



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Vastgesteld rapport follow-up bezoek d.d.  
21 juni 2012 als vervolg op het  
toezichtbezoek d.d. 11 oktober 2011aan  
St.-Anna, woningen E-K te Heel

Den Bosch, september 2012



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 5</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten 7</b>
2.1	Inleiding 7
2.1.1	Beschrijving locatie 7
2.2	Uitvoering (en ondersteuningsplan) 8
2.2.1	Ondersteuningsplan 8
2.2.2	Veiligheid 9
2.2.3	Vrijheidsbeperking 10
2.2.4	Kwaliteit van personeel en organisatie 12
2.2.5	Samenhang in zorg en ondersteuning 13
2.3	Visie en beleid 14
2.4	Cliëntgerichtheid 15
<b>3</b>	<b>Conclusie en beschouwing 17</b>
3.1	Inleiding 17
3.2	Afname van hoge risico's en toename van vertrouwen 17
3.3	Aandacht voor vrijheidsbeperking is nodig 17
3.4	Borgen van professionele kaders ter voorkoming van risico,s 18
3.5	Dagbesteding nog niet op orde 18
3.6	Communicatie met cliëntvertegenwoordigers vraagt verbetering 18
3.7	Koers en uitgezet beleid geeft vertrouwen 18
<b>4</b>	<b>Te nemen maatregelen 19</b>
Bijlage 1	Beoordelingsaspecten 20
Bijlage 2	Inzage documenten 22



## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 21 juni 2012, een follow-up bezoek gebracht aan St. Anna, woningen E-K als vervolg op het eerdere toezichtbezoek d.d. 11 oktober 2011.

Het follow-up bezoek had tot doel de voortgang en resultaten van de implementatie van verbeterplannen te toetsen. Hiertoe is gebruik gemaakt van hetzelfde bezoek instrumentarium als de vorige keer.

Met het bezoekinstrument wordt gekeken naar de aanwezigheid van risico's voor de cliënt op gezondheid- en/of welzijnsschade op verschillende domeinen zoals vastgesteld in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg<sup>1</sup>. De inspectie richt hierbij haar aandacht op de kwaliteit van het leven van de cliënten en op de randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg. Bijzondere aandacht is er voor de mate waarin de cliënt in het zorgproces centraal staat en voor de wijze waarop de zorgaanbieder omgaat met de toepassing van vrijheidsbeperking. Tijdens het inspectiebezoek is gekeken naar de aanwezigheid van risico's op vijf verschillende domeinen, namelijk:

- Ondersteuningsplan
- Veiligheid
- Vrijheidsbeperking
- Kwaliteit van personeel en organisatie
- Samenhang in zorg en ondersteuning

Binnen elk domein is er aandacht voor de uitvoering en, indien van toepassing, de verantwoording hiervan in het ondersteuningsplan van cliënten. Domeinoverstijgend is gekeken naar visie en beleid en naar de mate waarin de cliënt in het zorgproces centraal staat. De risico's op de domeinen zijn beoordeeld op basis van het wettelijk kader en de veldnormen die gelden. De inspectie heeft per domein een selectie gemaakt van beoordelingsaspecten. Deze zijn terug te vinden in Bijlage 1. In onderstaande tabel 1 staat een overzicht van alle domeinen en beoordelingskaders.

Tabel 1: Verdeling van de scores per domein en niveau

Domein/Niveau	Uitvoering (en ondersteuningsplan)	Visie en beleid	Organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgerichtheid
Ondersteuningsplan	score 1	score 6 domeinoverstijgend	score 7 domeinoverstijgend
Veiligheid	score 2		
Vrijheidsbeperking	score 3		
Kwaliteit van personeel en organisatie	score 4		
Samenhang in zorg en ondersteuning	score 5		

<sup>1</sup> Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is te vinden op de internetsite van de inspectie: [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

Achtereenvolgens komt in dit rapport aan de orde:

- Hoe scoort St. Anna, woningen E-K op de aanwezigheid van risico's binnen de getoetste domeinen en niveaus? (hoofdstuk 2);
- Conclusie en beschouwing over de kwaliteit van St. Anna, woningen E-K, in relatie tot de scores op de getoetste domeinen en niveaus (hoofdstuk 3);
- Welke acties moet St. Anna, woningen E-K binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

## 2 Resultaten

### 2.1

#### **Inleiding**

In dit hoofdstuk leest u hoe St. Anna, woningen E-K scoort op de beoordeelde domeinen tijdens het follow-up bezoek. De beoordeling is weergegeven in termen van de aanwezigheid van risico's voor de cliënt op gezondheid- en/of welzijnsschade op het niveau uitvoering (en ondersteuningsplan), visie en beleid en organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgerichtheid. Op het niveau van uitvoering zijn per domein de scores weergegeven. Op het niveau van visie en beleid en van organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgerichtheid is één domeinoverstijgende score weergegeven. De scores zijn aangeduid op een vierpuntsschaal: gering risico, matig risico, hoog risico en zeer hoog risico.

De scores zijn gebaseerd op:

- gesprekken met cliënten, cliëntvertegenwoordigers, begeleiders, het multidisciplinair team en het management(team) van St. Anna.
- dossieronderzoek;
- analyse van diverse (beleids)documenten. Een overzicht van deze documenten is opgenomen in Bijlage 2.
- gesprekken met de OR en de CR die voorafgaand aan het bezoek hebben plaatsgevonden.

#### *2.1.1 Beschrijving locatie*

St. Anna geeft van zichzelf op internet de volgende beschrijving: St. Anna is meer dan 125 jaar geleden begonnen in een mooi kasteeltje op het hoofdterrein te Heel. Mensen met een (licht) verstandelijke beperking of meervoudige complexe beperkingen geven aan wat zij belangrijk vinden en St. Anna probeert daarin te ondersteunen waar mogelijk.

Op het terrein is nog steeds het kasteel aanwezig, maar is in een vervallen staat en niet meer bewoonbaar. Het kasteel is geen eigendom meer van St. Anna. Op de woningen E-K wonen mensen met een ernstig meervoudige verstandelijke beperking en gedragsproblematiek.

## 2.2

### Uitvoering (en ondersteuningsplan)

#### 2.2.1 Ondersteuningsplan

##### *Omschrijving van het domein*

Voor iedere cliënt is een individueel zorgplan/ondersteuningsplan beschikbaar dat aansluit op de ondersteuningsvraag van de cliënt en dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat. Het ondersteuningsplan komt tot stand in samenwerking met de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger. De voor de cliënt relevante disciplines hebben een zichtbare bijdrage aan het formuleren van doelen. Uit het ondersteuningsplan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgverlener vraagt, wat er nodig is om deze doelen te halen en wie er (eind)verantwoordelijk is voor het geheel en mogelijke deelaspecten van de uitvoering. In het plan zijn risico's op de verschillende domeinen van kwaliteiten van leven in beeld gebracht. Het plan wordt met regelmaat geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. De uitvoering van de zorg en ondersteuning is gerelateerd aan de inhoud van het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan bevat duidelijke richtlijnen voor het dagelijks handelen.

##### *Score*

	Gering risico	matig risico	hoog risico	zeer hoog risico
Score eerdere bezoek d.d. 11 oktober 2011			✓	
Score Follow-up bezoek d.d. 21 juni 2012		✓		

##### *Resultaat*

St-Anna scoort een matig risico omdat de beschreven doelen niet gebaseerd zijn op een duidelijk beschreven perspectief en onvoldoende SMART zijn geformuleerd om tot duidelijke afspraken te komen. Hierdoor is ook niet goed navolbaar of afspraken worden nagekomen.

##### *Bevindingen*

Onlangs is een handleiding vastgesteld voor het schrijven van individuele ondersteuningsplannen/IOP's in Cura: het elektronische cliëntendossier. In deze handleiding is extra aandacht besteed aan het actief reduceren van risico's, het vastleggen van verantwoordelijkheden van de diverse disciplines, de betrokkenheid van cliënten en cliëntvertegenwoordigers bij het maken en evalueren van IOP's en het SMART formuleren van doelen.

In de bestudeerde dossiers is geen duidelijke, eigen plek voor de beschrijving van het perspectief van de cliënt met daaraan gerelateerde ontwikkelingsmogelijkheden. Ook zijn de doelen nog niet SMART omschreven. Hierdoor zijn afspraken nog niet goed te volgen in hun uitvoering. Hieraan wordt zichtbaar gewerkt.

De domeinen van kwaliteit van leven waren duidelijk terug te vinden, inclusief een risico-inventarisatie per domein. Deze risico-inventarisatie kwam niet terug in de cliënten-RIE's: dit moet nog beter op elkaar afgestemd worden.



Nog niet alle IOP's zijn opgenomen in Cura. Zodra er een zorgplanbespreking is over een cliënt wordt dit gedaan.

Medewerkers worden nog geschoold in het werken met het elektronische cliëntendossier. Momenteel is niet bij iedereen duidelijk wat onder welk kopje moet worden beschreven. In de papieren versie van het elektronische cliëntendossier is zichtbaar dat bepaalde zaken op meerdere plekken worden opgeschreven. Medewerkers geven aan hier nog niet vertrouwd genoeg mee te zijn.

Gedragskundigen zijn betrokken bij de I.O.P. besprekingen.

De leidinggevende van de unit draagt zorg voor de jaarlijkse planning van IOP-besprekingen. Cliënten worden uitgenodigd indien mogelijk. Cliëntvertegenwoordigers worden standaard uitgenodigd.

De betrokkenheid van cliënten en cliëntvertegenwoordigers is zichtbaar. Er wordt beter naar hen geluisterd en er wordt meer vanuit het cliëntenperspectief gewerkt. Hoewel het vertrouwen is vergroot, hebben cliëntvertegenwoordigers ook de ervaring dat het nodig is alert te blijven. Dit geldt vooral voor de dagelijkse uitvoering van de afspraken. Ook is de aansluiting van de dagbesteding aan de zorgbehoefte van cliënten een voortdurende bron van zorg. In de huidige locatie zijn te weinig rustruimtes of plekken waar de cliënten zich kunnen terugtrekken als zij hier behoefte aan hebben. De groepen zijn te groot. Ouders merken dat hun kinderen vaak gespannen en overprikkelt terugkomen van de dagbesteding met alle gevolgen van dien.

### 2.2.2 Veiligheid

#### *Omschrijving van het domein*

Het begrip veiligheid heeft een objectieve en subjectieve component. De objectieve component heeft betrekking op algemeen geldende veiligheidsaspecten en maatregelen, neergelegd in richtlijnen en calamiteitenplannen. De subjectieve component heeft betrekking op een ervaren veiligheid, waarin zaken als een gevoel van geborgenheid en een goed verlopende communicatie een rol spelen. Deze ervaren veiligheid uit zich op terreinen als bejegening, informatie, privacy en grensoverschrijdend gedrag.

Om de veiligheid te waarborgen en optimaliseren heeft de zorgaanbieder, in samenspraak met relevante disciplines, specifieke aandacht voor de subjectieve veiligheid, preventie, risicosignalering, het meldsysteem, calamiteitenplannen en medicatie. Wensen, behoeften en risico's op het gebied van veiligheid dienen voor iedere cliënt in een ondersteuningplan te zijn uitgewerkt.

#### *Score*

	<b>Gering risico</b>	<b>matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Score eerdere bezoek d.d. 11 oktober 2011			✓	
Score Follow-up bezoek d.d. 21 juni 2012		✓		

### *Resultaat*

St. Anna scoort een matig risico omdat de maatregelen ter verhoging van de subjectieve veiligheid onvoldoende zijn geïmplementeerd, het meldsysteem nog in ontwikkeling is en informatie over preventie (zoals beschikbare signaleringsplannen en de koppeling van cliënten-RIE's aan de risico-inventarisatie) onvoldoende zijn opgenomen in het dossier.

### *Bevindingen*

Er vindt risico-inventarisatie plaats in het I.O.P. Uit verslagen van multidisciplinaire bijeenkomsten (MDO) blijkt dat er concrete afspraken worden gemaakt over de uitvoering. Deze verslagen zijn niet opgenomen in Cura maar alleen beschikbaar als worddocument.

De inbreng van betrokken disciplines ten aanzien van veiligheid van de risico-inventarisatie is zichtbaar.

De risico-inventarisatie en signaleringsplannen hebben nog geen duidelijke verbinding met de cliënten-RIE's. Ook ontbreekt in Cura een overzicht van de gemaakte afspraken in het MDO. Er is geen duidelijk beleid voor het maken van signaleringsplannen waardoor niet alle cliënten met een ZZP met gedragsregulatie een signaleringsplan hebben.

Hoewel de subjectieve veiligheid is toegenomen, ontstaat er nog regelmatig handelingsverlegenheid. Hieraan wordt gewerkt bijvoorbeeld door een betere roostering waarin recht wordt gedaan aan de zwaarte van de groep bewoners. Het nieuwe rooster gaat in januari 2013 draaien. Ook is er een beter op de cliënt gerichte dagbestedingritme. Ook hiervoor geldt dat dit in ontwikkeling is. Voor de teams is een teamcoach aanwezig die op vraag adviezen kan geven bij gedragsescalaties van cliënten en incidenteel wordt ingeroosterd. Deze functie is echter niet voor alle medewerkers even duidelijk. De resultaten van alle inspanningen zijn wel zichtbaar maar nog onvoldoende geïmplementeerd en geborgd.

Het evalueren en beter positioneren van een goede meldcultuur moet nog plaatsvinden. Hier is nog aandacht voor nodig.

De veiligheid rondom het kasteel is verbeterd. Er staan nu hekken omheen, de ramen zijn dicht getimmerd en er is 's nachts meer toezicht. Ook zijn de onderhandelingen met de gemeente versneld opgepakt wat tot enig perspectief heeft geleid voor een spoedige sloop van het oude internaat en de restauratie van de kapel en het 'witte huis'. Dit blijft echter een punt van zorg.

## **2.2.3 Vrijheidsbeperking**

### *Omschrijving van het domein*

Onder vrijheidsbeperking vallen alle maatregelen (fysiek en verbaal) die de vrijheid van cliënten beperken. Belangrijk bij vrijheidsbeperking zijn aspecten als het opbouwen van een goede relatie met de cliënt en het ondersteunen van de cliënt bij het behouden van de regie over het eigen leven. Door de cliënt te betrekken bij de preventie van vrijheidsbeperking, het zoeken naar alternatieven en de afweging van de risico's die toelaatbaar zijn, heeft de cliënt controle over zijn eigen leven. Daarnaast is multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk bij het tot stand komen van het besluit over de vrijheidsbeperking, de uitvoering en de evaluatie. Het beleid van de zorgaanbieder is gericht op het terugdringen van vrijheidsbeperking waardoor de risico's op fysieke, emotionele en sociale schade bij de cliënt worden

tegengegaan. Bovenstaande aspecten zijn voor iedere cliënt terug te vinden in het ondersteuningsplan en worden regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.

#### Score

	Gering risico	matig risico	hoog risico	zeer hoog risico
Score eerdere bezoek d.d. 11 oktober 2011			✓	
Score Follow-up bezoek d.d. 21 juni 2012			✓	

#### Resultaat

St. Anna scoort een hoog risico omdat registratie van doel, besluitvorming, overwogen alternatieven en afspraken over terugdringen van vrijheidsbeperking niet overzichtelijk is en er onvoldoende koppeling is tussen risico-inventarisatie, cliënten -RIE's, afspraken in het MDO en ondersteuningsplannen. Ook is de wijze waarop diagnostiek wordt ingezet om vrijheidsbeperking terug te dringen niet inzichtelijk.

#### Bevindingen

Er is gewerkt aan een betere bewustwording bij medewerkers wat de impact is van vrijheidsbeperkende maatregelen bij cliënten. Bij een aantal cliënten met ernstig probleemgedrag is aantal en duur van vrijheidsbeperking terug gedrongen. Ook worden de effecten zichtbaar van preventie in de vorm van een meer cliëntgerichte benadering van de dagbesteding. Door deze maatregelen is het aantal agressie incidenten afgenomen. Er is meer rust en blijheid in de groep.

Zichtbaar is dat cliënten en cliëntvertegenwoordigers betrokken zijn bij het maken en evalueren van afspraken over het terugdringen van vrijheidsbeperking. Ditzelfde geldt voor de inbreng van de verschillende disciplines.

Registratie van vrijheidsbeperking heeft verbetering. Als bij een cliënt bijvoorbeeld een scheurpak wordt uitgeprobeerd, staat dit niet in Cura omdat het na drie keer proberen niet meer wordt toegepast. Van belang is om niet alleen de structurele maatregelen te registreren in het ondersteuningsplan maar ook alle afwegingen en uitgeprobeerde alternatieven.

Ditzelfde geldt voor het vastleggen van doel en argumenten voor de beslissing om vrijheidsbeperking toe te passen. Ook argumenten voor alternatieven in relatie tot achterliggende diagnostiek en signaleringsplannen dienen vastgelegd te worden. Mogelijk is dit momenteel terug te vinden in het historisch dossier maar er is geen koppeling gemaakt naar het I.O.P.

De zorgplansystematiek voorziet niet in een herleidbare PDCA-cyclus voor specifieke risicoaspecten door de gebrekkige koppeling tussen risico-inventarisatie, cliënten -RIE's en verslagen van het MDO die alleen als word document worden opgeslagen.

## 2.2.4 **Kwaliteit van personeel en organisatie**

### *Omschrijving van het domein*

Cruciale randvoorwaarden voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg en ondersteuning is de beschikbaarheid van voldoende personeel en van voldoende bekwaam personeel. De zorgaanbieder organiseert de uitvoering van de zorg zodanig dat tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorgbehoefte van de cliënt wordt voorzien. Structurele scholing en ondersteuning van de medewerkers, duidelijke toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en systematische kwaliteitstoetsing en sturing is nodig om verantwoorde zorg te bieden. Bekwaam personeel is in staat om op een professionele, multidisciplinaire wijze om te gaan met individuele behoeften van de cliënt op sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren.

### *Score*

	<b>Gering risico</b>	<b>matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Score eerdere bezoek d.d. 11 oktober 2011			✓	
Score Follow-up bezoek d.d. 21 juni 2012		✓		

### *Resultaat*

St. Anna scoort een matig risico omdat de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden weliswaar is vastgelegd maar nog onvoldoende geïmplementeerd en zichtbaar voor medewerkers. Speciale aandacht is nodig voor het vastleggen van de behandelverantwoordelijkheid van gedragskundigen en artsen.

### *Bevindingen*

Het hoge ziekteverzuim is terug gedrongen door een beter verzuimbeleid en een vervanging van een groot deel van het management. Hierdoor is de angstcultuur verdwenen en keert het vertrouwen weer terug. De teams stabiliseren zich en het aantal invalkrachten neemt af. Ook een aantal unit managers is vervangen.

Over de roostering van medewerkers worden afspraken gemaakt. Vanaf januari 2013 komt een rooster beschikbaar in overleg met ondernemingsraad en gespecialiseerde medewerkers waarin op grond van de ondersteuningsbehoefte van cliënten per woning een basis rooster is gemaakt. Daarboven op komen individueel toegekende uren voor de betreffende cliënten. De combinatiebanen (zowel werken op de woning als op de dagbesteding) verdwijnen of worden structureel in een vaste verhouding ingepland. Met deze maatregelen hoopt men de personeelsbezetting stabiel te maken en voldoende toegesneden op de ondersteuningsbehoefte.

Het scholingsplan loopt inmiddels en is ingepland tot april 2013. Een inhaalslag was nodig omdat er in 2011 bijna niets is gebeurd. Voorzien is in basistrainingen voor alle units (Dreigend Destructief Gedrag/DDG en bejegening) met specifieke toevoegingen per doelgroep. Voor groepen met cliënten met meervoudig complexe beperkingen is voorzien in cursussen 'totale communicatie' en 'medicatie'. Ook is er een speciaal modulair voor cliënten met licht verstandelijke beperkingen. Hierin wordt samengewerkt met een ander onderdeel van de Koraalgroep: Gastenhof. De leergang 'vrijheidsbeperking' is nog niet ingevuld.

De verantwoordelijkheden van gedragskundigen en artsen zijn beter vastgelegd en met de uitvoering daarvan is begonnen. Gedragskundigen vallen niet meer onder de unit manager wat hun positie als zelfstandige beroepsbeoefenaren versterkt. Gedragskundigen worden structureel ingezet bij de teams en deze inspanningen worden door de medewerkers als behulpzaam ervaren.

De behandelverantwoordelijkheid van gedragskundigen voor cliënten met ZZP's met gedragsregulatie en van artsen voor ZZP's met intensieve verzorgingsbehoefte is nog niet goed geïmplementeerd. Cliënten komen op initiatief van de persoonlijk begeleider en/of de betreffende gedragskundige op de agenda van dit multidisciplinaire overleg. De inhoudelijke verantwoordelijkheid van de gedragskundige voor cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag of probleemgedrag is in de praktijk nog niet duidelijk genoeg voor medewerkers. Hier is aandacht voor nodig.

Ook de functie van de teamcoach is nog onduidelijk voor een aantal medewerkers.

Zichtbaar is dat het multidisciplinaire overleg weer op gang is gekomen en dat er afstemming plaats vindt tussen de betrokken disciplines.

Medewerkers ervaren ondersteuning van het hogere management. De interim-directeur komt naar hen toe en wordt als laagdrempelig ervaren. Ditzelfde geldt voor de nieuwe zorgmanager en de nieuwe leidinggevende van unit 7. Daarnaast zijn medewerkers en Ondernemingsraad te spreken over de nieuwe manager voor het HRM-beleid wegens de aanpak van het verzuimbeleid en de opgestelde planning van de ontwikkelgesprekken met medewerkers.

## **2.2.5 Samenhang in zorg en ondersteuning**

### *Omschrijving van het domein*

Samenhang in zorg en ondersteuning handelt over het waarborgen van de continuïteit door overlappingen of hiaten in de zorg en ondersteuning te voorkomen. Dit stelt eisen aan de kwaliteit van het dossier en aan de overdracht van gegevens bij gelijktijdige of volgtijdelijke bemoeienis met een cliënt. Goede communicatie tussen verschillende zorgverleners en de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger over de (coördinatie van) ondersteuning, is hierbij een eerste vereiste. Afspraken en uitvoering over samenhang in de zorg zijn in het dossier schriftelijk opgenomen en worden met regelmaat door betrokkenen geactualiseerd.

### *Score*

	<b>Gering risico</b>	<b>matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Score eerdere bezoek d.d. 11 oktober 2011			✓	
Score Follow-up bezoek d.d. 21 juni 2012		✓		

### *Resultaat*

St. Anna scoort een matig risico omdat het dossier nog niet samenhangend, overzichtelijk en volledig is en omdat afspraken over de samenhang in de zorg tussen wonen en dagbesteding nog niet voor alle cliënten besproken worden met alle betrokkenen.

*Bevindingen*

Het dossier is nog niet samenhangend, overzichtelijk en volledig. De overgang naar Cura is nog niet compleet.

Met de dagrapportage is een slag gemaakt. Cliëntvertegenwoordigers kunnen die inzien als ze dit wensen. Wel is hier nog verbetering te halen uit het SMARTER maken van werkdoelen en het volgen van de uitvoering van de afspraken.

De afstemming tussen wonen en dagbesteding is verbeterd. Medewerkers van de dagbesteding kunnen in Cura en maken gebruik van hetzelfde I.O.P. als op de woning. De woning kan de toegevoegde werkdoelen van de dagbesteding inzien. Dagbesteding maakt onderdeel uit van de evaluatie van het I.O.P.

De samenhang tussen afspraken bij wonen en dagbesteding begint op gang te komen. Hier heeft de gedragskundige een rol in. Dit moet nog verder worden uitgewerkt. Bezien wordt of de huidige splitsing van gedragskundigen voor hetzij wonen, hetzij dagbesteding gehandhaafd blijft. Hierdoor is het niet duidelijk welke gedragsdeskundige bij een cliënt met probleemgedrag op de dagbesteding de beslissingen neemt over uitgezette behandeling en begeleidingstijl.

De samenhang tussen de afspraken en de uitvoering van de afspraken is nog niet volledig zichtbaar in het dossier. Zoals eerder vermeld zitten de verslagen van de MDO's over cliëntbesprekingen niet in Cura maar in aparte worddocumenten.

**2.3**

**Visie en beleid**

*Omschrijving*

Een voorwaarde voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg, is een achterliggend beleid waarop de uitvoering van de zorg en ondersteuning gefundeerd is. Dit houdt in dat beleid méér is dan een geschreven notitie: het is de rode draad in de organisatie en vormt het uitgangspunt voor protocollen, richtlijnen en handelen van bestuur en personeel. Bij beleidsontwikkeling worden relevante disciplines betrokken. Om het beleid actueel te houden wordt het op regelmatige basis met betreffende disciplines geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

De zorgaanbieder heeft in ieder geval beleid geformuleerd met betrekking tot de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Tevens is het beleid met betrekking tot vrijheidsbeperking toegespitst op het zoeken naar alternatieven voor toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen.

*Score*

	<b>Gering risico</b>	<b>matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Score eerdere bezoek d.d. 11 oktober 2011		✓		
Score Follow-up bezoek d.d. 21 juni 2012	✓			

*Resultaat*

St. Anna scoort een gering risico omdat relevante disciplines betrokken worden bij de nieuwe beleidsplannen. Het beleid rondom vrijheidsbeperking heeft nog aandacht maar dit is opgenomen onder het domein vrijheidsbeperking.

*Bevindingen*

De relevante disciplines zijn betrokken bij het ontwikkelen van nieuw beleid over veiligheid. De medewerkers voelen zich beter betrokken bij de ontwikkelingen waar St. Anna mee te maken heeft.

Het beleid over vrijheidsbeperking moet nog geëvalueerd worden omdat de aandacht eerst uit is gegaan naar een betere bewustwording onder medewerkers van de impact van vrijheidsbeperkende maatregelen.

In 2012 staan een aantal belangrijke beleidsbeslissingen op de rol die de primaire zorg betreffen, met name het herhuisvestingplan van cliënten en het aanvragen van herindicaties en EZT-gelden om de betreffende cliënten voldoende ondersteuning te kunnen bieden. Dit moet eind 2012 resulteren in een strategische heroriëntatie.

**2.4**

**Cliëntgerichtheid**

*Omschrijving*

De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat de medewerker kan handelen vanuit de wensen en behoeften van de cliënt. Daarnaast wordt de medewerker gestimuleerd om te reflecteren op het effect van eigen handelen. Hiertoe worden mogelijkheden gecreëerd in de vorm van intervisie en feedback. De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger wordt door de zorgaanbieder actief betrokken bij kwaliteit door bijvoorbeeld participatie in verbetermaatregelen naar aanleiding van cliënttevredenheidsonderzoeken.

*Score*

	<b>Gering risico</b>	<b>matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Score eerdere bezoek d.d. 11 oktober 2011			✓	
Score Follow-up bezoek d.d. 21 juni 2012		✓		

*Resultaat*

St. Anna scoort een matig risico omdat een aantal zaken nog in ontwikkeling zijn en geïmplementeerd moeten worden. Dit betreft: structurele intervisie, het bespreken van uitkomsten van cliënt tevredenheidsonderzoeken, het informeren van cliënten en cliëntvertegenwoordigers over algemene beleidszaken en het geven van meer regelruimte aan medewerkers binnen de grenzen van een professioneel kader.

*Bevindingen*

Veel inspanningen zijn gedaan om meer cliënt gericht te werken, zoals bij de hierboven beschreven domeinen staat beschreven. Hieronder volgen de specifiek bij dit domein horende risicoaspecten.

Cliënten en cliëntvertegenwoordigers zijn niet betrokken bij de uitkomsten van cliënt tevredenheidsonderzoeken en de daarop genomen maatregelen. Het behartigen van de collectieve belangen door de cliëntenraad lijkt te summier plaats te vinden.

Cliëntvertegenwoordigers hebben te weinig informatie over relevante beleidszaken en de achtergronden daarvan. Zij kenden bijvoorbeeld niet het IGZ-rapport en de daarop gebaseerde verbeterplannen. Ook kenden zij onvoldoende de achtergronden van maatregelen zoals de herziene visie over dagbesteding en roostering. St. Anna gaat binnenkort een communicatiemedewerker aanstellen die ook als taak krijgt om cliëntvertegenwoordigers beter te informeren.

Er is nog geen structurele intervisie. Eerst is gewerkt aan het herwinnen van vertrouwen en scholing. Structurele intervisie behoeft nog aandacht.

Verantwoordelijkheden worden laag in de organisatie neergelegd met als doel om de medewerkers meer regelruimte te geven. Dit moet nog verder geïmplementeerd worden. Ook moet duidelijk worden binnen welke professionele kaders deze regelruimte zich bevindt: wanneer is het wenselijk om beargumenteerd af te wijken en wanneer niet.



### 3 Conclusie en beschouwing

#### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe St. Anna, woningen E-K scoort op de getoetste pijlers en domeinen. Dit hoofdstuk heeft een concluderend en beschouwend karakter. Gekeken is naar verbanden in de onderzoeksresultaten zoals beschreven in hoofdstuk 2, met als focus de kwaliteit van de geboden zorg. Om verbanden tussen de scores op de verschillende domeinen en de verschillende niveaus zichtbaar te maken, volgt hieronder een overzicht van alle scores van dit follow-up bezoek.

	gering risico	matig risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Uitvoering (en ondersteuningsplan)</b>				
Ondersteuningsplan		✓		
Veiligheid		✓		
Vrijheidsbeperking			✓	
Kwaliteit van personeel en organisatie		✓		
Samenhang in zorg en ondersteuning		✓		
<b>Visie en beleid</b>	✓			
<b>Clïëntgerichtheid</b>		✓		

#### 3.2 Afname van hoge risico's en toename van vertrouwen

Alle hoge risico's op vrijheidsbeperking na zijn veranderd in matige risico's. Het vertrouwen van medewerkers, cliënten en cliëntvertegenwoordigers is toegenomen. Dit is een hele prestatie, in gang gezet door beter te luisteren naar de ervaringen van medewerkers, cliënten en cliëntvertegenwoordigers en gevolgd door gerichte verbeteracties.

#### 3.3 Aandacht voor vrijheidsbeperking is nodig

Gerichte aandacht voor vrijheidsbeperking is nodig. Dit betreft vooral het registreren en vastleggen van doel, afwegingen en alternatieven. Dit wordt deels al gedaan en moet deels nog vorm krijgen. Daarnaast is ook een beter beleid nodig om over de volle breedte de professionele kaders vorm te geven die het terugdringen van vrijheidsbeperking mogelijk maken. Dit betreft niet alleen de inzet van de dagelijkse begeleiders maar ook die van gespecialiseerde deskundigen (gedragskundigen en (para)medici).

### 3.4

#### **Borgen van professionele kaders ter voorkoming van risico's**

Terugkijkend zijn alle betrokkenen geschrokken van de impact op de cliënten van een cultuur waarin zich erbij neerlegden dat er niet naar hen geluisterd werd. Voor de toekomst is het nodig om de ontwikkelde professionele kaders verder te borgen. Dit betekent een duidelijke verantwoordelijkheid voor de medewerkers in de dagelijkse zorg, ondersteund door gespecialiseerde professionals die hun eigen beroepsverantwoordelijkheid dienen te nemen. Voor cliënten met een ZZP met gedragsregulatie heeft een gedragskundige een eigen verantwoordelijkheid naast die van de medewerkers. Ditzelfde geldt voor artsen en verpleegkundigen bij cliënten met een ZZP met ernstige verzorgingsbehoefte. Daarnaast is het multidisciplinaire overleg nodig bij cliënten met complexe vragen.

Er zijn al maatregelen genomen om deze professionele kaders vorm te geven maar dit dient verder geïmplementeerd en geborgd te worden. Hierin heeft de manager zorg een rol. Wat nog ontbreekt is een duidelijke visie op diagnostiek, signaleringsplannen en risico-inventarisatie.

### 3.5

#### **Dagbesteding nog niet op orde**

Er blijft zorg over de dagbesteding; niet alleen over activiteiten en de spanningsboog van cliënten maar ook over de grootte van de groepen, het tekort aan kleine, prikkelarme ruimtes en de afstemming tussen dagbesteding en wonen bij complexe cliënten. Hoewel hier al wel het nodige is verbeterd, blijft dit aandacht vragen.

### 3.6

#### **Communicatie met cliëntvertegenwoordigers vraagt verbetering**

Cliëntvertegenwoordigers ervaren een verbetering in de communicatie rondom de zorgafspraken van hun eigen verwant, hoewel alertheid in hun ervaring geboden blijft. Ontevreden is men over de communicatie rondom algemene beleidszaken en met name wanneer er belangrijke wijzingen zijn zoals nieuw management en nieuw beleid. De cliëntenraad heeft hierin een rol maar dient dan ook gefaciliteerd te worden. Dit onderwerp vraagt aandacht.

### 3.7

#### **Koers en uitgezet beleid geeft vertrouwen**

Zoals hierboven beschreven is er veel nieuw beleid ontwikkeld. Nog niet apart vermeld is het beleid rondom de I.O.P.'s en de veiligheid. Het ontwikkelde beleid geeft vertrouwen maar verdere implementatie en borging is nodig. De inspectie zal in 2013 opnieuw een bezoek brengen met als doel te beoordelen in hoeverre dit gebeurd is en in hoeverre de resultaten zichtbaar zijn voor het dagelijkse leven van de cliënten en de professionaliteit en betrokkenheid van de medewerkers.

## 4 Te nemen maatregelen

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in het vorige hoofdstuk concludeert de inspectie dat ten aanzien van de besproken onderwerpen nog steeds een aantal matige risico's en een hoog risico aanwezig zijn. Omdat de inspectie vertrouwen heeft in het door u uitgezette beleid verwachten we alleen rondom de gesignaleerde risico's op het onderwerp 'Vrijheidsbeperking' een aanvullend verbeterplan met concrete doelen en termijnen. De inspectie verwacht deze aanvulling voor 1 oktober 2012.

De inspectie volgt de voortgang van de ontwikkeling binnen uw organisatie op reguliere wijze en tijdens toekomstige inspectiebezoeken. Begin 2013 zal opnieuw een inspectiebezoek worden gepland met als doel de resultaten van de verbeteringen te beoordelen.

## Bijlage 1 Beoordelingsaspecten

De onderstaande beoordelingsaspecten zijn gebaseerd op de wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

### *Wetgeving:*

- Kwaliteitswet zorgzorgaanbieders;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- Wet medezeggenschap cliënten zorgzorgaanbieders;
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

### *Veldnormen:*

- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, maart 2007;
- Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ).

<b>Uitvoering (en ondersteuningsplan)</b>
<p>Domein Ondersteuningsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is niet voor iedere cliënt een ondersteuningsplan opgesteld op basis van multidisciplinaire beeldvorming.</li> <li>- Het ondersteuningsplan bevat geen risico-inventarisatie op de 'kwaliteit van leven'-domeinen (lichamelijk welbevinden; psychisch welbevinden; inter-persoonlijke relaties; deelname aan de samenleving; persoonlijke ontwikkeling; materieel welzijn; zelfbepaling; belangen) die voor de betreffende cliënt van toepassing zijn.</li> <li>- Cliënt en cliëntvertegenwoordiger worden niet actief betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan.</li> <li>- Afspraken uit het ondersteuningsplan worden niet nagekomen/uitgevoerd.</li> <li>- Doelen en afspraken zijn niet toetsbaar.</li> <li>- Het ondersteuningsplan wordt niet ten minste eenmaal per jaar methodisch geëvalueerd.</li> </ul>
<p>Domein Veiligheid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico-inventarisatie van de veiligheid vindt niet plaats.</li> <li>- De zorgplansystematiek voorziet niet in een PDCA-cyclus voor verschillende risicoaspecten zoals subjectieve veiligheid, meldsysteem en medicatie.</li> <li>- Informatie en/of diagnostiek over preventie (bijvoorbeeld signaleringsplannen) is niet opgenomen in het dossier.</li> <li>- De inbreng van betrokken disciplines ten aanzien van veiligheid is in het dossier en ondersteuningsplan niet zichtbaar.</li> </ul>
<p>Domein Vrijheidsbeperking</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico-inventarisatie van de vrijheidsbeperking vindt niet met vastgelegde en beargumenteerde regelmaat plaats.</li> <li>- In het ondersteuningsplan zijn de argumenten voor de toegepaste vrijheidsbeperking en de overwogen alternatieven niet zichtbaar.</li> <li>- De zorgplansystematiek voorziet niet in een PDCA-cyclus voor de specifieke risicoaspecten (preventie; organisatie van primair proces; communicatie; verantwoording; deskundigheid).</li> <li>- Informatie en/of diagnostiek op het gebied van preventie van vrijheidsbeperking (signaleringsplannen) is niet opgenomen in het dossier.</li> </ul>

- De wensen van de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger over vrijheidsbeperking zijn niet aantoonbaar meegenomen in afspraken en doelen.
- De inbreng van betrokken disciplines en extern deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking is in het dossier en ondersteuningsplan niet zichtbaar.

#### Domein Kwaliteit van personeel en organisatie

- Er worden structureel onvoldoende medewerkers ingezet.
- Medewerkers beschikken niet over de deskundigheid die voor de specifieke doelgroep nodig is.
- Functioneringsgesprekken worden niet structureel gehouden.
- Het is voor de medewerkers niet duidelijk hoe de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden geregeld is.
- Er vindt onvoldoende afstemming plaats over de uitvoering van de zorg tussen de betrokken disciplines.

#### Domein Samenhang in zorg en ondersteuning

- Het dossier is niet samenhangend, overzichtelijk en volledig.
- In het dossier, het ondersteuningsplan of de dagrapportage is geen schriftelijke informatieoverdracht tussen cliënt, cliëntvertegenwoordiger, interne organisatorische eenheden en/of andere (zorg)aanbieders uit de keten opgenomen.
- De uitvoering van de afspraken over samenhang in de zorg en ondersteuning zijn niet zichtbaar in het dossier.
- De afspraken over de samenhang in de zorg en ondersteuning worden niet regelmatig met alle betrokken netwerkpartners geëvalueerd en bijgesteld.

### Visie en beleid

- Er is geen beleid geformuleerd voor één of meerdere van de vijf randvoorwaardelijke domeinen (ondersteuningsplan; veiligheid; vrijheidsbeperking; kwaliteit van personeel en organisatie; samenhang in zorg en ondersteuning).
- De zorgaanbieder heeft geen beleid voor het zoeken naar alternatieven voor de toegepaste vrijheidsbeperking.
- De beleidsnotities, protocollen en richtlijnen over de vijf randvoorwaardelijke domeinen (ondersteuningsplan; veiligheid; vrijheidsbeperking; kwaliteit van personeel en organisatie; samenhang in zorg en ondersteuning) worden niet regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
- De zorgaanbieder heeft relevante disciplines niet betrokken bij de ontwikkeling en evaluatie van het beleid over veiligheid en het beleid over vrijheidsbeperking.

### Organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgerichtheid

- De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger wordt niet betrokken bij de uitkomsten van cliënttevredenheidsonderzoeken en de daarop genomen maatregelen.
- De zorgaanbieder biedt geen of onvoldoende intervisiemogelijkheden en feedbackmomenten die gericht zijn op het eigen handelen van de werknemer in de leefwereld van de cliënt.
- Het is medewerkers niet toegestaan om (beargumenteerd) af te wijken van protocollen en richtlijnen.

## Bijlage 2 Inzage documenten

Ten behoeve van de oordeelsvorming zijn de volgende documenten ingezien:

- Zorgdossiers en zorgplannen;
- Overzicht van doelgroepen en behandelindicaties;
- Overzicht van vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen;
- Jaarverslag klachtencommissie 2011, inclusief afgehandelde klachten;
- Jaarverslag middelen en maatregelencommissie 2011;
- Jaarverslag FOBO commissie 2011;
- Scholingsplan;
- Verzuim- en verloopcijfers;
- Planning MDO-gesprekken.