



Rapportage
interne inspectie
Dongepark te Dongen

Rapportage interne inspectie

Datum : 15 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	Verbeterprocessen voortvarend in gang gezet.	6
2.2.2	Behandeling MIC meldingen vereist aandacht.	6
2.2.3	Zorgplannen belangrijkste verbeterpunt.	6
2.2.4	Medicatieveiligheid nog enkele 'puntjes op de I' .	7
3.	Handhaving	8
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen	8
4.	Resultaten pre-inspectie	10
4.0	Leefomgeving, veiligheid, HACCP en hygiëne	10
Zie scorematrix bijgevoegd voor de thema's 4.1. tot en met 4.5		
4.2	Thema 2: Cliëntdossier	11
4.4	Thema 4: Medicatieveiligheid	12
5.	Bijlage 1: Geraadpleegde documenten	13

1. Inleiding

1.1 Doelstelling en methode

Op verzoek van de Raad van Bestuur werd een interne inspectie uitgevoerd in locatie Dongepark 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 15 februari 2017 heeft er een interne inspectie plaatsgevonden in Dongepark te Dongen, 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, SOG, verpleegkundigen en verzorgenden) en met drie leden van de lokale Cliëntenraad
- meerdere cliëntdossiers ingezien
- meerdere verbeterplannen van Dongepark c.q. afdelingen afzonderlijk bekeken (zie bijlage 1)
- 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 Dongepark 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.

Bijlage 2 beschrijft het bezoekprogramma.

Ter afsluiting van de interne inspectie heeft de inspecteur ter plaatse een mondelinge terugrapportage gegeven aan de clustermanager, de teammanagers 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

Dongepark omvat een viertal afdelingen, te weten:

- Zonnebloemhof
- Kamillehof
- Jasmijhof
- Rozenhof

Twee afdelingen zijn op 15 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 totaal resultaten 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.

								■ Voldoet ■ Voldoet niet ■ Oordeel n.v.t. ■ Niet beoordeeld	
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)	7							4	
Vrijheidsbeperking: (9 normen)	7							1	1

2.2. Geconstateerde Conclusie:

Geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol

De zorg die Dongepark biedt voldoet niet aan 12 van de 41 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 Verbeterprocessen voortvarend in gang gezet.

Voor Dongepark als geheel maar ook voor de afdelingen afzonderlijk zijn verbeter/actieplannen opgesteld. De plannen zijn 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 tijdsplan, 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. De vaststelling 'Het zorgdossier is niet 100% op orde' geeft weinig houvast. Een diepgaandere analyse is wenselijk zodat verbeteracties gericht het doel kunnen dienen. De acties sluiten niet altijd aan bij de doelrealisatie. Het maandelijks controleren van de 'compleetheids-check' geeft weinig informatie wanneer alleen de groene vinkjes bekeken worden. Zoals eerder al aangegeven (IGZ) is het in de verbeterplannen onduidelijk wie de voortgang bewaakt en zo nodig passende maatregelen treft.

2.2.2 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.

2.2.3. Zorgplannen belangrijkste verbeterpunt.

De binnen Dongepark ingeziene zorgdossiers worden momenteel bijgewerkt. Een 'inhoudelijke' instructie is niet aanwezig waardoor medewerkers onvoldoende gestuurd / ondersteund worden bij het werken met het zorgleefplan. Medewerkers geven dit ook 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.

2.2.4. 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 (behalve de niet minder belangrijke zalven) en zijn / worden ook de overige aspecten van medicatieveiligheid op orde gebracht.

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 Dongepark.

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. 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
- 3.4. Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.5. Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.
- 4.6. De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7. De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 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.
- 5.7. Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.

4. Resultaten pre - inspectiebezoek

4.0 Leefomgeving, veiligheid, HACCP en hygiëne.

Tijdens de twee rondgangen in Dongepark zijn de volgende zaken waar genomen:

Rondgang 15 februari 2017: afdelingen Jasmijnhof en Esdoornlaan.

Leefomgeving.

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

In een afdeling staat het kantoor open (privacy) waar zich ook de opiatenkast bevindt.

Het kantoor ziet er rommelig uit.

Veiligheid

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

Het keukenkastje waarin o.a. de schoonmaakmiddelen staan (zeepblokje die bij inname dodelijk kunnen zijn) is op twee huiskamers niet afgesloten; een slot zit er wel op. Deze onveilige situatie behoort tot de categorie 'Doodzonde' en werd onlangs ook door de IGZ gesignaleerd.

Op de schoonmaakwagens staan eveneens gevaarlijke middelen; een onbewaakt ogenblik kan voldoende zijn.

HACCP

De afdelingskeukens.

De keukens zien er schoon uit.

De werkinstructies in de voedingsklapper zijn aanwezig. De werklijsten worden niet consequent afgetekend. Dagelijkse, wekelijkse en maandelijkse taken staan door elkaar op het formulier wat niet handig is.

De temperatuur van de koelkast en diepvries worden met een niet geijkte thermometer en met behulp van een potje water, gemeten. De temperatuurlijst is grotendeels (niet volledig) ingevuld. Niet alle diepvriesproducten zijn gestickerd.

Niet alle producten in de koelkast zijn voorzien van een openings- of TGT datum.

Hygiëne

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

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

De verband- en hulpartikelen zijn in een open rek opgeborgen. Dit kan beter, zie de WIP richtlijnen.

Op meerdere plaatsen staan prullenbakken zonder voetbediening.

Op de pospoeler zit 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 ontbreekt en/of is slechts zeer summier in het zorgleefplan opgenomen;
- De risico-inventarisatie is onvolledig en/of niet actueel in de zorgleefplannen;
- 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

De ruimte waarin de noodvoorraad zich bevindt is rommelig (volgens de begeleidend verpleegkundige erg rommelig). Voor de opiaten wordt de sleutelprocedure goed toegepast. De noodvoorraad is netjes geordend. De registratie is op orde, ook de opiaten. De periodieke controle vindt volgens de aandachtfunctionaris wekelijks plaats maar wordt niet op een lijst afgetekend (niet aantoonbaar). De opiatenregistratie is eveneens op orde.

In de kamer bevindt zich geen koelkast waardoor enkele artikelen van de noodvoorraad (o.a. glucagen) op een afdeling in de koelkast zijn opgeslagen. Moeilijk voor de registratie welke dan ook onjuist blijkt te zijn.

In de ruimte waar zich de noodvoorraad bevindt staan echter ook artikelen (zuurstof, staanders, verbandartikelen, e.d.) die door andere medewerkers kunnen worden gehaald (technische dienst, verzorgenden) waardoor het 'twee sloten principe' ongedaan wordt gemaakt.

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
- Agenda en notulen overleg cliëntenraad (2)
- Analyse en dashboard jasmijnhof 4de kwartaal 2016
- Rapp EL Q4 2016
- Stroomdiagram Prisma analyse jan 2017
- Verbeterplan dementiezorgdef
- Verbeterplan esdoornlaan
- Verbeterplan jasmijnhof
- Verkorte notulen 26 september '16

Protocollen

- Sondevoeding, wat is het en wanneer wordt het gegeven

Locatie	Dongepark						
Leiding							
Datum	15 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. De laatste meting gaf een lagere waardering dan de voorgaande. Dit is met cliënten/familie besproken en wordt ook met medewerkers besproken.	✓
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. Uit de Medicatie toedienlijsten bleek echter in 2 gevallen (niet afgetekend) dat er niet altijd een MIC melding wordt gemaakt.	✓
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) wordt weer opgepakt. Melders krijgen nu geen terugkoppeling. Verbeterproces wordt in gang gezet. Aandachtsvelders worden/zijn per afdeling aangesteld. Communicatiestructuur voor de aandachtfunctionarissen wordt aangepast (medicatiefouten). Ondersteuning van PRISMA aandachtsfunctionaris wordt opgezet. Het verbeterplan op dit aspect mag concreter opgesteld worden (doelen, tijdsplan, verantwoordelijken, tijdsplan, etc.) en verkeert momenteel nog in de startfase.	✓
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					✓
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. In het folderrek ligt niet de kaart "Niet tevreden" welke verwijst naar de klachtenregeling 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 (3 leden) geeft aan zeer tevreden te zijn over de samenwerking met de organisatie, zowel op lokaal als op organisatieniveau (Volckaert). Men wordt goed geïnformeerd en ontvangen alle relevante informatie (hetgeen ook blijkt uit de notulen van de vergadering). Overleggen vinden plaats in een constructieve en prettige sfeer. Aandachtspunten zijn het voedingsconcept en de hygiëne (schoonmaak). Ook maakt men zich zorgen over de stabiliteit binnen het personeelsbestand (waaronder ook de artsengroep); er hebben veel wisselingen plaats gevonden de afgelopen periode.	✓
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 cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger 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 zinvolle/ 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 wordt gewerkt met een centrale activiteitenbegeleiding en met activiteitenbegeleiders op de afdelingen. Er wordt een gevarieerd pakket aan activiteiten aangeboden. Binnen de afdelingen is het welzijnsplan (activiteiten) niet altijd in het zorgleefplan 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	Dongepark						
Leiding							
Datum	15 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 niet of summiet in het zorgdossier opgenomen	✓
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 Dongepark geven medewerkers aan dat 'ze het vooral zelf moeten ontdekken'. Ondersteuning wordt gemist. Een passende scholing is niet opgenomen in het scholingsplan 2017	✓
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 ruim in beeld gebracht. De wijze waarop een en ander wordt vastgelegd kan duidelijk verbeterd worden (logica, ordening, structuur).	✓
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.	✓
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 niet volledig of onjuist ingevuld. Twijfel bestaat of dit halfjaarlijks, voorafgaand aan het MDO, geactualiseerd wordt, veranderingen in de R.I. zijn niet altijd terug te vinden. Hier wordt een handleiding duidelijk gemist, medewerkers zijn onvoldoende op de hoogte van de juiste werkwijze.	✓
2.4.b	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.		X			Op basis van bovenstaande zal duidelijk zijn dat de doelen niet altijd zijn afgestemd op de R.I.	✓
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 ontbreekt vaker. Soms onlogische verhalen.	✓
2.5.b	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		X			Er wordt weinig op doelen gerapporteerd; soms wordt op het werkplan gerapporteerd. Ook hier blijkt dat het methodisch werken (PDCA cyclus) onvoldoende bekend is en medewerkers te weinig vaardig hierin.	✓
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 (soms zijn er meer dan 15 geformuleerd) 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					✓
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.	✓

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

Locatie	Dongepark						
Leiding							
Datum	15 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 medewerkers goed geïnformeerd waren over hun cliënten. De verwerking in het zorgleefplan is niet optimaal, zie blad 2, cliëntdossier	✓
3.3.b	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	X					✓
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			Keukenkastjes niet op slot (wel opvallend zo kort na de IGZ inspectie waar dit ook werd waargenomen). Medicatieprotocol niet bij alle medewerkers bekend.	✓
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 Volckaertniveau 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 veilig en afgestemd op de doelgroep. Er is op de huiskamers steeds personeel aanwezig die actief bezig zijn met cliënten. Er heerst een gezellige sfeer, passende muziek is te beluisteren.	✓
3.5.b	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.		X			In twee afdelingen was het keukenkastje niet afgesloten (poetsmiddelen zoals afwasmiddel) en dfaarmee gevaarlijke stoffen binnen bereik. Ook op de schoonmaakwagens staan gevaarlijke schoonmaakmiddelen (volgens zeggen altijd bewaakt).	✓

Locatie	Dongepark						
Leiding							
Datum	15 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				Er circuleert ook een 'andere' medicatietoedienlijst (niet van de 'huisapotheker') die niet voldoet aan het landelijk format. Dit werkt mogelijk verarring in de hand. Deze lijst biedt ook geen ruimte voor de eventueel benodigde controleparaaf (dubbel aftekenen).	✓
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				Zalven worden niet consequent afgetekend hetgeen naar zeggen te maken heeft dat zij vaak alleen worden toegediend wanneer aangewezen (b.v. bij roodheid, ruwe huid, etc.). In deze situatie kan dit beter bij de zonnig medicatie worden geplaatst, uiteraard alleen in overleg met en opdracht van de arts.	✓
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 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 retourbox is niet afgesloten. Het sleutelbeheer voor de noodvoorraad, zoals beschreven in het medicatieprotocol wordt conform uitgevoerd; één verpleegkundige (per dienst, sleutel wordt overgedragen) heeft toegang tot de opiatenkast (kluis). Echter ook anderen (technische dienst, huishouding) hebben toegang tot deze ruimte waardoor het wee sloten principe niet meer werkt. Bij de noodvoorraad bevindt zich geen retourbox.	✓
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			De controle van de temperatuur van de koelkast is op een afdeling onvoldoende; er is hier (in tegenstelling tot de andere instellingen van Volckaert) geen temperatuurlogger, men meet de temperatuur nog met de klassieke, niet geijkte thermometer. In een afdeling meet men met behulp van water.	✓

4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.		X							✓
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 medicijnkast ziet er schoon, opgeruimd en geordend uit, er is duidelijk aandacht voor. Er vindt volgens zeggen periodiek een controle plaats, deze wordt echter niet consequent 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					De box waarin de retourmedicatie zit is niet afgesloten. Het systeem heeft die mogelijkheid wel maar dit wordt niet gebruikt.		✓
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 elke afdeling aanwezig.		✓
4.9.a	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.		X							✓
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.		X							✓
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								✓

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

Locatie	Dongepark						
Leiding							
Datum	15 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					✓
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					✓
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				Vrijheidsbeperkende maatregelen worden altijd besproken met client / zaakwaarnemer. In de ingeziene dossiers wordt de toestemming middels een handtekening bevestigd.	✓
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				Besluitvorming vindt plaats binnen het multidisciplinair team (niet altijd volledige team).	✓
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			In de gecontroleerde dossiers zijn opgenomen in het cliëntdossier. In een casus bleek de vrijheidsbeperkende maatregel niet te zijn geëvalueerd. Ook bleek een dwangmaatregel (toedienen Dormicum) niet te zijn gemeld bij de IGZ.	✓

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.	✓