



**Rapportage**  
**interne inspectie**  
**Buurstede**  
**te Oosterhout**

**Rapportage interne inspectie**

**Datum** : 23 februari 2017

**Inspecteur** : A.C. Moes

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Doelstelling en methode	3
1.2	Algemene beschrijving locatie/ team	4
2.	Conclusies en aanbevelingen	5
2.1	Overzicht van de resultaten	5
2.2.	Geconstateerde risico's	6
2.2.1	Clientgerichtheid.	6
2.2.2	Verbeterprocessen voortvarend in gang gezet.	6
2.2.3	Behandeling MIC meldingen vereist aandacht.	6
2.2.4	Zorgplannen belangrijkste verbeterpunt.	7
2.2.5.	Medicatieveiligheid nog enkele 'puntjes op de I' .	7
3.	Handhaving	8
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen	8
4.	Resultaten pre-inspectie	9
4.0	Leefomgeving, veiligheid, HACCP en hygiëne	9
Zie scorematrix bijgevoegd voor de thema's 4.1. tot en met 4.5		
4.2	Thema 2: Cliëntdossier	10
4.4	Thema 4: Medicatieveiligheid	11
5.	Bijlage 1: Geraadpleegde documenten	12

## 1. Inleiding

### 1.1 Doelstelling en methode

Op verzoek van de Raad van Bestuur werd een interne inspectie uitgevoerd in locatie Buurstede van de sector ouderenzorg van stichting Volckaert. Doel van deze interne inspectie is om inzicht in de kwaliteit van de zorgverlening te verkrijgen en met name op de in gang gezette verbeteringen. Het actuele normkader dat de IGZ hanteert, is ook leidend bij deze interne inspectie.

Op 23 februari 2017 heeft er een interne inspectie plaatsgevonden in Buurstede te Oosterhout, uitgevoerd door dhr. A.C. Moes (voormalig IGZ inspecteur).

Om tot een juiste beoordeling te komen heeft de inspecteur:

- gesprekken gevoerd met meerdere functionarissen (management, de SOG, verpleegkundigen en verzorgenden) en met een lid van de lokale Cliëntenraad
- meerdere cliëntdossiers ingezien
- meerdere verbeterplannen van Buurstede c.q. afdelingen afzonderlijk bekeken
- een onder begeleiding uitgebreide rondgang gemaakt over twee afdelingen en de locatie

Tijdens de interne inspectie is de zorgverlening op een vijftal thema's beoordeeld waarbij het bezoekinstrument van de IGZ gehanteerd is.

Aanvullend zijn tijdens de interne inspectie, met name bij de rondgang, op onderdelen de aspecten 'Veiligheid en leefomgeving', 'HACCP' en 'Hygiëne' gecontroleerd.

In hoofdstuk 2 wordt de conclusie getrokken en worden belangrijke verbeteraspecten benoemd. In hoofdstuk 3 wordt aangegeven op welke thema's Buurstede niet voldoet c.q. op welke aspecten verbetermaatregelen dienen te worden genomen.

Hoofdstuk 4 beschrijft de bevindingen van de interne inspectie waarbij de scorematrix wordt gehanteerd. Tevens wordt waar aangewezen een toelichting gegeven bij de verschillende thema's.

Bijlage 1 geeft een overzicht van de geraadpleegde documenten vooraf en/of tijdens de interne inspectie.

Ter afsluiting van de interne inspectie heeft de inspecteur ter plaatse een mondelinge terugrapportage gegeven aan de teammanager en de kwaliteitsfunctionaris. Tijdens de interne inspectie is er door kwaliteitsfunctionaris die de rondgang meeliep een schriftelijk verslag gemaakt van de waarnemingen en bevindingen. Dit verslag vormt mede de basis voor van dit rapport. Het rapport is ter verificatie voorgelegd aan de wijk- en teammanager alvorens het definitief wordt.

## **1.2 Algemene beschrijving**

Buurstede omvat een vijf afdelingen, te weten:

- Heuvel (Intensieve zorg)
- Binnenhofje (PG)
- Arendsplein (PG)
- Markt (KSW)
- Schapendries (screening en observatie)

Twee afdelingen zijn op 23 februari 2017 geïnspecteerd.

## 2. Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de bevindingen. Daarna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. In de afsluitende paragraaf volgt de conclusie. In hoofdstuk 4 (resultaten) zijn de bevindingen toegelicht.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

Hieronder het overzicht van de totaalresultaten per thema.

De groene balk geeft het aantal normen aan dat voldoet aan de eisen, de rode balk geeft het aantal normen aan dat niet voldoet aan de eisen. De grijze balk geeft het aantal normen aan die in deze situatie niet van toepassing zijn en de grijze balk geeft het aantal normen aan die niet beoordeeld zijn.

Tabel 1 Overzicht van de beoordeelde normen per thema.

Sturen op kwaliteit en veiligheid (7 normen)						5			2
Cliëntdossier (6 normen)						3			3
Deskundigheid en inzet van personeel (9 normen)						7			2
Medicatieveiligheid: (11 normen)						9			2
Vrijheidsbeperking: (9 normen)								9	

## 2.2. Geconstateerde Conclusie:

### Geboden zorg voldoet grotendeels aan de normen

De zorg die Buurstede biedt voldoet niet aan 9 van de 42 beoordeelde normen en is daardoor risicovol. Het niet voldoen aan de normen kan leiden tot onnodige risico's voor cliënten. Om de risico's te beperken wordt van de organisatie verwacht dat zij maatregelen neemt. 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 vervolgacties.

#### 2.2.1 Clientgerichtheid

In Buurstede heeft de inspectie betrokken en goede medewerkers gezien. Mooie voorbeelden van echte cliëntgerichte zorg en voorbeelden waaruit bleek dat cliënten de regie in de eigen hand kunnen houden. Cliënten verblijven in een sfeervolle en veilige omgeving waarbij steeds medewerkers in de huiskamer aanwezig zijn. In positieve zin opvallend is ook dat medewerkers (in het kader van de hygiëne) geen sieraden dragen, wel de juiste kleding en persoonlijke verzorging.

#### 2.2.2. Verbeterprocessen voortvarend in gang gezet.

Voor Buurstede is een verbeter/actieplannen opgesteld, gedifferentieerd naar de verschillende afdelingen. Het verbeterplan is onlangs ondergebracht in een voor Volckaert 'nieuw' format. De verbeterplannen zijn verder dan elders in Volckaert uitgewerkt; problemen zijn gedetailleerder beschreven. Op alle gesignaleerde tekortkomingen verbeteracties uitgezet; afspraken hieromtrent zijn concreter geformuleerd (wie doet wat, wanneer, hoe, etc.). Gezien het tijdsfad, men is onlangs (februari) gestart, is er vooruitgang geboekt, met name op het gebied van de medicatieveiligheid.

Het verbeterplan, afgestemd op de IGZ audit is goed; er is duidelijk aandacht aan besteed. Meerdere verbeteraspecten zijn goed uitgewerkt.

Zoals eerder al aangegeven (IGZ) is het in de verbeterplannen onduidelijk wie de voortgang bewaakt en zo nodig passende maatregelen treft.

#### 2.2.3 Behandeling MIC-meldingen vereist aandacht.

Medewerkers worden gestimuleerd MIC-meldingen in te vullen wanneer dit noodzakelijk is. Dit blijkt nog niet optimaal te verlopen. Tweemaal werd een MIC niet gemeld terwijl dit wel was aangewezen. Daarnaast vergt de terugkoppeling naar medewerkers aandacht. De procedure MIC zoals beschreven wordt door de aandachtsfunctionarissen nog niet conform uitgevoerd.

De (meta)data van de MIC-meldingen zijn op Volckaert niveau aanwezig. Deze data worden niet geëvalueerd op organisatieniveau hetgeen wel gewenst is.

“Weigeren van medicatie” wordt ook als meldingswaardig gezien. Dit is een aspect om te heroverwegen.

#### 2.2.4. Zorgplannen belangrijkste verbeterpunt.

De binnen Buurstede ingeziene zorgdossiers worden momenteel, op basis van het opgestelde verbeterplan, actief bijgewerkt. Een ‘inhoudelijke’ instructie “Hoe om te gaan met het Zorgleefplan” is niet aanwezig waardoor medewerkers onvoldoende gestuurd/ondersteund worden bij het werken met het zorgleefplan. Medewerkers geven duidelijk aan dat ze hierin zelf de weg moeten vinden. Het concept “Zorgleefplan” is binnen Volckaert onvoldoende helder. Belangrijke vragen hierbij:

Wie heeft hierin welke rol (zorgcoördinator vs. verzorgenden)?

Hoe moet ik met de verschillende onderdelen omgaan? (b.v. levensgeschiedenis, de risico inventarisatie)?;

Waarover en hoe formuleer ik doelen?

Hoe ga ik om met het werkplan?

Wat is de plaats van de klassieke looplijst?

Wat is doelgericht rapporteren?

Hoe ziet de halfjaarlijkse evaluatie eruit?

Daarnaast is reeds vastgesteld dat de huidige versie van Caress Op dit moment zijn belangrijke onderdelen van het zorgleefplan, afgezet tegen de veldnormen, onvoldoende. Belangrijke verbeterpunten betreffen de invulling van de 4 domeinen, het formuleren van relevante doelen (SMART), het completeren van de levensgeschiedenis, het correct invullen van de risico-inventarisaties, de doelgerichte rapportage en het evalueren van Buurstede oftewel het rond maken van de PDCA-cyclus. Dit verbeterproces is recentelijk in gang gezet maar behoeft nog de nodige aandacht.

Kennis en vaardigheid van de medewerkers op het gebied van het methodisch werken is noodzakelijk.

Binnen Buurstede zijn naast de zorgcoördinatoren ook de verzorgenden actief met het opstellen, onderhouden en uitvoeren van de zorgleefplannen, hierin krijgen ze deeltaken toegewezen.

Door de zorgcoördinatoren werd aangegeven dat zij per maand 4 uur zijn vrijgesteld om de zorgleefplannen op te stellen en te onderhouden. De rest moet ‘tussendoor’ gebeuren.

#### 2.2.5. Medicatieveiligheid nog enkele ‘puntjes op de I’.

Zoals uit de rapportage blijkt is de medicatieveiligheid op hoofdlijnen op orde.

Op de afdelingen wordt goed afgetekend en zijn/worden ook de overige aspecten van medicatieveiligheid op orde gebracht. Behalve het aftekenen (zalven zijn weer het kind van de rekening) en de kennis betreffende medicatie scoort men hier prima.

### **3. Handhaving**

In dit hoofdstuk staat een overzicht van de normen die als onvoldoende zijn beoordeeld. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in Buurstede.

De inspectie gaat ervan uit dat hoofdstuk 4 voldoende informatie bevat om de benodigde verbeteringen uit te voeren om te voldoen aan de hieronder genoemde normen.

#### **3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen**

- 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.
- 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 betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm of hoger
- 3.3. Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en 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.
- 4.9. De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.
- 4.10. Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.



#### 4. Resultaten pre - inspectiebezoek

##### 4.0 Leefomgeving, veiligheid, HACCP en hygiëne.

Tijdens de rondgang in Buurstede zijn de volgende zaken waar genomen:

*Rondgang 21 februari 2017*

*Leefomgeving.*

De afdelingen zien er verzorgd en gezellig uit, afgestemd op de doelgroep. Er is net nieuw meubilair aangeschaft. Wel staat er een met stof beklede bank; dit is qua onderhoud gezien de doelgroep een discutabel thema.

Binnen de afdeling is men actief om de omgeving meer op de bewoners af te stemmen volgens de methode Breincollectief (A. v.v. Plaats). Een mooi initiatief.

Er is tijdens de rondgang telkens personeel aanwezig in de huiskamers. Toezicht is in ieder geval in de nabijheid. Zo nodig gebruikt men de rode (alarm)knop.

*Veiligheid*

De BHV is ingeregeld. Scholingen op dit terrein vinden structureel plaats.

*HACCP*

*De afdelingskeukens.*

De keukens zien er schoon uit.

De temperatuur van de koelkast en diepvries worden gemeten en geregistreerd. De HACCP klapper en de voedingswijzer (houdbaarheidsdata) zijn aanwezig. Werklijsten zijn aanwezig en ingevuld.

*Hygiëne*

Er worden waskarren zonder voerbediening gebruikt.

De pospoeler heeft kalkaanslag.

#### **4. Resultaten inspectie en toelichting**

##### **Zie bijgevoegde scorematrix**

##### Thema 2: Clientdossier

Volckaert heeft in haar visie als belangrijke element aangegeven dat zij er naar streeft dat de cliënt de regie over zijn haar eigen leven behoudt om het leven invulling te kunnen blijven geven naar eigen wensen en behoeften. Het zorgleefplan is 'het' instrument wat hierin een belangrijke rol kan spelen.

Hiermee wordt het zorgleefplan dan ook een zeer belangrijk verbeterpunt.

In de huidige werkwijze komt dit instrument onvoldoende tot zijn recht. De werkwijze is onvoldoende systematisch. De volgende aspecten zijn hierbij aan de orde:

- De levensgeschiedenis summier in het zorgleefplan opgenomen;
- Op gesignaleerde risico's zijn niet volledig ingevuld en actueel en er worden niet in alle gevallen doelen en/of acties vastgesteld;
- De samenhang tussen zorgbehoefte/wens, het zorgdoel en/of actie kent onvoldoende samenhang;
- De PDCA cyclus is niet rond; de evaluatie richt zich niet op de geformuleerde doelen;
- Medewerkers zijn onvoldoende bekend met en vaardig in het methodisch werken

#### Thema 4: Medicatieveiligheid

Voor de noodvoorraad / opiaten wordt de sleutelprocedure goed toegepast. De noodvoorraad is netjes geordend. De registratie is op orde, ook de opiaten. De periodieke controle vindt plaats.

De medicatieveiligheid is vergaand op orde; Het volledig aftekenen (de zalven weer) en de kennis met betrekking tot medicatie is onvoldoende.

Bij het uitzetten / toedienen wordt de medicatie in de blister door de medewerker gecontroleerd op aantal en soort medicatie. De controle op de soort medicatie vindt visueel plaats; de vorm en kleur van het tablet is beschreven op de blister en de medewerker controleert of de beschreven inhoud overeenstemt met hetgeen op de medicatietoedienlijst wordt aangegeven. Een uitgebreide en niet geheel sluitende werkwijze (hoe onderscheid je de ene ronde, witte pil van de andere ronde, witte pil) en gaat ook verder dan de veldnorm die voorschrijft dat het op totaal aantal pillen wordt gecontroleerd.

## 5. Bijlage 1.

### **Onderstaande documenten zijn gecontroleerd/ingezien voor en tijdens de interne inspecties.**

- Strategisch meerjarenbeleidsplan 2015-2018 def versie juli 2016
- DESTEP, bijlage bij kaderbrief 2017
- Jaarplan 2017 versie 14-12-2016 rvt
- Missie -Visie
- Folder “Van regie naar eigenaarschap”
- Route naar eigenaarschap
- Organogram Volckaert sept 2016
- Strategisch HRM beleid (2011)
- Opleidingsbeleid
- Opleidingsplan 2017
- Gedragscode medewerkers en vrijwilligers
- Geneesmiddeldistributie protocol
- Overzichten MIC-meldingen kwartaal 3 en 4 2016
- Procedure MIC-meldingen 12-2016 versie 1
- Gebruikershandleiding Caress Zorgdossier 15.03013
- Enkele beknopte documenten m.b.t. het zorgleefplan
- Beleid kwaliteit en veiligheid cliënten 15.01710
- Beleid verpleegtechnisch handelen versie feb 2016
- Beleidsnotitie onvrijwillige zorg 01.12.2015
- Overzicht inzet onvrijwillige zorg Volckaert 2016
- Overzicht sedativa neuroleptica Q3 2016
- Notulen BOPZ cie sept 2016
- Richtlijn onbegrepen gedrag 16.02031
- Client plaatsing BOPZ, RM en IBS (procedure)
- Middelen en Maatregelen M&M voorwaarden, aanschaf en gebruik materialen
- Concernrapport en instellingrapporten CQI Volckaert 2016
- Klachtenregeling en klachtenregeling BOPZ Volckaert
- Verbeterplan Buurstede: PDCA Kwaliteitsoverleg (n.a.v. IGZ)
- Notulen lokale cliëntenraad Buurstede (2)
- Dienstroosters (2)

Locatie	Buurstede						
Leiding							
Datum	23 februari 2017						
<b>Sturen op kwaliteit en veiligheid</b>		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t.	niet beoor- deeld	toelichting	
Norm	IGZ norm						
1.1	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>	X					✓
1.1.a	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliënttevredenheidsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal 2 jaar oud.	X				Er wordt periodiek een clienttevredenheidsonderzoek uitgevoerd (CQI, 2016)	✓
1.1.b	Maximaal binnen een jaar na het cliënttevredenheidsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	X				De resultaten van de clienttevredenheidsonderzoeken worden in meerdere beleidsplannen en verbeterplannen aantoonbaar vertaald in verbeterdoelen.	✓
1.2	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna)-fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>		X				✓
1.2.a	Medewerkers zeggen (bijna)-fouten veilig te kunnen melden.		X			Medewerkers zeggen wel veilig te kunnen melden, maar het blijkt dat twee maal geen MIC is ingevuld bij het niet aftekene van medicatie.	✓
1.2.b	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	X				Het behandelen van de MIC meldingen (behandeling van elke individuele MIC melding en analyse van MIC meldingen periodiek) krijgt momenteel de nodige aandacht; er is een specifiek op de MIC gericht verbeterplan. Teammanagers geven aan welke meldingen door de aandachtsfunctionaris geanalyseerd dienen te worden. Uitkomsten worden besproken in het teamoverleg.	✓
1.2.c	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		X			De analyse van de MIC meldingenc.q. meldingenanalyse (periodiek verzameling MIC meldingen) is nog niet opgestart. De data zijn in het geautomiseerd MIC peogramma aanwezig. Structurele verbetermaatregelen kunnen niet worden aangetoond.	✓
1.3	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>	X				De klachtenfolder en/of de nieuwe 'klachtkaat' is niet aanwezig bij de receptie.	✓
1.3.a	Er is een klachtencommissie conform de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving.	X				De regeling is recentelijk op juiste wijze aangepast. De kaart "Niet tevreden" verwijst naar de klachtenregeling die beschikbaar is op Volkaert.nl. Het is de vraag of op deze wijze (internet) de klachtenregeling voor iedereen toegankelijk is.	✓
1.3.b	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				X		✓
1.3.c	Cliënten en hun vertegenwoordigers weten waar ze met een klacht terecht kunnen en vinden dat de zorgaanbieder serieus met hun klacht(en) omgaat.	X					✓
1.4	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>	X					✓
1.4.a	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	X					✓
1.4.b	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap 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				De afvaardiging van de cliëntenraad is positief over de samenwerking met de organisatie, zowel op centraal als ook op lokaal niveau. Het overleg met de bestuurder en managers verloopt goed. Twee maal per jaar overlegt de CCR men met de RvT. De organisatie is transparant, de CR wordt goed en volledig geïnformeerd. De organisatie luistert goed naar de CR, er is wederzijds begrip, men stelt zich opene en constructief op. DE CR doet ook mee met diverse audits (HKZ, zorgkantor). Men is ook hier druk doende met de werving van nieuwe CR leden. De CR vindt het belangrijk dat medewerkers zo veel als mogelijk 'bij' de bewoners zijn (kantoorwerkzaamheden op de huiskamer; lunchpauzetijden).	✓
1.5	<b>De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.</b>		X				✓
1.5.a	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.		X			Recent zijn de in- en exclusiecriteria opgesteld. Deze zijn vrij abstract geformuleerd en bieden in de dagelijkse praktijk onvoldoende houvast. Medewerkers zijn nog onvoldoende hierover geïnformeerd.	✓
1.5.b	De client en/of clientvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.		X			Niet aanwezig in informatiemap.	
1.8	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinnolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.</b>	X					✓
1.8.b	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	X				Er is een ruim aanbod van activiteiten. Binnen de afdelingen zijn de activiteiten in het zorgleplan opgenomen, de activiteitenbegeleiding heeft hierin een duidelijke taak.	✓
1.9.	<b>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.</b>	X					✓
1.9.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. (Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)	X					✓

Locatie	Buurstede						
Leiding							
Datum	23 februari 2017						
<b>Clientdossier</b>		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t	niet beoor- deeld	toelichting	
<b>2.1</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.</b>	X					✓
2.1.a	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteuningsplan vastgesteld.	X					✓
2.1.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				De client / zaakwaarnemer wordt uitgenodigd in het MDO; niet alle cliënten/zaakwaarnemers geven gehoor aan de uitnodiging. In de onderzochte dossiers is wel, middels een handtekening, verklaard accoord te gaan met het zorgleefplan. De levensgeschiedenis van de client is zeer summier in het zorgdossier opgenomen (in een dossier 1,5 zin). Voor de persoonsbeschrijving geldt hetzelfde.	✓
2.1.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>3</sup>.</b>	X				Voor het opstellen van de zorgleefplannen is een 'technische' handleiding beschikbaar. Een handleiding m.b.t. het methodisch werken (de inhoud van het zorgleefplan) ontbreekt en ook in Oosterheem geven medewerkers aan dat 'ze het vooral zelf moeten ontdekken'. Zeer nadrukkelijk wordt aangegeven dat men ondersteuning hierbij mist, terwijl men hier duidelijk behoefte aan heeft. Een passende scholing wordt ontwikkeld in relatie tot verbeteringen in Caress. Medewerkers zijn in het kader van het verbeterplan actief om de zorgleefplannen op orde te brengen (levensgeschiedenis, risico inventarisaie). De vorderingen worden gecheckt door het management.	✓
2.2.a	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	X				De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen zijn bij de geïnterviewden bekend en deze gegevens zijn deels terug te vinden in het zorgleefplan. De wijze waarop een en ander wordt vastgelegd kan duidelijk verbeterd worden (logica, ordening, structuur). Men is momenteel bezig om ook de verzorgenden (niet zorgcoördinatoren) een actievere rol te geven in het werken met de zorgleefplannen; de taakomschrijving wordt hierop aangepast.	✓
2.2.b	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	X				De doelen zijn vaak gericht op de uitgesproken wensen. De doelen sluiten vaker niet logisch aan op het geformuleerde probleem. Het formuleren van de doelen, de logica en de denkwijze met betrekking tot methodisch werken, is onvoldoende aanwezig. Medewerkers geven aan dat het voor hun onvoldoende duidelijk is welke informatie in het zorgleefplan dan wel in het werkplan moet staan.	✓
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>	X					✓
2.3.a	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	X					✓
2.3.b	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg en ondersteuningsdoelen.	X					✓
2.3.c	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	X				Gedragbenadering, werkwijzen, behandelingen.	✓
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.</b>		X			Het weegbeleid is onduidelijk. Een client werd 8 maanden niet gewogen terwijl periodieke weging (SNAQ) dit wel aangewezen leek.	✓
2.4.a	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - huidletsel / - incontinentie - probleem- of onbegrepen gedrag / agressie // problemen medicatiegebruik / verslaving / vallen / - ondervoeding / overgewicht / mondzorg		X			De risicoinventarisatie (R.I.) is onvoldoende ingevuld. De R.I. wordt niet halfjaarlijks, voorafgaand aan het MDO, geactualiseerd. Vanuit de gesignaleerde risico's wordt niet altijd duidelijk een zorgdoel (ZLP) of actie (werkplan) geformuleerd.	✓
2.4.b	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	X					✓
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>		X				✓
2.5.a	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		X			De samenhang tussen de zorgbehoefte, zorgdoelen en acties is niet altijd aanwezig.	✓
2.5.b	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		X			Er wordt nauwelijks doelgericht gerapporteerd; soms wordt op het werkplan, op kernwoorden gerapporteerd. Ook hiet blijkt dat het methodisch werken (PDCA cyclus) onvoldoende bekend is en medewerkers te weinig vaardig hierin zijn.	✓
2.5.c	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		X			De halfjaarlijkse evaluatie kent nog de klassieke opbouw. Korte samenvatting van de afgelopen periode en afspraken over actuele belangrijke aspecten. Evaluatie op de geformuleerde doelen waarbij gekeken wordt of de gestelde doelen zijn behaald en of de acties daarin pasten, vindt niet plaats.	✓
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm of hoger<sup>3</sup>.</b>		X				✓

2.6.a	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	X							✓
2.6.b	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.	X							✓
2.6.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				Zie 2.5.c.		✓
<p><sup>3</sup> 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.</p>									

Locatie	Buurstede						
Leiding							
Datum	23 februari 2017						
<b>Deskundigheid en inzet medewerkers</b>		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t	niet beoor- deeld	toelichting	
3.1	<b>Medewerkers werken cliëntgericht.</b>	X					✓
3.1.a	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeftes en wensen.	X					✓
3.1.b	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten.	X					✓
3.2	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.</b>	X					✓
3.2.a	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	X					✓
3.2.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	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>		X				✓
3.3.a	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	X				In de gesprekken bleek dat de geïnterviewde medewerkers goed geïnformeerd waren over hun cliënten. De verwerking van de gegevens in het zorgleefplan is van een redelijk niveau. Veel wensen en behoeften van de cliënten zijn in kaart gebracht en de doelen richten zich hier ook op.	✓
3.3.b	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.		X			Medewerkers zijn nog niet voldoende toegerust, zoals ook door het MT is vastgesteld. Opleidingsactiviteiten worden ontwikkeld en men zal in overleg met de leverancier van Cares een nieuwe, naar verwachting beter werkbaar versie van het programma in gebruik gaan nemen. Medewerkers moeten vooral van elkaar leren, ondersteuning hierin vanuit de organisatie wordt gemist. Medewerkers zijn/worden geschoold in kleinschalig werken en palliatieve zorg. Voor het laatste vindt er ook een personele uitwisseling plaats van medewerkers binnen de hospice van Volckaert.	✓
3.3.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	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>		X				✓
3.4.a	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	X					✓
3.4.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					✓
3.4.c	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.		X			De zorgaanbieder beschikt over een digitaal protocollensysteem. Een aantal procedures is gestandaardiseerd in protocollen. Een aantal van deze protocollen (niet alle) waren voorzien van een auteur, autorisatiedatum en evaluatiedatum (ontbreekt o.a. bij medicatieprotocol). Er is geen totaaloverzicht met revisiedata van de protocollen. Een ander is bekend maar dient op Volckaertniveau nog in het verbeterplan te worden gerealiseerd.	✓
3.5	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>	X					✓
3.5.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				De afdelingen zien er huiselijk en schoon uit. De omgeving is afgestemd op de doelgroep. Er is op de huiskamers steeds personeel aanwezig of in de nabijheid.	✓
3.5.b	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	X					✓



3.6	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.</b>	X								✓
3.6.a	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	X							Het opleidingsbeleid is vastgelegd (gedateerd, 2011) en het opleidingsplan is ingezien. Onduidelijk is in hoeverre dit aansluit bij de scholingsbehoefte; deze wordt momenteel in kaart gebracht. Op het terrein van de Bopz wordt intensief geschoold.	✓
3.6.b	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	X							Met name wat betreft de VBRH.	✓
3.6.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	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.</b>	X								✓
3.7.a	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwaame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	X							Alleen medewerkers die bevoegd en bekwaam zijn voeren, volgens zeggen, RVBH uit. Management heeft hier een overzicht van op Leerplein, dit zou ook beschikbaar moeten zijn voor planners (IGZ).	✓
3.7.b	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	X							De benodigde dagelijkse bezetting wordt gerealiseerd. Ook hier heeft men moeite om voldoende verpleegkundigen aan te trekken.	✓
3.7.c	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invulkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	X							Waar nodig wordt gebruik gemaakt van de flexpool en/of uitzendbureau. Men vult aan tot de vastgestelde personele bezetting.	✓
3.8	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.</b>	X								✓
3.8.a	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	X								✓
3.8.b	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	X								✓
3.9	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>	X								✓
3.9.a	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invulkrachten en ervaren werkdruk in beeld.	X							Gegevens zijn aanwezig.	✓
3.9.b	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	X								✓






Locatie	Buurstede						
Leiding							
Datum	23 februari 2017						
<b>Medicatieveiligheid</b>		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t	niet beoor- deeld		
4.1	<b>De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.</b>	X					✓
4.1.a	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.	X				Er is een medicatieprotocol aanwezig. Dit is echter zeer uitgebreid waardoor de leesbaarheid wordt bemoeilijkt. Medewerkers zijn onvoldoende op de hoogte van het protocol.	✓
4.1.b	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	X					✓
4.2	<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					✓
4.2.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				BEM scores worden ingevuld; de codering staat eveneens op de medicatie-toedienlijst.	✓
4.2.b	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.	X					✓
4.2.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	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>	X				Het blijkt in de praktijk voor te komen dat Paracetamol zonder opdracht van de arts wordt verstrekt. Medewerkers mogen medicatie alleen in opdracht van een arts verstrekken c.q. medicatietoedienlijst.	✓
4.3.a	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	X					✓
4.3.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					✓
4.3.c	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	X					✓
4.5	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS<sup>4</sup>-medicatie niet aan.</b>	X					✓
4.5.a	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS <sup>4</sup> -systeem heeft uitgezet.	X					✓
4.6	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>	X				Niet op alle geneesmiddelen (ook hier) bevindt zich een etiket op de primaire verpakking (insuline, flacons)	✓
4.6.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				De medicatie is geordend en netjes opgeslagen. De voorraad (ook opiaten) is op orde.	✓
4.6.b	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	X				In het medicatieprotocol is niet opgenomen dat de retourmedicatie in een afgesloten box moet worden aangeleverd.	✓
4.6.c	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				De medicatieklapper ziet er erg netjes uit. Men print de medicatieoverzichten (dit is niet de medicatietoedienlijst) standaard uit. Dit is niet noodzakelijk en kan verwarring geven en kost moeite om op orde te houden. De box waarin de retourmedicatie zit is niet afgesloten. Het systeem heeft die mogelijkheid wel maar dit wordt niet gebruikt. Een medicatiekoelkast is niet afgesloten.	✓
4.7.a	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	X				De medicijnkasten zien er schoon, opgeruimd en geordend uit, er is zeer duidelijk aandacht voor. Er vindt een periodieke controle plaats, deze wordt afgetekend op de lijst. De aandachtfunctionarissen hebben per kwartaal overleg op Volckaert niveau	✓
4.7.b	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	X					✓
4.7.c	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	X					✓
4.8.	Een tweede bekwaam persoon controleert de nietGDS <sup>4</sup> -medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	X					✓
4.8.a	Voor niet GDS <sup>4</sup> -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	X					✓
4.8.b	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	X				De tweede controle wordt consequent uitgevoerd.	✓
4.8.c	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	X					✓
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.		X			Een parafenlijst is op de bezochte afdelingen aanwezig. Men gebruik codes op de medicatietoedienlijst (bijvoorbeeld 'W' bij weigering van de client). Deze codering is niet opgenomen in het medicatieprotocol hetgeen wel is aan te bevelen (eenheid / duidelijkheid).	✓
4.9.a	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.		X			Er wordt goed afgetekend, behalve wat betreft de zalven. De zalven worden op de kamer bewaard, een onjuiste werkwijze.	✓
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.		X				✓
4.10.a	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.		X			Medewerkers zijn onvoldoende op de hoogte van werking - en bijwerking van de medicijnen die zij toedienen.	✓
4.10.b	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.		X				✓
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.	X					✓
4.11.a	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.	X					✓
4.11.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					✓
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	X					✓
4.12.a	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	X					✓

<sup>4</sup>GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

Locatie	Buurstede						
Leiding							
Datum	23 februari 2017						
<b>Vrijheidsbeperking</b>		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t	niet beoor- deeld	toelichting	
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.	X				De SOG waarmee is gesproken kan de Volckaertvisie uitstekend en met passie vertalen. Middelen en maatregelen worden met grote terughoudendheid toegepast, hetgeen ook blijkt uit de overzichten. Er wordt door de SOG intensief binnen de instelling geschoold op Bopz terrein.	✓
5.1.a	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.	X				Er is een beleidsnotitie 'Onvrijwillige zorg' en een aanvullende notitie 'Visie op BOPZ in relatie tot open deuren beleid'. Deze geven een goed beeld waar voor Volckaert staat hetgeen ook in gesprek met meerdere artsen / SOG is gebleken. De beleidsnotities worden momenteel geactualiseerd en geïntegreerd.	✓
5.1.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		✓
5.1.c	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarnemregeling voor de Bopz-arts.	X					✓
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					✓
5.2.a	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.	X					✓
5.2.b	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.	X					✓
5.2.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				Alle psychofarmaca die worden gebruikt zijn in kaart gebracht zijn in om de mogelijkheden tot afbouw te kunnen bepalen.	✓
5.3.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					✓
5.4.a	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.	X					✓
5.4.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				De middelen en maatregelen worden periodiek geevalueerd; afhankelijk van de 'zwaarte' van de M&M 1 maal per maand (rolstoelbald of stoelgordel) of 1 maal per drie maanden (o.a. bedsensoren).	✓
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	X					✓
5.5.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					✓
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	X					✓
5.6.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					✓

5.7.a	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x				Alles wat wordt toegepast wordt geregistreerd.	
-------	---	---	--	--	--	--	---

5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.	X					✓
5.8.a	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.	X					✓
5.8.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					✓
5.9.a	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.	X					✓
5.9.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				Per kwartaal worden er overzichten opgesteld met betrekking tot de toepassing van M&M waarin ook het gebruik van psychofarmaca is opgenomen. Deze overzichten worden besproken met als doel een en ander waarmogelijk te beperken.	✓