



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

Rapport  
van het hertoetsbezoek aan  
Vivantes, verpleeghuis 'La Famille'  
te Elsloo op 7 juni 2016

Utrecht,  
augustus 2015

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	4
1.4	Toetsingskader	4
1.5	Beschrijving locatie	4
<b>2</b>	<b>Conclusie en beschouwing</b>	<b>6</b>
2.1	Samenvatting van de scores per thema	6
2.1.1	Resultaten inspectiebezoek 24 september 2015	6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor mogelijk risicovol	7
2.2.1	Verbeteringen zichtbaar, PDCA-cyclus moet worden verbeterd	7
<b>3</b>	<b>Handhaving</b>	<b>8</b>
3.1	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed	8
3.2	Resultaatsverslag	8
3.3	Beoordeling van overige locaties	9
3.4	Vervolgacties inspectie	9
<b>4</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek</b>	<b>10</b>
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	10
4.2	Thema 2: cliëntdossier	12
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	15
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid	19
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking	22
4.6	Overige bevindingen	25
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten</b>	<b>26</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten</b>	<b>27</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 24 september 2015 een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Vivantes, verpleeghuis La Famille (hierna: La Famille) in Elsloo. Op 7 juni 2016 heeft de inspectie deze normen opnieuw beoordeeld. De normen waaraan La Famille wel voldeed tijdens het eerste bezoek, zijn niet opnieuw beoordeeld.

De rapportage van de eerdere bezoeken kan niet los worden gezien van de rapportage van het onaangekondigd hertoetsbezoek.

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

### 1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van de naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij onder toezicht staande zorgaanbieders.

De inspectie doet dit niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

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

Mede naar aanleiding van het inspectiebezoek op 24 september 2015 vond op 14 oktober 2015 een bestuursgesprek plaats met de raad van bestuur van de stichting Vivantes. Vivantes stuurde op 11 februari 2016 kwaliteitsinformatie op over de organisatie en de wijze waarop Vivantes de kwaliteit van zorg monitort. Vivantes gaf aan dat zij sturingsinformatie verkreeg aan de hand van de zogenaamde leansystematiek.

De inspectie stelde vast dat deze leansystematiek niet terug te vinden was in de toegestuurde informatie.

Uit de auditverslagen bleek veelal niet wat de auditdoelstelling was en wat werd getoetst. De inspectie miste een analyse en conclusie.

Op 25 februari 2016 stuurde La Famille de inspectie een resultaatsverslag naar aanleiding van het bezoek van 24 september 2015.

In dit verslag gaf La Famille per norm aan:

- binnen welke termijn voldaan was aan de norm(en);
- welke aanpak en acties waren ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe La Famille ging meten dat zij volledig aan de norm voldeed.

Naar aanleiding van bovenstaande vond op 7 juni 2016 een hertoetsbezoek plaats.

### 1.2 Doelstelling

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

### 1.3 **Methode**

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

- uitvoerende medewerkers
- behandelaars; de Bopz-arts en twee psychologen
- de directeur zorg en raad van bestuur a.i.
- de manager Verpleging & Verzorging (V&V)
- de zorgcoördinator
- cliëntdossiers
- documenten, genoemd in bijlage 1
- een rondgang door de locatie

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

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

Per thema maakte de inspectie een selectie van normen waaraan zij de geboden zorg toetste. Bij deze selectie baseerde de inspectie zich op bekende risico's op gezondheidsschade bij cliënten. Bij iedere norm formuleerde zij één of meer beoordelingsaspecten. De inspectie toetste in hoeverre de geboden zorg voldeed aan de geselecteerde normen en bijbehorende beoordelingsaspecten.

### 1.4 **Toetsingskader**

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

### 1.5 **Beschrijving locatie**

Verpleeghuis La Famille is één van de negen zorglocaties van de stichting Vivantes. Vivantes verleent zorg en behandeling in de gemeenten Sittard, Geleen, Beek en Stein. Onlangs is de bestuurder van Vivantes overleden en is een interim bestuurder aangesteld.

La Famille vormt samen met het naastgelegen woonzorgcentrum Aelserhof een regionale eenheid 'verpleging & verzorging' binnen Vivantes.

In het gebouw La Famille is een kleinschalig verpleeghuis gerealiseerd met 48 eenpersoonsappartementen. De eerste etage is een beschermde woonomgeving met 24 appartementen voor ouderen met dementie. De appartementen zijn gesitueerd rondom drie aan elkaar gekoppelde gezamenlijke ruimtes te weten: woonkeuken, zitkamer (de 'goei koamer') en de serre. Bewoners zijn binnen de afdelingen vrij om te gaan en staan waar ze willen en waar ze zich thuis voelen. De huiskamers op de eerste verdieping geven toegang tot het terras dat uitkijkt op de binnentuin. De 24 appartementen op de begane grond zijn vooral bedoeld voor ouderen met lichamelijke beperkingen. Alle huiskamers op de begane grond geven toegang tot de omsloten binnentuin. Centraal in het gebouw op de

benedenverdieping ligt het Grand Café. Tevens zijn op de begane grond een huisartsenpost en een apotheek gevestigd, evenals enkele andere eerstelijns zorgverleners. Vivantes heeft de functie behandeling ingekocht via Novicare. Novicare is een zorgonderneming die specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten in dienst heeft. Novicare biedt zelfstandig de dienst behandeling en begeleiding aan voor verpleeghuizen in Nederland. De fysiotherapie is geregeld via de praktijk voor fysiotherapie die is gevestigd in La Famille.

De locatie is vrij nieuw en modern ingericht met veel glas en witte wanden. De huiskamers en gangen zijn licht en sinds het vorige bezoek is de afdeling meer huiselijk ingericht.

Een manager Verpleging & Verzorging is verantwoordelijk voor de locatie en het naastgelegen woonzorgcentrum Aelserhof. De aansturing van de betrokken medewerkers op La Famille is in handen van de zorgcoördinator.

Binnen La Famille zijn ten behoeve van de verpleging van mensen met dementie alleen IG-verzorgenden werkzaam. Op andere locaties werken nog helpenden niveau 2, het is de bedoeling dat Vivantes ook op deze locaties alleen met niveau 3 verzorgenden gaat werken. Daarnaast verzorgen culinaire medewerkers de totale gang van zaken rondom de maaltijden. Verder zijn er dagbestedings-coaches beschikbaar en zorgondersteuners voor de civiele/huishoudelijke taken. Zo nodig is 7 x 24 uur een verpleegkundige achterwacht beschikbaar.

## 2 Conclusie en beschouwing

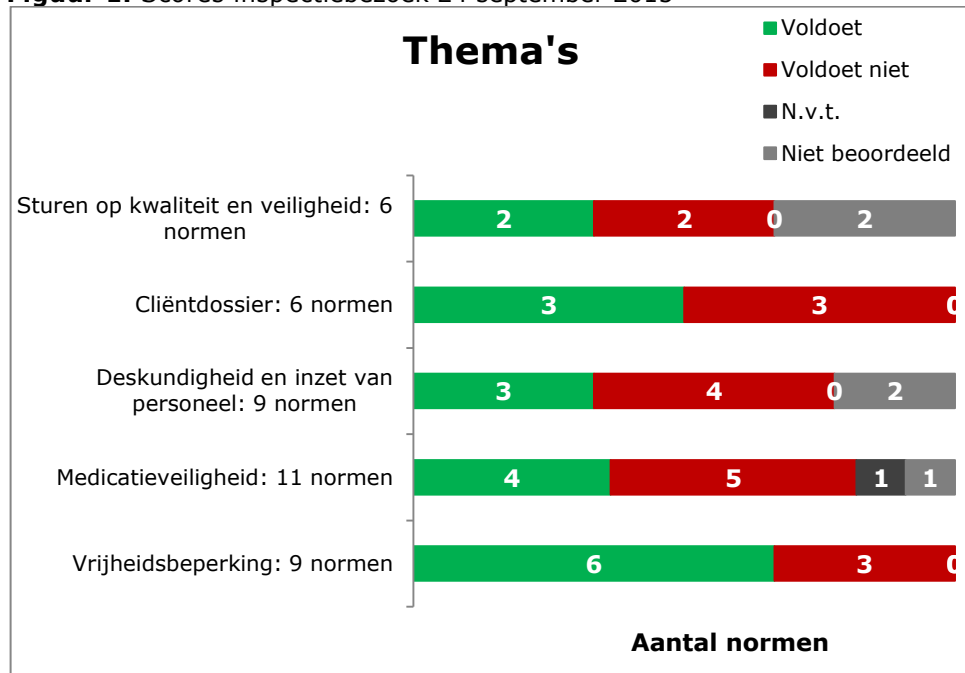
Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. Daarna volgt een paragraaf met een beschouwend karakter. Voor de bevindingen van de inspectie: zie hoofdstuk 4. Overzicht van de scores per thema.

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

### 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 24 september 2015



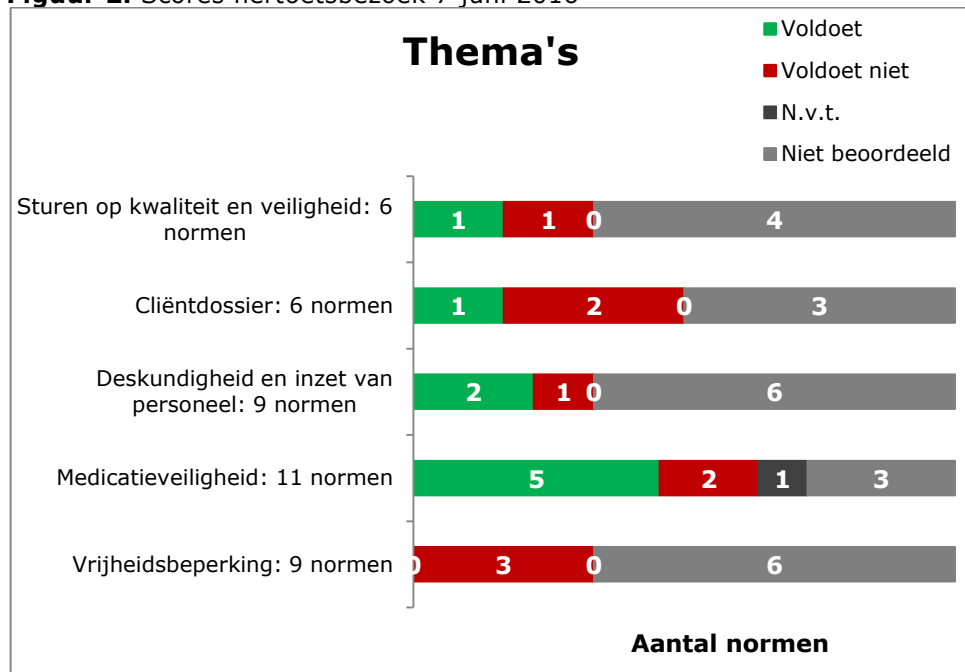
#### 2.1.1 Resultaten inspectiebezoek 24 september 2015

La famille voldeed niet aan 17 normen en een extra beoordeelde norm. Binnen Vivantes waren duidelijke afspraken en procedures, waarmee medewerkers moesten werken. Zoals bleek uit de bevindingen hielden medewerkers zich daar niet aan. De bewaking om de daadwerkelijke uitvoering van de gemaakte afspraken te controleren vond niet of onvoldoende plaats.

De plan-do-check-act (PDCA-)cyclus vond in onvoldoende mate plaats en daarom was er een andere zorgcoördinator benoemd.

De inspectie constateerde dat er veel inzet was om de zorg te verbeteren, maar dat er nog onvoldoende sprake was van systematisch werken. Audits zouden meer aan kwaliteit kunnen winnen door meer systematisch inzicht te geven aan de hand van vastgestelde normen.

**Figuur 2.** Scores hertoetsbezoek 7 juni 2016



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

De zorg die La Famille biedt, leidt tot mogelijke risico's op gezondheidsschade voor cliënten. De zorg die La Famille biedt voldoet nog niet aan 9 normen en een extra beoordeelde norm. De inspectie wil de nieuwe bestuurder van Vivantes in staat stellen om op korte termijn verbeteringen door te voeren op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen vermeld en worden de vervolgacties aangegeven.

**2.2.1 Verbeteringen zichtbaar, PDCA-cyclus moet worden verbeterd**

Binnen la Famille is hard gewerkt om aantoonbare verbeteringen te realiseren. De behaalde resultaten zijn vooral toe te schrijven aan de grote inzet van individuele medewerkers die soms met te weinig kennis van zaken hun uiterste best hebben gedaan, om te voldoen aan de gestelde normen. Er is echter nog onvoldoende sprake van systematisch werken en een goede PDCA-cyclus. De voorwaarden voor borging van de behaalde resultaten zijn onvoldoende aanwezig. Er ontbreekt een totale analyse van de benodigde verbeteringen en een geïntegreerde aanpak. Daarnaast kunnen de uitgevoerde audits nog aan kwaliteit winnen. De audits geven op dit moment onvoldoende informatie om goed te sturen op de benodigde verbetermaatregelen. Bovendien heeft de zorgaanbieder gekozen voor een projectorganisatie. Op dit moment is het onduidelijk wie, waarvoor verantwoordelijk is. Het gevaar schuilt erin dat verbetermaatregelen niet structureel ingebed worden in de organisatie omdat er gerapporteerd wordt aan de projectorganisatie. Zonder dat er sprake is van lijnverantwoordelijkheid.

## 3 Handhaving

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 in paragraaf 3.1 genoemde normen.

### 3.1 **Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed**

- 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.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorg-/ondersteuningsplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm of hoger.
- 3.6 Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.
- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 5.1 De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.
- 5.9 De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.
- 6.1 De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.

### 3.2 **Resultaatsverslag**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie vier maanden na de bezoekdatum van 7 juni 2016, dus uiterlijk 7 oktober 2016.



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).

### **3.3 Beoordeling van overige locaties**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de bij overige locaties of teams geboden zorg aan alle getoetste normen voldoet en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

### **3.4 Vervolgacties inspectie**

De inspectie spreekt naar aanleiding van het bezoek met de bestuurder en de raad van toezicht om te spreken over de PDCA-cyclus in de organisatie. Op basis van het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en het ontvangen resultaatsverslag, beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan La Famille of een andere locatie 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', 'niet van toepassing (n.v.t.)' en 'niet beoordeeld'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in La Famille nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm en/of het beoordelingsaspect van toepassing is/zijn in La Famille wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. De inspectie beschouwt de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld, wanneer deze zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld' heeft. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.

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

### 4.1 **Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid**

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

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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.1</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>				<b>x</b>
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliënttevredenheidsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.				x
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliënttevredenheids-onderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				x
<b>1.2</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>		<b>x</b>		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		x		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		x		
<b>1.3</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>				<b>x</b>
a)	Er is een klachtencommissie conform de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				x
c)	Cliënten en hun vertegenwoordigers weten waar ze met een klacht terecht kunnen en vinden dat de zorgaanbieder serieus met hun klacht(en) omgaat.				x
<b>1.4</b>	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>				<b>x</b>
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.				x
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.5</b>	<b>De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.	x			
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.	x			
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.</b>				x
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.				x

### Toelichting

- 1.2 In het vernieuwde MIC-overzicht van het eerste kwartaal 2016 van La Famille stonden per melding de verbeteracties en het resultaat van afhandeling. Uit de MIC-analyses bleek dat basisoorzaken onvoldoende werden achterhaald.
- 1.5 Per februari 2016 waren de richtlijnen op gebied van in- en exclusiecriteria opgenomen in de Bopz-nota.

## 4.2

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

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

De zorgaanbieder maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's. Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt, stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorg-/ondersteuningsplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor

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

verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>2.1</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorg-/ondersteuningsplan.*</b>				<b>x</b>
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteuningsplan vastgesteld.				x
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.				x
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorg-/ondersteuningsplan.				x
<b>2.2</b>	<b>De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.<sup>2</sup></b>				<b>x</b>
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.				x
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.				x
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>				<b>x</b>

2 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.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.</b>	<b>x</b>			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>		<b>x</b>		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		x		
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorg-/ondersteuningsplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm of hoger.</b>		<b>x</b>		
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.		x		
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorg-/ondersteuningsplan.		x		

### Algemeen

De medewerkers binnen La Famille verrichtten veel inspanningen om het elektronisch cliëntendossier (ECD) op orde te krijgen. Het zorgdossier (sjabloon) was overzichtelijk.

Er vond doorlopend controle op de dossiers plaats. In een Excel sheet hield de zorgcoördinator bij op welke punten het dossier (niet) voldeed. De teamleider gaf aan dat alle medewerkers scholing ontvingen om op goede wijze te leren rapporteren.

### Toelichting

- 2.4 Medewerkers inventariseerden nu de risico's voor de cliënten en namen de risicosignaleringen, conform afspraak, voorafgaand aan een multidisciplinair overleg (MDO) af.
- 2.5 Bij het inzien van de dossiers constateerde de inspectie dat medewerkers nog niet altijd structureel en doelgericht rapporteerden. In een aantal dossiers ontbraken rapportages over meerdere dagen, variërend van enkele dagen tot meer dan tien dagen. Zo was er bij een cliënt, die na een val pijnklachten had, niet in het weekend gerapporteerd over de voortgang van haar situatie. De inspectie zag ook dat sommige opdrachten niet aantoonbaar uitgevoerd waren; bij een cliënt met decubitus ontbrak gedurende één maand rapportage terwijl in het zorgplan aangegeven stond dat de betrokken cliënt tweemaal per dag geobserveerd moest worden. In een ander dossier rapporteerden medewerkers niet op het doel 'toezicht tijdens eten in verband met slikproblemen'. Bij een andere cliënt ontbrak het noteren van de bloeddrukwaarden. Evaluaties ontbraken.
- 2.6 MDO's vonden plaats. Cliëntvertegenwoordigers werden hiervoor uitgenodigd. Aparte MDO-verslagen, waarbij een evaluatie plaatsvond op zorgdoelen, werden niet altijd gemaakt. De inspectie trof een enkele keer een zeer beknopte rapportage aan, zonder duidelijke afspraken of evaluatie. De cliënt of cliëntvertegenwoordiger kregen bij wijzigingen in de zorgdoelen of uitvoering van de zorg, één week na het MDO een nieuw zorgleefplan. Dit plan tekende de familie.

## 4.3

### Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

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

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

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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht.</b>				<b>x</b>
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeftes en wensen.				x
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten.				x
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.</b>	<b>x</b>			
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>				<b>x</b>
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.				x
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>	<b>x</b>			
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			
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>				<b>x</b>
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.				x
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.				x
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.</b>		<b>x</b>		
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		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.7</b>	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.</b>				<b>x</b>
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.				x
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.				x
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.				x
<b>3.8</b>	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.</b>				<b>x</b>
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				x
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten gemakkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.				x
<b>3.9</b>	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>				<b>x</b>
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 In vergelijking met het vorige inspectiebezoek zag de inspectie dat medewerkers bij één van de cliënten op de kamer beschermhoezen bij beddekken toepasten.
- 3.6 Medewerkers van La Famille volgden dit jaar al diverse scholingen op het gebied van het verbeteren van medicatieveiligheid (GDP), kennis en toepassing van Bopz-regels, BIG-scholingen, palliatieve zorg, enzovoorts. Uit het scholingsplan 2016 bleek dat medewerkers nog verschillende opleidingen kregen in de tweede helft van het jaar. De inspectie constateerde dat er in relatie tot de groep cliënten, weinig scholing was op het gebied van dementie en onbegrepen gedrag.

#### 4.4

#### Thema 4: medicatieveiligheid

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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.1</b>	<b>De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
<b>4.2</b>	<b>De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.</b>			x	
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.			x	
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.			x	
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.			x	

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.3</b>	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>		x		
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.		x		
b)	De apotheek maakt en levert de 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
<b>4.5</b>	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>3</sup> niet aan.</b>	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>3</sup> heeft uitgezet.	x			
<b>4.6</b>	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.				x
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			

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

c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.				x	
<b>4.8</b>	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>3</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b>					x
a)	Voor niet GDS <sup>3</sup> -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.					x
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.					x
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.					x
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>					x
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.					x
<b>4.10</b>	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>	x				
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.	x				
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.					x
<b>4.11</b>	<b>De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</b>					x
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.					x
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.					x
<b>4.12</b>	<b>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.</b>	x				
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x				

**Toelichting**

- 4.3 Een kuur voor een cliënt startte op 4 juni 2016. De medewerkers schreven handmatig het voorschrift op de toedienlijst. De apotheek leverde de nieuwe toedienlijst echter op 6 juni 2016 aan.
- 4.5 Medewerkers haalden zelf, in tegenstelling tot het vorige inspectiebezoek, geen medicatie meer uit baxterzakjes bij het stoppen of wijzigen van het medicatievoorschrift.
- 4.6 De retourmedicatie bewaarde men nu in een geschikt gesloten opberg-systeem (box). De procedure retourmedicatie voldeed daarmee aan de richtlijnen volgens de 'Veilige principes in de medicatieketen'.
- 4.7 In de medicatiekoelkast lag een doosje insulinepennen zonder een cliëntgebonden etiket.
- 4.10 Medewerkers waren geschoold in de werking en bijwerking van medicatie. De specialist ouderenzorg gaf aan dat bij het voorschrijven van nieuwe medicatie de behandelaren aan de medewerkers vroegen om de werking en bijwerking te observeren. Daarna volgde er een evaluatieafpraak.

**4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking**

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

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

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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.1</b>	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.		x		

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

<b>5.5</b>	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					<b>x</b>
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
<b>5.6</b>	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					<b>x</b>
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.					x
<b>5.7</b>	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>					<b>x</b>
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.					x
<b>5.8</b>	<b>Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.</b>		<b>x</b>			
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.		x			
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.					x
<b>5.9</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>		<b>x</b>			
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.	x				
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.		x			

### Toelichting

- 5.1 In de Bopz-nota stond een "nee, tenzij beleid" beschreven. De zorgaanbieder beschreef in de nota niet hoe Vivantes werkte aan het terugdringen en voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen. De specialist ouderenzorg gaf aan dat er inmiddels een waarnemingsregeling was voor de Bopz-arts.



- 5.8 Medewerkers pasten beddekken nu conform het protocol toe. Bij een cliënt gebruikten medewerkers nu een zogenaamd Poseybed. Deze maatregel stond niet beschreven in de toegepaste middelen en maatregelen binnen Vivantes; een protocol voor gebruik van een Poseybed was niet aanwezig.
- 5.9 Uit de gesprekken en overzichten bleek niet dat de zorgaanbieder de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikte voor kwaliteitsverbetering.

#### 4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>6.1</b>	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.		<b>x</b>		

#### Toelichting

- 6.1 Binnen La Famille vonden diverse kwaliteitsverbeterende acties plaats. Volgens de bestuurder a.i. ontbrak het echter aan een PDCA-cyclus, waarbij taken en verantwoordelijkheden goed zijn belegd. Er was na het vorige inspectiebezoek een kwaliteitsteam in het leven geroepen. Het was niet duidelijk wie nu verantwoordelijk was voor welk deel van de noodzakelijke verbeteractie. Het ontbrak volgens de bestuurder aan voldoende informatie om te sturen op de kwaliteit van de zorg. Zo was onlangs opnieuw een medicatie-audit uitgevoerd. Het was onduidelijk hoe hierbij de conclusies tot stand waren gekomen en welke verbetermaatregelen waren doorgevoerd om aan de normen te voldoen.

## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Overzicht MIC-meldingen.
  - Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van La Famille
  - Voorbeeld van een MIC-analyse
- BOPZ-nota.
  - In- en exclusiecriteria
  - Visie en beleid vrijheidsbepurende maatregelen
  - Taken en verantwoordelijkheden Bopz-arts en waarnemregeling
- Overzicht ingediende klachten 2015 tot heden met verbeteracties en resultaten.
  - Klachten 2015
  - Klachten 2016. Meest recente cliënttevredenheidsonderzoek met verbeteracties en resultaten
  - Klanttevredenheidsonderzoek La Famille afdeling PG
- Overzicht van ZP's van cliënten PG afdeling La Famille.
  - Overzicht ZP's cliënten La Famille afdeling PG
- Overzicht fte's van behandelaren La Famille afdeling PG.
  - Overzicht uren behandelaren. Werkroosters van medewerkers
  - Overzicht dagelijkse aanwezigheid medewerker
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van La Famille afdeling PG.
  - In- en uitdiensttreding La Famille
  - Verzuim La Famille 2015-2016
- Bevoegd- en bekwaamheidsregistratie BIG-handelingen van alle medewerkers die zorg aan cliënten verlenen.
  - Aftakenlijst BIG-scholing
  - Aftakenlijst BIG-scholing 2
- Scholingsbeleid 2015 en 2016 en overzicht gerealiseerde scholingen in 2015 t/m heden met aantal deelnemers en geplande scholingen in 2016.
  - Concrete planning scholingen 2016
  - Handleiding toetsing in het kader van wet BIG
  - Overzicht scholingen
  - PID HR systeem
  - PvA waardigheid en trots 2016
  - Strategisch opleidingsplan

## Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires 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)<sup>4</sup>.
- 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.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- 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.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

### Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.

4 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.

- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.