



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting De Bijzondere Onderneming,
locatie Litswente
in Rottevalle op 29 januari 2019

Utrecht, april 2019

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving locatie Litswente 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 6
2.4	Wat moet beter 6
2.5	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	Vervolgacties van de inspectie 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
4.3.1	Resultaten 14
4.4	Thema Medicatieveiligheid 16
4.4.1	Resultaten 16
Bijlage 1	Methode 17
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 19
Bijlage 3	Toetsingskader 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 29 januari 2019 een onaangekondigd bezoek aan Stichting De Bijzondere Onderneming (hierna: SDBO), locatie Litswente (Hierna: Litswente) in Rottevalle. Dit bezoek vond plaats in het kader van toezicht op kleine zorgaanbieders die de inspectie eerder heeft bezocht met het bezoekinstrument voor nieuwe zorgaanbieders. De inspectie doet onderzoek naar de kwaliteit van de zorgverlening en de verbeterkracht van kleine zorgaanbieders.

De inspecteurs toetsen of de uitvoering van de zorg voldoet aan voorgeschreven wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. De inspectie gebruikt een toetsingskader dat hierop is gebaseerd. Voor dit bezoek gebruikt de inspectie een vaste selectie normen uit het toetsingskader. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden om naast de vaste selectie ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit aan de hand van het volledige toetsingskader. In bijlage 3 van dit rapport staat het volledige toetsingskader. Daarbij is zichtbaar welke normen in de vaste selectie voor het toezicht op de kleine zorgaanbieders zitten.

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

De begrippen die de inspectie gebruikt in dit rapport, zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezocht SDBO op 30 maart 2016 in het kader van haar toezicht op nieuwe zorgaanbieders. De inspectie vroeg SDBO maatregelen te nemen om de randvoorwaarden verder op orde te brengen. In augustus 2016 bleek dat verbetermaatregelen genomen waren, maar dat verdere acties nog nodig waren, onder andere voor het kwaliteitssysteem, medezeggenschap, het veilig incident melden en het medicatiebeleid.

Met haar bezoek van 29 januari 2019 toetst de inspectie of SDBO voldoende verbetermaatregelen heeft genomen. Daarnaast beoordeelt de inspectie of de uitvoering van de zorg voldoet aan de normen voor goede en veilige zorg

1.2 Beschrijving locatie Litswente

Algemeen

Litswente is een nieuwe locatie die in 2015 in gebruik is genomen. De zorgvragers¹ van Litswente hebben een eigen huis met een eigen voordeur. De huizen van Litswente zijn met elkaar verbonden door een ruime binnentuin. De bestuurders wonen ook in deze locatie. Ook bevindt zich een dagbestedingsruimte op deze locatie, het Learhüs. De locatie heeft een ruime tuin die samen met de zorgvragers is ingericht en die door zorgvragers wordt onderhouden. De zorg wordt geboden op basis van scheiden wonen en zorg. De zorg wordt gefinancierd met PGB.

¹ In Litswente spreekt men over zorgvragers in plaats van over cliënten. De zorgvragers hebben bij het woord cliënten de associatie met een instelling en zij zien zichzelf niet als cliënt.

De bestuurder kenschetst Litswente als volgt:

‘Litswente is: Wonen in een huiselijke omgeving in je eigen appartement, vertrouwd en veilig; dat is het kenmerk van deze kleinschalige bijzondere woonvorm. Een woonplek waar je helemaal jezelf kunt zijn. Een plekje helemaal van jou, waarbinnen jij zelf bepaalt of je op bepaalde tijden bij de groep aansluit, of dat je zelfstandig woont, zorgt voor je huishouden, kookt en eet. Afstemmen daarover doe je met de begeleiders. Begeleiding is in Litswente 24 uur per dag aanwezig. Zo is er altijd hulp voor je als het even niet lukt’. De zorgvragers krijgen ondersteuning daar waar dat nodig is.

Zorgvragers

In locatie Litswente wonen negen zorgvragers. Eén zorgvrager woont niet in Litswente, maar krijgt wel de ondersteuning vanuit Litswente. Zes zorgvragers hebben een zorgzwaarte VG² 06 en drie zorgvragers hebben een zorgzwaarte VG 03. Enkele zorgvragers ontvangen dagbesteding in het Learhüs van Litswente. Andere zorgvragers hebben externe dagbesteding in de Houtskuorre of de Eeterij, andere dagbestedingslocaties van SDBO, in een zorgboerderij of bij een kinderspeelplaats.

Personeel

Aansturing van locatie Litswente vindt plaats door een coördinator. De eindverantwoordelijkheid ligt bij het dagelijks bestuur. Aan Litswente zijn negen zorgverleners (4,46 fte) verbonden waaronder vijf begeleiders³, een coördinator en een psychologisch assistent. Het kort en middel ziekteverzuim is nagenoeg 0 procent, het lang verzuim bijna 11 procent. In 2018 vertrokken twee zorgverleners. Twee nieuwe zorgverleners zijn in dienst gekomen. Een nieuwe zorgverlener is gekoppeld aan een zorgverlener die langer in dienst is. De zorgverleners zijn MBO- en HBO-opgeleid. Litswente heeft geen behandelaars in dienst. Behandelaars worden geconsulteerd op het moment dat dit nodig is. Zo kan een beroep worden gedaan op een GZ-psycholoog. Litswente heeft net afscheid genomen van een GZ-psycholoog en is in gesprek met een andere GZ-psycholoog. De GZ-psycholoog is nauw betrokken bij de intake van nieuwe zorgvragers en heeft incidenteel gesprekken met zorgvragers.

Ontwikkelingen

Voor Litswente loopt een aanvraag bij de gemeente voor uitbreiding van twee tijdelijke zorgplaatsen, boven de dagbestedingsruimte, van locatie Litswente.

² VG staat voor verstandelijk gehandicapt

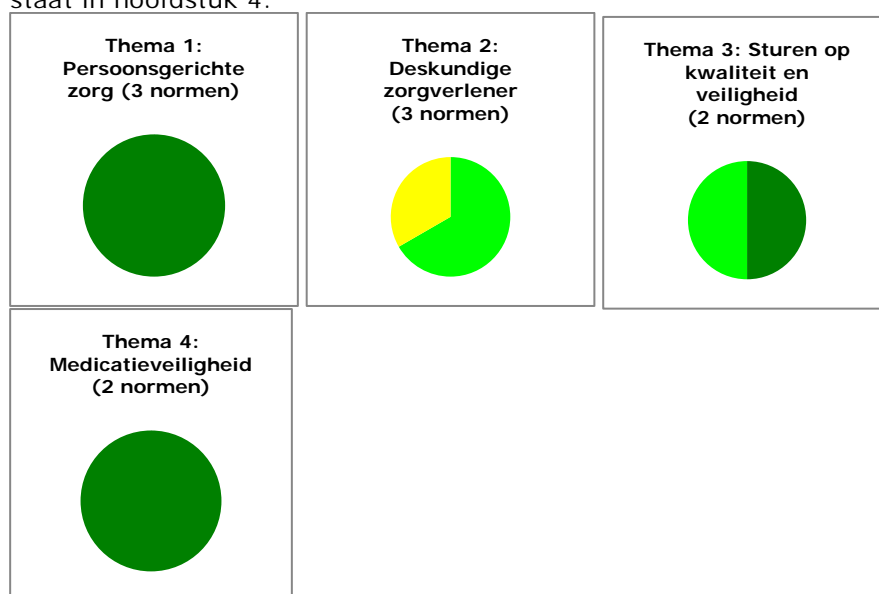
³ Vier begeleiders voor het wonen en één begeleider voor de dagbesteding.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in de taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over SDBO, locatie Litswente. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie Stichting De Bijzondere Onderneming beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



Legenda



2.2 Wat gaat goed

De zorgvragers van SDBO kunnen rekenen op persoonsgerichte zorg. De zorgverleners kennen de zorgvragers goed en geven hen zo veel als mogelijk de ruimte om hun eigen leven in te vullen. Het netwerk van de zorgvragers wordt daarbij actief betrokken. De zorgverleners zijn deskundig en zijn zich bewust van hun professionele verantwoordelijkheid en van het belang van een balans tussen afstand en nabijheid in hun relatie met de zorgvragers. De zorgverleners consulteren externe deskundigen als een zorgvraag van de zorgvrager daar aanleiding toe geeft.

2.3 Wat kan beter

Zorgverleners moeten de voor de uitvoering van de zorg relevante protocollen beter op hun netvlies krijgen. De toetsing op bekwaamheid van zorgverleners kan beter. De inspectie verwacht dat dit punt met de recent aangetrokken verpleegkundige snel zal verbeteren.

Tenslotte kan de rapportage op doelen beter, namelijk frequenter en meer uniform.

2.4 Wat moet beter

De risico's die een zorgvrager kan lopen moeten goed in beeld zijn bij de zorgverleners. Passende acties moeten volgen op de geconstateerde risico's zo dat de risico's voor de zorgvragers zo klein mogelijk zijn.

Het medicatieprotocol moet nog worden aangepast.

2.5 Conclusie bezoek

Tijdens het bezoek bleek dat SDBO de laatste twee jaar een grote professionaliseringsslag gemaakt heeft. Hierdoor is de zorg beter georganiseerd en dit helpt de zorgverleners om de zorgvragers nog beter te ondersteunen. Alle punten die na het bezoek in 2016 nog niet op orde waren zijn dat nu wel. Bij alle gesprekpartners zag de inspectie een bereidheid om de zorg verder te verbeteren. Hiernaast zijn de interne audits die SDBO uitvoert en het cliënttevredenheidsonderzoek dat jaarlijks wordt gehouden illustraties van de lerende organisatie die SDBO wil zijn.

Uit de reactie op het conceptrapport blijkt dat SDBO voortvarend aan de gang is gegaan met verbeteracties naar aanleiding van de terugkoppeling van het bezoek op de bezokedag. Dit geeft de inspectie voldoende vertrouwen op dit moment dat SDBO ook de komende jaren stappen zet om haar zorgvragers nog beter te begeleiden en te ondersteunen in het leiden van hun eigen leven.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Stichting De Bijzondere Onderneming verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij SDBO, locatie Litswente. Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op andere locaties. Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

Dit betekent dat de inspectie in 2019 SDBO niet opnieuw bezoekt. Als de inspectie signalen krijgt dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet op orde is, kan zij opnieuw op bezoek komen.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de normen, het oordeel en de bevindingen.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis:

Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.

Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

Blauw: De norm is **niet toetsbaar**.

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij⁴ zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente aan deze norm.

De zorgverleners kennen de zorgvrager. En de zorgvrager en zijn netwerk hebben inspraak op de zorgverlening.

Bij binnenkomst van een zorgvrager vindt eerst een intakegesprek tussen de zorgverlener en de zorgvrager plaats. In dit gesprek worden aan de hand van een intakeformulier gekeken welke behoeften en wensen de zorgvrager heeft. Dit gesprek leidt tot een concept zorgplan dat met de vertegenwoordiger van de zorgvrager wordt besproken. Tenslotte leest de coördinator het zorgplan waarna het wordt vastgesteld. Ieder half jaar heeft de zorgvrager met de zorgverlener een evaluatiegesprek. Een maand voor dit gesprek geeft de zorgverlener aan dat dit gesprek er aan komt zodat de zorgvrager over nieuwe wensen en behoeften na kan denken. Hiervoor is een standaardformulier opgesteld met vragen als "Wat vond je goed gaan" en "Kun je aangeven wat er verbeterd kan worden"?

4 Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

Iedere zorgvrager ondertekent zijn zorgplan. Dit is een bewuste keuze zegt de zorgverlener, omdat de zorgvrager eigenaar van zijn plan moet zijn. De eerste contactpersoon en de vertegenwoordiger van de zorgvrager tekenen het zorgplan ook.

Naast de half jaarlijkse evaluatie wordt eens per twee jaar ook het persoonlijk ondersteuningsplan (POP) geëvalueerd. De zorgvrager en zijn behoeften worden dan opnieuw in beeld gebracht om te kijken of de begeleiding nog bij de zorgvrager past. Voor één zorgvrager wordt de beeldvorming opnieuw gedaan. Een gedragskundige van een andere zorgaanbieder ondersteunt dit proces.

De bestuurder en de zorgverleners vertellen dat het familiesysteem voor SDBO belangrijk is om de zorgvrager zo goed als mogelijk te helpen. De zorgverleners werken samen met de zorgvrager en zijn netwerk aan ondersteuning van de zorgvrager. De vertegenwoordigers van de zorgvragers bevestigen dit en hebben positieve ervaringen op dit punt.

Tijdens de rondgang ziet de inspectie dat de binnentuin ook een opslagplaats is van de zorgvrager. Een zorgverlener zegt dat zij aan de spullen van de zorgvrager kan zien of het goed met de zorgvrager gaat. Als bijvoorbeeld een rubber boot in de binnentuin ligt is dat voor haar een teken dat de zorgvrager ergens mee zit en met haar wil spreken. De locatie ziet er schoon uit en heeft een ruime woonkamer die huiselijk is ingericht. In de woonkamer hangt een planbord waarop met foto's van de zorgverleners het rooster voor een week is ingevuld. Dat geeft duidelijkheid aan de zorgvragers.

Een zorgverlener vertelt dat zij haar uiterlijk en kleding heeft aangepast, omdat een zorgvrager haar erg leuk vond. Ze heeft deze zorgvrager hiermee, maar ook door hem te laten zien dat ze een partner duidelijk gemaakt dat zij alleen een professionele relatie met hem heeft.

De zorgverlener spreekt ook over een zorgvrager die net op de locatie woont. Zij kan aan zijn gedrag van de laatste tijd zien dat hij zich steeds meer thuis voelt. Deze ontwikkeling is voor haar reden om het begeleidingsplan van de zorgvrager aan te passen.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente aan deze norm.

Zorgvragers mogen het leven leiden dat zij belangrijk vinden en worden daarin op een passende wijze ondersteund.

Twee zorgvragers laten aan de inspectie hun woning zien. De woning hebben zij naar eigen smaak ingericht. Zo ziet de inspectie in de woning van een zorgvrager die een dochter heeft foto's van haar terug. Ook ziet de inspectie trofeeën van wedstrijden voor solexen waaraan de zorgvrager meedeed. In de kamer hangen ook houten slingers en een schilderij dat de zorgvrager op het Learhûs maakte. In de gang van zijn woning hangen aan de muren foto's van spreuken die de zorgvrager met sinaasappelpitten maakte. De zorgvrager zegt dat hij graag zijn woning zelf schoon houdt en eens per week komt een facilitair medewerker hem daarmee helpen.

Een zorgvrager vertelt dat hij het leven kan leiden dat hij belangrijk vindt. In zijn woning hangt een programma voor zijn dag. Hij zegt dat hij nu goed zonder dit programma zijn dag kan indelen. Het programma wordt binnenkort van de muur gehaald.

In de binnentuin van locatie Litswente ziet de inspectie dat de zorgvragers de ruimte mogen gebruiken om hun spullen neer te zetten.

In het Learhûs hoort de inspectie van twee zorgvragers dat zij werk doen dat zij leuk vinden. Een zorgvrager maakt een tekening, de andere zorgvrager is aan het figuurzagen. Een zorgvrager zegt dat hij, gelet op zijn leeftijd, niet altijd naar zijn werk hoeft te gaan en thuis mag blijven als hij dat wenst.

De zorgvragers koken een aantal dagen van de week. De bewoners kiezen met elkaar de weekmenu's en hebben elk een taak in het voorbereiden van de maaltijd. Koken gebeurt altijd onder toezicht van de kok. Sommige zorgvragers hebben geen hulp nodig bij het koken, bij andere zorgvragers is een zorgverlener die de zorgvrager helpt. De zorgvragers kunnen met elkaar eten in de woonkamer, maar mogen ook op hun eigen kamer eten.

Een zorgvrager vertelt dat hij naar zijn oma kan fietsen als hij dat wil. De vertegenwoordiger van deze zorgvrager zegt dat dit een voordeel is van het feit dat zijn verwant dichtbij woont. De zorgverleners willen dan wel weten waar hij naar toegaat. De zorgvrager vindt dit geen probleem. Een andere zorgvrager vindt het fijn om boodschappen te doen. De zorgvrager houdt van gezelschap en zegt het prettig te vinden als een zorgverlener met hem meegaat. Dit gebeurt dan ook.

De coördinator zorg vertelt dat de zorgverleners met ideeën komen, maar de zorgvragers deze ideeën laten uitwerken. Zo is er bijvoorbeeld een tuin waar de zorgvragers in werken. Wat er in de tuin komt mogen de zorgvragers zelf bepalen.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente aan deze norm.

De zorgverleners gaan op een respectvolle wijze om met de zorgvragers en bieden nabijheid wanneer nodig.

De coördinator zorg vertelt dat binnen SDBO zorgverleners en andere medewerkers bewust spreken over zorgvragers. Ze vinden de term cliënt te instellingsgericht en het vergroot de afstand tussen de zorgverleners en zorgvragers. De zorgvragers vinden het fijn dat ze zo genoemd worden. Zij zien zich niet als cliënten en vinden deze term ook niet bij hen passen. De inspectie hoort gedurende het bezoek alle gesprekpartners consequent het woord zorgvragers gebruiken.

Tijdens het gesprek in het Learhûs maken de zorgvrager en de zorgverlener onderling grapjes. Ze vinden het leuk elkaar te plagen, bijvoorbeeld door stiekem extra suiker in de koffie te doen. Ze vertellen ook dat ze goed weten wanneer op te houden met de grapjes. De inspectie ziet dat de zorgvrager veel plezier beleeft aan zijn samenwerking met de zorgverlener.

Een zorgvrager vertelt over zijn dagelijkse gesprekjes aan het einde van de dag met een zorgverlener. Hij vindt deze gesprekken belangrijk en het geeft hem een veilig gevoel.

De zorgvragers hebben iedere maand bewonersoverleg. In dit overleg bespreken de zorgvragers wat ze anders willen op locatie Litswente. Het bewonersoverleg heeft onlangs regels opgesteld over hoe met elkaar om te gaan. Zo zijn regels elkaar in de waarde laten en elkaar helpen. Ongewenst is roddelen of schelden. De zorgverlener vertelt dat het een bewuste keus is geweest om de zorgvragers te vragen om deze omgangsregels te maken. Op deze manier zijn de regels van hen en niet van de zorgverleners.

4.2 **Thema Deskundige zorgverlener**

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1 *Resultaten*

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente **grotendeels niet** aan de norm.

Risico's die zorgvragers kunnen lopen zijn in beeld, maar dit moet op een gestructureerde manier zodat alle risico's in beeld zijn en passende actie genomen kan worden.

De inspectie ziet in het elektronisch cliëntdossier (ONS) niet terug dat risico's voor de zorgvrager expliciet worden gemaakt. Van de bestuurder en de zorgverlener hoort de inspectie terug dat SDBO nog geen risico- inventarisatie voor zorgvragers maakt. Hierdoor is niet volledig in beeld welke risico's de zorgvrager mogelijk kan lopen en welke acties genomen kunnen worden om risico's zoveel als mogelijk te beperken. In een persoonlijk ondersteuningsplan van een zorgvrager ziet de inspectie soms wel risico's terug. Ook worden suikercontrolelijsten bijgehouden voor twee zorgvragers met diabetes. In de reactie op feitelijke onjuistheden merkt de bestuurder op dat verschillende verbeteracties zijn uitgezet om risico's van zorgvragers in kaart te brengen. Zo is de bestuurder in overleg met de leverancier van het elektronisch cliëntdossier voor een risico-registratie module.

De inspectie hoort in de gesprekken terug dat de zorgverleners mogelijke risico's bij de zorgvragers wel in beeld hebben, zoals diabetes. Een vertegenwoordiger vertelt dat de zorgverleners goed weten dat haar verwant gevoelig is voor invloeden van buiten. Zo kan hij bijvoorbeeld worden gevraagd om drank en sigaretten te kopen voor minderjarigen, omdat hij 'er graag bij wil horen.'

De bestuurder vertelt dat vrijheidsbeperking op locatie Litswente niet voorkomt. Een paar jaar terug was er mogelijk sprake van dat de kamer van een zorgvrager op slot moest vanwege zijn dwaalgedrag. De coördinator zorg vertelt dat door een paar eenvoudige ingrepen (zoals de herinrichting van de kamer van de zorgvrager) en ook door gewenning van de zorgvrager aan zijn nieuwe locatie de zorgvrager nu rust heeft en dat dit dwaalgedrag niet meer voorkomt.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente **grotendeels** aan deze norm.

De zorgverleners werken op een methodische wijze, maar het rapporteren op de doelen kan beter.

De zorgverlener maakt samen met de zorgvrager doelen (zie ook norm 1.2). De zorgverleners rapporteren op de doelen en maken ook dagelijks een algemene rapportage. De zorgverlener en de zorgvrager evalueren ieder half jaar het persoonlijk plan. Ze kijken dan of de doelen zijn gehaald en of er nieuwe doelen zijn. Ook de vertegenwoordiger van de zorgvrager wordt hierbij betrokken. Dit wordt bevestigd door de vertegenwoordigers van de zorgvragers. De zorgverlener zegt dat zij voor de evaluatie kijkt naar de rapportage van het voorliggende half jaar en met de zorgvrager over zijn doelen praat. Waar nodig passen ze de doelen aan en stellen nieuwe doelen op.

De inspectie leest in zorgplan terug dat de zorgvrager als doel heeft zijn medicatie zelf in te nemen. De inspectie ziet dat de zorgverleners in de algemene dagelijkse rapportage rapporteren op dit doel en incidenteel bij dit doel zelf. Ook is de voortgang van dit doel in het persoonlijk plan niet bijgewerkt.

Sinds kort maken de zorgverleners in ONS samen met de zorgvragers een evaluatieverslag (zie norm 2.1). De inspectie ziet dit verslag in ONS terug.

Voor alle overleggen is een jaarplanning gemaakt die wordt gevolgd. Voorbeelden hiervan zijn een planning voor de cliëntbesprekingen, de persoonlijk planbesprekingen en de teamoverleggen.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente **grotendeels** aan deze norm.

Er zijn voldoende en deskundige zorgverleners. De toetsing van bekwaamheid verdient verdere aandacht.

In de ochtend helpt een zorgverlener de zorgvragers vanaf 07:00 uur met het opstaan. Deze zorgverlener blijft tot 14:30 uur de woning. Zij kan de zorgvragers opvangen die thuis willen blijven of naar huis komen. Daarnaast wordt de tijd gebruikt om met zorgvragers naar bijvoorbeeld de huisarts te gaan. Om 14:30 uur komt een andere zorgverlener.

Deze zorgverlener vangt de zorgvragers op, neemt de dag met hen door, helpt bij het koken en onderneemt activiteiten met de zorgvragers, zoals spelletjes doen. De zorgverleners zeggen dat de bezetting goed aansluit bij de behoeften en zorgvragen van de zorgvragers. Wat helpt is dat veel momenten voor de zorgvragers gepland zijn op vaste tijden. In de nacht is op de locatie een slaapwacht aanwezig.

Sinds kort zijn er twee nieuwe zorgverleners op Litswente. De zorgverleners die al langer op Litswente werken deze zorgverleners drie maanden in. Ze vertellen dan hun nieuwe collega's wie de cliënten zijn en welke afspraken er zijn (zo moet medicatie altijd op het zelfde tijdstip geven worden). Daarbij is de keuze gemaakt dat de zorgvragers de bekende zorgverleners als eerste aanspreekpunt hebben.

De bestuurder vertelt dat SDBO bewust gebruik maakt van flexibele contracten zodat ze kunnen ingrijpen als een zorgverlener niet goed bij de zorgvragers past.

Een zorgverlener vertelt dat zij bij haar indiensttreding de zorgvragers veel observeerde om hen te leren kennen. Ook speelde zij met de zorgvragers in de avond spelletjes. Door de informele sfeer spraken de zorgvragers makkelijker over zich zelf.

De coördinator zorg vertelt dat zij de nieuwe zorgverleners wegwijs maakte in het medicatiebeleid van SDBO. Zij deed dit op een praktische manier waarbij ze liet zien hoe medicatie werd uitgezet en ze vertelde daarbij welke medicatie een zorgvrager krijgt en wat de werking van de medicatie is. De coördinator zorg deed dit, omdat de verpleegkundige die voorheen de bekwaamheid van de zorgverleners toetste, onlangs vertrokken is. De bestuurder zegt dat hij gaat kijken naar andere mogelijkheden om de bekwaamheid van de zorgverleners op dit onderwerp te toetsen. In de reactie op feitelijke onjuistheden merkt de bestuurder op dat per 1 maart 2019 een verpleegkundige in dienst is gekomen van SDBO.

Een zorgverlener vertelt dat zij een vervolgopleiding wil gaan volgen om zich verder te bekwamen in de begeleiding van de zorgvragers. SDBO geeft de zorgverlener ruimte en faciliteiten om deze scholing te volgen. De zorgverlener zegt ook dat de mogelijkheden tot scholing aan de orde komen in de jaarlijkse evaluatiegesprekken met de coördinator zorg.

De bestuurder vertelt dat de zorgverleners in de komende teamoverleggen scholing krijgen van deskundigen. Eén van de onderwerpen, zo leest de inspectie terug in de planning van deze overleggen, is diabetes. Een verpleegkundige verzorgt de bijscholing. SDBO heeft geen apart scholingsplan, maar biedt scholing aan op maat wanneer daarvoor noodzaak is en/of zorgverleners daarom vragen. Alle zorgverleners zijn BHV geschoold.

De zorgverlener zegt dat zij en haar collega's tijdens de teamoverleggen ook kijken naar de manier waarop zij zorg verlenen. Zij vertelt dat er een aanspreekcultuur is waarbij feedback goed gegeven en ontvangen wordt. De zorgverlener vindt dit normaal, "Het draait om de zorgvrager, niet om mij".

In de zes wekelijkse teamoverleggen, waarbij alle zorgverleners aanwezig zijn, komen alle zorgvragers aan de orde, maar iedere keer worden twee zorgvragers uitgebreid besproken. De zorgverleners laten dit overleg gelijk vallen met de halfjaarlijkse evaluatie van deze zorgvragers.

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners terug dat de zorgverleners externe expertise inschakelen wanneer dat voor de zorgvrager nodig is. Zo is bij een zorgvrager een psychiater en een logopedist betrokken om te onderzoeken wat zijn taalbegrip is en hoe de zorgvrager het beste begeleid kan worden als hij dingen niet begrijpt. Zo werd voor deze zorgvrager duidelijk dat zijn taalbegrip niet optimaal is en hij daarom zaken niet begreep. Dit leidde tot spanning bij de zorgvrager. De zorgverlener zegt dat zij nu bij de zorgvrager eerst goed nagaat of de zorgvrager de informatie goed begrijpt. Zij vertelt dat de zorgvrager hier rustiger van wordt en zich meer gerespecteerd voelt.

Naar aanleiding van een incident vraagt de inspectie of de zorgverlener de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling kent. Zij kent deze code niet. De code zit wel in het kwaliteitshandboek van SDBO. De bestuurder zegt dat hij kijkt naar manieren om de protocollen toegankelijker voor de zorgverleners te maken, bijvoorbeeld door te werken met App's.

In 2018 is de gedragsdeskundige vertrokken die lang bij Litswente betrokken was. SDBO is nu bezig met het werven van een nieuwe gedragsdeskundige en kijkt welke met de beoogde kandidaat wat het takenpakket moet zijn. In de reactie op feitelijke onjuistheden schrijft de bestuurder dat het gesprek met de kandidaat een positieve uitkomst had.

De bestuurder en de zorgverlener vertellen dat de contacten met de huisarts en de apotheek goed zijn.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze goed houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

4.3.1 Resultaten

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente **grotendeels** aan deze norm.

De zorgaanbieder stuurt op het beter maken van de zorgverlening. Het protocol medicatieveiligheid moet aangepast worden.

Een zorgverlener vertelt dat zij bij incidenten een melding maakt in het dossier van de zorgvrager in ONS. De bestuurder ziet iedere melding en tijdens het overleg van het dagelijks bestuur komen de ernstige meldingen aan de orde. Het dagelijks bestuur bespreekt dan wat er is gebeurd en welke actie gewenst is. De zorgverlener zegt dat de meldingen ook in het teamoverleg besproken worden. Ook de zorgverleners kijken welke actie nodig is.

De bestuurder vertelt dat Stichting De Bijzondere Onderneming in 2017 een professionaliseringslag is gestart. Speerpunten waren; het verdelen van verantwoordelijkheden, de overlegstructuur en het rapportagesysteem. De bestuurder geeft aan dat veel bereikt is.

De inspectie toetst of SDBO voldoet aan de verbeterpunten die de organisatie naar aanleiding van het bezoek uit 2016 moest doorvoeren.

SDBO voldeed in augustus 2016⁵ nog niet aan de volgende normen:

- Kwaliteitssysteem
- Medezeggenschap
- Veilig incident melden
- Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen
- Medicatiebeleid

SDBO voldoet aan alle verbeterpunten. Hieronder volgt de toelichting.

Uit het kwaliteitshandboek blijkt dat de protocollen voor veilig incident melden en medezeggenschap in orde zijn. Deze protocollen zijn medio 2018 aangepast. Het protocol medicatiebeleid (uit 2016) is nog niet aangepast op het punt van het bewaren van medicatie. Tijdens de controle van de medicijnkast ziet de inspectie dat er geen openingsdatum op een tube zelf staat. De insuline in de koelkast wordt wel onder de juiste condities bewaard. Beleid voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is niet van toepassing (zie norm 2.1).

Sinds 2017 heeft SDBO een cliëntenraad. Deze raad bestaat uit twee ouders van zorgvragers van locatie Litswente. Tot voor kort had de cliëntenraad een externe voorzitter. De bestuurder wil graag nu een vertegenwoordiger van een zorgvrager van een andere locatie van SDBO in de cliëntenraad. De bestuurder vertelt dat de cliëntenraad een volwaardige gesprekspartner is. Dat blijkt ook uit het gegeven dat de cliëntenraad de stukken voor het overleg van de bestuurder met de raad van toezicht krijgt. De bestuurder vertelt dat de cliëntenraad onlangs aangaf dat er verloop was bij de zorgverleners. De bestuurder legde de cliëntenraad uit waarom dat verloop er was (zie norm 2.5) en dat de afspraak gemaakt is dat de zorgvragers vaste en vertrouwde zorgverleners als eerste aanspreekpunt hebben. De vertegenwoordiger die de inspectie sprak (tevens lid van de cliëntenraad) bevestigde dat dit punt besproken is tijdens een vergadering van de cliëntenraad met de bestuurder. Deze vertegenwoordiger voegde hier aan toe dat continuïteit van de medewerkers belangrijk is voor de zorgvragers. Daarnaast vertelde deze vertegenwoordiger dat de cliëntenraad zich inspant om meer zichtbaar te worden. Zo vergaderde de cliëntenraad in alle vestigingen van SDBO en woonde de cliëntenraad een bewonersvergadering bij.

SDBO maakt gebruik van interne audits. In het kwaliteitshandboek zit een protocol hiervoor. In 2017 en 2018 waren er interne audits. Onderwerpen kunnen door zorgverleners worden ingebracht tijdens het groot overleg dat eens per kwartaal plaatsvindt. In de audit van 2018 keken de auditors of de persoonlijk ondersteuningsplannen actueel en geëvalueerd waren. Dit bleek nog niet het geval. Als verbeteractie is strakkere sturing op de zorgplannen gekomen. In het teamoverleg is dit nu een punt dat frequent terugkomt.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente aan deze norm.

Bij de zorgaanbieder is een cultuur gericht op leren en verbeteren.

⁵ Vastgesteld follow-up rapport naar aanleiding van eerste bezoek 30 maart 2016 opgesteld in augustus 2016.

De zorgverleners hebben allemaal een kaart voor het kwaliteitswerken. Op deze kaart staan de W-vragen, zoals wat willen we bereiken, wie is er bij betrokken en waarom willen we dit bereiken.

Een vertegenwoordiger vertelt dat in Litswente een open bespreekcultuur aanwezig is. Deze open cultuur geldt, volgens deze vertegenwoordiger, ook voor het verbeteren. Een andere vertegenwoordiger vertelt dat de cliëntenraad niet wordt geïnformeerd over leerpunten naar aanleiding van meldingen incidenten.

In ONS zit een cliënttevredenheidsonderzoek met zeven vragen over andere of er naar de zorgvrager wordt geluisterd, of de zorgvrager tevreden is over de begeleiders en de begeleiding en bijvoorbeeld over wat de zorgvrager wel of niet leuk vindt. Deze vragen worden elk jaar met de zorgvrager besproken in het kader van de evaluatie van het persoonlijk ondersteuningsplan. De uitkomsten van deze vragenlijst gebruikt SDBO om de zorg (verder) te verbeteren.

Sinds 2017 is SDBO lid van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). SDBO stelde een eerste kwaliteitsrapport op waaruit blijkt dat SDBO een lerende organisatie is. Het rapport bevat informatie over cliënttevredenheid, interne audits, het verbeterwiel en teamreflectie, onderwerpen die in dit rapport ook aan de orde komen en waaruit blijkt dat SDBO openstaat voor feedback en voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

4.4 **Thema Medicatieveiligheid**

Voor een goede medicatieveiligheid moet een zorgaanbieder een geneesmiddelendistributiebeleid hebben geborgd. De zorgaanbieder heeft daarmee duidelijke afspraken over verstrekken en bewaren van medicatie. De inspectie kijkt bij haar onderzoek of zorgverleners medicatie verstrekken aan de hand van actuele medicatieoverzichten. Ook kijkt de inspectie of zorgverleners na het verstrekken van de medicatie, aftekenen op lijsten die de apotheek aanlevert.

4.4.1 *Resultaten*

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatie overzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente aan deze norm.

De inspectie ziet in de medicatieklapper actuele medicatieoverzichten en actuele toedienlijsten. De zorgverlener vertelt dat, als de medicatie van een zorgvrager verandert, de apotheker binnen 24 uur nieuwe medicatie toedienlijsten levert. De zorgverlener zegt dat de contacten met de apotheker goed zijn en medicatie bij veranderingen snel geleverd wordt.

Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Litswente aan deze norm.

De inspectie ziet dat de medicatie gegeven op de dag van het bezoek en van voorliggende dagen door de zorgverleners is geparafeerd.

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft volgens de geldende wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door SDBO geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met de bestuurders en coördinator zorg;
- Gesprekken met twee cliëntvertegenwoordigers;
- Telefoongesprek met de gedragsdeskundige;
- Gesprek twee uitvoerend zorgverleners;
- Inzage twee cliëntdossiers;
- Documenten genoemd in bijlage 2;
- Rondgang door locatie Litswente en het Learhûs.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. De inspecteurs passen zich zo veel mogelijk aan het ritme van de dag op de locatie aan. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs zo mogelijk met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats zodat de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Verder zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdeling(en) of in de woning(en) aanwezig. In verschillende huiskamers/in de huiskamer observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Hiervoor gebruiken zij de observatiemethode SOFI (zie de uitleg hieronder). Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is.

De inspecteurs voeren door de dag heen, waar mogelijk, gesprekken met managers, zorgverleners, cliënten, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Zij zien ook cliëntdossiers en documenten in.

De inspecteurs kunnen overlegvormen zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtmoment bijwonen.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie maakt gebruik van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgverlener de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Praten zorgverleners met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford.

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

De inspectie heeft de met * gemarkeerde documenten opgenomen in haar archief. De overige documenten vernietigt de inspectie na vaststelling van het rapport.

- Locatiebeschrijving;
- Overzicht van de zorgprofielen van de cliënten van de bezochte locatie;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars van de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim van de bezochte locatie (01/18 t/m 01/19);
- Protocol Veilig Incidenten Melden (juli 2018);
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder.

Bijlage 3 Toetsingskader

Het toetsingskader van de inspectie bestaat uit diverse modules met elk een thema. Elke module (of thema) is onderverdeeld in een aantal normen. In deze bijlage vindt u de basismodules die de inspectie gebruikt bij haar bezoeken. Voor het toezicht op kleine zorgaanbieders maakt de inspectie gebruik van een vaste selectie normen uit deze basismodules. De normen van deze vaste selectie zijn in onderstaande modules vetgedrukt. Als de inspecteurs het nodig vinden, kunnen zij ook de andere thema's of delen van thema's onderzoeken.

Thema Persoonsgerichte Zorg		
<p>Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij⁶ zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.</p>		
Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>1.1 Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Wlz artikel 8.1.17 - Wlz besluit, artikel 6.1.1 - Kwaliteitskader V&V (2017), p 11 en 34 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 30 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 5-7, 9-10 	<p>De inspectie kijkt hoe de zorgaanbieder de cliënt betreft bij de manier waarop de zorg wordt gegeven. Bijvoorbeeld door te kijken of de afspraken samen met de cliënt en zijn vertegenwoordigers worden gemaakt. Mag een cliënt of zijn vertegenwoordiger bij een overleg aanwezig zijn waar de zorg van de cliënt wordt besproken? Hoe gaan de zorgverleners om met de wensen die de cliënt heeft?</p>
<p>1.2 Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2, artikel 3 jo 6 - WLZ artikel 3.2.1 en 8.1.1 - Kwaliteitskader V&V (2017), p 11 en 34 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 28 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 5-7, 12-13 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de cliënt écht kennen. Kennen ze zijn levensgeschiedenis en zijn gedrag? Weten ze waar hij blij van wordt, wat hij plezierig vindt en wat hij niet prettig vindt? Zorgverleners kennen de voorkeuren van de cliënt en houden daar rekening mee: bijvoorbeeld bij wat de cliënt graag eet, drinkt, hoe hij haar dag invult, bedtijd, sociale contacten, seksualiteit, ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid, geestelijke verzorging. Ook weten ze hoe de cliënt lichamelijk verzorgd wil worden. Wil hij wekelijks douchen of dagelijks? Kan hij de kleding dragen die hij zelf uitkiest?</p> <p>Maar ook kan de cliënt zijn kamer inrichten zoals hij dat zelf wil en past dat bij de zorgvraag die de cliënt heeft.</p> <p>Daarnaast hebben de zorgverleners aandacht voor de levensvragen die de cliënt bezighouden, zoals eenzaamheid, depressie, rouw en invulling laatste levensfase.</p>

⁶ Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

⁷ Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Dit geldt voor het hele document. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

<p>1.3 Cliënten voeren binnen hun mogelijkheden zelf regie over hun leven en welbevinden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017), p 11 en 34 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 29 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 7-13 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners weten wat de cliënt zelf kan en of hij hem deze dingen ook zelf laten doen. Weten de zorgverleners wat de cliënt wil? Ondersteunen de zorgverleners de cliënt alleen als het nodig is of als hij er om vraagt? Geven de zorgverleners de cliënt voldoende keuzemogelijkheden voor bijvoorbeeld de dagbesteding? Hoe worden veiligheidsrisico's in relatie tot de keuze van cliënten afgewogen tegen kwaliteit van leven? Bijvoorbeeld als een cliënt graag wil meehelpen met eten koken of naar buiten wil; is dat dan mogelijk? Heeft de cliënt zoveel mogelijk vrijheid? Is er aandacht voor wat de cliënt wil in zijn laatste levensfase?</p>
<p>1.4 Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017), p 11 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 30 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 4 en7 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de normen en waarden van de cliënt kennen en toepassen. Bejegenen ze bijvoorbeeld de cliënt zoals hij dat graag heeft? Spreken ze iemand aan zoals hij dit graag wil? Wordt de cliënt gezien en gehoord, ook als hij een stiller/rustiger karakter heeft? Draagt dit alles bij aan de kwaliteit van het leven van de cliënt?</p>
<p>1.5 Zorgverleners ondersteunen cliënten om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden (officiële norm GZ, stimulerende norm V&V).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 29 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 5-7 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de cliënt ondersteunen om de relatie met zijn familie en vriendschappen te onderhouden of nieuwe vriendschappen te sluiten. Kennen de zorgverleners het informele netwerk en de familie van de cliënt? En weten de zorgverleners wat de behoefte is van de cliënt? Geven zorgverleners naasten gelegenheid om mee te helpen in de zorg als de cliënt en de naasten dit willen?</p>

Thema Deskundige Zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel. De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. Zorgverleners kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zij in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>2.1 Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, V&VN, p 37 - Kwaliteitskader V&V 2017, p 13 - GZ: Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013, p 16 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 27 en 28 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 7, 12-13 	<p>De inspectie kijkt hoe zorgverleners als professional beoordelen welke zorg iemand nodig heeft. Daarnaast kijkt de inspectie hoe zorgverleners afwegingen maken tussen de eigen regie van de cliënt en mogelijke risico's die daarmee samengaan. Worden de wensen en behoeften en de regie van de cliënt hierin goed meegewogen? Worden risico's goed in beeld gebracht? En worden deze goed afgewogen? Ook kijkt de inspectie bijvoorbeeld hoe de zorgaanbieder ervoor zorgt dat iedere zorgverlener op de hoogte is van deze risico's. Een belangrijk aandachtspunt voor de inspectie is hoe de keuze wordt gemaakt om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten. Hoe wordt dit overlegd met de cliënt of met zijn naasten? En hoe, wanneer en hoe vaak worden deze keuzes gemaakt, geëvalueerd en aangepast? Daarnaast let de inspectie erop of de zorg die is afgesproken op het juiste moment wordt gegeven en past bij de behoefte van de cliënt op dat moment.</p>
<p>2.2 Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Wlz besluit, artikel 6.1.1 - Richtlijn verpleegkundige en verzorgende vastlegging, V&VN, p 5-6 - Kwaliteitskader V&V 2017, p 34 - GZ: Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013, p 10 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 30 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 5-7, 12-13 	<p>De inspectie kijkt of zorgverleners methodisch werken. Daarnaast kijkt de inspectie onder meer of het cliëntdossier en het zorgleefplan is gemaakt volgens de regels die de zorgsector zelf heeft afgesproken</p>

<p>2.3 De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Vanuit de reflectie kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2, artikel 3 en 7, lid 1 - Kwaliteitskader V&V p 10, 12, 19 en 26 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013), p 16 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 16-17 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners tijd en ruimte krijgen om regelmatig te kunnen stilstaan bij de kwaliteit van de zorg die zij geven. Wat is de kwaliteit van de geleverde zorg? Is de zorg persoonsgericht of kan dat volgens de zorgverlener nog beter? Daarnaast is een belangrijk punt voor de inspectie: een veilig werkklimaat. De inspectie kijkt onder andere of de zorgverleners zich voldoende veilig voelen om open terug te kijken op de manier waarop ze zorg leveren.</p>
<p>2.4. Zorgverleners houden relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Wet BIG - Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (2015) p 7 - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) p 16 - Kwaliteitskader V&V (2017) p 12- 14 - Competentieprofielen VGN - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007) - Competentieprofiel AVG (2016) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 9, 14-15 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners naar bijscholingscursussen, klinische lessen en congressen gaan. Ook kijkt de inspectie of de zorgverleners weten waar de grenzen van hun kennis en kunde liggen en welke scholing daarbij past. Zijn ze op de hoogte van ontwikkelingen binnen hun eigen vakgebied? Lezen zorgverleners vaktijdschriften? Wordt kennis uitgewisseld tussen bijvoorbeeld de arts, verpleegkundige, verzorgende en psycholoog?</p>
<p>2.5 De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2 lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017), p 23-26 - Nadere duiding Kwaliteitskader verpleeghuiszorg , Hoofdstuk 6 Personeelssamenstelling (ZINL feb 2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 30-31 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 5-7, 9-10 	<p>De inspectie kijkt of de zorgaanbieder voldoende deskundige zorgverleners inzet voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Is de deskundigheid afgestemd op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten en hun zorgbehoefte op dat moment? Ook kijkt de inspectie of er voldoende deskundige zorgverleners aanwezig zijn tijdens bijvoorbeeld intensieve zorgmomenten, bij de nachtzorg of bij acute zorgvragen. Wat vindt de zorgaanbieder zelf dat er nodig is? Worden cliënten en zorgverleners hierin gehoord? Hoe organiseert de zorgaanbieder dit? Hoe zorgt de zorgaanbieder ervoor dat de zorgverleners goed geschoold zijn én blijven? Binnen de verpleegzorg: nemen zorgverleners deel aan leernetwerken?</p>
<p>2.6 Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, p 7 - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) - Competentieprofielen VGN - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007) - Competentieprofiel AVG (2016) 	<p>De inspectie kijkt of de protocollen, richtlijnen en handreikingen die nodig zijn voor de zorgverlening, actueel, makkelijk te vinden en bekend zijn bij de zorgverleners. Zorgverleners handelen volgens protocol en weten wanneer ze daarvan af kunnen wijken. De zorgaanbieder weet of de zorgverleners daadwerkelijk volgens protocol werken.</p>

<p>2.7 Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners duidelijke afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, p 8 en 12 - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) p 20- Kwaliteitskader V&V (2017); p 26, 33-34 - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007)- Competentieprofiel AVG (2016)- Competentieprofielen VGN- Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 31- Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 7	<p>De inspectie kijkt of de cliënt wordt verzorgd door zorgverleners met de juiste kennis en vaardigheden. Schakelen de zorgverleners op tijd specifieke deskundigheid in? Bijvoorbeeld als zorgverleners gedrag van een cliënt niet goed begrijpen, maken ze dan in een multidisciplinair team afspraken t welke zorg passend is? Wie stelt de doelen op, houdt afspraken bij en wordt dit bijgehouden in het dossier?</p> <p>De inspectie kijkt ook op welke momenten en op welke wijze deze multidisciplinaire samenwerking plaatsvindt.</p>
---	--	---

Thema Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		
<p>Goede zorg en deze op niveau houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.</p>		
Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>3.1 De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo 3 - WLZ artikel 8.1.1¹ - Kwaliteitskader V&V (2017) p 22 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 10-12 en 30 <li style="padding-left: 40px;">Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 9, 12-13 	<p>De inspectie kijkt of de zorgaanbieder in een visie en missie heeft vastgelegd hoe de zorgverleners omgaan met de cliënten en hoe ze worden verzorgd en behandeld. De kwaliteit van leven van cliënten moet uitgangspunt zijn bij deze missie en visie. Ook is vastgelegd hoe de veiligheid van de cliënten is geborgd. De zorgaanbieder toetst regelmatig of zorgverleners op deze manier werken. In de visie en missie staat bijvoorbeeld ook hoe de zorgaanbieder omgaat met veiligheid en huisregels. Maar ook kan hierin staan hoeveel 'regelruimte' de zorgverleners hebben. De inspectie kijkt onder meer of de cliënten en de zorgverleners betrokken zijn geweest bij het maken van de missie en visie.</p>
<p>3.2 De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2, 7, 9, 13 jo 17 - Kwaliteitskader V&V (2017) p 9 -12 en 20 , kader is gericht op leren en verbeteren - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 30 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p 9, 18-19 	<p>De inspectie kijkt of de zorgaanbieder een duidelijke 'kwaliteitsfoto' heeft van de organisatie. Heeft de zorgaanbieder een voldoende en actueel beeld wat wel en wat niet goed gaat in de dagelijkse zorg voor cliënten? Werkt de zorgaanbieder met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden? De inspectie kijkt verder hoe de zorgaanbieder omgaat met (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten. Durven zorgverleners erover te praten als de zorg anders loopt dan verwacht? Ondersteunt de zorgaanbieder de zorgverleners zodat ze kunnen leren van (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten? Is er een klachtenregeling en worden er maatregelen genomen naar aanleiding van de behandeling van klachten? Analyseert de zorgaanbieder (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten goed? Deze analyse maakt de zorgaanbieder om te bepalen of er verbeteringen mogelijk zijn. Dit kan de individuele cliënt betreffen, maar ook kunnen op afdelingsniveau verbetermaatregelen nodig zijn.</p>
<p>3.3 De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 - Beleidskader 'Goede zorg vraagt om goed bestuur' p 8 - Kwaliteitskader V&V (2017) p 22 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) p 25 - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022, p (9?) 10-11, 16-17 	<p>De inspectie kijkt of bij de zorgaanbieder en bij het team van zorgverleners een cultuur is, die gericht is op continu leren en verbeteren. Maar ook of zorgverleners elkaar durven aan te spreken als iets niet goed gaat. Hebben de leidinggevenden een open houding waardoor zorgverleners ruimte voelen informatie te delen? En leert de organisatie ook van andere organisaties in bijvoorbeeld een lerend netwerk?</p>

Thema Medicatieveiligheid

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

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

Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>4.1 De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde zorg beschreven.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012. Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, 2011.</p>	<p>De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen. In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.</p>
<p>4.2 De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De gemaakt afspraken over het beheer liggen vast in het cliëntdossier.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012. Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, 2011.</p>	<p>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. De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier. De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.</p>
<p>4.3 Zorgverleners beschikken over een actueel medicatie overzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012. Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, 2011. Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten, 2008.</p>	<p>Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten 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. Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.</p>

<p>4.4 Bij medicatiewijzigingen passen zorgverleners de GDS8-medicatie niet aan.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012, stap 2: Ter hand stellen.</p> <p>Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg, 2011.</p>	<p>De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem heeft uitgezet.</p>
<p>4.5 Zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012.</p> <p>Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg, 2011.</p> <p>RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012, onderdeel 6.2.</p> <p>Hygiënerichtlijnen voor de zorg van mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap, 2010.</p> <p>Handleiding werkvoorraad geneesmiddelen, 2011.</p>	<p>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.</p> <p>De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.</p> <p>Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.</p>
<p>4.6 De zorgaanbieder registreert de (werk) voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid hiervan.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012.</p> <p>Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg, 2011.</p> <p>RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012, onderdeel 6.2.</p> <p>Hygiënerichtlijnen voor de zorg van mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap, 2010.</p> <p>Handleiding werkvoorraad geneesmiddelen, 2011.</p>	<p>De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.</p> <p>Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas' (Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen).</p> <p>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.</p>
<p>4.7 Een tweede persoon controleert de niet GDSmedicatie, of er is een afspraak met apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor de cliënten.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012.</p> <p>Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg, 2011.</p> <p>Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.</p>	<p>Voor niet GDS-medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.</p> <p>De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.</p> <p>Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.</p>

⁸ Een GDS is een verpakking waarin medicijnen zijn verdeeld in eenheden per toedieningstijdstip en op naam van een individuele cliënt.

<p>4.8 De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012. Stap 5: toedienen/registreren.</p> <p>Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg, 2011.</p>	<p>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</p>
<p>4.9 Zorgverleners signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</p>	<p>WGBO Veilige principes in de medicatieketen, 2012.</p> <p>Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, 2011.</p>	<p>Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.</p> <p>Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.</p>
<p>4.10 De behandelaar en apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012.</p> <p>Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, 2011.</p>	<p>De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.</p> <p>De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.</p>
<p>4.11 Medicatie wordt voorgeschreven met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.</p>	<p>Geen bronnen benoemd</p>	<p>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.</p>