



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Kwaliteit van zorg bij langdurige vrijheids- beperking van mensen met een verstandelijke beperking: vooral de dialoog ontbreekt

Onderzoek in 24 locaties

Utrecht, november 2011

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvraag – 10
- 1.3 Onderzoeksmethode 10
 - 1.3.1 Aantal en situering van de locaties – 10
 - 1.3.2 Het bezoek en de voorbereiding – 11
 - 1.3.3 Rapportage en handhaving – 11
- 1.4 Toetsingskader – 11
 - 1.4.1 Opbouw van het instrument – 11
 - 1.4.2 Beoordelingskaders en risicoscores – 12

2 Conclusies – 13

- 2.1 Kwaliteit en veiligheid zorg niet altijd op orde – 13
- 2.2 Beter begrip maar te weinig open dialoog – 13
- 2.3 Niet-concrete doelen beperken praktische waarde ondersteuningsplan – 13
- 2.4 Inzicht in risico's onvoldoende doorontwikkeld – 13
- 2.5 Kwaliteit en kwantiteit personeel goed, maar continuïteit kwetsbaar – 14

3 Handhaving – 15

- 3.1 Onmiddellijke maatregelen bij twee locaties – 15
- 3.2 Resultatenoverzichten en vervolgtoezicht bij elf locaties – 15
- 3.3 Geen vervolgtacties bij elf bezochte locaties – 15

4 Resultaten – 17

- 4.1 Scores bij zeven beoordelingskaders – 17
- 4.2 Ondersteuningsplan – 18
- 4.3 Veiligheid – 19
- 4.4 Vrijheidsbeperking – 20
- 4.5 Kwaliteit van personeel en organisatie – 22
- 4.6 Samenhang in zorg en ondersteuning – 24
- 4.7 Cliëntgerichtheid – 25
- 4.8 Visie en beleid – 26

Summary – 29

Literatuur – 30

- Bijlage 1 Verdeling aantal cliënten over locaties en zorgaanbieders – 31
- Bijlage 2 Omschrijving pijlers en domeinen – 32
- Bijlage 3 Afspraken uit het handhavingsplan – 34
- Bijlage 4 Scores op de beoordelingskaders per pijler – 35

Voorwoord

Het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de langdurige zorg staat de laatste jaren hoog op de agenda. Sinds het onderzoek van de inspectie naar de toepassingen van vrijheidsbeperking in 2007/2008 en verbeterinitiatieven van organisaties als Zorg voor Beter en de Innovatiekring Dementie werkt het veld nog harder aan het terugdringen van vrijheidsbeperking. De inspectie en de veldpartijen ondertekenden in november 2008 hiervoor een intentieverklaring. Tegen deze achtergrond was de uitzending over Brandon, de jongeman die vastgebonden afgezonderd leefde, schokkend. Het was voor de inspectie aanleiding om bij haar toezichtactiviteiten voor 2011 en 2012 met voorrang locaties te bezoeken met cliënten die mogelijk in soortgelijke omstandigheden verkeren. Deze locaties zijn door het Centrum voor Consultatie en Expertise geïnventariseerd.

Uit dit onderzoek van de inspectie blijkt gelukkig dat sprake is van een positieve ontwikkeling waarbij het management en medewerkers van zorgaanbieders bewuster omgaan met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en het zoeken naar alternatieven. Tegelijkertijd blijkt ook dat de cliënt te weinig betrokken wordt bij het terugdringen van vrijheidsbeperking. Er wordt te vaak óver de cliënt gesproken, in plaats van mét de cliënt. In een sector die de laatste jaren fors heeft geïnvesteerd in de ontwikkeling van visie en beleid voor cliëntgericht werken is dit een pijnlijke constatering. Juist bij mensen die onvoldoende voor zichzelf op kunnen komen, is het belangrijk dat alles wordt gedaan om hen een stem te geven.

Een zorgmedewerker moet een goed beeld hebben van de cliënt en weten wat zijn wensen zijn. Daarbij is communicatie van groot belang. De zorgmedewerker moet proberen de cliënt te begrijpen, want met dit begrip kan hij gericht kijken naar oorzaken van probleemgedrag en effectiever zoeken naar een manier om in te spelen op dit gedrag. Hiermee kan de toepassing van vrijheidsbeperking worden voorkomen. Dit leidt niet alleen tot goede en veilige zorg, maar getuigt ook van respect voor de cliënt. Een cliënt moet zich gehoord voelen en weten dat zijn stem van invloed is op de kwaliteit van zijn leven.

De cultuuromslag die op meerdere aspecten van het ondersteuningsproces nodig is, is nog niet door elke bezochte zorgaanbieder gemaakt. Zonder deze cultuuromslag lopen zorgaanbieders tegen de grenzen aan van het terugdringen van vrijheidsbeperking.

Ik roep alle zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg op de dialoog met alle betrokkenen te blijven zoeken. Alleen in samenspraak krijgt de cliënt de zorg en het leven waar hij recht op heeft. Waar deze cliënt geen stem heeft, hoop ik met ons toezicht voor hem te kunnen spreken.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg doet in 2011 en 2012 onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van zorg in de gehandicaptenzorg, met als speerpunt het terugdringen van vrijheidsbeperking. De inspectie bezocht hiervoor onder andere 24 locaties waar cliënten verblijven die regelmatig worden afgezonderd of in afzondering leven en/of gefixeerd worden. Deze locaties zijn op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door het Centrum voor Consultatie en Expertise geïnventariseerd. Aanleiding voor dit verzoek was een uitzending van de Evangelische Omroep (januari 2011) over een jongeman met een verstandelijke beperking die in een tuigje vastgebonden zat aan de muur.

Tijdens de bezoeken beoordeelde de inspectie de kwaliteit en veiligheid van zorg, met aandacht voor de toepassing en preventie van langdurige vrijheidsbeperking. Hiertoe beoordeelde de inspectie de aanwezigheid van risico's op een zevental gebieden: ondersteuningsplan, veiligheid, vrijheidsbeperkende maatregelen, kwaliteit van personeel en organisatie, samenhang in zorg en ondersteuning, visie en beleid en organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgerichtheid.

Uit deze tussenrapportage blijkt dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg bij de bezochte locaties niet altijd op orde is. De belangrijkste conclusie is dat op het gebied van uitvoering van het ondersteuningsplan en uitvoering van de vrijheidsbeperking nog verbeterpunten liggen. De helft van de bezochte locaties betrok bijvoorbeeld de cliënt en zijn vertegenwoordiger slechts passief bij zaken als invulling van het ondersteuningsplan of afstemming over vrijheidsbeperkende maatregelen. Het ontbreken van een open dialoog gaat ten koste van de kwaliteit van individuele, persoonlijke zorg en ondersteuning. Daarnaast heeft het merendeel van de zorgaanbieders de risicoinventarisatie onvoldoende op orde. Ook het formuleren van haalbare, concrete werkdoelen voor de cliënt verdient meer aandacht van de zorgaanbieder.

Wat positief opviel was de grote vooruitgang in het beter 'lezen' en begrijpen van de cliënt door gerichte scholing van het personeel. Ook de multidisciplinaire samenwerking was bij de meeste locaties aanwezig, zowel bij de totstandkoming van het ondersteuningsplan als bij de toepassing van vrijheidsbeperking. Tot slot bleek dat de kwaliteit en kwantiteit van personeel goed op orde zijn, maar kwetsbaar blijven.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Het toezien op de toepassing van vrijheidsbeperking is een vast onderdeel van het werk van de inspectie. Zo ook in de algemene toezichtrondes naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg die in 2011 en 2012 in de gehandicaptenzorg plaatsvinden. Het terugdringen van vrijheidsbeperking verdient continue aandacht, zowel van de zorgaanbieder als van de inspectie.

In het thematisch toezicht in 2007 en 2008 onderzocht de inspectie in hoeverre zorgaanbieders vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen¹. Uit het onderzoek bleek dat in zorginstellingen nog veel vrijheidsbeperking plaatsvond. Gelijktijdig bewees het verbeterprogramma van Zorg voor Beter 'Maatregelen op maat' dat vrijheidsbeperking op een snelle en vaak eenvoudige wijze is terug te dringen. Daarom tekende de inspectie in november 2008 samen met cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties de intentieverklaring 'Zorg voor Vrijheid'. Hierin werd het doel gesteld om eind 2011 geen onrustbanden meer te gebruiken en andere vormen van vrijheidsbeperking met de helft terug te dringen. In 2010 hield de inspectie een thematische toezichtronde om te onderzoeken in hoeverre de toepassing van vrijheidsbeperking was teruggedrongen². Hieruit bleek dat er bij zorgaanbieders meer bewustzijn was over dit onderwerp. Het was echter moeilijk om op geaggregeerd niveau aan te geven op welke schaal vrijheidsbeperking daadwerkelijk was teruggedrongen omdat de door de zorgaanbieders aangeleverde informatie onvoldoende betrouwbaar was.

In deze periode van nadrukkelijke aandacht voor (het terugdringen van) vrijheidsbeperking zond de Evangelische Omroep op 18 januari 2011 beelden uit van een jongeman met een verstandelijke beperking die in een tuigje was vastgebonden aan de muur. Hij woonde in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. De beelden veroorzaakten een golf van ontzetting en leidden tot vragen van bezorgde Kamerleden. De staatssecretaris van VWS kwam naar aanleiding van deze casus met het plan van aanpak 'Complexe zorg'. Dit plan bestond uit de volgende onderdelen:

- 1 Het in beeld brengen van de omvang van soortgelijke langdurige vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehandicaptenzorg.
- 2 De beoordeling van de kwaliteit van zorg in alle locaties met langdurige vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehandicaptenzorg.
- 3 Het vormen van een denktank met als doel langdurige vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehandicaptenzorg te voorkomen.

Ad 1: Omvang van langdurig toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen

Volgens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) zijn instellingen in de gehandicaptenzorg verplicht vrijheidsbeperkende maatregelen die onder dwang of zonder instemming worden toegepast, te registreren en te melden aan de inspectie. Vrijheidsbeperkende maatregelen *mét* instemming, waar in bovengenoemde casus sprake van was, moeten instellingen volgens de Kwaliteitswet wel registreren, maar hoeven niet bij de inspectie gemeld te worden. Hierdoor is de landelijke omvang van deze langdurige toepassingen schakelde de staatssecretaris het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) in. Het CCE geeft op verzoek van zorgaanbieders deskundig advies en consultatie bij het omgaan met complexe zorgvragen van mensen met een verstandelijke beperking. Op verzoek van de staats-

secretaris maakte het CCE een overzicht van de bij hen bekende cliënten met langdurige vrijheidsbeperking. Het gaat om cliënten die regelmatig worden afgezonderd of in afzondering leven en/of gefixeerd worden.

Ad 2. Beoordeling van de kwaliteit van zorg in alle locaties met langdurige vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehandicaptenzorg

De inspectie beoordeelde in april, mei en juni 2011 de kwaliteit van zorg bij de locaties van zorgaanbieders die door het CCE waren geïnventariseerd.

Omdat de inspectie, naast deze locaties, ook alle andere zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg in 2011-2012 bezoekt, is deze rapportage een tussenrapportage voor de 24 bezochte locaties. De mogelijkheid bestaat dat de inspectie bij de andere zorgaanbieders nog meer langdurig in hun vrijheid beperkte cliënten tegenkomt.

Eind 2012/begin 2013 komt de inspectie met een eindrapport waarin zij aanbevelingen doet aan de zorgaanbieders en andere (veld)partijen.

Ad 3. Het vormen van een denktank met als doel langdurige vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehandicaptenzorg te voorkomen

De staatssecretaris richtte een denktank op waarin de inspectie als waarnemer zit. De denktank verkent hoe schijnbaar perspectiefloze zorgsituaties kunnen worden vlot getrokken zodat cliënten met complexe zorgvragen zich zoveel mogelijk in vrijheid kunnen bewegen (Staatscourant, 30 maart 2011). De denktank zal bij deze verkenning de bevindingen uit deze tussenrapportage gebruiken.

1.2 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag van deze rapportage is:

Hoe is de kwaliteit en veiligheid van zorg in locaties voor gehandicaptenzorg waar langdurige vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast?

Om de kwaliteit en veiligheid van zorg te beoordelen, is de zorg op verschillende niveaus en domeinen onderzocht om zo tot een algemeen oordeel te komen. In de volgende paragraaf staan deze niveaus en domeinen verder omschreven.

1.3 Onderzoeksmethode

1.3.1 Aantal en situering van de locaties

Het CCE inventariseerde 17 zorgaanbieders waar in totaal 28 cliënten verblijven waarvoor expertise van het CCE is aangevraagd. De cliënten wonen verdeeld over 24 locaties. In bijlage 1 staat een tabel met de verdeling van het aantal cliënten per locatie en zorgaanbieder.

Bijna elke bezochte locatie ligt op een intramuraal instellingsterrein waar meer dan 50 cliënten bij elkaar wonen. Op alle 24 locaties wonen meerdere cliënten met probleemgedrag en een complexe zorgvraag. De mate van verstandelijke beperking loopt uiteen van licht tot ernstig. De meeste cliënten kunnen zich echter niet of nauwelijks uiten en zijn in hun dagelijks leven afhankelijk van begeleiders voor het interpreteren van de oorzaken van ongenoegen en probleemgedrag. Voor deze cliënten zijn hun vertegenwoordigers de belangrijkste belangenbehartigers.

Bij al deze locaties investeert het management in het terugdringen van vrijheidsbeperking door actief consultatie te vragen bij het CCE. De bijzondere omstandigheid waar deze locaties in verkeren, maakt dat de resultaten uit deze tussenrapportage niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden naar andere locaties in de gehandicaptenzorg.

1.3.2 *Het bezoek en de voorbereiding*

In april, mei en juni 2011 bezocht en beoordeelde de inspectie de 24 locaties. Voorafgaand aan het bezoek analyseerde de inspectie diverse opgevraagde (beleids)documenten. Tevens waren er gesprekken met de ondernemingsraad, de cliëntenraad en, waar van toepassing, de verwantenraad van elke locatie om vooraf hun visie en ervaringen te horen. Deze gesprekken speelden mee in het bepalen van gespreksonderwerpen tijdens het bezoek.

Tijdens het bezoek waren er gesprekken met cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers, begeleiders, het multidisciplinair team en het management(team). Daarnaast kregen de inspecteurs waar mogelijk een rondleiding van een cliënt en gebruikten ze een maaltijd met cliënten en medewerkers. Tot slot analyseerde de inspectie de zorgdossiers van langdurig gefixeerde cliënten.

1.3.3 *Rapportage en handhaving*

De inspectie maakte van elk bezoek een conceptrapport en legde dat voor feitelijke controle voor aan de zorgaanbieder. Daarna stelde de inspectie het rapport met bevindingen en oordelen vast. De vastgestelde rapporten staan op www.igz.nl.

In het handhavingplan (zie bijlage 4) staat beschreven op welke wijze de inspectie signaleerde risico's behandelt.

1.4 **Toetsingskader**

De kwaliteit van zorg beoordeelde de inspectie met het vernieuwde tweedefase-instrument. De inspectie ontwikkelde dit instrument op basis van eerdere bevindingen uit het tweedefasetoezicht, vervolgtoezicht en thematisch toezicht^{1,2,3} en op basis van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg⁴. Het instrument wordt gebruikt voor al het algemene toezicht (tweedefasetoezicht) in de gehandicaptenzorg.

1.4.1 *Opbouw van het instrument*

Het tweedefase-instrument bestaat uit drie *pijlers*. Deze drie pijlers staan voor de verschillende niveaus waarop de zorg georganiseerd is:

- *Uitvoering (en ondersteuningsplan)*
Bij deze pijler let de inspectie op de uitvoering van de zorg. Welke zorg levert een zorgaanbieder daadwerkelijk en wat is de kwaliteit van deze zorg op de werkvloer? Onderdeel van deze pijler is ook de verantwoording van de zorg in het ondersteuningsplan van de cliënt.
- *Cliëntgerichtheid*
Bij deze pijler let de inspectie op de organisatorische randvoorwaarden die nodig zijn om cliëntgericht te kunnen werken. Richt de zorgaanbieder zijn organisatie zo in dat de medewerker kan handelen vanuit de wensen en behoeften van de cliënt?
- *Visie en Beleid*
Een voorwaarde voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg is achterliggend beleid waarop de uitvoering van de zorg en ondersteuning is gefundeerd. Bij deze pijler gaat het om de mate waarin de zorgaanbieder visie en beleid formuleert voor de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg.

De pijlers Cliëntgerichtheid en Visie en beleid beoordeelt de inspectie breed. Voor de beoordeling van Uitvoering (en ondersteuningsplan) hanteert de inspectie een onderverdeling van vijf *domeinen*. Hiermee kijkt de inspectie specifiek naar de uitvoering van de zorg en bijbehorende risico's. De domeinen hebben alle betrekking op de randvoorwaarden voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg:

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

In bijlage 2 staat een inhoudelijke omschrijving van de pijlers en domeinen.

1.4.2

Beoordelingskaders en risicoscores

Voor elke pijler heeft de inspectie een beoordelingskader, en voor de pijler Uitvoering (en ondersteuningsplan) zijn er vijf beoordelingskaders, één voor elk domein. Er zijn in totaal zeven beoordelingskaders.

De beoordelingskaders bevatten beoordelingsaspecten (specifieke punten waar de inspectie op beoordeelt) en de onderlinge weging van deze aspecten. De weging van de aspecten leidt tot een oordeel over de mate waarin risico's op betreffende pijler of domein aanwezig zijn. Dit is de zogenaamde *risicoscore*. Er zijn vier verschillende risicoscores: gering, matig, hoog, zeer hoog.

- Gering risico houdt in dat er geen tot weinig (rand)voorwaarden of zorgprocessen afwijken van de norm.
- Matig risico houdt in dat er (rand)voorwaarden of zorgprocessen geconstateerd zijn die afwijken van de norm, maar dat deze niet direct een bedreiging vormen voor de gezondheid en/of veiligheid van de cliënten.
- Hoog risico houdt in dat er (rand)voorwaarden of zorgprocessen geconstateerd zijn die een bedreiging kunnen vormen voor de gezondheid en/of veiligheid van de cliënten.
- Zeer hoog risico houdt in dat er (rand)voorwaarden of zorgprocessen geconstateerd zijn die een ernstige bedreiging vormen voor de gezondheid en/of veiligheid van de cliënten.

2 Conclusies

2.1 **Kwaliteit en veiligheid zorg niet altijd op orde**

De kwaliteit en veiligheid van de zorg op de locaties die de inspectie in april, mei en juni 2011 in het kader van het tweedefasetoezicht bezocht, voldeed niet altijd aan de normen van verantwoorde zorg. Het valt op dat hierin duidelijke verschillen zijn tussen de locaties. Iets meer dan de helft van de locaties week op punten af van de normen, waarbij dit in enkele gevallen een (ernstige) bedreiging kon vormen voor de gezondheid en veiligheid van cliënten. De andere helft voldeed wel voldoende aan de normen.

De afwijkingen van de norm concentreerden zich bij de bezochte locaties voornamelijk op de uitvoering van het ondersteuningsplan en de uitvoering van vrijheidsbeperking. Bij deze twee aspecten constateerde de inspectie het grootste aantal hoge risico's. De belangrijkste onderdelen die bij deze twee aspecten niet op orde waren: onvoldoende dialoog tussen medewerker, cliënt en zijn vertegenwoordiger, het ontbreken van concreet geformuleerde werkdoelen voor de cliënt en het ontbreken van een gedegen risicoinventarisatie.

2.2 **Beter begrip maar te weinig open dialoog**

Cliëntgericht werken staat hoog in het vaandel in de gehandicaptenzorg, zo ook in de bezochte locaties. De organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgericht werken zijn goed op orde. Ook boekten de locaties grote vooruitgang in het beter 'lezen' en begrijpen van de cliënt door gerichte scholing van het personeel.

Toch bleek dat in de helft van alle bezochte locaties de betrokkenheid van de cliënt en zijn vertegenwoordiger bij de totstandkoming van het individuele ondersteuningsplan onvoldoende was. In deze gevallen ontbrak een daadwerkelijk open gesprek tussen medewerkers, cliënt en cliëntvertegenwoordiger om samen te bepalen welke individuele zorg en ondersteuning de cliënt wenst of nodig heeft en om afspraken hierover samen te evalueren. Een open dialoog met de cliënt en zijn vertegenwoordiger is niet alleen noodzakelijk om een helder beeld te krijgen van individuele (zorg)behoeften en wensen, maar geeft de cliënt en zijn vertegenwoordiger ook het gevoel dat de medewerker hem serieus neemt en dat afspraken over alledaagse zorg in overeenstemming worden bereikt. Vooral over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is een open dialoog nodig.

2.3 **Niet-concrete doelen beperken praktische waarde ondersteuningsplan**

In een ondersteuningsplan van de cliënt staan vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen, afgestemd op individuele behoeften. Deze doelen zijn de basis voor optimalisering van de kwaliteit van leven van de cliënt. Bij tweederde van de bezochte locaties zijn de doelen echter niet zodanig geformuleerd dat er concreet naar toe gewerkt kan worden. Doelen en afspraken zijn nog onvoldoende opgedeeld in kleine, haalbare en overzichtelijke stappen waarbij verantwoordelijkheden helder verdeeld zijn. Hierdoor ontstaat het risico dat medewerkers en betrokken disciplines de 'focus' missen en wordt het moeilijk om doelgericht en vooral samen met de cliënt te werken aan het behalen van zijn doelen.

2.4 **Inzicht in risico's onvoldoende doorontwikkeld**

Om risico's in de zorg te reduceren is het belangrijk een goede inventarisatie te maken van alle mogelijke risico's waar cliënten mee te maken kunnen krijgen, zowel individueel als collectief. Het besef van het belang van een risicoinventarisatie is

aanwezig bij de meeste zorgaanbieders, getuige het feit dat een groot merendeel van de locaties één of andere vorm van risicoinventarisatie toepast. Toch blijkt dat in 80% van de bezochte locaties vooral risicoinventarisaties voor onderwerpen worden gemaakt waar op basis van eerdere diagnostiek of voor-geschiedenis risico's worden verwacht. Bij deze locaties is sprake van een tunnel-visie. Er is geen complete en brede inventarisatie waarin ook de eventuele risico's bij andere levensdomeinen staan. Zorgaanbieders plaatsen de cliënt en zijn gedrag hierdoor niet in de juiste context en de kans bestaat dat zorgverleners daarom op de verkeerde momenten de verkeerde zorg verlenen.

2.5 Kwaliteit en kwantiteit personeel goed, maar continuïteit kwetsbaar

Bij het merendeel van de bezochte locaties waren de kwaliteit en kwantiteit van het personeel goed op orde. Toch blijkt het niet eenvoudig om stabiele teams met voldoende kennis over complexe problematiek te realiseren. Veel locaties hebben te maken met groot verloop, mogelijk als gevolg van de complexiteit van het werken met cliënten met problematisch gedrag.

De kwetsbaarheid ligt bij de continuïteit. Sommige locaties waarbij op het moment van bezoek voldoende personeel in dienst was, zijn onzeker over de continuïteit van hun teams bijvoorbeeld door toekomstige bezuinigingen. Bij locaties waarbij sprake is van onvoldoende personeel zijn de risico's duidelijk zichtbaar: er ontstaat een neerwaartse spiraal van een afname van kwaliteit en kwantiteit van personeel, en toenemend tijdgebrek. Dit heeft zijn weerslag op de werkprocessen. Onder andere evaluaties vinden minder vaak plaats, de informatieoverdracht neemt af, scholing en intervisie zijn niet structureel en de multidisciplinaire samenwerking lijdt er onder.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie de handhaving die geldt voor de bezochte instellingen. De inspectie gebruikte een vooraf vastgesteld handhavingplan (opgenomen in bijlage 3). In dit plan staat de wijze waarop de inspectie bij gesignaleerde risico's handhaaft.

3.1 Onmiddellijke maatregelen bij twee locaties

Twee zorgaanbieders moesten onmiddellijke maatregelen nemen wegens één of meer geconstateerde zeer hoge risico's. De aard van deze maatregelen bepaalde de inspecteur, na regionaal overleg en in overleg met de programmaleider gehandicaptenzorg. Voor de zorgaanbieder met een zeer hoog risico bij Kwaliteit van personeel en organisatie waren dit de volgende maatregelen:

- 1 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden vastleggen van de medewerkers die bij de directe cliëntenzorg betrokken zijn.
- 2 Duidelijke structuur geven aan de aansturing door management en leidinggevenden.
- 3 Taken en bevoegdheden van de Bopz-commissie en de MIC-commissie (in samenhang) vorm geven.

Voor de zorgaanbieder met een zeer hoog risico bij Ondersteuningsplan, Veiligheid en Kwaliteit van personeel en organisatie waren dit de volgende maatregelen:

- 1 Uitbreiding van de personele bezetting tot een minimale bezetting van twee medewerkers per wooncluster en per dienst. Verder een beoordeling of verdere uitbereiding noodzakelijk is. De personele bezetting moet zodanig zijn dat daarmee de veiligheid voor cliënten en medewerkers kan worden gegarandeerd en dat er voldoende ruimte ontstaat om uitvoering te kunnen geven aan de gevraagde kwaliteitsverbeteringen.
- 2 Uitbreiding van de mogelijkheden voor dagbesteding voor cliënten.

Bij beide locaties besprak de inspectie de gevonden risico's met de Raad van Bestuur. De inspectie brengt binnen zes maanden een aangekondigd of onaangekondigd bezoek aan deze locaties.

3.2 Resultatenoverzichten en vervolgtoezicht bij elf locaties

Voor elf locaties met minder dan vier beoordelingen op hoog risico en geen zeer hoge risico's vroeg de inspectie een resultatenoverzicht op over een termijn van drie maanden. In dit overzicht staan de acties die de zorgaanbieder onderneemt om de gevonden risico's aan te pakken en tot welke concrete verbeteringen dit heeft geleid. De inspectie beoordeelt het resultatenoverzicht en daarna volgt binnen zes maanden vervolgtoezicht. De inspectie bepaalt op grond van de gevonden risico's op welke wijze dit vervolgtoezicht vorm krijgt: een schriftelijke afhandeling, een gesprek of een aangekondigd of onaangekondigd bezoek.

3.3 Geen vervolgacties bij elf bezochte locaties

Bij elf bezochte locaties waren geen vervolgacties noodzakelijk omdat deze locaties geen hoge of zeer hoge risico's scoorden en minder dan zes matige risico's. De inspectie vertrouwt er op dat de zorgaanbieder zelf de gevraagde verbeteringen ter hand neemt. De voortgang in de verbetering van de zorg op die punten waar een matig risico aanwezig was, bespreekt de inspectie bij het eerstvolgende inspectiebezoek.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het onderzoek. Paragraaf 4.1 bevat een overzicht van de opgetelde risicoscores van de 24 locaties bij de beoordelingskaders. In paragraaf 4.2 tot en met 4.8 gaat de inspectie per pijler en domein specifiek in op de scores op de beoordelingsaspecten. In deze paragrafen heeft de inspectie in sommige gevallen door het ontbreken van voldoende informatie geen gefundeerd oordeel over één of meerdere locaties kunnen geven. Dit is beargumenteerd in de afzonderlijke rapporten die per locatie zijn opgesteld. In bijlage 4 staan de afzonderlijke scores van de bezochte locaties.

4.1 Scores bij zeven beoordelingskaders

Tabel 1 bevat een overzicht van de risico's voor de zeven beoordelingskaders bij de 24 bezochte locaties.

Tabel 1
Opgetelde scores bij de zeven beoordelingskaders (N=24)

	gering risico	matig risico	hoog risico	zeer hoog risico
Pijler: Uitvoering (en ondersteuningsplan)				
– Ondersteuningsplan	4	13	6	1
– Veiligheid	9	12	2	1
– Vrijheidsbeperking	12	4	8	0
– Kwaliteit van personeel en organisatie	15	6	1	2
– Samenhang in zorg en ondersteuning	10	12	2	0
Pijler: Visie en beleid	12	10	2	0
Pijler: Cliëntgerichtheid	12	10	2	0

84% van het totale aantal scores valt onder 'gering risico' en 'matig risico'.

Bij ongeveer 90% van de bezochte locaties was sprake van 'gering risico' of 'matig risico' bij de domeinen Veiligheid, Kwaliteit van personeel en organisatie, Samenhang in zorg en ondersteuning en de pijlers Visie en beleid en Cliëntgerichtheid (in tabel 1 horizontaal weergegeven). De overige 10% kreeg op deze domeinen en pijlers een beoordeling op 'hoog risico' of 'zeer hoog risico'. Op de domeinen Ondersteuningsplan en Vrijheidsbeperking vond de inspectie in verhouding meer hoge risico's. Het percentage locaties dat op deze domeinen geringe en matige risico's scoorde, ligt respectievelijk rond 70% en 67% (90% bij overige pijlers en domeinen), het percentage locaties dat hoge en zeer hoge risico's scoorde ligt hiermee respectievelijk rond 30% en 33% (10% bij overige pijlers en domeinen).

Opvallend is dat het domein Kwaliteit van personeel en organisatie bij de meeste locaties (15) een gering risico scoorde, maar tegelijkertijd het grootste aantal locaties (2) heeft met een zeer hoog risico. Daarnaast valt op dat de grootste risico's die gevonden zijn ('zeer hoog risico') onder de pijler Uitvoering (en onder-

steuningsplan) vallen. Bij de pijlers Visie en beleid en Cliëntgerichtheid scoorden de locaties geen enkele keer 'zeer hoog risico'.

Drie van de vier 'zeer hoog risico' scores horen bij één locatie. De zeer hoge risico's lagen bij de domeinen Ondersteuningsplan, Veiligheid en Kwaliteit van personeel en organisatie. Bij alle overige domeinen en pijlers constateerde de inspectie bij die betreffende locatie een hoog risico.

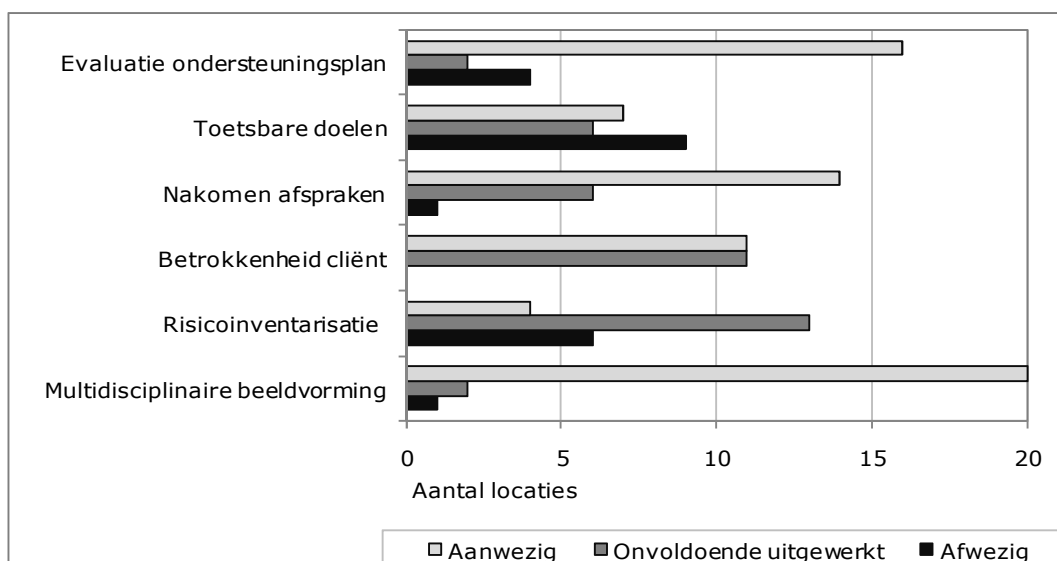
De vierde 'zeer hoog risico' score hoort bij een andere locatie en en betrof het domein Kwaliteit van personeel en organisatie. Bij deze locatie constateerde de inspectie daarnaast op het domein Vrijheidsbeperking en de pijler Visie en beleid een hoog risico.

4.2 Ondersteuningsplan

Bij het domein Ondersteuningsplan van de pijler Uitvoering (en ondersteuningsplan) scoorden vier locaties een 'gering risico', dertien locaties een 'matig risico', zes locaties een 'hoog risico' en één locatie een 'zeer hoog risico'. Om na te gaan bij welke onderdelen deze risico's lagen, zijn de resultaten opgesplitst naar beoordeelde aspecten (figuur 1).

Bij dit domein beoordeelde de inspectie de volgende aspecten:

- Het ondersteuningsplan wordt ten minste eenmaal per jaar methodisch geëvalueerd.
- Doelen en afspraken zijn toetsbaar.
- Afspraken uit het ondersteuningsplan worden nagekomen/uitgevoerd.
- Cliënt en cliëntvertegenwoordiger worden actief betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan.
- Het ondersteuningsplan bevat een risicoinventarisatie 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.
- Voor iedere cliënt is een ondersteuningsplan opgesteld op basis van multi-disciplinaire beeldvorming



Figuur 1: Scores bij aspecten van het beoordelingskader Ondersteuningsplan

De evaluatie van het ondersteuningsplan was bij zestien locaties goed op orde. Bij deze locaties was minimaal voldaan aan de verplichte jaarlijkse evaluatie, maar in veel gevallen evalueerden de locaties het plan vaker. De inspectie constateerde bijvoorbeeld dat er een locatie was die de plannen van cliënten met een complexe zorgvraag één keer in de twee maanden evalueerde, en dat er een locatie was die bijzondere ondersteuningsplannen één maal in de zes weken evalueerde. Bij vier locaties waren er geen jaarlijkse evaluaties. Genoemde redenen waren tijd-, personeel- en geldgebrek.

Bij negen locaties waren de doelen en afspraken niet concreet en toetsbaar. Bij zes locaties was dit nog onvoldoende uitgewerkt. Slechts bij zeven locaties was de toetsbaarheid van doelen en afspraken op orde. Het probleem zat vooral in de concretisering van de doelen. Daarnaast waren doelen en afspraken nog onvoldoende opgedeeld in kleine, haalbare en overzichtelijke stappen.

Negentien locaties hadden de risicoinventarisatie niet goed op orde. Dertien locaties werkten de risicoinventarisatie onvoldoende uit, bij zes locaties was deze afwezig. Een groot struikelpunt bij de risicoinventarisatie was een 'tunnelvisie': de locatie maakte alleen een inventarisatie voor onderwerpen waar op basis van eerdere diagnostiek of voorgeschiedenis risico's werden verwacht. Wat ontbrak, was een bredere inventarisatie waarin ook de eventuele risico's bij andere levensdomeinen stonden. Slechts vier locaties namen een dergelijke, brede, risicoinventarisatie op in het ondersteuningsplan.

Alle locaties betrokken de cliënt en zijn vertegenwoordiger bij het opstellen van het ondersteuningsplan. Elf locaties werkten de invulling van deze betrokkenheid onvoldoende uit. Op deze locaties werden de cliënt en zijn vertegenwoordiger niet actief betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan.

4.3

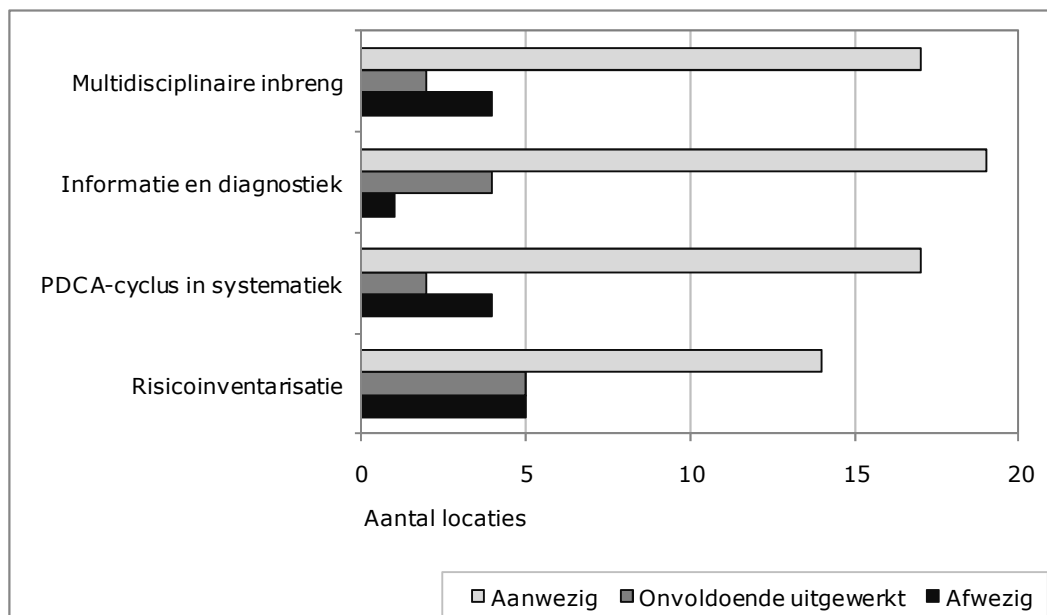
Veiligheid

Bij het domein Veiligheid van de pijler Uitvoering (en ondersteuningsplan) scoorden negentien locaties een 'gering risico', twaalf locaties een 'matig risico', twee locaties een 'hoog risico' en één locatie een 'zeer hoog risico'. Om na te gaan bij welke onderdelen deze risico's lagen, zijn de resultaten opgesplitst naar beoordeelde aspecten (figuur 2).

Bij dit domein beoordeelde de inspectie de volgende aspecten:

- De inbreng van betrokken disciplines ten aanzien van veiligheid is in het dossier en ondersteuningsplan zichtbaar.
- Informatie en/of diagnostiek over preventie (bijvoorbeeld signaleringsplannen) is opgenomen in het dossier.
- De zorgplansystematiek voorziet in een PDCA-cyclus voor verschillende risico-aspecten zoals subjectieve veiligheid, meldsysteem en medicatie.
- Er vindt risicoinventarisatie van de veiligheid plaats.

Negentien locaties namen achterliggende informatie en diagnostiek over preventie op in het dossier van de cliënt. Informatie en diagnostiek over preventie bestond bijvoorbeeld uit signaleringsplannen. Er waren vier locaties waar deze informatie en diagnostiek over preventie niet goed op orde was. Bij drie van deze vier locaties was het onvoldoende uitgewerkt en bij één locatie was dit afwezig. In deze gevallen waren signaleringsplannen bijvoorbeeld niet voor iedere cliënt met moeilijk verstaanbaar gedrag aanwezig, of waren de plannen niet opgebouwd volgens een inzichtelijke systematiek.



Figuur 2: Scores bij aspecten van het beoordelingskader Veiligheid

Bij zeventien locaties was de zorgplansystematiek zodanig cyclisch opgebouwd (volgens de PDCA-cyclus^a) dat zij risico's en incidenten voor de veiligheid konden analyseren en evalueren, en zo kwamen tot verbeteracties. Bij zes locaties voorzag de systematiek onvoldoende in een dergelijke cyclus. Een kwart van de locaties presteerde bij dit aspect onder de norm. Hier werden signalen en incidenten onvoldoende geëvalueerd, was er te weinig feedback, of was het systeem traag, onduidelijk of tijdrovend.

De inbreng van betrokken disciplines voor de veiligheid was bij zeventien locaties zichtbaar in het dossier. Bij zes locaties was dit nog onvoldoende zichtbaar of werd bijvoorbeeld niet duidelijk welke bijdrage de verschillende disciplines leverden.

De risicoinventarisatie van veiligheid was bij tien locaties onvoldoende op orde. Bij vijf locaties was de inventarisatie onvoldoende uitgewerkt (bijvoorbeeld alleen impliciet beschreven), bij vijf locaties was deze afwezig. Net als bij de risico-inventarisatie in het ondersteuningsplan was ook bij de risicoinventarisatie van veiligheid het probleem dat er onvoldoende aandacht was voor alle aspecten van veiligheid.

4.4

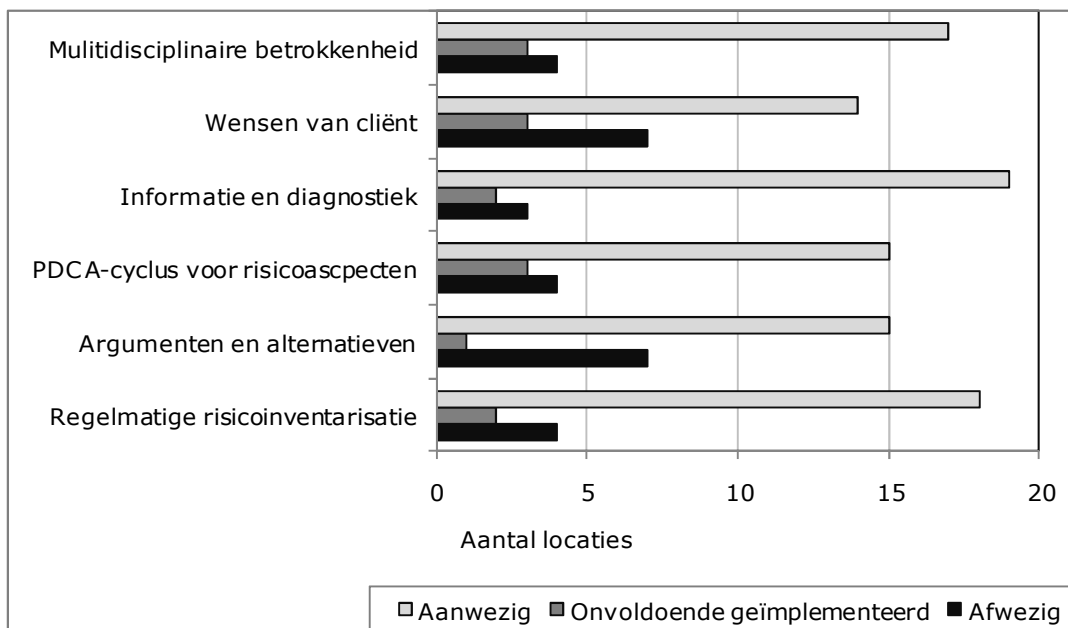
Vrijheidsbeperking

Bij het domein Vrijheidsbeperking van de pijler Uitvoering (en ondersteuningsplan) scoorden twaalf locaties een 'gering risico', vier locaties een 'matig risico' en acht locaties een 'hoog risico'. Om na te gaan bij welke onderdelen deze risico's lagen, zijn de resultaten opgesplitst naar beoordeelde aspecten (figuur 3).

a Plan, Do, Check, Act.

Bij dit domein beoordeelde de inspectie de volgende aspecten:

- De inbreng van betrokken disciplines en extern deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking is in het dossier en ondersteuningsplan zichtbaar.
- De wensen van de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger over vrijheidsbeperking zijn aantoonbaar meegenomen in afspraken en doelen.
- Informatie en/of diagnostiek op het gebied van preventie van vrijheidsbeperking (signaleringsplannen) is opgenomen in het dossier.
- De zorgplansystematiek voorziet in een PDCA-cyclus voor de specifieke risicoaspecten (preventie; organisatie van primair proces; communicatie; verantwoording; deskundigheid).
- In het ondersteuningsplan zijn de argumenten voor de toegepaste vrijheidsbeperking en de overwogen alternatieven zichtbaar.
- Risicoinventarisatie van de vrijheidsbeperking vindt met vastgelegde en beargumenteerde regelmaat plaats.



Figuur 3: Scores bij aspecten van het beoordelingskader Vrijheidsbeperking

Twaalf locaties hadden alle beoordeelde aspecten op orde. Zes locaties hadden de risicoinventarisatie niet op orde. Het ontbrak aan een regelmatige inventarisatie. Bij deze zes locaties vond dit niet plaats of was dit nog onvoldoende geïmplementeerd. Er was bijvoorbeeld een achterstand met de inventarisaties of de inventarisaties werden niet volgens een vast format en zonder vaste regelmaat gehouden. Hierdoor kwam de continuïteit en daarmee de kwaliteit van de inventarisaties in het geding.

Informatie en diagnostiek op het gebied van preventie van vrijheidsbeperking (bijvoorbeeld signaleringsplannen) waren bij negentien locaties goed opgenomen in het dossier van de cliënt, bij vijf locaties was dit nog onvoldoende. Hiermee samenhangend, waren de argumenten voor de toegepaste vrijheidsbeperking en de overwogen alternatieven bij vijftien locaties opgenomen in het ondersteuningsplan van de cliënt. Bij deze locaties was sprake van een duidelijk overzicht van afwegingen die gemaakt zijn bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, was inzichtelijk dat nagedacht was over alternatieven en werd beargumenteerd waarom

bepaalde maatregelen op dat moment voor betreffende cliënt noodzakelijk werden geacht. Eén locatie werkte de argumenten en alternatieven onvoldoende uit, bij zes locaties ontbraken de argumenten en alternatieven in zijn geheel. Bij die locaties kwam de inspectie bijvoorbeeld 'argumenten' tegen die eigenlijk voorspellingen waren op basis van voorgeschiedenis, of 'argumenten' die verklaringen waren (zoals 'De cliënt vraagt er zelf om').

Vijftien locaties hadden de zorgplansystematiek volgens de PDCA-cyclus opgebouwd. Bij zeven locaties was dit onvoldoende op orde en was er een risico op onvoldoende evaluatie en bijstelling van de toegepaste vrijheidsbeperking. Bij een bezochte locatie waar de systematiek niet cyclisch was opgebouwd, werd bijvoorbeeld voor eenmaal geconstateerd gedrag vrijheidsbeperking toegepast die vervolgens steeds werd toegepast wanneer de cliënt dit gedrag vertoonde. Omdat evaluatie ontbrak, werd onvoldoende gezocht naar alternatieven.

De inspectie constateerde bij diverse locaties dat in de praktijk mooie resultaten behaald werden in het terugdringen van vrijheidsbeperking, maar dat de schriftelijke vastlegging van dit proces onvoldoende plaatsvond. Het kwam voor dat één locatie met verschillende systemen en verschillende plannen werkte.

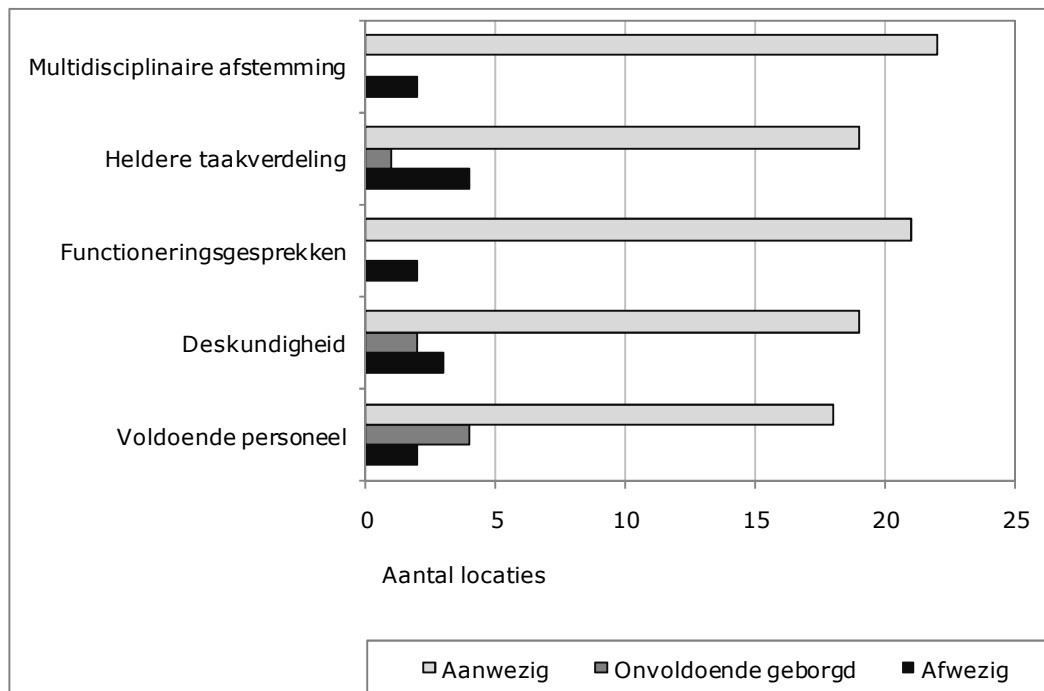
De wensen van de cliënt over vrijheidsbeperking waren bij tien locaties onvoldoende aantoonbaar meegenomen in gemaakte afspraken en doelen. Bij zeven locaties waren de wensen van de cliënt afwezig, bij drie locaties was dit onvoldoende uitgewerkt. Bij één van deze drie locaties vond de inspectie de wensen van de cliënt wel terug in de afspraken over vrijheidsbeperking, maar was de vraag of de cliënt volledig en juist geïnformeerd was.

4.5 Kwaliteit van personeel en organisatie

Bij het domein Kwaliteit van personeel en organisatie van de pijler Uitvoering (en ondersteuningsplan) scoorden vijftien locaties een 'gering risico', zes locaties een 'matig risico', één locatie een 'hoog risico' en twee locaties een 'zeer hoog risico'. Om na te gaan op welke onderdelen deze risico's lagen, zijn de resultaten opgesplitst naar beoordeelde aspecten (figuur 4).

Bij dit domein beoordeelde de inspectie de volgende aspecten:

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



Figuur 4: Scores bij aspecten van het beoordelingskader Kwaliteit van personeel en organisatie

Vijftien locaties hadden alle beoordeelde aspecten op orde. Twee aspecten waren, op een enkele uitzondering na, bij elke locatie voldoende aanwezig: functioneringsgesprekken werden structureel gehouden en er was voldoende afstemming over de uitvoering van de zorg tussen de betrokken disciplines.

Bij drie locaties was het personeel in relatie tot de specifieke doelgroep niet deskundig. Bij twee locaties was het personeel wel deskundig maar was dit onvoldoende geborgd. De inspectie constateerde bij verschillende bezochte locaties dat vertrouwen in bijvoorbeeld het toepassen van beheersingstechnieken bijdroeg aan het subjectieve gevoel van veiligheid van medewerkers. Bij gebrek aan vertrouwen in eigen kundigheid kon handelingsverlegenheid ontstaan. Medewerkers die scholing kregen op het gebied van omgaan met cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag gaven aan dat ze cliënten beter konden 'lezen' en begrijpen, waardoor escalatie van probleemgedrag voorkomen kon worden.

Bij achttien locaties werd er voldoende personeel ingezet. Bij twee locaties was er sprake van onderbezetting en bij vier locaties was het onzeker of de personele bezetting voldoende blijft. Een belangrijke factor in deze onzekerheid bleken de bezuinigingen. Andere locaties hadden een groot aantal personele wisselingen als gevolg van ziekteverzuim en/of personeelsverloop. Dit ziekteverzuim en verloop hing nauw samen met de deskundigheid van de medewerkers: de invalkrachten die de locaties inzetten om het werkrooster goed rond te krijgen, beschikten niet altijd over de specifieke competenties die het werken met deze doelgroep vraagt.

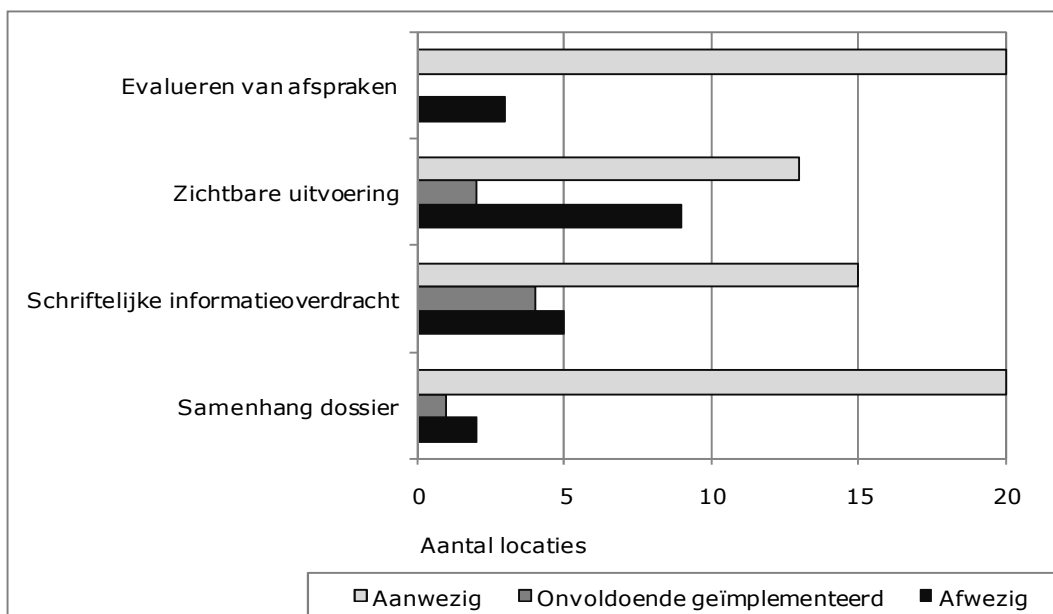
Vijf locaties regelden geen heldere verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Op sommige locaties die te maken hadden met organisatorische veranderingen of met veel personele wisselingen was het voor medewerkers niet duidelijk wie welke verantwoordelijkheden droeg. Bij negentien locaties was een dergelijke taakverdeling wel aanwezig.

4.6 Samenhang in zorg en ondersteuning

Bij het domein Samenhang in zorg en ondersteuning van de pijler Uitvoering (en ondersteuningsplan) scoorden tien locaties een 'gering risico', twaalf locaties een 'matig risico' en twee locaties een 'hoog risico'. Om na te gaan op welke onderdelen deze risico's lagen, zijn de resultaten opgesplitst naar beoordeelde aspecten (figuur 5).

Bij dit domein beoordeelde de inspectie de volgende aspecten:

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



Figuur 5: Scores bij aspecten van het beoordelingskader Samenhang in zorg en ondersteuning

Vijf locaties namen de schriftelijke informatieoverdracht tussen de verschillende betrokken partijen niet op in het dossier, het ondersteuningsplan en de dagrapportages. Bij vier locaties was dit nog onvoldoende zichtbaar. Bij vijftien locaties was de schriftelijke informatieoverdracht wel op orde. Informatieoverdracht vond bij deze locaties onvoldoende, of op onnavolgbare wijze (zoals mondeling) plaats. Een genoemde reden hiervoor was tijdgebrek.

Bij elf van de locaties waren de afspraken tussen betrokken partijen over samenhang in de zorg niet zichtbaar in het dossier. Bij negen locaties was dit afwezig, bij twee locaties was het onvoldoende uitgewerkt. Samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld woon-werk) en afspraken met ketenpartners waren hierdoor op cliëntniveau niet duidelijk.

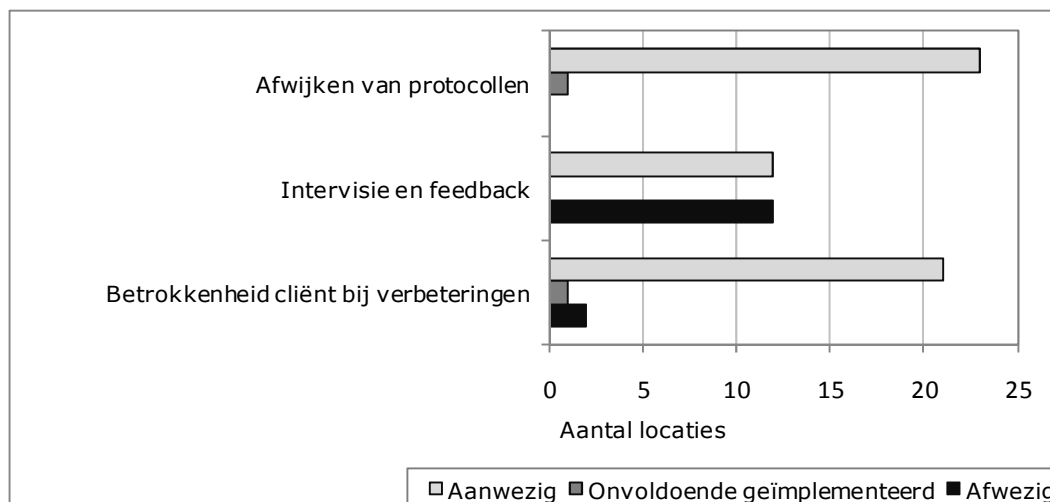
4.7

Cliëntgerichtheid

Bij deze pijler beoordeelde de inspectie de organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgericht werken. Twaalf locaties scoorden hierop een 'gering risico', tien locaties een 'matig risico' en twee locaties een 'hoog risico'. Om na te gaan bij welke onderdelen deze risico's lagen, zijn de resultaten opgesplitst naar beoordeelde aspecten (figuur 6).

Bij deze pijler beoordeelde de inspectie de volgende aspecten:

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



Figuur 6: Scores bij aspecten van het beoordelingskader Cliëntgerichtheid

De organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgericht werken waren bij twaalf locaties niet goed op orde. Deze locaties bouwden bijvoorbeeld geen structurele intervisiemomenten in. Bij één locatie constateerde de inspectie dat cliënten die zichzelf moeilijk verstaanbaar kunnen maken niet werden meegenomen in het cliënttevredenheidsonderzoek. Bij twee van de dertien locaties die de organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgericht werken niet op orde hadden, constateerde de inspectie een 'hoog risico'. Hier heerste een beheersmatige cultuur, of een cultuur waarbij de organisatie het uitgangspunt vormde in plaats van de cliënt.

Bij de locaties die de randvoorwaarden voor cliëntgerichtheid wel goed op orde hadden, was er ruimte voor intervisie en reflectie, aandacht voor onderling samenwerken en ervoer de cliënt een mate van betrokkenheid van de medewerkers.

Bij twaalf locaties was de structurele mogelijkheid voor werknemers tot intervisie en feedback afwezig. De inspectie constateerde bij een aantal van deze locaties dat er soms wel enige vorm van feedback was door elkaar bijvoorbeeld aan te spreken in de wandelgangen of in een teamoverleg (mits er een open cultuur heerste). Bij andere locaties was alleen sprake van intervisie of feedback als er tijd voor was, was intervisie alleen gericht op casuïstiek van cliënten met zeer complexe problema-

tiek, of was het onduidelijk wie het initiatief moest nemen om dit te organiseren. Bij elk van bovengenoemde gevallen was geen sprake van structureel ingebedde feedbackmomenten of intervisie als onderdeel van een leerproces.

21 locaties betrokken de cliënt in voldoende mate bij de uitkomsten van cliënttevredenheidsonderzoeken en bij het verbeterproces dat daaruit voortvloeide. Drie locaties hadden dit niet op orde. Bij één van deze locaties was een aantal jaren geen cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd.

Op één locatie na was bij alle locaties het werkproces zo ingericht dat werknemers beargumenteerd af mochten wijken van protocollen en richtlijnen. Bij deze locaties werden afwijkingen overlegd met de betreffende deskundige en vervolgens genoteerd in de rapportage of het dossier.

Bij tien locaties werd de communicatie tussen medewerker en cliënt door de cliënt gekwalificeerd als eenrichtingsverkeer: medewerkers formuleerden de wensen van cliënten vanuit hun eigen perspectief, het ondersteuningsplan werd pas ter ondertekening voorgelegd als het klaar was, cliënten voelden zich onvoldoende betrokken bij het formuleren van doelen en cliënten ervoeren de vrijheidsbeperking als straf.

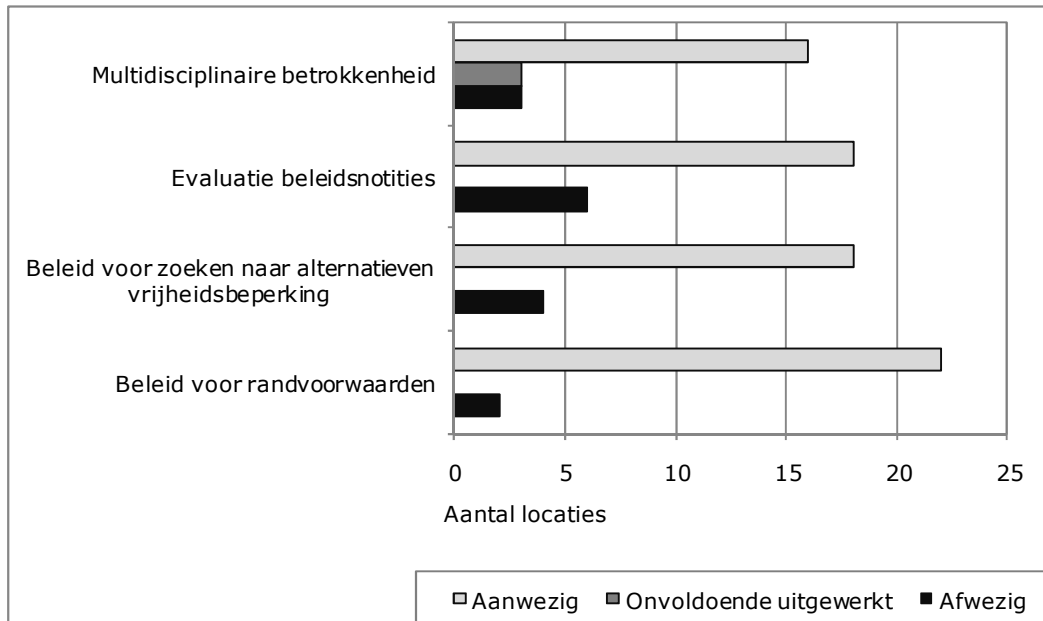
4.8

Visie en beleid

Bij de pijler Visie en beleid scoorden twaalf locaties een 'gering risico', tien locaties een 'matig risico' en twee locaties een 'hoog risico'. Om na te gaan op welke onderdelen deze risico's lagen, zijn de resultaten opgesplitst naar beoordeelde aspecten (figuur 7).

Bij deze pijler beoordeelde de inspectie de volgende aspecten:

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



Figuur 7: Scores bijaspecten van het beoordelingskader Visie en beleid

Twaalf locaties hadden alle beoordeelde aspecten op orde; 22 locaties formuleerden beleid voor vijf onderwerpen die betrekking hadden op de randvoorwaarden voor goede zorg, namelijk: het ondersteuningsplan, veiligheid, vrijheidsbeperking, kwaliteit van personeel en organisatie en samenhang in zorg en ondersteuning. Bij achttien locaties was beleid voor het zoeken naar alternatieven voor toegepaste vrijheidsbeperking aanwezig.

De evaluatie en bijstelling van beleidsnotities, protocollen en richtlijnen was bij achttien locaties op orde, bij zes locaties was dit onvoldoende. In een enkel geval waren er externe factoren, zoals een fusie, waardoor de evaluatie van beleid te lang op zich liet wachten. In een ander geval was er alleen een evaluatie als daartoe aanleiding was, zonder dat het inzichtelijk was op basis waarvan dergelijke evaluatie plaatsvond.

Zestien locaties betrokken relevante disciplines bij de ontwikkeling en evaluatie van beleid op het gebied van veiligheid en vrijheidsbeperking. Bij drie locaties was er nog onvoldoende betrokkenheid, en bij drie locaties was er geen betrokkenheid. Bij deze locaties was het onduidelijk welke disciplines werden betrokken bij de ontwikkeling en evaluatie van beleid, of werden de relevante disciplines er door tijdgebrek niet bij betrokken.

Summary

In 2011 and 2012, the Health Care Inspectorate is to conduct an investigation of the quality and safety of care in residential facilities for persons with a (mental) disability, a key aim being to reduce the use of restrictive measures, including but not limited to physical restraint. The Inspectorate has conducted visits to 24 locations in which residents are regularly placed in segregation and/or restrained. A list of such locations had been produced by the Centre for Consultation and Expertise at the request of the State Secretary for Health, Welfare and Sport. This request was prompted by a television programme (broadcast in January 2011) which included a report about a young man with a mental disability who had allegedly been restrained by means of straps attached to the wall.

During its visits, the Inspectorate assessed the quality and safety of care with particular reference to the use of long-term restrictive measures and the opportunities for reducing or discontinuing such use. Risks in seven specific areas were evaluated: the support plan, safety, restrictive measures, quality of staff and organization, cohesion in care and support, policy and strategy, and the organizational conditions essential for appropriate patient focus.

This interim report reveals some shortcomings in the quality and safety of care at the locations visited. The report's main conclusion is that further improvements are possible, particularly in terms of the implementation of the support plan and the manner in which restrictive measures are applied. In approximately half the locations visited, the patient and/or his representative were not adequately consulted about the content of the support plan or the use of restrictive measures. The lack of an open dialogue detracts from the quality of individual care and support. In addition, the majority of care providers have yet to produce a satisfactory risk inventory. There are further shortcomings with regard to the formulation of concrete and attainable objectives for the patient, a matter to which care providers must devote attention.

One more encouraging finding is that there has been significant progress in terms of staff members' ability to 'read' and understand the people in their care. This improvement is further to specific training. Similarly, the majority of locations have been successful in implementing a system of multidisciplinary cooperation, with due consultation about the content of the care plan and the use of restrictive measures. Overall, staffing levels are adequate and the quality of staff is high, although ongoing attention must be devoted to both aspects to ensure that this remains the case.

Literatuur

Literatuurverwijzingen

- 1 *Verbeterkracht gehandicaptenzorg in beeld*. Den Haag: IGZ, januari 2009.
- 2 *Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande*. Duidelijke ambities voor 2011 nodig. Den Haag: IGZ, december 2010.
- 3 *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk*. Den Haag: IGZ, november 2007.
- 4 *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg*. Visiedocument. Utrecht: VGN, november 2007.

Overige literatuur

- *Verantwoorde zorg en personele consequenties*. Den Haag: IGZ, januari 2004.
- *Zorg voor vrijheid; terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kan en moet*. Den Haag: IGZ, november 2008.

Bijlage 1 Verdeling aantal cliënten over locaties en zorgaanbieders

Zorgaanbieder	Locatie	Aantal cliënten
's Heeren Loo	Het Westerhonk	2
's Heeren Loo	Willem van den Bergh	2
's Heeren Loo	Parkbos Schuylenburg	1
's Heeren Loo	Noorderhaven	1
Zuidwester	Marrewijkpad	1
Zuidwester	Deltaboulevard	1
Zuidwester	Scheldestraat	1
Dichterbij	Specialistische Zorg	1
Dichterbij	Gennep	1
Zonnehuizen	Bronlaak	1
Zonnehuizen	Overkempe, Joseph Beuyshuis	1
Talant	Ieleâne	3
Tragel Zorg	Sterredreef en Tibaerthof	1
Ipse de Bruggen	Doelen en Rottumeroog	1
De Zijlen	Sintmaheerdt	1
Twentse zorgcentra	't Bouwhuis	1
Promens Care	d'Olde Kamp	1
Trajectum	Zeuenakkers	1
Pluryn	De Winckelsteegh	1
Raphaëlstichting	Midgard	1
Stichting Prisma	Paardendraf en Slakkengang	1
Severinus	Akkereind	1
Cello	De Binckhorst	1
Daelzicht	Savelberg	1
Totaal: 17	Totaal: 24	Totaal: 28

Bijlage 2 Omschrijving pijlers en domeinen

– *Pijler Uitvoering (en ondersteuning): Domein Ondersteuningsplan*

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.

– *Pijler uitvoering (en ondersteuning): Domein Veiligheid*

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 samenwerking 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 ondersteuningsplan te zijn uitgewerkt.

– *Pijler Uitvoering (en ondersteuning): Domein Vrijheidsbeperking*

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.

– *Pijler Uitvoering (en ondersteuning): Domein Kwaliteit van personeel en organisatie*

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.

– *Pijler Uitvoering (en ondersteuning): Domein Samenhang in zorg en ondersteuning*

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.

– *Pijler Cliëntgerichtheid (organisatorische randvoorwaarden)*

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.

– *Pijler Visie en beleid*

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.

Bijlage 3 Afspraken uit het handavingsplan

- Bij beoordelingen op gering risico wordt geen vervolgactie door de inspectie ondernomen.
- Bij minder dan 6 beoordelingen op matig risico en geen hoge of zeer hoge risico's wordt geen vervolgactie door de inspectie ondernomen omdat ze erop vertrouwt dat de zorgaanbieder zelf de gevraagde verbeteringen ter hand neemt. De voortgang in de (verdere) verbetering van de zorg is een gespreksonderwerp bij het eerstvolgende inspectiebezoek.
- Bij 6 of 7 beoordelingen op matig risico en geen hoge of zeer hoge risico's wordt binnen zes maanden een resultatenoverzicht opgevraagd van de doorgevoerde veranderingen. In dit overzicht is opgenomen welke acties de zorgaanbieder heeft ondernomen om de gevonden risico's aan te pakken en tot welke concrete verbeteringen dit heeft geleid. Het resultatenoverzicht wordt beoordeeld door de inspectie. De voortgang in de (verdere) verbetering van de zorg is een gespreksonderwerp bij het eerstvolgende bezoek.
- Bij minder dan 4 beoordelingen op hoog risico en geen zeer hoge risico's wordt voor de gevonden matig en hoog risico's een resultatenoverzicht opgevraagd binnen drie maanden. Dit wordt beoordeeld door de inspectie. Een follow-up ter beoordeling van de resultaten zal plaatsvinden binnen zes maanden. Deze follow-up kan - afhankelijk van het risico - schriftelijk zijn, of in de vorm van een gesprek, of een aangekondigd of onaangekondigd bezoek.
- Bij 4 of meer beoordelingen op hoog risico en geen zeer hoge risico's vindt een gesprek plaats met de Raad van Bestuur en wordt voor al de gevonden risico's een resultatenoverzicht opgevraagd binnen drie maanden. Dit wordt beoordeeld door de inspectie. Een follow-up waarbij de resultaten worden beoordeeld zal plaatsvinden binnen zes maanden. Deze follow-up is in de vorm van een gesprek of een aangekondigd of onaangekondigd bezoek.
- Bij één of meer beoordelingen op zeer hoog risico moeten onmiddellijke maatregelen genomen worden en wordt het toezicht geïntensiveerd voor dit zorgonderdeel. De inspecteur bepaalt welke maatregelen dit zijn. Hier gaat een regionaal overleg aan vooraf, alsmede een overleg met de programmadirecteur. In ieder geval worden op zeer korte termijn de gevonden risico's besproken met de Raad van Bestuur. Daarnaast wordt in ieder geval binnen zes maanden een aangekondigd of onaangekondigd follow-up bezoek afgelegd om de resultaten van de doorgevoerde verbeteringen te toetsen.

Bijlage 4 Scores op de beoordelingskaders per pijler

Locatie	Ondersteuningsplan	Veiligheid	Vrijheidsbeperking	Kwaliteit van personeel en organisatie	Samenhang in zorg en ondersteuning	Visie en beleid	Cliëntgerichtheid
Westerhonk	2	1	1	1	1	1	2
Willem van den Bergh	2	1	1	1	1	1	2
Parkbos Schuylenburg	2	2	3	4	2	3	2
Noorderhaven	1	2	1	2	2	1	3
Marrewijkpad	3	2	3	1	2	2	2
Deltaboulevard	3	1	3	1	2	2	1
Scheldestraat	3	2	2	1	2	2	1
Specialistische Zorg	4	4	3	4	3	3	3
Gennep	1	1	1	1	1	2	1
Bronlaak	3	2	1	2	2	2	2
Overkempe, Joseph Beuyshuis	1	1	1	1	1	2	2
Ieleâne	2	2	3	2	2	2	2
Sterredreef en Tibaerthof	3	1	2	2	2	1	1
Doelen en Rottumeroog	2	1	1	1	1	2	1
Sintmaheerdt	2	2	2	2	1	1	2
't Bouwhuis	2	2	1	3	1	1	1
d'Olde Kamp	2	2	3	1	3	1	2
Zeuenakkers	2	1	1	1	1	2	1
Winckelsteegh	1	1	2	1	1	1	1
Midgard	3	3	3	2	2	2	2
Paardendraf en Slakkengang	2	2	1	1	1	1	1
Akkereind	2	2	1	1	2	1	1
De Binckhorst	2	2	1	1	1	1	1
Savelberg	2	3	2	1	1	2	2

1 = gering risico; 2 = matig risico; 3 = hoog risico; 4 = zeer hoog risico

