op Ons Voorland zijn voornamelijk verstandelijk beperkt en de Zorgzwaartepakketten (ZZP's) variëren van ZZP VG4 tot en met ZZP VG8. Een cliënt heeft daarnaast een lichamelijke beperking en heeft intensieve zorg nodig. De zorg wordt gefinancierd vanuit een persoonsgebonden budget (PGB), de cliënten ontvangen zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

De zorg aan de cliënten wordt in georganiseerd verband door zelfstandige ondernemers geleverd. De eigenaar werkt dagelijks mee in de zorg en begeleiding op de boerderij en is 24 uur per dag beschikbaar. De eigenaar heeft geen zorginhoudelijke opleiding gevolgd maar ervaring opgedaan in verschillende sectoren en certificaten behaald bij de Hoenderloo-Groep. Zijn echtgenote werkt ook mee maar houdt zich voornamelijk bezig met de organisatorische werkzaamheden van de boerderij. In de toekomst wil zij een opleiding volgen om dagbesteding te kunnen geven. De direct zorggebonden medewerkers zijn niet in dienst van Ons Voorland, maar worden ingehuurd als zelfstandig ondernemer. Een medewerker heeft een opleiding tot Maatschappelijk werk en dienstverlening (MWD) gevolgd (0,62 fte), de andere medewerker heeft een opleiding tot ziekenverzorgende/bejaardenverzorgende gevolgd (0,9 fte).

Alle cliënten hebben een zorgarrangement afgesloten met de zorgverlener. De andere zorgondernemers leveren in onderaannemerschap begeleiding aan een aantal cliënten. Ook zijn er zorgondernemers in de buurt die dagbesteding aanbieden. Daarnaast heeft een onderaannemer één cliënt van Zorgboerderij ons Voorland, die daar verblijft.

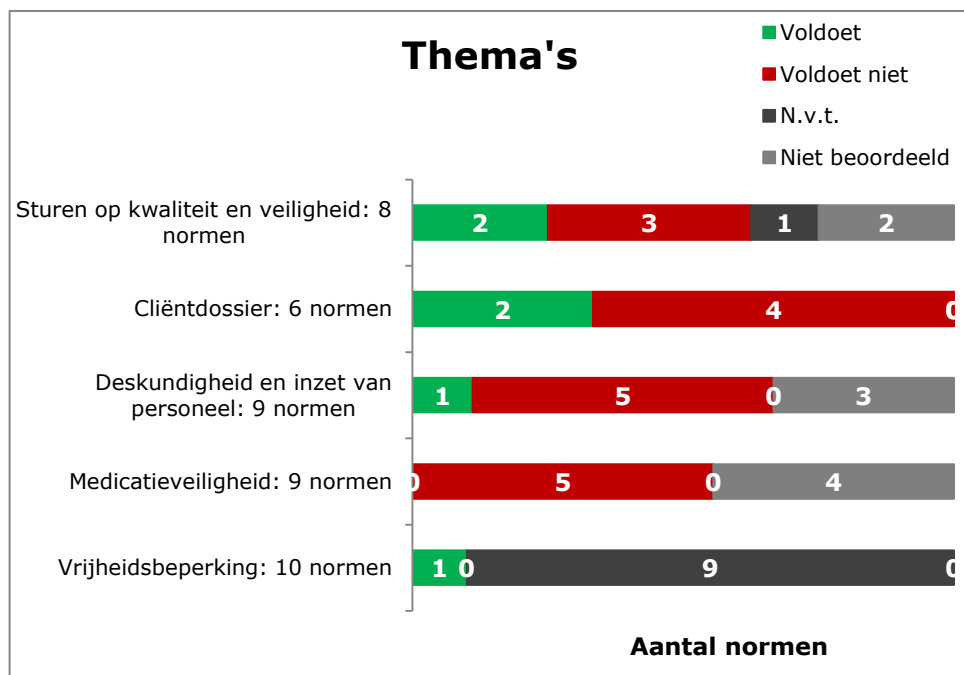
2 Conclusie en onderbouwing

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

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

2.1 Samenvatting van de scores per thema

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



2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol

De zorg die Ons Voorland biedt, voldoet niet aan 17 normen. Het niet voldoen aan normen kan leiden tot onnodige risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert. Het gaat om verbeteringen op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

2.2.1 *Meer aandacht nodig voor kwaliteitssysteem en borging*

Sinds het eerste inspectiebezoek op 26 maart 2016 heeft Ons Voorland onvoldoende verbeterkracht getoond. De randvoorwaarden voor veilige en verantwoorde zorg waren nog onvoldoende aanwezig. Het kwaliteitssysteem was nog onvoldoende ontwikkeld en geïmplementeerd. De zorgaanbieder had nog weinig zicht en ontving geen tot geringe terugkoppeling van de zorgaanbieders die begeleiding en/of verblijf boden aan cliënten van Ons Voorland. Daarnaast ontvingen medewerkers geen scholing en werd er onvoldoende gekwalificeerd personeel ingezet. Dit was met name het geval waar een cliënt op een andere locatie verbleef waar geen deskundig personeel aanwezig is. Dit geeft risico's op alle thema's van zorg, met name op het gebied van medicatieveiligheid. Medicatie werd op de andere locatie uitgedeeld door medewerkers die hiervoor niet bevoegd/bekwaam zijn. Verhoogde risico's op het gebied van medicatieveiligheid ontstonden eveneens doordat er onvoldoende aandacht voor was en het medicatiebeleid niet aan de handreiking gehandicaptenzorg voldeed.

2.2.2 *Cliëntgerichtheid*

Medewerkers van Ons Voorland hadden aandacht voor de cliëntgerichtheid van de zorgverlening. Dit was bijvoorbeeld terug te zien in het aanbod van dagbesteding. Er werd voor alle cliënten een passende dagbesteding gezocht. Zowel op locatie als buiten de locatie. Binnen Ons Voorland werd zorg verleend vanuit een Christelijke levensovertuiging. De medewerkers hielden hier aantoonbaar aan vast. De twee cliënten waarmee de inspectie had gesproken waren blij bij Ons Voorland te wonen.

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.
- 1.7 De zorgaanbieder heeft geborgd beleid op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.

Cliëntdossier

- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken 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

- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.5 Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.
- 3.6 Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.

Medicatieveiligheid

- 4.1 De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.
- 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 zorgplan.
- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijnen per toedientijdstip op de toedienlijst.

4.11 De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie uiterlijk 1 februari 2017.

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 Beoordeling van overige locaties/onderaannemer(s)

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de bij overige locatie(s)/ onderaannemer(s) de geboden zorg aan alle getoetste normen voldoet en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

3.5 Vervolgacties inspectie

Op basis van het ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Ons Voorland behoort tot de mogelijke vervolgacties.

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 Ons Voorland nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Ons Voorland wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

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

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

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 *Inleiding*

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder 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		
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				x
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				x

1 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de 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.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				x
c)	De zorgaanbieder heeft de cliëntenmedezeggenschap niet alleen op centraal niveau maar ook op het niveau van de locatie/groep georganiseerd.			x	
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.		x		
1.7	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.		x		
a)	De zorgaanbieder heeft beleid beschreven over seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten en evalueert periodiek of bijstelling hiervan nodig is.		x		
b)	Medewerkers kennen het beleid en besteden aantoonbaar aandacht aan de onderwerpen intimiteit, vriendschap en seksualiteit onder cliënten.	x			
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat 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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.			x	
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.			x	

Toelichting

- 1.2 Individuele meldingen werden één keer in de drie maanden besproken in het teamoverleg. Dit was ook in te zien in de agenda van het teamoverleg. Hierop stond aangegeven 'Doornemen ingevulde MIC-formulieren'. Hoewel MIC-meldingen onderling werden besproken in het teamoverleg, ontbrak een systematische analyse van de meldingen om tot onderlinge verbanden en basisoorzaken te komen. In een mondelinge toelichting werd aangegeven dat de sociaalpedagoog aanwezig was bij de bespreking van de MIC-melding. Niet aantoonbaar was welke verbeteringen waren ingezet naar aanleiding van MIC-meldingen.
- 1.5 Gesprekspartners gaven aan dat de zorgaanbieder in samenspraak met de betrokken begeleiders, een afweging maakte of een cliënt geplaatst kon worden gezien de huidige cliëntpopulatie die op de zorgboerderij verbleef. Wanneer nodig werd eerst proef gelogeed, om te kijken of de cliënt bij de huidige cliëntpopulatie past. Dit was niet aantoonbaar. De zorgaanbieder had geen in- en exclusiecriteria op schrift gesteld. Mondeling kon de directie in- en uitsluitingscriteria goed toelichten.
- 1.7 De zorgaanbieder had een beleid beschreven over seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten. Er werd niet periodiek geëvalueerd of bijstelling hiervan nodig was. Het beleid 'het voorkomen van (seksueel) overschrijdend gedrag tussen bewoners onderling, en tussen medewerkers en bewoners' was niet volledig en niet actueel. Zo ontbrak welke stappen ondernomen werden wanneer (seksueel) grensoverschrijdend gedrag plaatsvond. Daarnaast verwees het beleid naar de huisregels zoals 'we komen niet bij elkaar op de badkamer' en 'we komen niet bij elkaar op de kamer'. De huisregels zoals genoemd in het beleid waren niet opgenomen in de actuele huisregels van Ons Voorland zoals de inspectie tijdens het bezoek inzag. Binnen Ons Voorland werd gewerkt vanuit een Christelijke levensovertuiging. De medewerkers hielden hier aantoonbaar aan vast. Medewerkers dienen zich wel bewust te zijn van de eigen keuze van de cliënten, mede daar een christelijke levensovertuiging geen voorwaarde was om bij Ons Voorland te wonen.
- 1.9 Alle zorgmedewerkers werkten sinds de nieuwe directeur/bestuurder is aangetreden bij Ons Voorland (2014). De meesten, maar niet alle medewerkers hadden een verklaring omtrent gedrag (VOG). De Wet Wkkgz geeft aan dat een VOG vanaf 1 januari 2016 verplicht is.

In de gehandicaptenzorg is een vrijwillige veldnorm actief vanaf 2008, die voorschrijft dat zorgaanbieders om een VOG vragen voordat ze een medewerker aannemen. De gehandicaptenzorg heeft deze veldnorm vanwege de vaak zeer kwetsbare doelgroep die de zorgmedewerkers verzorgen. Het blijft de verantwoordelijkheid van directeur/bestuurder.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

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

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

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

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

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

4.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.^{3,4}		x		
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een ondersteuningsplan vastgesteld.				x
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.		x		
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het ondersteuningsplan.		x		
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	x			
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.	x			
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			

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

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

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

Toelichting

- 2.1 Uit het cliëntdossier bleek niet of de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger betrokken was bij het opstellen van het ondersteuningsplan. Daarnaast was niet inzichtelijk of de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger had ingestemd met de inhoud van het zorg- /ondersteuningsplan.
- 2.4 Medewerkers inventariseerden en evalueerden niet periodiek de cliëntgebonden risico's. In de cliëntdossiers waren geen risico inventarisaties opgenomen, medewerkers wisten niet wat een risico inventarisatie was. De zorg- en ondersteuningsdoelen waren daardoor niet gebaseerd op cliëntgebonden risico's.
- 2.5 De inspectie zag verschillende evaluaties in. Deze evaluaties waren met bijvoorbeeld de huisarts, onderaannemers/dagbesteding en de familie. Deze evaluaties gingen meer over welzijn, maar niet over de geboden zorg en ondersteuning, de zorg/ ondersteuningsbehoeften, zorg-/ ondersteuningsdoelen en zorgacties. In de cliëntdossiers waren geen evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning opgenomen.
- 2.6 De inspectie zag een cliëntdossier in dat was gedateerd van januari 2015. De evaluatiedatum stond genoteerd op mei 2015. De zorgaanbieder gaf aan dat een evaluatie plaats had gevonden maar dat gegevens verloren zijn gegaan bij het overzetten van de documenten naar een nieuwe computer. Dat was al enige tijd geleden gebeurd, maar er waren (nog) geen nieuwe zorg-/ondersteuningsplannen. De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger waren niet aantoonbaar betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorg-/ondersteuningsplan. De evaluatiefrequentie was niet volgens de veldnorm, omdat er gewerkt werd met oude, niet bijgestelde ondersteuningsplannen. Er stond ook recent geen enkele notitie of verandering in zorg bij vermeld. Of evaluaties plaatsvonden en in welke frequentie kon niet worden aangetoond. Ten tijde van het inspectiebezoek werd het cliëntdossier van januari 2015 gebruikt als basis voor de zorgverlening.
Het cliëntdossier van de cliënt welke woonde en verbleef bij de onderaannemer, een paar huizen verderop, was wel op locatie aanwezig. Er werd meestal mondeling gerapporteerd. Ook de zorgevaluaties van deze cliënt zijn niet gezien.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 Inleiding

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

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

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

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

4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.				x
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.				x

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.		x		
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.		x		
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.		x		
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.		x		
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.		x		
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.		x		
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.		x		
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.				x
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				x
b)	De zorgaanbieder heeft beleid over de behandelverantwoordelijkheid van vakinhoudelijke specialisten bij cliënten met (zeer) intensieve verzorging en/of gedragsregulering.				x
c)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.				x
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.				x
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.				x
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.				x

Toelichting

- 3.3 Niet zichtbaar was dat medewerkers de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten kennen, omdat recente informatie niet in hun zorg-/ondersteuningsplan stonden. Niet alle medewerkers waren voldoende toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten om te kunnen gaan. De twee medewerkers die werden ingehuurd op ZZP basis hadden na het behalen van een diploma als ziekenverzorgende en maatschappelijk werker (meer dan zes jaar geleden) geen bij- of na scholing gehad, gericht op de doelgroep van Zorgboerderij ons Voorland. De onderaannemer waar een cliënt in zorg verblijft van Ons Voorland, heeft geen zorgopleiding.
- 3.4 De zorgaanbieder borgde niet dat er volgens de actuele protocollen, richtlijnen en werkinstructies gewerkt werd. Protocollen werden niet aantoonbaar geëvalueerd. Daarbij voldeden niet alle protocollen aan landelijke richtlijnen. Bijvoorbeeld het protocol 'valincident' van Ons Voorland geeft aan wat er na een valincident gedaan moet worden: 1. Observeren 2. Vragen naar pijn 3. Kijken naar de stand van de benen. Dit is niet volgens de landelijke richtlijnen.
- 3.5 Uit een aantal genoemde voorbeelden was de indruk zeker dat medewerkers wisten wat nodig was om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelden. Als voorbeeld, een cliënt deed 's nachts zelf de deur van de kamer op slot om zo een gevoel van veiligheid te creëren.

Deze deur werd ook niet geopend. Niet met alle veiligheidseisen werd rekening gehouden, daar een cliënt verbleef op een locatie zonder personeel met een zorgopleiding. De inspectie is niet op de andere locatie geweest.

- 3.6 De zorgaanbieder wist over welke kennis en kunde de medewerkers beschikten. De medewerkers kregen vanuit Ons Voorland geen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten. Een scholingsplan dat paste bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep ontbrak. De geplande scholing bestond voornamelijk nog uit ideeën. Concrete plannen ontbraken en betroffen EHBO en BHV trainingen. De eigenaar en een van de onderaannemers (daar waar één cliënt verblijft) hadden zich ingeschreven voor een opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlener.
- 3.7 De zorgaanbieder zette niet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Op een andere locatie, waar een cliënt van Ons Voorland woonde, werd medicatie gedeeld door personen die hiervoor niet bevoegd en bekwaam waren. Buiten werktijd van de ZZP'ers, in de nacht, en om het weekend waren de zorgondernemers verantwoordelijk voor de zorg van cliënten. Overdag was er gemiddeld één medewerker aanwezig. In de nacht waren de zorgondernemers telefonisch bereikbaar. Cliënten konden bellen of whatsappen met hun mobiel als er iets was. Voor de cliënt met een lichamelijke handicap was geen alarmbel aanwezig. Deze cliënt kon ook telefonisch alarmeren/ hulpvragen.

Aanvulling zorgaanbieder na lezing conceptrapport: *"Er is echter een alarmknop in de gezamenlijke ruimte van de boerderij waarop de cliënten kunnen drukken.*

De bewoner met een lichamelijke beperking heeft een aparte bel bij zijn bed omdat hij de alarmknop niet kan gebruiken. Dit is geen alarmbel maar een gewoon draadloos bel-systeem.

Om en om in het weekend zijn de zorgaanbieders verantwoordelijk, aanwezig en bereikbaar voor de zorg van cliënten. Een aanvulling hierop voor de nacht is dat wanneer één van de zorgaanbieders niet aanwezig kan zijn er altijd 1 van de ZZP'ers in huis is om gezamenlijke verantwoording te dragen".

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 Inleiding

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

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

4.4.2 Scores

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

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

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

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

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

Toelichting

- 4.1 De zorgaanbieder had een procedure farmaceutische zorg. In Ons Voorland was dit het medicatiebeleid. Het medicatiebeleid voldeed niet aan de eisen van de handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg. Zo was de rol van betrokkenen, bijvoorbeeld de apotheek en de huisarts niet beschreven, werd niet beschreven hoe met retourmedicatie werd omgegaan en waren er geen afspraken rondom de medicatiereview opgenomen.
- 4.2 De zorgaanbieder bepaalde niet in dialoog met de cliënt en/ of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer werd gegeven. Ons voorland had wel een afsprakenformulier over medicatiebeheer maar deze werd niet gebruikt. Afspraken over het beleggen van de medicatieverantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder waren niet aantoonbaar opgenomen in het cliëntdossier. Een analyse voor eigen beheer op basis van bijvoorbeeld BEM systematiek (Beoordeling Eigen Medicatie) ontbrak.
- 4.3 Elke woensdag werd door de apotheek de nieuwe medicatie gebracht. De medewerkers die hulp boden bij de medicatie beschikten over een actuele toedienlijst van de apotheek. Een actueel medicatieoverzicht ontbrak. De zorgaanbieder had zelf voor de cliënten een medicatie overzicht met historielijst gemaakt, deze dateerde van januari 2015. Voor het toedienen van insuline bij één van de cliënten was een eigen toedienlijst opgesteld.
- 4.6 Algemene opmerking: medicatie werd bewaard op de zolder van de zorgboerderij onder een schuin raam. Ten tijde van het inspectiebezoek was het hier erg warm. Het is voor te stellen dat de temperaturen in de zomer op deze plek hoog op kunnen lopen. De zorgaanbieder dient hierbij alert te zijn op medicatie die bewaart dient te worden op kamertemperatuur.
- 4.9 Op zondag 8 mei was bij geen enkele cliënt, op geen enkel tijdstip de medicatie afgetekend. Mondeling werd toegelicht dat de medicatie wel was uitgereikt maar door drukte niet was afgetekend.

4.11 Het was niet aantoonbaar dat er jaarlijks een medicatiebeoordeling van de cliënten was uitgevoerd. In de cliëntdossiers trof de inspectie geen medicatiebeoordelingen aan, ook was dit geen onderwerp in het medicatiebeleid van Ons Voorland.

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	

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.

- Data Teamoverleg Ons Voorland 2015 -2016, ongedateerd
- Huisregels Ons Voorland, ongedateerd
- Beleid omtrent het voorkomen van (seksueel) overschrijdend gedrag tussen bewoners onderling, en tussen medewerkers en bewoners, oktober 2015
- Visie-Missie, juni 2015
- Gedragscode medewerkers, april 2015
- Formulier vastlegging bewonersgesprek, april 2015
- Formulier verslaglegging gesprekken met externen aangaande bewoners, april 2015
- Beleid begeleidingsplannen en dossiervoering, mei 2015
- Beleid omtrent vrijheidsbeperking, mei 2015
- Stappenplan bij Signalen van Huiselijk geweld en/of kindermishandeling, mei 2015
- Meldcode bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling, mei 2015
- Mic-procedure, juni 2015
- Formulier Melding incidenten medewerkers, juni 2015
- Formulier Melding incidenten Cliënten, April 2015
- Formulier Individuele bekwaamheidsverklaring voorbehouden handelingen, april 2015
- Model Raamovereenkomst voorbehouden handelingen, 09-06-2015
- Uitvoeringsverzoek tot voorbehouden handelingen, 09-06-2015
- Protocol medicijnbeheer en medicijnverstrekking, juni 2015
- Procedure valincident, april 2015
- Registratieformulier medicatie in eigen beheer, mei 2015
- Insuline aftekenlijst, ongedateerd
- Klachtenregelement bewoners, mei 2015
- Audité klachtencommissie zorg, klachtenreglement, mei 2013

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.