



Rapportage
interne inspectie
De Doelen
te Oosterhout

Rapportage interne inspectie

Datum : 21 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 De Doelen 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 21 februari 2017 heeft er een interne inspectie plaatsgevonden in De Doelen 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, een basisarts, verpleegkundigen en verzorgenden) en met een lid van de lokale Cliëntenraad
- meerdere cliëntdossiers ingezien
- meerdere verbeterplannen van De Doelen 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 De Doelen 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

De Doelen omvat een tweetal afdelingen, te weten:

- Robijn
- Kristal Pad

Beide afdelingen zijn op 21 februari 2017 geïnspecteerd.

2.2. Geconstateerde Conclusie:

Geboden zorg voldoet grotendeels aan de normen

De zorg die De Doelen biedt voldoet niet aan 9 van de 37 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 De Doelen 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. Het eigenaarschap voor medewerkers wordt hier ook duidelijk ervaren: meer invloed, meer betrokken worden bij besluitvorming, meer zelfsturing van het team. Er is aandacht voor de samenwerking.

2.2.2. Verbeterprocessen voortvarend in gang gezet.

Voor De Doelen is een verbeter/actieplannen opgesteld. Het verbeterplan is onlangs ondergebracht in een voor Volckaert 'nieuw' format. Ten tijde van de interne audit waren de verbeterplannen nog niet volledig uitgewerkt. Wel zijn op alle gesignaleerde tekortkomingen verbeteracties uitgezet. Gezien het tijdspad, 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. Echter meerdere verbeteraspecten zijn oppervlakkig uitgewerkt. Een diepgaandere analyse is wenselijk zodat verbeteracties gericht het doel kunnen dienen. De acties sluiten niet altijd aan bij de doelrealisatie. Zoals eerder al aangegeven (IGZ) is het in de verbeterplannen onduidelijk wie de voortgang bewaakt en zo nodig passende maatregelen treft. Ook voor de afdelingen Robijn en kristal is een aanvullend verbeterplan aanwezig.

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. 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 De Doelen ingeziene zorgdossiers worden momenteel actief bijgewerkt. Een 'inhoudelijke' instructie is niet aanwezig waardoor medewerkers onvoldoende gestuurd / ondersteund worden bij het werken met het zorgleefplan. Medewerkers geven dit ook uitermate duidelijk aan. 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?

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 de doelen oftewel het rond maken van de PDCA cyclus. Dit verbeterproces is recentelijk in gang gezet maar heeft nog de nodige aandacht. Kennis en vaardigheid van de medewerkers op het gebied van het methodisch werken is noodzakelijk.

Binnen De Doelen is men doende naast de zorgcoördinatoren ook de verzorgenden een actieve te geven in het opstellen, onderhouden en uitvoeren van de zorgleefplannen. Een van de medewerkers heeft in het kader van haar opleiding een verbeterplan, gericht op het zorgleefplan opgesteld en dat wordt momenteel in uitvoering gebracht.

2.2.5. Medicatieveiligheid nog enkele 'puntjes op de I' .

Zoals uit de rapportage blijkt is de medicatieveiligheid grotendeels 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 De Doelen.

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.
- 2.5. Afsproken 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 twee rondgangen in De Doelen zijn de volgende zaken waar genomen:

Rondgang 21 februari 2017: afdelingen Kristal en Robijn

Leefomgeving.

De afdelingen zien er verzorgd en gezellig uit, afgestemd op de doelgroep. Er is tijdens de rondgang telkens personeel aanwezig in de huiskamers.

Veiligheid

De BHV is ingeregeld. Scholingen op dit terrein vinden structureel plaats. Niet aan alle tilliften is een schriftelijke instructie bevestigd.

Op de schoonmaakwagens staan ook hier schoonmaakmiddelen; een onbewaakt ogenblik kan voldoende zijn.

HACCP

De afdelingskeukens.

De keukens zien er schoon uit.

De temperatuur van de koelkast en diepvries worden gemeten en geregistreerd. Niet alle diepvriesproducten zijn gestickerd.

Hygiëne

De stoffen waszakken bevatten vuile was (inco) wat stank veroorzaakt en niet hygienisch is in verband met lekkages.

De pospoeler heeft kalkaanslag.

De verbandmiddelen staan in een open rek; zie richtlijnen WIP.

Wat opvalt is dat alle medewerkers zich aan de kledingvoorschriften houden. Ringen, sieraden, verkeerde kleding; het wordt niet waar genomen. Een bijzonderheid.

Er staan er borstels, vegers, etc. op de grond. Deze dienen op te hangen.

In de voorraadkast staan materialen op de grond.

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 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 wekelijks plaats.

De medicatieveiligheid is vergaand op orde; Het volledig aftekenen (de zalven weer) en het vroegtijdig aftekenen behoeven nog verbetering.

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
- Plan De Doelen 2017
- Verbeterplan De Doelen (n.a.v. IGZ)
- Notulen lokale cliëntenraad De Doelen d.d. 20-09-2016
- Verbeterplan zorgleefplan
- Protocol werkplan- uitleg hoe aanpassen
- Checklist werkplan
- Overzicht deskundigheid
- Notulen Teamoverleg Robijn (2)
- Verslag Q4 Kristal en Robijn
- Dienstroosters Kristal en Robijn

Locatie	De Doelen						
Leiding							
Datum	21 februari 2017						
Sturen op kwaliteit en veiligheid		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t	niet beoor- deeld	toelichting	
Norm	IGZ norm						
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	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	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.		X				✓
1.2.a	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.		X			Medewerkers zeggen wel veilig te kunnen melden, maar d geïnterviewden geven aan dat 'lang niet alles' wordt gemeld..	✓
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) verloopt nog niet goed. Melders krijgen nu geen terugkoppeling. De MIC meldingen worden in het teamoverleg niet aan de orde gesteld. Verbeterproces wordt in gang gezet. Het verbeterplan op dit aspect mag concreter opgesteld worden (doelen, tijdsplan, verantwoordelijken, tijdsplan, etc.) en verkeert momenteel nog in de startfase. Er is vertraging ontstaan./	✓
1.2.c	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		X			De analyse van de MIC meldingen c.q. meldingenanalyse (periodiek verzameling MIC meldingen) is nog niet opgestart. De data zijn in het geautomatiseerd MIC programma aanwezig. Structurele verbetermaatregelen kunnen niet worden aangetoond.	✓
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.	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 Volckaert.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	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.	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 pas recent toegetreden tot de CR en kan dan ook nog niet aangeven hoe de samenwerking met Volckaert verloopt. Het overleg met De Doelen heeft door onderbezetting van de CR stil gelegen. Men is druk doende met de werving van nieuwe CR leden. De vertegenwoordiger van de CR heeft het gevoel dat er wel geluisterd wordt maar verdere ervaingen ontbreken.	✓
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		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	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinnolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.	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 is het welzijnsplan (activiteiten) niet altijd in het zorgleplan opgenomen.	✓
1.9.	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	X					✓
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	De Doelen						
Leiding							
Datum	21 februari 2017						
Clientdossier		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t	niet beoor- deeld	toelichting	
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.	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 summier in het zorgdossier opgenomen. Een persoonsbeschrijving is aanwezig.	✓
2.1.c	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorg-/ondersteuningsplan.	X					✓
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen³.	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.	✓
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 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.	✓
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.	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.	✓
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	X					✓
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 ingevuld. De R.I. wordt halfjaarlijks, voorafgaand aan het MDO, geactualiseerd.	✓
2.4.b	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	X					✓
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		X				✓
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.	✓
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 hoger³.		X				✓
2.6.a	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	X					✓

Locatie	De Doelen						
Leiding							
Datum	21 februari 2017						
Deskundigheid en inzet medewerkers		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t	niet beoor- deeld	toelichting	
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.	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	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	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	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.		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 duidelijk 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 het gebied van het methodisch werken onvoldoende toegerust, zoals ook door het MT is vastgesteld. Opleidingsactiviteiten worden ontwikkeld en men zal in overleg met de leverancier van Caress 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.	✓
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	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.		X				✓
3.4.a	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	X				Medewerkers geven aan deze (Kick protocollen) goed te kunnen vinden.	✓
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 en ander is bekend maar dient op Volckaartniveau nog in het verbeterplan te worden gerealiseerd.	✓
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.	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 die actief bezig zijn met cliënten.	✓
3.5.b	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	X					✓

Locatie	De Doelen						
Leiding							
Datum	21 februari 2017						
Medicatieveiligheid		vol- doet	vol- doet niet	n.v.t	niet beoor- deeld		
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	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	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.	X					✓
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	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	X					✓
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	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS⁴-medicatie niet aan.	X					✓
4.5.a	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS ⁴ -systeem heeft uitgezet.	X					✓
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.	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 box waarin de retourmedicatie zit is niet afgesloten. Het systeem heeft die mogelijkheid wel maar dit wordt niet gebruikt.	✓
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.	✓
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 ⁴ -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 ⁴ -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.	✓
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. Na het uitzetten van de medicatie wordt reeds afgetekend; dit dient te geschieden na de toediening / inname (bij BEM code)	✓
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					✓

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

Locatie	De Doelen						
Leiding							
Datum	21 februari 2017						
Vrijheidsbeperking		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 basisarts die is gesproken is pas recent in dienst getreden. De Doelen is geen BOPZ erkende instelling. Alleen bedsensoren en beddekken worden op eigen verzoek toegepast.	✓
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 waarneemregeling 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 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			✓
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				In de gesprekken blijkt dat men en terughoudend beleid voert met betrekking tot het toepassen van Middelen en Maatregelen (onvrijwillige zorg). Per kwartaal worden er overzichten opgesteld met betrekking tot de toepassing van M&M waarin ook het gebruik van psychofarmaca is opgenomen.	✓