



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

Rapport van het inspectiebezoek
Aan Zorggroep Kans, locatie Bruishuis
in Arnhem op 11 februari 2020

Utrecht, april 2020

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving locatie Bruishuis 3
2	Conclusie 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat kan beter 7
2.4	Wat moet beter 7
2.5	Conclusie bezoek 7
3	Wat zijn de vervolgacties 8
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Zorggroep Kans verwacht 8
3.2	Vervolgacties van de inspectie 8
4	Resultaten 9
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1	Resultaten 9
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
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 11 februari 2020 een onaangekondigd bezoek aan Zorggroep Kans, locatie Bruishuis (hierna locatie Bruishuis) in Arnhem.

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 bezoekt de locatie Bruishuis om een beeld te krijgen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. Aanleiding voor het bezoek is berichtgeving in de media in het najaar van 2019 over onvoldoende zorg, de inzet van ondeskundig personeel, mogelijke zorgfraude en overlast van ongedierte. Daarnaast ontving de inspectie in 2019 een melding over ontoereikende zorg. Deze melding is apart onderzocht.

1.2 Beschrijving locatie Bruishuis

De locatiebeschrijving is door Zorggroep Kans aangeleverd en bewerkt door de inspectie. De inspectie heeft daarbij gebruik gemaakt van andere gegevens en informatie die zij tijdens haar bezoek ophaalde.

De locatie Bruishuis, in de Arnhemse wijk Malburgen, biedt 24-uurs begeleiding en huisvesting aan (jong) volwassenen met een verstandelijke beperking, meestal in combinatie met psychische stoornissen en daarmee samenhangende gedragsproblematiek. De locatie bestaat uit veertien studio's, twee (grote)keukens, een woonkamer, twee kantoren/slaapruimten voor nachtzorg en één crisiskamer. Iedere bewoner heeft een eigen studio met een keukenblok, badkamer en toilet. De keukens worden gedeeld. Tevens is er de mogelijkheid om in de algemene woonkamer gezamenlijk activiteiten te ondernemen.

Bewoners

Op de locatie wonen op het moment van het bezoek veertien personen. Drie bewoners hebben een zorgprofiel VG 03 (Wonen met begeleiding en verzorging), twee bewoners hebben een zorgprofiel VG 04 (Wonen met begeleiding en intensieve verzorging) en vier bewoners hebben een zorgprofiel VG 06 (Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering). De andere vijf bewoners hebben een Jeugdwet-indicatie.

Personeel

Er zijn van maandag tot en met vrijdag drie soorten diensten; van 8.45 u tot 17.15 u van 12.30 u tot 21.00 u en van 14.00 u tot 22.00 u. Alle diensten starten met een dubbele bezetting behoudens de dienst van 12.30 u. In het weekend zijn de diensten van 8.45 tot 16.00 u en van 15.00 tot 22.00 u. De slaapdiensten starten om 21.45 u tot 9.00 u. Vanaf 17.00 u tot 9.00 u door de week en het hele weekend is er een bereikbaarheidsdienst.

De formatie op de locatie bedraagt 9,8 fte, exclusief 1,5 fte HBO stagiaires welke voor één jaar achtereenvolgend aanwezig zijn en exclusief de twee slaapbegeleiders die van 21.45 u tot 9.00 u aanwezig zijn. Het ziekteverzuim over 2019 was laag. In 2019 zijn drie zorgverleners uit dienst getreden.

Van de negen zorgverleners zijn zeven zorgverleners werkzaam als begeleider en twee als assistent begeleider. Drie begeleiders hebben een zorgopleiding op HBO niveau. De andere (assistent) begeleiders hebben een zorg gerelateerde opleidingen op MBO niveau. Eén van de begeleiders heeft geen zorg gerelateerde opleiding of een opleiding in de maatschappelijke zorg. Er zijn twee stagiaires.

Uit dossieronderzoek van de inspectie blijkt dat alle zorgverleners een Verklaring omtrent Gedrag (VOG) hebben.

Behandelingen vinden plaats in overleg met de eerste lijn. De huisarts is hierin eindverantwoordelijk. De gedragsdeskundige van Zorggroep Kans (28 uur per week) is hierbij ondersteunend.

Ontwikkelingen personeel

De rol van senior begeleider is recent ingezet en zal de komende periode meer diepgang krijgen. Er komt in het eerste kwartaal van 2020 een vacature voor een ervaren begeleider met HBO werk- en denkniveau, om het team te ondersteunen in alle ontwikkelingen. De slaapdiensten worden inhoudelijk meer betrokken bij de begeleiding van de bewoners. In de weken na het inspectiebezoek vinden er individuele gesprekken plaats met de slaapdiensten. Recent is de overdracht van begeleiders naar slaapdiensten en andersom vergroot en nu volgt er verhoogde betrokkenheid met de locatie en de bewoners.

Aansturing

De dagelijkse aansturing gebeurt door een zorgmanager met 25 jaar ervaring in de zorg waarvan 20 jaar in de GGZ, met functies als begeleider, verpleegkundige en leidinggevende. Daarnaast zijn de gedragsdeskundige en de zorgcoördinator ondersteunend binnen het team.

Governance

Zorggroep Kans heeft als rechtsvorm een Besloten Vennootschap en staat in de Kamer van Koophandel ingeschreven onder nummer 54017696. Zorggroep Kans BV is opgericht op 21 november 2011. De activiteiten zijn volgens de beschrijving in het Handelsregister: "Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten." En: "Het bieden van verantwoorde zorg aan personen die recht hebben op geïndiceerde zorg, als bedoeld in de artikelen 4, 5 en 6 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ, waarbij onder verantwoorde zorg wordt verstaan: cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering."

Zorggroep Kans BV heeft een natuurlijk persoon als bestuurder. Deze bestuurder is aangesteld sinds 14 oktober 2019. Zorggroep kans (BE), gevestigd en ingeschreven in België, is sinds 2 september 2019 de enig aandeelhouder van Zorggroep Kans B.V. De bestuurders van Zorggroep Kans (BE) zijn vier natuurlijke personen. Zorggroep Kans (BE) bezit 100 procent van de aandelen van Zorggroep Kans B.V., Kans Zorggroep B.V. en Welles Winkel B.V. De bestuurder van Zorggroep Kans B.V. is tevens bestuurder van Kans Zorggroep B.V. en Welles Winkel B.V. Zorggroep Kans B.V. heeft twee commissarissen.

Zorggroep Kans B.V. heeft een WTZi-toelating voor de functies: persoonlijke verzorging Begeleiding, KIB/SGLVG-behandel/vestiging, Instelling voor medisch specialistische zorg.

Ontwikkelingen Bruishuis

Van de bestuurder hoort de inspectie dat de verhuizing van locatie Bruishuis naar een andere pand in de binnenstad van Arnhem, die gepland was voor maart 2019, enkele maanden wordt uitgesteld. Ook vertelt hij dat de gemeente Arnhem het contract (dat afliep) met Zorggroep Kans heeft beëindigd. Dit met instemming van Zorggroep Kans. De organisatie gaat zich voornamelijk richten op het verlenen van Wlz-zorg.

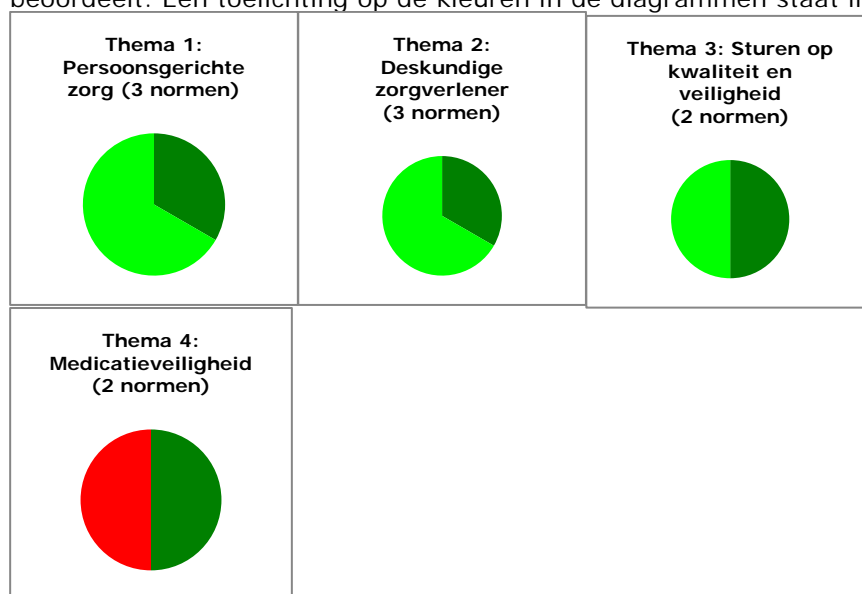
De media-aandacht is volgens Zorggroep Kans minder, maar nog steeds legt dit extra druk op de organisatie en beïnvloedt ook de cliënten. Komende maanden zullen er naar verwachtingen enkele jeugdigen uitstromen wat de ontwikkeling van het therapeutisch klimaat ten goede zal komen. Verder wordt er hard gewerkt aan de ontwikkeling van het team en zal de aanwezigheid en aanspreekbaarheid van het management en ondersteunende diensten onveranderd van kracht blijven.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over locatie Bruishuis. 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 locatie Bruishuis beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



Legenda



2.2 Wat gaat goed

De zorgvragen en risico's van de bewoners zijn goed bekend bij de zorgverleners. Met verschillende methodieken brengen de zorgverleners en de gedragsdeskundige dit in beeld. Hierdoor kunnen zij de bewoners goed ondersteunen.

Op de locatie is de laatste periode fors geïnvesteerd in de bezetting van de zorgverleners. Hierdoor hebben de zorgverleners meer tijd voor de bewoners en om met elkaar te kijken naar hoe ze zorg verlenen.

De bestuurder stimuleert een aanspreekcultuur. Hij is zichtbaar voor zorgverleners en bewoners en vraagt aan zorgverleners wat zij aan de zorg willen verbeteren.

2.3 Wat kan beter

Sommige bewoners zijn niet tevreden met de zorg die zij krijgen. Zorgverleners kunnen goed uitleggen hoe dit komt en waar dit bij de bewoners vandaan komt. Om er voor de bewoners te zijn en ze zo te helpen is het belangrijk steeds aandacht te hebben voor de beleving van de zorg bij de bewoners.

De zorgverleners werken in de praktijk en op schrift op een methodische wijze. Structurele rapportage gericht op doelen kan de zorgverleners helpen de ondersteunings- en zorgvragen van de bewoners beter in beeld te brengen.

Door structureel te investeren in scholing van zorgverleners kunnen zij de bewoners in hun zorgvragen beter ondersteunen. Op dit moment is de scholing te algemeen.

Om bewoners goed te ondersteunen is het ook van belang structureel in beeld te brengen waar het in de zorg mis gaat en dit te bespreken. Dit kan helpen om herhaling van fouten in de zorg te voorkomen.

2.4 Wat moet beter

De medicatieveiligheid moet op orde zijn. Om er voor te zorgen dat bewoners op de juiste momenten medicatie krijgen is het belangrijk dat zorgverleners medicatie dagelijks aftekenen.

2.5 Conclusie bezoek

Zorggroep Kans, locatie Bruishuis voldoet (grotendeels) op alle door de inspectie getoetste normen. De inspectie ziet dat de laatste periode er zichtbare verbeteringen in de zorg zijn gemaakt en dat de organisatie hard werkt om de zorg verder te verbeteren. De bestuurder stimuleert met zijn aanwezigheid en openheid een cultuur waar zorgverleners uitgedaagd worden om de bewoners nog beter te ondersteunen. Een verdere vergroting van de deskundigheid van de zorgverleners en het leren van incidenten kan de zorgverleners hierbij helpen. De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen dat Zorggroep Kans ook deze stappen gaat zetten.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Zorggroep Kans verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van Zorggroep Kans verwacht**

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie verwacht dat Zorggroep Kans verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij locatie Bruishuis. 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.

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 hij¹ 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 Bruishuis aan deze norm.

De zorgverleners spreken over een bewoner die zich in sommige situaties anders voordoet. Hij doet dit omdat het zijn gevoel van eigenwaarde vergroot. In één op één situaties geven de zorgverleners de bewoner de ruimte om dit beeld in stand te houden. Als de bewoner dit in bijzijn van andere bewoners doet dan begrenzen ze hem omdat zijn gedrag (negatieve) reacties bij de andere bewoners op kan roepen.

Een zorgverlener vertelt over een bewoner bij wie het moeilijk is om een ingang te vinden. Hij en zijn collega's kijken dan goed wanneer de bewoner wel open staat voor ondersteuning. Op die momenten proberen ze hem te helpen en structuur te bieden. De zorgverlener zegt dat de bewoner hierdoor gegroeid is.

Twee bewoners zeggen dat de zorgverleners hen goed kennen en ze dan op een juiste manier ondersteunen. Zo vertelt een bewoner dat hij het knap vindt hoe een zorgverlener aan hem kan zien hoe het met hem gaat. Als hij het moeilijk heeft dan gaan ze een stukje wandelen en praten over wat hem dwars zit.

¹ Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

In het elektronisch cliëntendossier (ECD) staat voor iedere bewoner een begeleidingskaart. Op deze kaart staan op meerdere thema's, zoals bejegening, begeleiding en communicatie, de belangrijkste zaken die de zorgverlener over een bewoner moet weten. Nieuwe zorgverleners moeten deze begeleidingskaart goed kennen voor ze met de zorg beginnen.

Norm 1.3

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

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

De bewoners vertellen dat ze de ruimte krijgen om de dingen te doen die zij belangrijk vinden. Als ze bezoek willen dan zijn gasten welkom. Wel willen zorgverleners dan weten wie er op bezoek is. Doordeweeks moet het bezoek uiterlijk 22:00 u weg zijn. De zorgverleners vertellen dat zij hier op letten omdat het belangrijk is dat de bewoners rust krijgen. In de weekenden mogen er wel gasten logeren, maar ook in overleg met de zorgverleners.

De zorgverleners vertellen dat zij de eigen regie zoveel als mogelijk bij de bewoners leggen. Zij kijken dan wel met de bewoner of bepaalde dingen die hij wil realistisch zijn. Zo wil een bewoner geholpen worden zodat hij later op zichzelf kan wonen. De bewoner wil zoveel mogelijk zijn eigen huishouden voeren. Als hij geen zin heeft om zijn studio op te ruimen vertellen de zorgverleners dat dit wel een voorwaarde is als hij op zichzelf wil wonen.

Voor de bewoners maken de zorgverleners, zo zegt de gedragsdeskundige, een lijst voor hun adaptieve vaardigheden. Op meerdere levensgebieden kijken de zorgverleners dan naar wat de bewoner nog zelf kan of waar hij hulp bij nodig heeft. De uitkomsten worden verwerkt in het Individueel Plan (IP) en afhankelijk van het perspectief ook in het zorgplan. De inspectie ziet in het ECD deze lijsten staan.

De inspectie spreekt met twee bewoners op hun studio. De bewoners hebben hun studio naar eigen smaak ingericht. Zo ziet de inspectie bij een bewoner die radio maakt een grote installatie staan. Deze bewoner vertelt dat hij één dag per week dagbesteding heeft die in het teken staat van radio maken. De bewoner geeft aan dat hij vaker wil gaan maar dat dat niet mag. In zijn zorgplan staat dat hij drie dagen dagbesteding heeft. De zorgverleners zeggen dat dit op dit moment teveel prikkels geeft voor hem en de andere cliënten op de dagbesteding. In het dossier staat dat zorgverleners werken naar weer drie dagen per week dagbesteding.

Twee bewoners zeggen dat zij niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ze zeggen dat de zorgverleners hun afspraken niet nakomen en ze niet altijd begeleiding krijgen. De inspectie bespreekt dit met de zorgverleners. Zij vertellen dat voor de bewoners er vaste momenten zijn waar zij met de bewoners spreken. Soms komt het voor dat de bewoners niet met de zorgverleners willen praten. De inspectie ziet in het ECD vaste afspraken voor begeleiding voor deze bewoners staan. Van een andere bewoner hoort de inspectie dat de zorgverleners wel hun afspraken nakomen.

De inspectie leest in een zorgplan van een bewoner als doel dat hij aan de hand van een vast schema zijn studio moet opruimen. De begeleiders moeten hem hierbij ondersteunen en motiveren. Bij het bezoek aan de studio blijkt dat in de badkamer meerdere natte handdoeken op de grond liggen en het toilet vies is. In de reactie op het inspectierapport schrijft de zorgaanbieder dat bij deze cliënt in moeilijke tijden de studio meerdere malen per dag gecontroleerd wordt.

Norm 1.4

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

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

De zorgverleners spreken op een respectvolle manier over de bewoners. Zo zegt een zorgverlener over een bewoner dat het een uitdaging is om haar te ondersteunen, maar dat deze bewoner grote stappen maakt. Over een andere bewoner zeggen de zorgverleners dat zij hem accepteren zoals hij is en dat hij zich niet hoeft te bewijzen. Als hij dat teveel wil doen dan geven ze hem zijn grenzen aan.

Een bewoner vertelt dat hij het vervelend vindt als bewoners en zorgverleners woorden op de gang hebben. Hij zoekt dan de rust van zijn studio op. Zijn studio is op dit moment zijn huis, maar het liefst wil hij met hulp op zichzelf wonen. Soms voelt hij zich 's nachts niet veilig op de locatie.

Alle bewoners zeggen dat zorgverleners soms ongevraagd in hun studio komen/kwamen. Zij vinden dit niet prettig. De zorgverleners vertellen dat zij dit steeds in overleg met de bewoners doen en dat, als de bewoner niet aanwezig is, zij de studio altijd met twee personen ingaan. Daarnaast hebben de bewoners een formulier ondertekend waarin zij toestemming geven aan de zorgverleners om hun studio te betreden. Het is voorgekomen, zo zeggen de zorgverleners, dat zij bij werkzaamheden aan het gebouw de bewoners niet konden bereiken en de bouwvakkers op de kamer lieten.

De inspectie vraagt tijdens het bezoek naar de overlast van ongedierte. De bewoners vertellen dat dit op dit moment niet het geval is. Een bewoner zegt de overlast één à twee jaar geleden was. Een bewoner heeft op dit moment last van zilvervisjes. In de reactie op het inspectierapport schrijft de zorgaanbieder dat de aanwezigheid van zilvervisjes niet geconstateerd is tijdens de laatste controle van de studio's. De zorgverleners zeggen dat de overlast twee jaar geleden was.

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 Bruishuis aan deze norm.

De gedragsdeskundige zegt dat bij de intake van nieuwe bewoners de bovenliggende risico's in beeld worden gebracht. Daarna maakt een zorgverlener een risico inventarisatielijst om alle risico's na te lopen. In het ECD ziet de inspectie actuele risico inventarisatielijsten staan. In deze lijsten staan de risico's die de bewoners kunnen lopen en de acties die de zorgverleners kunnen nemen om deze risico's zoveel als mogelijk te voorkomen.

De zorgverleners spreken over een bewoner die zichzelf kan verwonden. Om dit zoveel als mogelijk te voorkomen hebben zij vier keer per dag met deze bewoner contactmomenten om prikkels bij haar weg te nemen. Als de bewoner gespannen is dan proberen zij de bewoner te ondersteunen door met haar te wandelen of met haar te praten over wat er aan de hand is. Ze zeggen dat de bewoner dit fijn vindt en dat het haar rust geeft.

Voor de meeste bewoners is er een signaleringsplan. De inspectie ziet dit terug in het ECD.

Norm 2.2

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

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

De gedragsdeskundige zegt dat voor iedere bewoner die op het Bruishuis komt wonen de zorgverlener samen met de bewoner een zorgplan maakt en de zorgverlener er dan met de gedragsdeskundige naar kijkt. In het zorgplan staan de doelen waar de bewoner aan wil werken. De inspectie ziet in het ECD actuele zorgplannen. De inspectie ziet ook dat de zorgverleners dagelijks rapporteren over de bewoner, maar dat dit niet altijd op doelen gebeurt. Zo leest de inspectie over een bewoner die als doel heeft dat hij iedere dag doucht. De zorgverleners rapporteren hierover niet iedere dag. De zorgverleners en de gedragsdeskundige zeggen dat de rapportage beter kan. Ze zeggen dat er op korte termijn scholing komt over effectief en efficiënt rapporteren (de inspectie ziet dit terug in het scholingsoverzicht 2019 – 2020). De gedragsdeskundige maakt een start met deze scholing, waarna indien nodig, online scholing zal gaan plaatsvinden.

De gedragsdeskundige zegt dat de zorgplannen twee keer per jaar geëvalueerd worden. Eén keer per jaar in breed verband. Bij die evaluatie zitten de bewoner en/of zijn vertegenwoordiger, de gedragsdeskundige, de zorgverlener, de zorgmanager en indien nodig ook de dagbesteding. Eén keer per jaar is er een tussentijdse evaluatie. Aan deze evaluatie nemen de zorgverlener en de bewoner en/of zijn vertegenwoordiger deel. In het ECD ziet de inspectie evaluaties van de zorgplannen staan. Per doel staat wat de stand van zaken is. Hiervoor maken de zorgverleners nog geen gebruik van de mogelijkheden binnen het ECD.

De gedragsdeskundige vertelt dat dossiervorming een verbeterpunt is. Vooral diagnostisch informatie ontbreekt volgens haar veelal in de dossiers. Sinds medio zomer 2019 is hier een verbetering in gemaakt. Diagnostische informatie is nog niet overal aanwezig in dossiers, zorgverleners proberen zo veel als mogelijk informatie alsnog te achterhalen. Bij nieuwe cliënten vanaf de zomer 2019 is deze informatie wel aanwezig, doordat deze door de zorgcoördinator voor aanvang zorg opgevraagd en beoordeeld wordt.

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 Bruishuis **grotendeels** aan deze norm.

Tijdens het bezoek zijn er drie zorgverleners aanwezig om de bewoners die niet naar de dagbesteding of hun werk gaan te ondersteunen. Zij werken van 08:45 – 17:15 u. Om 12:30 u en 13:30 u komen drie zorgverlener die de tussen- en late dienst draaien. In de nacht zijn twee zorgverleners aanwezig. Eén van de twee zorgverleners kan als dat nodig is bijspringen op andere locaties van Zorggroep Kans. De zorgverleners vertellen dat er momenteel een goede verhouding tussen het aantal cliënten en begeleiders is. In het verleden was er sprake van onderbezetting. Ook zeggen ze dat het team op de locatie het laatste anderhalf jaar bijna helemaal is veranderd. Een aantal zorgverleners ging weg omdat ze een andere baan kregen of omdat de bewoners die op de locatie kwamen wonen meer ondersteuning nodig hadden. De bestuurder vertelt dat hij sinds zijn aanstelling extra geïnvesteerd heeft in de bezetting op de locatie. De contracten van de zorgverleners zijn uitgebreid en op iedere locatie van Zorggroep Kans werken stagiaires op HBO niveau boven formatief. Door de extra inzet zijn er nu ook meer en langere momenten voor de overdracht van de zorg.

De zorgverleners zeggen dat ze het laatste jaar een aantal trainingen volgden. Ze noemen bedrijfshulpverlening (BHV) en medicatieverstrekking. Deze trainingen staan ook in het scholingsoverzicht 2019 – 2020. Binnenkort krijgen ze een training voor rapporteren. De gedragsdeskundige en de zorgverleners zien kansen om de deskundigheid op het gebied van psychiatrie te vergroten.

De gedragsdeskundige geeft aan dat zij de maandelijkse teamvergadering gebruikt om de kennis bij de zorgverleners te bevorderen. De inspectie ziet dit terug in het scholingsoverzicht voor 2019- 2020. Op de planning staan scholingen over seksualiteit bij mensen met een licht verstandelijke beperking en suïcidepreventie.

Op de locatie is een gedragsdeskundige structureel bij de zorg voor de bewoners betrokken. De zorgverleners vertellen dat de gedragsdeskundige in ieder geval één dagdeel per week op de locatie is en alle overige dagen op verzoek. Ook is zij telefonisch goed bereikbaar. In het verleden was dit bij een andere gedragsdeskundige anders. Ook de gedragsdeskundige zegt dat de zorgverleners haar makkelijk weten te vinden. Zij ziet dat zorgverleners gegroeid zijn en haar eerder vragen stellen over zaken in de zorg waar zij tegen aan lopen. Zij ziet ook dat zorgverleners eerder veranderingen bij de bewoners signaleren en dan passende ondersteuning geven. Hierdoor is het aantal incidenten minder geworden. De gedragsdeskundige benadrukt dat zij het belangrijk vindt dat de zorgverlener met haar adviezen eerst de bewoner helpt. Lukt dit niet dan springt zij bij.

In de maandelijkse teamvergadering, zo zegt de gedragsdeskundige, bespreekt zij met de zorgverleners alle bewoners waar bijzonderheden bij zijn en bij één bewoner wordt uitvoerig stil gestaan om deze inhoudelijk te bespreken. Ze kijken dan wat er bij de bewoner speelt en hoe ze de bewoner zo goed mogelijk kunnen ondersteunen. De gedragsdeskundige vertelt over de zorg bij een bewoner met autisme. Deze bewoner heeft duidelijkheid en structuur nodig. Zij benadrukt bij de zorgverleners het belang om dit continu aan de bewoner te bieden zodat die niet terugvalt.

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 Bruishuis **grotendeels** aan deze norm.

Alle gesprekspartners geven aan dat de zorg de laatste periode op de locatie verbetert is. De verbeteringen, zo hoort de inspectie van de gedragsdeskundige en de zorgverleners, waren al ingezet voor de overname van de zorgaanbieder, maar kregen een extra impuls met de komst van de nieuwe bestuurder. De gedragsdeskundige zegt dat de bestuurder bij zijn komst het al ingezette verbeterplan overnam.

De bestuurder zegt dat hij op dit moment bezig is met het op orde brengen van het team, zowel in formatie als deskundigheid. De bestuurder wil de zorgverleners meer carrièreperspectief bieden. Daarnaast laat hij een kwaliteitsmanager onderzoeken hoe de organisatie beter gebruik kan maken van de aanwezige systemen zodat snel inzichtelijk wordt wat de stand van zaken is voor bijvoorbeeld evaluaties van de zorgplannen.

De bestuurder heeft expertise van buiten gehaald om de organisatie op zorginhoudelijk gebied te helpen. Deze externe adviseur heeft samen met het management, de zorgcoördinator en de gedragsdeskundige het therapeutische milieu per locatie in beeld gebracht. De bestuurder hoopt zo de intake van nieuwe bewoners te verbeteren zodat de locatie en de deskundigheid van de zorgverleners goed aansluiten bij de zorgvragen van een nieuwe bewoner.

Eén van aandeelhouders van Zorggroep Kans B.V. zegt dat zijn organisatie over een lange termijn in Zorggroep Kans investeert om de zorg verder te verbeteren.

De bestuurder vertelt dat de aandeelhouders voornemens zijn om de raad van commissarissen anders in te vullen, meer passend bij de fase waar Zorggroep Kans in zit en meer betrokken bij de zorg. Doelstelling is dit in 2020 vorm te geven. Met één kandidaat loopt al een gesprek. Deze kandidaat heeft volgens de bestuurder dertig jaar ervaring in de zorg. De bestuurder geeft daarnaast aan dat hij een tweede bestuurder wil aanstellen voor Zorggroep Kans.

In de notulen van de bewonersvergadering leest de inspectie dat de bewoners ook buiten de uren voor dagbesteding en scholing graag toegang tot een zorgverlener willen. Er is nu een zorgverlener in de woonkamer om de bewoners te helpen bij vragen. De inspectie ziet dit ook tijdens het bezoek.

Zorgverleners zeggen dat ze niet van alle incidenten een melding maken. Ze geven aan dat ze het lastig vinden te bepalen wanneer iets een incident is. Niet van elke verbale agressie wordt een melding gemaakt. Pas als een incident persoonlijk of bedreigend wordt maken de zorgverleners een melding. Deze melding gaat naar de zorgmanager die kijkt naar welke acties nodig zijn.

De meldingen zijn een vast agenda punt op de agenda van het maandelijkse overleg van de zorgverleners (de inspectie ziet dit in de notulen van de teamvergadering). De gedragsdeskundige zegt dat dit niet betekent dat de meldingen structureel worden besproken. De gedragsdeskundige vertelt dat het managementteam ook de meldingen bespreekt.

In een melding over agressie leest de inspectie wat er is voorgevallen. Als maatregel om herhaling van het incident te voorkomen stelt de zorgverlener voor om voor de bewoner beter gebruik te maken van het signaleringsplan zodat de bewoner op tijd ondersteuning krijgt. Ook praten de zorgverleners met hem over de gevolgen van zijn gedrag.

In het nagezonden overzicht van de meldingen van incidenten 2019 leest de inspectie bij elke melding welke preventieve en corrigerende maatregelen er zijn genomen.

Norm 3.3

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

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

Een zorgverlener vertelt dat de nieuwe bestuurder bij zijn komst aan de zorgverlener vroeg wat er beter kan. De zorgverlener kent immers de zorg het beste en weet wat ze nodig hebben. De zorgverlener had aan de bestuurder gevraagd of de slaapwachten hun rapportages gelijk in het ECD konden verwerken zodat zij dat niet de volgende dag hoeven te doen. Dit is gebeurd.

De bestuurder vindt het belangrijk zichtbaar te zijn. Hij loopt geregeld rond over de locatie en eens per week eet hij op de locatie met de zorgverleners en bewoners. De zorgverleners zien een verschil met het verleden. De vorige bestuurder kwam soms op de locatie. De huidige bestuurder is zichtbaar en benaderbaar voor vragen over de zorg.

De bestuurder zegt dat hij met de zorgverleners teammeetings gaat houden (de inspectie leest dit ook terug in de notulen van de teamvergadering van januari 2020). In deze meetings gaan ze reflecteren op de zorg en bespreken ze de toekomstige inrichting van de organisatie.

In de notulen van de teamvergadering leest de inspectie dat zorgverleners ervaren dat er steeds meer ruimte is om met elkaar over de zorg te praten. De gedragsdeskundige vertelt dat de aanspreekcultuur beter kan en zorgverleners soms te vriendelijk tegen elkaar zijn. In de jaarplanning en het scholingsoverzicht voor 2020 ziet de inspectie dat na de zomer van 2020 er een scholing aanspreekcultuur is.

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 Bruishuis aan deze norm.

De inspectie ziet in de medicatiemap actuele medicatieoverzichten staan.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet** locatie Bruishuis **niet** aan de norm.

De inspectie ziet dat op de dag van het bezoek de zorgverleners alle medicatie aftekenen. Dit is niet het geval op de dagen voor het bezoek van de inspectie.

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 Zorggroep Kans 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 bestuurder en twee eigenaren;
- Gesprekken met drie bewoners;
- Gesprek met de gedragsdeskundige;
- Gesprekken met vier zorgverleners;
- Inzage twee dossiers;
- Documenten genoemd in bijlage 2.

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 overdrachtsmoment 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 cliënten van locatie Bruishuis;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars van locatie Bruishuis;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van locatie Bruishuis van de laatste 12 maanden;
- Scholingsoverzicht 2019 - 2020;
- Overzicht van MIC-meldingen 2019;
- Visie en kernwaarden van Zorggroep kans;
- Notulen bewonersvergadering januari 2020;
- Notulen teamvergadering januari 2020;
- Jaarplanning 2020;
- Kwaliteitsrapport 2018*.

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 hij² 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 8.1.13 - 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>

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

3 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: 20px;">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</p> <p>De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde zorg beschreven.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012.</p> <p>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.</p> <p>In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.</p>
<p>4.2</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.</p> <p>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</p> <p>Zorgverleners beschikken over een actueel medicatie overzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</p>	<p>Veilige principes in de medicatieketen, 2012.</p> <p>Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, 2011.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.</p>

<p>4.4</p> <p>Bij medicatiewijzigingen passen zorgverleners de GDS4-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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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>

⁴ 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>