



Rapportage
interne inspectie
Oosterheem
te Oosterhout

Rapportage interne inspectie

Datum : **16 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	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 Oosterheem 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 16 februari 2017 heeft er een interne inspectie plaatsgevonden in Oosterheem 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, physician assistent, verpleegkundigen en verzorgenden) en met twee leden van de lokale Cliëntenraad
- meerdere cliëntdossiers ingezien
- meerdere verbeterplannen van Oosterheem 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 Oosterheem 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 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

Oosterheem omvat een viertal afdelingen, te weten:

- Middenpad
- Hoge Pad
- Lage Pad
- Vaartpad

Twee afdelingen, Middenpad en Lage Pad, zijn op 16 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)	6								3		
Medicatieveiligheid: (11 normen)	8								3		
Vrijheidsbeperking: (9 normen)	6								3		

2.2. Geconstateerde Conclusie:

Geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol

De zorg die Oosterheem biedt voldoet niet aan 11 van de 39 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 Oosterheem 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 Oosterheem 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. De vaststelling 'Het zorgdossier is niet 100% op orde' geeft weinig houvast (de diagnose is onduidelijk alsmede de oorzaken, wat moet dan verbeterd worden?) en de vaststelling dat het nu 100% op orde zou zijn, is te voorbarig. 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.

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 Oosterheem 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 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 behoeft nog de nodige aandacht. Kennis en vaardigheid van de medewerkers op het gebied van het methodisch werken is noodzakelijk.

Binnen Oosterheem zijn alleen de zorgcoördinatoren actief in het opstellen en onderhouden van de zorgleefplannen (in de andere instellingen van Volckaert hebben verzorgenden hierin ook al (deel)taken toebedeeld gekregen). Daarmee blijft het systeem en de daarin opgeslagen informatie voorbehouden aan een kleine groep medewerkers.

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. Punt van aandacht is ook hier de periodieke controle; deze dient ook de opiatenvoorraad te omvatten.

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 Oosterheem.

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
- 3.3. 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.
- 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.
- 4.10. 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 Oosterheem zijn de volgende zaken waar genomen:

*Rondgang 16 februari 2017: afdelingen Middenpad en Lage Pad
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. In de gang staan stofzuigers op zo'n manier dat ze risico geven.



De balustrade op het balkon is relatief laag. Voor langere personen zit het 'kantelpunt' te laag. Dit is een onveilige situatie. Op een van de andere balkons in het gebouw is een verbetering (verhoging) gerealiseerd.

Ook hier staan (risicovolle) schoonmaakmiddelen voor het grijpen.

Op de schoonmaakwagens staan ook hier 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 voedingswijzer (bewaartermijnen voedingsmiddelen) is afwezig. 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 gemeten en geregistreerd.

Niet alle diepvriesproducten zijn gestickerd. Er staan voedingsmiddelen in de koelkast die niet zijn afgedekt (taart).

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.

In de voorraadkast staan 'vuile' spullen 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 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

Ook binnen Oosterheem controleert men sinds kort de zorgdossier middels de 'completeheidscheck'. Groene vinkjes zeggen in dit geval echter lang niet alles. Zo bleek de risico inventarisatie niet goed en/of onvolledig te zijn ingevuld terwijl dit in het systeem wel als 'goed' wordt aangegeven.

Opvallend binnen Oosterheem is dat alleen de zorgcoördinatoren betrokken zijn bij het opstellen en onderhouden van het zorgleefplan. Er vindt geen/weinig terugkoppeling plaats naar de andere medewerkers (in de andere instelling wordt deze groep wel ingeschakeld bij de zorgleefplannen); deze zijn dan ook niet geïnformeerd over de cliënt en werken voornamelijk vanuit het werkplan en meer nog vanuit de klassieke looplijst. In deze werkwijze wordt het zorgleefplan volgens de geïnterviewden een 'halfjaarlijkse activiteit' die vooral bedoeld is om aan de systeemnorm te voldoen.

Thema 4: Medicatieveiligheid

Voor de noodvoorraad / opiaten wordt de sleutelprocedure niet goed toegepast. Meerdere medewerkers hebben toegang tot de noodvoorraad. De noodvoorraad is netjes geordend. De registratie is op orde, ook de opiaten. De periodieke controle vindt wekelijks plaats.

Binnen een van de afdelingen ligt nog een grote stapel 'oude' medicatietoedienlijsten die nog ingescand dienen te worden.

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)
- Definitief format verbeterplan PDCA
- Maandrooster personele dienstplanning (2)
- ZLP controle Oosterheem
- Vaartpad Prisma analyse

Protocollen

- Sondevoeding, wat is het en wanneer wordt het gegeven

Locatie	Oosterheem						
Leiding							
Datum	16 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.	✓
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. Verbeterproces wordt in gang gezet. Aandachtvelders worden/zijn per afdeling aangesteld. Communicatiestructuur voor de aandachtfunctionarissen wordt aangepast (medicatiefouten). Het verbeterplan op dit aspect mag concreter opgesteld worden (doelen, tijdspad, verantwoordelijken, tijdspad, 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 meldingenc.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. 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 geeft aan zeer tevreden te zijn over de samenwerking met de organisatie, zowel op lokaal als op organisatieniveau (Volckaert). Men wordt goed geïnformeerd en ontvangt alle relevante informatie. De transparantie van de organisatie ervaart men als buitengewoon goed. Men heeft drie speerpunten (eigenaarschap, klanttevredenheidsonderzoek en medicijnbeheer). De zorg wordt positief ervaren, de bejegening minstens zo positief. Er wordt zorg op maat geboden. Jammer dat de animo om in de CR plaats te nemen gering is.	✓
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 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 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	Oosterheem						
Leiding							
Datum	16 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 slechts summier in het zorgdossier opgenomen. Als reden (dit wordt ook in de andere instellingen van Volckaert	✓
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 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 bij de geïnterviewden wel bekend echter zijn deze gegevens niet volledig terug te vinden in het zorgleefplan. De wijze waarop een en ander wordt vastgelegd kan duidelijk verbeterd worden (logica, ordening, structuur). Daarnaast werken de andere medewerkers nauwelijks met het zorgleefplan. Zij gaan uit van het werkplan en meer nog	✓
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.	✓
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			Het weegbeleid is onduidelijk. Metingen blijven soms erg lang achterwege.	✓
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. De R.I. wordt niet in alle gevallen halfjaarlijks, voorafgaand aan het MDO, geactualiseerd. 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. Ook worden op vastgestelde risico's niet altijd duidelijk acties en/of doelen geformuleerd.	✓
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. Oosterheem geeft er het meest duidelijk blijk van dat het methodisch werken nog niet beheerst wordt. Meer dan voldoende motivatie bij medewerkers, daar ligt het niet aan.	✓
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 gerapporteerd. Ook hiet blijkt dat het methodisch werken (PDCA cyclus) onvoldoende bekend is en medewerkers te weinig vaardig hierin zijn. De zorgcoördinatoren geven aan dat het rapporteren binnen het team een probleem is.	✓
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.	✓
<p>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.</p>							

Locatie	Oosterheem						
Leiding							
Datum	16 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. Gezien de beschrijving van de werkwijze met betrekking tot het zorgleefplan is dit voor de 'niet' zorgcoördinatoren niet het geval. De verwerking van de gegevens in het zorgleefplan is niet optimaal, zie blad 2, clientdossier	✓
3.3.b	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.		X			Medewerkers gaven zeer duidelijk aan met name op het gebied van het methodisch werken onvoldoende toegerust te zijn.	✓
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 niet 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. Medewerkers	✓
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			In de keuken zijn gevaarlijke stoffen binnen het bereik van bewoners. Ook op de schoonmaakwagens staan gevaarlijke schoonmaakmiddelen. De balustrade van een balkon is relatief laag en moeilijk onveilig. Op een andere plaats is de balustrade verhoogd.	✓

Locatie	Oosterheem						
Leiding							
Datum	16 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				Ook hier wordt een 'andere' medicatietoedienlijst (niet van de 'huisapotheker') gebruikt die niet voldoet aan het landelijk format. Dit werkt mogelijk verwarring in de hand. Deze lijst biedt ook geen ruimte voor de eventueel benodigde controleparaaf (dubbel aftekenen). De medicijnklapper is onvoldoende geordend en niet netjes.	✓
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 GDS ⁴ -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 retourbox is niet afgesloten. Op een afdeling zijn opiaten aanwezig in de opiatenkuis die voorheen op naam stonden maar nu aan de afdelingsvoorraad zijn toegevoegd. Ook zijn er opiaten aanwezig die niet geregistreerd zijn. Het is aan te bevelen de beheerstaak van de noodvoorraad bij één persoon te beleggen.	✓
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 medicijnkast/kar ziet 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			In de opiatenvoorraad van een afdeling bevindt zich een (voorheen) op naam gesteld medicament; dit is een onjuiste werkwijze. De medicatie had retour apotheek ontmoeten.	✓
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					✓
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	Oosterheem						
Leiding							
Datum	16 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 P.A. die is gesproken is pas recent in dienst getreden. Niet alle aspecten zijn hierdoor bevestigd kunnen worden.	✓
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		✓
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		✓

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.	✓