

Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk

Toets op risico's in de 24-uurszorg voor mensen
met een verstandelijke beperking 2006-2007

Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De 24-uurs verblijfszorg aan mensen met een verstandelijke beperking ligt onder vuur. Verwanten van cliënten en soms medewerkers trekken aan de bel en vinden dat de zorg tekortschiet. Landelijke media besteden er aandacht aan. Er zijn Kamervragen over gesteld. Er liggen inspectierapporten waarin punten van zorg worden genoemd.

De inspectie heeft met extra financiële middelen een risicotoets gedaan bij 96 organisatorische eenheden die 24-uurszorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking. Daaruit wordt duidelijk dat er inderdaad reden is tot bezorgdheid. Het rapport beschrijft de belangrijke risico's en koppelt daar conclusies, maatregelen en aanbevelingen aan. De belangrijkste conclusie is dat verantwoorde zorg onder druk staat door personele tekorten, zowel kwantitatief als kwalitatief. Hierdoor loopt de continuïteit en veiligheid van de zorg gevaar en kunnen medewerkers niet de vraaggerichte zorg- en dienstverlening bieden die ze willen leveren. Extra zorgwekkend is het feit dat deskundigen in de zorg afhankelijk zijn van begeleiders voor een tijdige signalering van risico's bij cliënten. In het geval van onvoldoende en onvoldoende deskundig personeel blijft deze signalering achterwege.

Er zijn verschillen in de mate waarin verantwoorde zorg geleverd wordt. Op basis van de bezoeken concludeert de inspectie dat in een kwart van het veld de situatie zorgelijk is: er moeten plannen van aanpak gemaakt worden ter verbetering van de zorg- en dienstverlening over drie tot acht risicoaspecten. In de helft van het veld moeten plannen van aanpak gemaakt worden voor een of twee risicoaspecten; met enige inspanning kan de zorg zodanig verbeterd worden dat de situatie weer op orde is. Slechts in een kwart van het veld wordt verantwoorde zorg geboden en zijn geen plannen van aanpak nodig. Dit beeld laat zien dat maatregelen op meerdere fronten nodig zijn.

Voor de maatregelen in dit rapport lijkt een vruchtbare bodem aanwezig te zijn. De sector is bezig met een intensieve professionaliseringsslag met name rondom ondersteuningsplannen als drager van vraaggerichte zorg- en dienstverlening. Ook is er meer aandacht voor de structurele inzet van multidisciplinaire deskundigheid en voor het in beeld brengen van wensen van cliënten. Deze professionalisering zal verder gestimuleerd moeten worden.

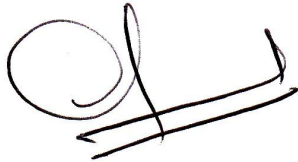
Het feit dat de sector volop meewerkt aan het kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg geeft mogelijkheden de geconstateerde risico's in landelijke verbeteracties om te zetten en waar nodig nieuwe indicatoren te benoemen.

De inspectie onderneemt op basis van de bevindingen van dit rapport een aantal acties. Zij zal de plannen van aanpak beoordelen en voortgangsbezoeken brengen. Aan alle noodzakelijk geachte verbeteringen worden termijnen gesteld en zondig wordt het

toezicht verscherpt. Tenslotte maakt de inspectie gebruik van de bevindingen uit dit rapport bij de verdere doorontwikkeling van het kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg.

Ik ga er van uit dat deze risicotoets een stimulans zal zijn voor een verdere verbetering en professionalisering van de 24-uurs verblijfszorg aan mensen met een verstandelijke beperking.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a vertical line and a horizontal stroke.

Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, november 2007

Samenvatting

Aanhoudende signalen en onrust over een tekortschietende kwaliteit van de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking vormden in 2006 mede de aanleiding voor de staatssecretaris om aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg extra financiële middelen beschikbaar te stellen voor nader onderzoek. Uit zowel media-berichten, waarin verwanten van cliënten hun ongerustheid uitten, als uit eerder verschenen inspectierapporten bleek reden tot zorg. Doel van dit inspectieonderzoek was inzicht te krijgen in risico's en verbeterpunten van deze zorg- en dienstverlening en daarmee verbeteracties te bepalen, risicovolle zorg op te sporen en een impuls te geven aan het verder ontwikkelen van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

De inspectie heeft voor deze risicotoets gebruikgemaakt van de in deze sector ontwikkelde methodiek van risicogestuurd toezicht: het gefaseerd toezicht. In de eerste fase hebben 149 concerns 612 digitale, gesloten vragenlijsten ingevuld in mei 2006 met cijfers over 2005. In de tweede fase zijn 96 organisatorische eenheden geselecteerd. Van september 2006 tot en met april 2007 zijn in deze organisatorische eenheden woon/zorglocaties bezocht. De selectie van de organisatorische eenheden vond plaats op basis van de resultaten van het inspectieformulier, aangevuld met meldingen en gegevens van eerdere inspectiecontacten. Van de bezoeken zijn bezoekverslagen gemaakt, deze zijn te vinden op www.igz.nl. De bevindingen van het inspectieformulier en de bezoeken zijn zowel kwantitatief als kwalitatief verwerkt. Zowel het inspectieformulier als de bezoeken zijn op basis van een risicoprofiel ingedeeld in acht risicoaspecten waarop de organisatorische eenheden beoordeeld zijn.

Op basis van de bezoeken concludeert de inspectie dat in een kwart van het veld de situatie zorgelijk is: er moeten plannen van aanpak gemaakt worden ter verbetering van de zorg- en dienstverlening over drie tot acht risicoaspecten. In de helft van het veld moeten plannen van aanpak gemaakt worden voor een of twee risicoaspecten; met enige inspanning kan de zorg zodanig verbeterd worden dat de situatie weer op orde is. Slechts in een kwart van het veld wordt verantwoorde zorg geboden en zijn geen plannen van aanpak nodig.

Opvallend is dat woon/zorglocaties van organisatorische eenheden die over de hele linie beter scoren, voornamelijk kleinere concerns zijn. Daarnaast scoren de van oudsher semimurale instellingen significant beter op het risicoaspect continuïteit. Dit risicoaspect levert de meeste risico's op en hiervoor moest het vaakst een plan van aanpak gemaakt worden (48 procent).

De risicotoets maakt duidelijk dat de zorg en ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking onder druk staat. Er zijn inderdaad op een aantal gebieden risico's die verbeterd moeten worden. Tegelijk constateert de inspectie dat er met grote betrokkenheid zorg en ondersteuning wordt geboden met veel respect voor de eigenheid van de cliënt. Er is een verbeterslag zichtbaar in de opzet van ondersteuningsplannen, in aandacht voor de wensen van de cliënt en in de multidisciplinaire betrokkenheid. Verbeteringen blijven echter nodig. De belangrijkste risico's worden achtereenvolgens genoemd met de daarbij horende maatregelen en aanbevelingen.

De kwaliteit en kwantiteit van het personeel is zorgwekkend en heeft gevolgen voor de continuïteit van de zorg- en dienstverlening. In 48 procent van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden was een plan van aanpak noodzakelijk voor het risicoaspect continuïteit. Daarnaast wordt geconstateerd dat een hoog risico op

continuïteit vrijwel altijd samen gaat met een hoog risico op het aspect deskundigheid. Voor dit risicoaspect is aan 37 procent van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden om een plan van aanpak gevraagd.

De maatregelen en aanbevelingen van de inspectie zijn gericht op een betere afstemming tussen competenties van personeel en de specifieke zorgvragen van cliënten, op het met kracht uitvoeren van reeds ontwikkeld beleid om werken in de gehandicaptenzorg aantrekkelijker te maken en op scholings- en bijscholingsbeleid.

Eigen regie van de cliënt moet verbeterd worden door meer inzicht te krijgen in de wensen van de cliënt en een cliëntgerichte organisatie. Ruim een kwart van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden moet maatregelen nemen om de eigen regie van de cliënt te verbeteren. De maatregelen en aanbevelingen van de inspectie zijn gericht op het scheppen van voorwaarden voor een grotere bekendheid met en inzet van beproefde methodieken om de wensen van cliënten te leren kennen en hen te ondersteunen in het maken van keuzes. Daarnaast is het ontwikkelen van best practices belangrijk over methodieken en stijlen van management die een cliëntgerichte organisatie van de zorg- en dienstverlening mogelijk maken.

Verdere verbetering van ondersteuningsplannen is nodig. Aan 42 procent van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden is hiervoor een plan van aanpak gevraagd ter verbetering. De ondersteuningsplannen zijn al sterk in opzet verbeterd; in de helft van alle onderzochte ondersteuningsplannen zijn de doelen SMART beschreven. De ingezette verbeteringen rondom het concreter formuleren van meetbare doelen moet verder worden doorgevoerd en moeten zich met name richten op het uitvoeren van de gemaakte zorgafspraken en de controle daarop. Gewaarborgd moet worden dat ondersteuningsplannen altijd in samenspraak met de cliënt en zo nodig de cliëntvertegenwoordiger worden gemaakt.

Multidisciplinaire inzet kan niet gemist worden. Er is een positieve tendens zichtbaar dat gedragskundigen vaker structureel betrokken worden bij het maken van ondersteuningsplannen. Een punt van zorg is dat de betrokkenheid bij het structureel volgen van gemaakte afspraken nog niet op orde is. Begeleiders voelen zich beter toegerust als zij zich ondersteund en zo nodig bijgeschoold weten door een multidisciplinair team. Maatregelen en aanbevelingen van de inspectie zijn gericht op het garanderen van deze structurele betrokkenheid en het ontwikkelen van een goed beleid voor het genereren, uitwisselen en behouden van kennis.

Voor veilige zorg is analyse van meldingen noodzakelijk. In 42 procent van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden moet voor het aspect veiligheid een plan van aanpak gemaakt worden. Bij dit risicoaspect is zowel gekeken naar subjectieve als objectieve veiligheid. De beleefde veiligheid staat vooral onder druk bij huisgenoten van cliënten met regelmatig terugkerende aanvallen van agressie of ander hinderlijk gedrag. Met betrekking tot de objectieve veiligheid zijn vooral tekorten gesignaleerd in het gebruik van meldingen als een kwaliteitsinstrument. Het bewustzijn om het analyseren van meldingen in te zetten als kwaliteitsinstrument is nog onvoldoende ontwikkeld. Een specifieke melding is het melden van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dankzij intensieve voorlichting en controles is het melden hiervan wel verbeterd, maar dit blijft desalniettemin in een derde deel van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden onder de maat. Ook wordt niet tijdig geëvalueerd of er alternatieven zijn voor de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen en ontbreken protocollen voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maat-

regelen. In de maatregelen en aanbevelingen van de inspectie ligt de nadruk op het ontwikkelen van een veilig klimaat van melden, het analyseren van meldingen en het geven van oplossingsgerichte feedback door leidinggevenden, gevolgd door verbeteracties.

Sturingsinformatie is noodzakelijk op het niveau van woon/zorglocaties. Voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers is het noodzakelijk dat risicovolle zorg zo snel mogelijk in beeld komt en dat snelle verbeteracties volgen. Dit is primair een taak van het concern. De maatregelen van de inspectie zijn er op gericht dat concerns hiertoe adequate sturingsinformatie verzamelen op het niveau van woon/zorglocaties en dat zij die informatie gebruiken voor noodzakelijke verbeteracties.

De inspectie onderneemt de volgende acties:

- De gevraagde verbeterplannen van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden worden beoordeeld, zo nodig worden follow-up bezoeken gebracht. Er worden termijnen gesteld aan verbeterplannen en indien nodig wordt het toezicht verscherpt.
- Belangrijke conclusies over risico's en verbeterpunten in de zorg en het opsporen van risicovolle woon/zorglocaties in bezochte organisatorische eenheden zullen ter uitwerking worden opgenomen in het werkplan van de inspectie.
- De bevindingen over de genoemde risicogebieden zullen worden ingebracht als input voor een verdere doorontwikkeling van het kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg. Voor deze doorontwikkeling zijn daarnaast drie andere punten van belang. Allereerst de gevolgen van de gevonden uitmiddeleffecten voor het aggregatieniveau waarop informatie wordt verzameld en vervolgens wordt verwerkt. Als tweede een verdere ontwikkeling naar het meten van uitkomsten van de verleende zorg- en dienstverlening. En tenslotte een betrouwbare en passende manier om ervaringen van cliënten in beeld te brengen naast die van cliëntvertegenwoordigers en medewerkers.

Inhoudsopgave

Samenvatting 5

1 Inleiding 11

- 1.1 Aanleiding van het onderzoek 11
- 1.2 Doelstelling 11
- 1.3 Centrale vraagstelling 11
- 1.4 Belang van het onderzoek 12
- 1.5 Onderzoeksmethode 13
- 1.6 Toetsingskader 15
- 1.7 De resultaten van de risicotoets in een tijdsperspectief 16

2 Conclusies en maatregelen 17

- 2.1 Zorgen van ouders terecht 18
- 2.2 De risico's in samenhang 19
 - 2.2.1 Kwaliteit en kwantiteit van het personeel is zorgwekkend en heeft gevolgen voor continuïteit van zorg 19
 - 2.2.2 Eigen regie van de cliënt verbeteren door meer inzicht in wensen cliënt en een cliëntgerichte organisatie 20
 - 2.2.3 Verdere verbetering van ondersteuningsplannen is nodig 21
 - 2.2.4 Multidisciplinaire inzet kan niet gemist worden 21
 - 2.2.5 Voor veilige zorg is analyse van meldingen noodzakelijk 23
 - 2.2.6 Sturingsinformatie is noodzakelijk op het niveau van woon/zorglocaties 23
- 2.3 Doorontwikkeling kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg 24
- 2.4 Wat kan het veld van de inspectie verwachten 25
 - 2.4.1 Follow up van risicovolle instellingen in 2007 en 2008 25
 - 2.4.2 Verdere uitwerking conclusies in werkplan 2008 25

3 Bevindingen 26

- 3.1 Zelfbepaling en medezeggenschap 27
- 3.2 Individuele planning en ondersteuning 29
- 3.3 Individuele planning en dagbesteding 32
- 3.4 Deskundigheid personeel 33
- 3.5 Diagnostiek en signalering 35
- 3.6 Veiligheid 37
- 3.7 Continuïteit van zorg 40
- 3.8 Vrijheidsbeperkende maatregelen 41
- 3.9 Plannen van aanpak 43
- 3.10 Grote kwaliteitsverschillen tussen woon/zorglocaties en organisatorische eenheden van een concern 47
 - 3.11 Verschillen tussen grote en kleine concerns 49
 - 3.12 Verschillen tussen van oudsher semimurale en intramurale organisatorische eenheden 50

4 Beschouwing 52

- 4.1 Personele bezetting is zorgwekkend en heeft gevolgen voor de deskundigheid van het personeel en de continuïteit van zorg 52
- 4.2 Multidisciplinaire deskundigheid moet gewaarborgd zijn om een kwalitatief goede zorg- en dienstverlening te garanderen 53

- 4.3 Eigen regie van de cliënt verbeteren door meer inzicht in wensen van cliënt en een cliëntgerichte organisatiecultuur *55*
- 4.4 Kwaliteit van ondersteuningsplannen is verbeterd; verdere verbetering noodzakelijk *56*
- 4.5 Voor veilige zorg is analyse van meldingen noodzakelijk *57*
- 4.6 Naast beoordelen op kwaliteitssystemen is ook beoordelen op uitkomsten noodzakelijk *58*

- 5 Summary *59***

- 6 Literatuur *61***

Bijlagen

- 1 Verantwoording van de kwalitatieve analyses *64*
- 2 Overzicht van de beantwoording van de vragen van het inspectieformulier *67*
- 3 Lijst van afkortingen *80*

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

De inspectie heeft in de periode van mei 2006 tot en met september 2007 een risicotoeets gedaan op de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking met als doel meer inzicht te krijgen in kwaliteit, risico's en verbeterpunten van deze zorg- en dienstverlening.

De directe aanleiding voor deze risicotoeets was aandacht in de landelijke media voor ongeruste verwanten van cliënten in deze zorg. Zij maakten zich ongerust over de kwaliteit en de kwantiteit van de geboden zorg. Eerder verschenen al twee rapporten met daarin de gebundelde signalen van verontruste verwanten (Federatie van Ouderverenigingen/FvO, meldmaand voorjaar 2005 en Vereniging van ouders van geestelijk gehandicapten/VOGG, meldingen tussen eind 2005 en maart 2006). De onrust onder verwanten werd verder aangewakkerd door de resultaten van voorgenomen en ingezette beleidswijzigingen zoals marktwerking in de zorg, individuele bekostigingssystemen, wijzigingen in de AWBZ en een grotere transparantie en uniformiteit in de verantwoording naar overheid, burgers en financiers.

Ook uit eigen rapporten van de inspectie bleek reden tot zorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004, 2005 (1) en 2005 (2)). De teneur van deze rapporten is dat er weliswaar veel gedaan wordt, maar dat de kwaliteit van de geboden zorg in de uitvoering wisselend is en meer aandacht verdient.

Daarom heeft de staatssecretaris van VWS in 2006 aan de inspectie extra financiële middelen gegeven om met behulp van het bestaand inspectie-instrumentarium een beter beeld te krijgen van de risico's in de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking.

1.2 Doelstelling

Doel van de risicotoeets was het verkrijgen van inzicht in risico's en verbeterpunten van de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking.

De resultaten van de risicotoeets worden gebruikt om:

- Verbeteracties te bepalen die de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening verhogen.
- Risicovolle zorg beter op te kunnen sporen door een beter inzicht in de factoren die leiden tot risicovolle zorg.
- Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg (zie verder 1.4) verder te ontwikkelen.

In de conclusies en aanbevelingen staat welke partijen welke bijdragen kunnen leveren om deze resultaten vorm te geven.

1.3 Centrale vraagstelling

Wat zijn de risico's in de zorg en ondersteuning van instellingen die 24-uurszorg leveren aan mensen met een verstandelijke beperking?

De deelvragen hierbij zijn:

- Zijn de aanhoudende signalen en onrust over een tekortschietende kwaliteit van de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking gefundeerd?

- Welke risico's in de zorg- en dienstverlening zijn aanwezig en hoe verhouden die zich tot de geboden kwaliteit en tot bestaande verbeterinitiatieven?
- Welke bevindingen leveren relevante informatie voor een verdere doorontwikkeling van het kwaliteitskader?

1.4 Belang van het onderzoek

Dit rapport geeft een beeld van de stand van zaken in de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking en biedt daarmee aanknopingspunten voor verbeteracties. Het is hierbij de kunst om aan te sluiten bij wat al goed is en van daaruit verder te bouwen. In deze uitbouw naar toekomstige verbeteracties zal het kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg een leidende rol gaan spelen. Naast dit rechtstreeks aan de zorg gerelateerde belang is er nog een ander belang, namelijk het transparanter maken van de openbare verantwoording van de geboden zorg. Met de kennis die de toepassing van het huidige instrumentarium voor gefaseerd toezicht oplevert, kan deze transparantie en verantwoording verder ontwikkeld worden.

Relatie met het kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg

Net als in andere zorgsectoren wordt in de gehandicaptenzorg hard gewerkt aan het bevorderen en borgen van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. De bij de gehandicaptenzorg betrokken partijen, te weten cliëntorganisaties, de brancheorganisatie VGN, beroepsorganisaties, het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars zijn gezamenlijk een kwaliteitskader aan het ontwikkelen onder voorzitterschap van de inspectie. Het kwaliteitskader omvat een overzicht van normen voor verantwoorde zorg en een aantal indicatoren die een indicatie geven van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. Door middel van deze indicatoren leggen concerns verantwoording af over hun prestaties.

Doel van dit kwaliteitskader is het transparant maken, toetsen, verantwoorden, optimaliseren en verder ontwikkelen van het kwaliteitsniveau van de geboden zorg- en ondersteuning. Bewust is gekozen voor de term kwaliteitskader en een uitwerking daarvan in kwaliteitsindicatoren, omdat deze terminologie het doel en de richting aangeeft van de inspanningen. In andere sectoren wordt in dit verband gesproken van een normenkader voor verantwoorde zorg of van prestatie-indicatoren.

Het kwaliteitskader wordt leidend in het verder inzichtelijk maken en verbeteren van de kwaliteit van de gehandicaptenzorg. Inmiddels is een visiedocument vastgesteld en is op basis daarvan een set kwaliteitsindicatoren ontwikkeld met brede steun van de betrokken partijen.

De set van kwaliteitsindicatoren wordt binnenkort verwerkt tot twee samenhangende instrumenten die de kwaliteit van de gehandicaptenzorg inzichtelijk moeten maken: een instrument voor systematische cliëntraadpleging en een zorginhoudelijke vragenlijst waarmee concerns worden bevestigd over de kwaliteit van de verleende zorg- en dienstverlening. Deze laatste vragenlijst gaat het inspectieformulier vervangen, dat in de eerste fase van deze risicotests is gebruikt.

Van beoordeling van kwaliteitssystemen naar beoordeling van uitkomsten

In de gehandicaptenzorg is al enkele jaren een verschuiving in denken zichtbaar over het leveren en beoordelen van kwaliteit. Van een eenzijdige gerichtheid op kwaliteits-

systemen verschuift de focus naar het beoordelen van de uitkomsten van de zorg in termen van kwaliteit van bestaan en eigen regie. Dit geldt voor de gehandicaptenzorg in Nederland maar ook internationaal. (Kersten en Flikweert (red), 2004).

Denken over kwaliteit in termen van kwaliteitssystemen gaat nog sterk uit van het organiseren van het aanbod van zorg- en dienstverlening. Verschuiving vindt plaats naar denken over kwaliteit op basis van de vraag van de cliënt: hoe kan de organisatie individuele ondersteuningsvragen van cliënten beantwoorden? Als gevolg van die verschuiving worden verleende diensten beoordeeld vanuit het perspectief van de uitkomsten voor de gebruikers. In het recente kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg zijn deze uitkomsten vastgelegd: de zorg moet een bijdrage leveren aan de kwaliteit van bestaan van individuele cliënten, de eigen regie van de cliënt als uitgangspunt nemen en zo nodig versterken. Wat een goede kwaliteit van bestaan inhoudt voor individuele cliënten wordt in belangrijke mate door henzelf bepaald. Hiermee wordt een verdergaande individualisering van diensten ingezet. Dit vraagt op organisatieniveau om het scheppen van randvoorwaarden om deze individualisering van diensten op een verantwoorde manier mogelijk te maken (Buntinx en Leemans, 2004).

Een kwaliteitssysteem kan hier een rol in spelen. Uit onderzoek naar het effect van kwaliteitssystemen bleek dat gecertificeerde instellingen een beter inzicht hebben in hun werkprocessen en op een transparantere manier verantwoording afleggen over de geboden zorg. Hierdoor wordt bijsturen gemakkelijker (Lemmens e.a., 2003). Recent onderzoek in de ouderenzorg plaatst vraagtekens bij de bijdrage van een gecertificeerd kwaliteitssysteem aan een goede uitkomst van zorg- en dienstverlening. Gecertificeerde concerns geven niet eenduidig een betere of slechtere zorg (Plexus, 2007). Het hierboven aangehaalde onderzoek van Lemmens e.a. (2003) kwam tot dezelfde conclusie. Recent onderzoek van Nivel (2006) geeft een ander beeld: in instellingen met een kwaliteitsmanagementsysteem neemt de cliëntgerichtheid toe, de patiënttevredenheid verbetert, de zorgprocessen en de zorguitkomsten verbeteren en de organisatie is beter te beheersen. Certificering blijft echter een middel en niet een doel: het gaat om de uiteindelijke uitkomsten van de zorg- en dienstverlening in de beleving van de cliënt. In de onderhavige risicotoets van de 24-uursgehandicaptenzorg is zowel beoordeeld op kwaliteitssystemen als op uitkomsten, waardoor een bijdrage kan worden geleverd aan deze discussie.

1.5 Onderzoeksmethode

Stap 1: het inspectieformulier

In mei 2006 is begonnen met het versturen van een digitale vragenlijst aan alle 149 concerns die 24-uurs verblijfszorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking: het inspectieformulier. Dit inspectieformulier is in 2005 getoetst in een pilot voor de intramurale 24-uurszorg aan deze doelgroep. Op basis van de bevindingen is het bijgesteld. Het inspectieformulier vraagt naar informatie over het jaar 2005 en is opgebouwd uit acht risicoaspecten die zijn gebaseerd op een vooraf geformuleerd risicoprofiel (www.igz.nl).^[1] Beoogd werd de gegevens te verzamelen op een schaal-grootte van rond de 100 fte (fulltime-equivalent) aan personeel met een bandbreedte tot 150 fte. Deze omvang van organisatorische eenheden bleek ook uit de pilot een goed optimum te zijn tussen een verzameling van gegevens dicht genoeg bij de dagelijkse uitvoering van de zorg- en dienstverlening enerzijds en anderzijds met voldoende

[1] Zie www.igz.nl/toezicht1/ggt/normen_gehandicaptenzorg

afstand om anonimiteit te waarborgen en aggregatie van gegevens op een hoger niveau mogelijk te maken. Omdat de sector heel verschillend is georganiseerd is aan de concerns gevraagd om zelf een indeling te maken. Soms betrof de organisatorische eenheid een bestaande organisatorische laag, soms lag de resultaatverantwoordelijkheid veel lager of hoger in de organisatie.

Aan 149 concerns zijn voor 612 organisatorische eenheden inspectieformulieren verstuurd. Het antwoordpercentage bedroeg 95 procent.

Stap 2: selectie van te bezoeken organisatorische eenheden

Voor de bezoeken zijn 96 organisatorische eenheden geselecteerd op basis van de risicoscore van het inspectieformulier, aangevuld met gegevens uit meldingen, klachten en eerdere inspectiecontacten. Uitgangspunt voor de selectie was om zoveel mogelijk concerns te bezoeken vanuit de veronderstelling dat bevindingen en verbeteracties betreffende slecht scorende organisatorische eenheden ook toegepast kunnen worden op eventuele andere slecht scorende eenheden. Een uitzondering is gemaakt voor de twee grote, landelijke concerns: voor ieder van hen zijn acht organisatorische eenheden geselecteerd. Een andere uitzondering is gemaakt voor de concerns waarvan twee of meer organisatorische eenheden bij de 20 hoogste risicoscores hoorden: in dat geval zijn twee organisatorische eenheden geselecteerd. Met deze werkwijze is in totaal de helft van de toenmalige concerns (70 van de 149) geselecteerd.

Er zijn 52 organisatorische eenheden geselecteerd op basis van de hierboven genoemde overwegingen. Daarnaast zijn 8 non-respondenten geselecteerd die geen inspectieformulier hebben ingevuld. De overige 36 organisatorische eenheden zijn aselekt gekozen uit de groep nog niet geselecteerde concerns.

Vervolgens is gekeken hoe de geselecteerde organisatorische eenheden verdeeld zijn over de hele onderzoekspopulatie. Daartoe is de totale onderzoekspopulatie (612 organisatorische eenheden) op basis van de hoogte van hun risicoscore verdeeld in vier even grote groepen, kwartielen genaamd. In de geselecteerde onderzoeksgroep zitten binnen ieder van die kwartielen verschillende aantallen organisatorische eenheden. Uitspraken over ieder van deze kwartielgroepen zijn dus geldig voor de betreffende kwartielgroep uit de hele populatie.

Het meest risicovolle kwartiel bevat 47 bezochte organisatorische eenheden, in het daaropvolgende derde kwartiel zitten 20 bezochte organisatorische eenheden, in het tweede kwartiel zijn er 11 en in het overgebleven, minst risicovolle, kwartiel zitten er 10. Deze scheve verdeling van de onderzoeksgroep over de hele onderzoekspopulatie is meegenomen in de bevindingen, conclusies en aanbevelingen.

Stap 3: bezoeken aan de woon/zorglocaties van de organisatorische eenheden

Organisatorische eenheden bestaan meestal uit verschillende woon/zorglocaties, soms verspreid in een woonwijk, soms op een instellingsterrein. Aan de organisatorische eenheid is gevraagd als gesprekspartners een zo representatief mogelijke afspiegeling te selecteren van de verschillende woon/zorglocaties en doelgroepen. De inspectie is ontvangen in één van de woon/zorglocaties en heeft gesproken met cliënten, cliënt-vertegenwoordigers, begeleiders en deskundigen uit verschillende woon/zorglocaties en vanuit de dagbesteding. Ook is gesproken met het management van de organisatorische eenheid. Met opzet is er voor gekozen om apart te spreken met cliënten. Voor cliënten met een matige verstandelijke beperking is hierbij gebruikgemaakt van een hulpmiddel: zij konden van te voren met hulp van een begeleider een vragenlijst invullen die speciaal voor deze doelgroep is gemaakt, de IDQOL-16 (Baaij e.a., 2006). De

gesprekken zijn gevoerd aan de hand van gesprekspunten, gebaseerd op dezelfde acht risicoaspecten als in het inspectieformulier en toegespitst op de groep van gesprekspartners. Deze gesprekspunten vormen de neerslag van de kennis en ervaring van de inspecteurs, aangevuld met evidente bevindingen uit onderzoek.

Daarnaast is dossieronderzoek gedaan met behulp van een 'dossierafvinklijst', waarmee de kwaliteit van de ondersteuningsplannen en de aansluiting met de dagrapportage is beoordeeld. Ook hebben de woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden vooraf voor vijf ondersteuningsplannen een gevalideerde vragenlijst ingevuld, gericht op zelfevaluatie van de kwaliteit van de ondersteuningsplannen (Schipper e.a.: 2005).

Het inspectiebezoek is voorbereid aan de hand van beleidsstukken van de te bezoeken organisatorische eenheden, aangevuld met informatie die al aanwezig was bij de inspectie.

De bezoeken hebben plaatsgevonden van september 2006 tot april 2007. De bevindingen van ieder bezoek zijn neergelegd in een rapport. Ieder risicoaspect is beoordeeld op een vier-puntsschaal waarin naast de eisen van wetgeving en veldnormen ook de waardering van de cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers is meegewogen tot een totaaloordeel.

Ieder rapport is meegelezen door een collega-inspecteur, een jurist van de inspectie en de projectleiding om onderlinge uniformiteit in beoordeling na te streven. Daarnaast zijn vier bijeenkomsten georganiseerd waarin rapporten zijn besproken en de beoordeling van de bevindingen is gestroomlijnd.

Stap 4: verwerking van de gegevens

De gegevens van het inspectieformulier zijn kwantitatief verwerkt. De bezoekverslagen zijn zowel kwantitatief verwerkt als kwalitatief. Deze kwalitatieve analyse is gedaan op basis van verschillende zoekvragen. Steeds is bij die zoekvraag een selectie aan bezoekverslagen geanalyseerd en bepaald welke risicoaspecten bij de analyse betrokken zouden worden. In bijlage 1 staat een verantwoording van werkwijze, zoekvragen, geselecteerde bezoekverslagen en geselecteerde risicoaspecten.

1.6 Toetsingskader

Voor ieder risicoaspect is een overzicht gemaakt van de relevante wetgeving en veldnormen. Dit normendocument is beschikbaar via www.igz.nl.^[1]

De belangrijkste wetten die de inspectie tijdens haar onderzoek heeft gehanteerd zijn:

- Kwaliteitswet zorginstellingen (KZ).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Wet bijzondere opname psychiatrische zorginstelling (Bopz).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).

De belangrijkste veldnorm is de Harmonisatie Kwaliteit Zorg/HKZ. Daarnaast zijn de aanbevelingen gebruikt van de klachtenrichtlijn gezondheidszorg.

Als belangrijkste risico wordt in het risicoprofiel aangemerkt dat cliënten hun leven lang afhankelijk zijn van de steun van anderen. Die afhankelijkheid speelt door alle levensgebieden heen. Ze hebben de steun van anderen nodig om zichzelf een plaats te kunnen geven in de voor hen te complexe samenleving en verliezen bij een langdurige,

[1] Zie www.igz.nl/toezicht1/ggt/normen_gehandicaptenzorg

verkeerde interpretatie van hun signalen hun eigen identiteit. Ze zijn kwetsbaar voor ontwrichtende invloeden in hun directe omgeving. Ook in hun toekomstperspectief zijn ze afhankelijk van anderen: mogen ze hun eigen keuzes maken en wordt daar door anderen naar geluisterd? Maken anderen het mogelijk dat zij volgens eigen keuzes kunnen leven?

Als gevolg van dit meest belangrijke risico is ervoor gekozen om niet alleen de opgetreden negatieve uitkomsten voor de cliënt te beoordelen, maar ook de kwaliteit en de risico's van zorgprocessen die aantoonbaar ongewenste uitkomsten op de lange termijn voorkomen.

Een ander gevolg van de levensbrede en levenslange ondersteuning van cliënten is de noodzaak tot afstemming van de verschillende levensdomeinen en zorgvormen op elkaar, op de levensfase van de cliënt en op de ondersteuningsvraag. Deze geïndividualiseerde zorg op maat is gericht op het versterken van de eigen regie, de kwaliteit van leven en deelname aan de samenleving.

1.7 De resultaten van de risicotoets in een tijdsperspectief

De risicotoets vraagt in het inspectieformulier naar gegevens en resultaten over het jaar 2005. De bezoeken dateren van anderhalf tot twee jaar later (september 2006 tot en met april 2007). In die tussenliggende periode hebben bij een groot aantal concerns veel ontwikkelingen plaatsgevonden, waardoor resultaten van het inspectieformulier niet zonder meer te vergelijken zijn met de resultaten van de bezoeken. Zo zijn veel concerns bezig met een certificeringstraject of hebben net een certificering behaald. Daarnaast werkte de invulling van het inspectieformulier voor veel organisaties als een spiegel en zijn zij zelf aan het werk gegaan met de onderdelen die zij als relevant hebben ervaren.

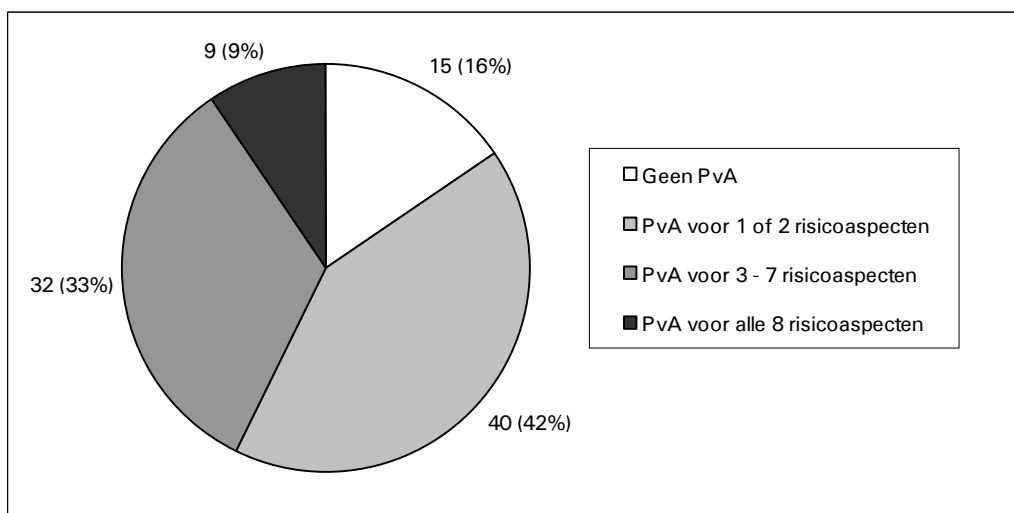
Deze ontwikkelingen maken het noodzakelijk om de resultaten van dit onderzoek in perspectief te plaatsen. Voordat verbeteringen een meetbaar effect hebben, gaat er tijd overheen. Dit geldt te meer omdat de bezoeken zijn beoordeeld op de zichtbare uitkomsten op de werkvloer en niet op ver gevorderde ontwikkeltrajecten of beginnende implementatie. Ook na de bezoeken is verder gewerkt aan de verbeteringen. Op de website van de bezochte concerns zal de meest recente informatie te vinden zijn.

2 Conclusies en maatregelen

De risicotoets maakt duidelijk dat de zorg en ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking onder druk staat. Inspecties vonden plaats in woon/zorglocaties van 96 organisatorische eenheden; in slechts 15 daarvan was de zorg- en dienstverlening dusdanig op orde dat ze geen plan van aanpak hoefden te maken. Een plan van aanpak is gevraagd als op één of meer risicoaspecten de score 3 (matig tot hoog risico) of 4 (hoog tot zeer hoog risico) is gegeven. In 40 organisatorische eenheden moest aan de bezochte woon/zorglocaties een plan van aanpak worden gevraagd voor één of twee risicoaspecten. De verwachting is dat deze woon/zorglocaties met een geringe inspanning hun zorg- en dienstverlening weer op orde hebben. In de overige 41 organisatorische eenheden moesten woon/zorglocaties een plan van aanpak maken voor drie tot acht risicoaspecten. Daar is de situatie zorgelijk en moeten flinke verbeterlagen worden gemaakt; 9 van deze organisatorische eenheden scoorden op alle 8 risicoaspecten in de categorie 3 en 4 (matig tot hoog en hoog tot zeer hoog). Aan deze organisatorische eenheden zijn direct maatregelen gevraagd die in alle gevallen adequaat zijn opgevolgd. Een samenvatting hiervan is weergegeven in figuur 1.

Figuur 1

Verdeling plannen van aanpak voor alle 96 bezochte organisatorische eenheden



Opvallend is dat de organisatorische eenheden die over de hele linie beter scoren voornamelijk kleinere concerns betreffen. Dit beeld komt overeen met de tendens in een recent verschenen onderzoek van het Trimbos-instituut over kleinschalig wonen voor mensen met dementie (Depla e.a.: 2007). Daarnaast scoorden de van oudsher semimurale instellingen significant beter op het risicoaspect continuïteit. Dit risicoaspect levert de meeste risico's op en hiervoor is het vaakst een plan van aanpak gevraagd (48 procent).

De inspectie gaat er vanuit dat dit beeld representatief is voor het gehele veld, aangezien het consistent is met de risicoscores op het inspectieformulier (zie figuur 12). In een kwart van het veld wordt verantwoorde zorg geboden. In de helft van het veld is met enige inspanning weer goede zorg mogelijk en in een kwart van het veld is de situatie zorgelijk en zijn verbeterlagen nodig op drie of meer van de acht risicoaspecten.

Tegelijk met deze kritische constatering stelt de inspectie vast dat er over het algemeen met grote betrokkenheid zorg en ondersteuning wordt geboden aan de cliënten met veel respect voor ieders eigenheid. Een vraaggerichte benadering is als missie gemeengoed in alle woon/zorglocaties van de bezochte organisatorische eenheden, gericht op de ontplooiing van de cliënten en het bieden van ondersteuning bij het leven van een zo gewoon mogelijk leven. De risico's zitten in de uitwerking van deze missie in concrete en zichtbare resultaten voor cliënten.

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de drie onderzoeksvragen. Paragraaf 2.1 handelt over de vraag: zijn de aanhoudende signalen en onrust over een tekortschietende kwaliteit van de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking gefundeerd? Paragraaf 2.2 gaat over de aanwezige risico's in de zorg- en dienstverlening en hoe die risico's zich verhouden tot de geboden kwaliteit en tot bestaande verbeterinitiatieven. In paragraaf 2.3 vindt u antwoord op de vraag welke bevindingen relevante informatie opleveren voor een verdere doorontwikkeling van het kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de acties die de inspectie onderneemt naar aanleiding van de bevindingen (paragraaf 2.4).

2.1 Zorgen van ouders terecht

De bevindingen maken duidelijk dat de zorgen van verwanten van cliënten niet op zichzelf staan. Zowel de ingevulde inspectieformulieren als de afgelegde inspectiebezoeken laten risico's zien.

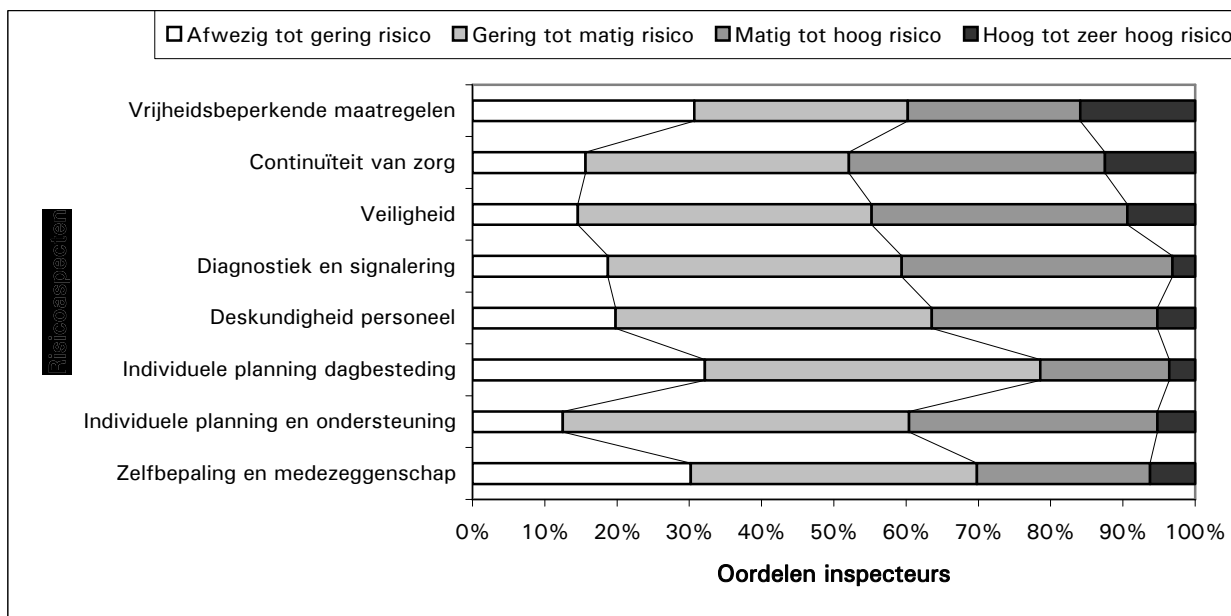
Het belangrijkste risico is de continuïteit van de zorg: een tekort aan ervaren personeel in combinatie met een hoog ziekteverzuim en een groot personeelsverloop. Een gevolg hiervan kan zijn dat gedrag van cliënten verkeerd ingeschat wordt met onnodige incidenten als gevolg. Cliënten gaan niet naar hun 'activiteiten' of hebben geen dagbesteding. Meestal gaat dit ten koste van de meest kwetsbare cliënten die de meest intensieve begeleiding nodig hebben.

2.2 De risico's in samenhang

Uit onderstaande figuur 10 blijkt bij welk risicoaspect de hoogste risico's liggen.

Figuur 10

Oordelen van de inspecteurs per risicoaspect



De samenhang van de risicoaspecten wordt hieronder besproken, waarna maatregelen en aanbevelingen volgen.

2.2.1 Kwaliteit en kwantiteit van het personeel is zorgwekkend en heeft gevolgen voor continuïteit van zorg

Het beeld van een zorgwekkende personeelsbezetting is ook in een eerder inspectierapport beschreven, waarin de personeelsbezetting is onderzocht in de 24-uurszorg aan mensen met een stoornis in het autismespectrum (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004). Het risicoaspect continuïteit scoort het slechtst: op dit aspect is aan 48 procent van de organisatorische eenheden een plan van aanpak gevraagd. Daarnaast wordt geconstateerd dat een hoog risico op continuïteit vrijwel altijd samen gaat met een hoog risico op het aspect deskundigheid. Voor dit risicoaspect is aan 37 procent van de organisatorische eenheden om een plan van aanpak gevraagd.

Bij een minimale personeelsbezetting hebben complicerende werkomstandigheden een grote impact. Problemen in de personele bezetting blijken vaak samen te gaan met organisatorische onrust, leegloop van personeel en ziekteverzuim. De organisatorische onrust is groot in deze sector. Er is en er wordt nog steeds op grote schaal gefuseerd: een derde deel van de organisatorische eenheden maakte organisatorische veranderingen door. Bijna één op de drie (32 procent) concerns heeft te maken met een ziekteverzuim onder het personeel van meer dan 7 procent.

Bij personeelstekorten valt personeel van de ene organisatorische eenheid regelmatig in voor personeel van een andere organisatorische eenheid, vooral op grote instellings-terreinen met cliënten die wonen in aan elkaar geschakelde huizen. Vaak betreft het

daarbij een cliëntengroep met een heel andere zorgvraag dan de eigen groep. Ook wordt frequent gebruikgemaakt van een pool van invalkrachten.

Beide vormen van invalwerk blijken negatieve gevolgen te hebben voor de continuïteit van de zorg en de deskundigheid van het personeel.

Er zijn veel inspanningen nodig om voldoende personeel te vinden en vaak blijft het met al die inspanningen nog moeilijk. Dit geldt zowel voor de groep medewerkers als voor deskundigen. Als er onvoldoende medewerkers zijn, komt de uitvoering van de zorg- en dienstverlening in gevaar. Opvallend hierbij is dat kleine concerns en van oudsher semimurale woon/zorglocaties significant beter scoren op het risicoaspect continuïteit van zorg.

Er is een tekort aan personeel dat zowel agogisch is geschoold als kennis heeft van verzorging en verpleging. De voormalige Z-opleiding is vervangen door het huidige onderwijsgebouw dat niet voorziet in deze gecombineerde competentie, zodat veel afhangt van de interne bijscholingsmogelijkheden.

Maatregelen voor concerns

- Personeelsbeleid richten op een betere afstemming tussen competenties van personeel en specifieke zorgvragen van cliënten.
- In aansluiting op de reeds afgesloten convenanten tussen de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en het opleidingsveld in de reguliere opleidingen meer aandacht besteden aan de combinatie van agogische, verzorgende en verpleegkundige deskundigheid, syndroomkennis en kennis van psychiatrische ziektebeelden.
- Deskundigheid van het zittende personeel verhogen door meer aandacht voor bijscholing, uitwisseling van kennis en ervaring hierover.
- Het door de VGN in gang gezette beleid om het werken in de gehandicaptenzorg aantrekkelijk te maken, met kracht uitvoeren.

2.2.2 Eigen regie van de cliënt verbeteren door meer inzicht in wensen cliënt en een cliëntgerichte organisatie

Eigen regie bij de cliënt is mogelijk: in een derde deel van de bezochte organisatorische eenheden bleek de eigen regie van de cliënt goed geregeld. In die organisatorische eenheden is een grote samenhang te zien tussen vraaggericht werken en zelfbepaling. De cliënt wordt ondersteund in het leren kennen van eigen wensen en behoeften. De organisatie werkt cliëntgericht en neemt de wensen van de cliënt serieus. In dialoog met cliënt en cliëntvertegenwoordiger wordt vorm gegeven aan een verantwoorde zorg- en dienstverlening met de geformuleerde wensen als uitgangspunt.

Een verbetering van de eigen regie van de cliënt is echter ook nodig: ruim een kwart van de bezochte organisatorische eenheden moet maatregelen nemen om de eigen regie van de cliënt te verbeteren. In deze organisatorische eenheden wordt weinig vraaggericht gewerkt en te veel voor de cliënt bepaald wat goed voor hem is. De organisatie heeft een meer beheersmatig karakter.

Maatregelen voor beroepsorganisaties in samenwerking met concerns

- Voorwaarden scheppen voor een grotere bekendheid van beproefde methodieken om wensen van cliënten te leren kennen en cliënten te ondersteunen in het maken van keuzes.
- Best practices ontwikkelen voor methodieken en managementstijlen die een cliëntgerichte organisatie van de zorg- en dienstverlening mogelijk maken.

2.2.3 Verdere verbetering van ondersteuningsplannen is nodig

Ondersteuningsplannen zijn de drager van vraaggerichte en verantwoorde zorg. Ze zijn sterk in opzet verbeterd. Opvallend is met hoeveel aandacht en plezier aan dit proces gewerkt werd door medewerkers en deskundigen. In de helft van alle onderzochte ondersteuningsplannen zijn de doelen SMART beschreven en in een derde deel van de bezochte organisatorische eenheden worden SMART geformuleerde doelen gebruikt om in de dagrapportage weer te geven. Deze percentages geven tegelijkertijd aan dat in veel organisatorische eenheden de ondersteuningsplannen nog voor verbetering vatbaar zijn. Aan 42 procent van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden is een plan van aanpak ter verbetering van dit risicoaspect gevraagd. De door de inspecteurs gevraagde maatregelen aan de woon/zorglocaties van de bezochte organisatorische eenheid gaan over het doorzetten van de verbeteringen op het gebied van de ondersteuningsplannen, maar richten zich vooral op het uitvoeren van gemaakte afspraken en de controle daarop.

Aanbevelingen voor cliëntorganisaties

- Activiteiten ontwikkelen om de positie van de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger te verstevigen in de besprekingen over het ondersteuningsplan.

Maatregelen voor concerns in samenwerking met beroepsorganisaties

- Waarborgen dat ondersteuningsplannen altijd in samenspraak met de cliënt en zonodig met de cliëntvertegenwoordiger worden gemaakt.
- Waarborgen dat ondersteuningsplannen worden beoordeeld op het maken van multidisciplinair gedragen afspraken en op het controleren van die afspraken.

2.2.4 Multidisciplinaire inzet kan niet gemist worden

Een goede, multidisciplinaire betrokkenheid van gedragskundigen en artsen blijkt een belangrijke factor te zijn voor een goede ondersteuning van de cliënt en draagt bij aan de kwaliteit van de zorg. Uit de inspectieformulieren blijkt een significante samenhang tussen het multidisciplinair evalueren van ondersteuningsplannen en de volgende zaken: risicotoetsen op ondersteuningsplannen, deskundigheid van het personeel, diagnostiek en signalering. Multidisciplinair wordt in het inspectieformulier omschreven als minimaal een extra discipline naast de begeleider. In dat licht is het zorgelijk dat volgens de

inspectieformulieren in een kwart van de organisatorische eenheden niet multidisciplinair geëvalueerd wordt.

De inspectiebezoeken werden anderhalf jaar na het uitsturen van het inspectieformulier gebracht. In die periode is een positieve tendens zichtbaar van met name de bijdrage van de gedragskundigen die vaker structureel worden betrokken bij de ondersteuningsplancyclus. Een punt van zorg is wel dat gedragskundigen of artsen te weinig betrokken worden bij het structureel volgen van gemaakte afspraken. Dit terwijl deze deskundigen hiervoor wel aangewezen zijn op de deskundigheid van de begeleiders. Uit de bezoekverslagen blijkt ook dat begeleiders zich beter toegerust voelen om tijdig problemen te signaleren als zij zich ondersteund weten door een multidisciplinair team. Dit geldt ook voor het omgaan met probleemgedrag van cliënten. Deze vicieuze cirkel is te doorbreken door multidisciplinaire betrokkenheid bij het maken, evalueren en volgen van afspraken te garanderen en door de deskundigheid van de medewerkers op het gewenste peil te brengen of te houden. Hierdoor wordt ook de diagnostiek en signalering verbeterd waarop in 41 procent van de bezoeken een plan van aanpak is gevraagd.

In organisatorische eenheden waar gedragskundigen, artsen, paramedici en verpleegkundigen een bijdrage leveren aan de bijscholing van medewerkers wordt dit als positief ervaren. Kanttekening hierbij is echter dat ontwikkelde deskundigheid niet altijd doordringt tot collega-beroepsbeoefenaren, soms zelfs niet binnen één en hetzelfde concern.

Maatregelen voor concerns

- Waarborgen dat gedragskundigen en artsen tijdig betrokken worden bij cliënten met risicogedrag en/of gezondheidsproblemen.
- Nurse practitioners aanstellen die begeleiders ondersteunen met advies en als deskundige vraagbaak fungeren.
- Op de doelgroep van cliënten gericht bijscholingsbeleid waarborgen.

Maatregelen voor de beroepsgroepen van gedragskundigen, artsen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, verpleegkundigen, pedagogische hulpverleners en paramedici

- Structureel uitwisselen van bestaande kennis en ervaring en genereren van nieuwe kennis.

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS

- Eisen verbinden aan de herregistratie van alle BIG-geregistreerde beroepen werkzaam in de sector gehandicaptenzorg.

2.2.5 Voor veilige zorg is analyse van meldingen noodzakelijk

Van de 96 organisatorische eenheden moest 42 procent voor het aspect veiligheid een plan van aanpak maken. Bij dit risicoaspect is zowel gekeken naar subjectieve als objectieve veiligheid. De beleefde veiligheid staat vooral onder druk bij huisgenoten van cliënten met regelmatig terugkerende aanvallen van agressie of ander hinderlijk gedrag. Met betrekking tot de objectieve veiligheid zijn vooral tekorten gesignaleerd in het gebruik van meldingen als een kwaliteitsinstrument. Het bewustzijn om het analyseren van meldingen in te zetten als kwaliteitsinstrument is nog onvoldoende ontwikkeld. Zowel uit deze risicotoets als uit literatuur over veiligheid blijkt dat een systeem voor het veilig melden van (bijna-)fouten en (bijna-)ongevallen een krachtig instrument is om dreigende problemen te signaleren en te investeren in gebleken mechanismen die calamiteiten hebben voorkomen. Volgens het inspectieformulier meldt een derde deel van de inzenders helemaal geen (bijna-)fouten en (bijna-)ongevallen.

Uit de bezoekverslagen blijkt dat een bovengemiddeld aantal meldingen samenhangt met de deskundigheid van de medewerkers en de continuïteit van zorg. Er wordt minder gemeld en verbeteracties zijn moeilijker uit te voeren als de medewerkers niet deskundig zijn en de onderlinge communicatie en overdracht niet goed verloopt. Ook is er een samenhang met een open meldcultuur en een goede en snelle terugkoppeling van leidinggevendenden aan het betreffende team over acties die volgen uit de melding. Omgekeerd blijkt dat minder meldingen samenhangen met ondeskundige medewerkers en tekortschietende overdracht en communicatie tussen medewerkers.

Een specifieke melding betreft het melden van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dankzij intensieve voorlichting en controles is het melden hiervan wel verbeterd, maar dit blijft desalniettemin in een derde deel van de bezochte organisatorische eenheden onder de maat. Ook wordt niet tijdig geëvalueerd of er alternatieven zijn voor de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen en ontbreken protocollen voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Maatregelen voor concerns

- Systematische analyse van meldingen, snelle en adequate maatregelen ter verbetering van de veiligheid en tijdige feedback aan het betreffende team.
- Systeem van veilig melden ontwikkelen.

2.2.6 Sturingsinformatie is noodzakelijk op het niveau van woon/zorglocaties

Uit de risicotoets blijkt dat er grote uitmiddeleffecten zijn tussen verschillende woon/zorglocaties van één organisatorische eenheid. Dit betekent dat er in organisatorische eenheden slechte, gemiddelde en goede woon/zorglocaties kunnen zitten. Dit kunnen zowel woon/zorglocaties op een instellingsterrein als woon/zorglocaties in de wijk zijn. Deze verschillen zijn niet terug te zien in de gemiddelde score van die organisatorische eenheid. Dezelfde uitmiddeleffecten zijn te zien tussen de verschillende organisatorische eenheden van één concern.

Voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers is het noodzakelijk dat risicovolle zorg zo snel mogelijk in beeld komt en dat er snel en adequaat verbeteracties volgen. Dit is primair een verantwoordelijkheid van het concern. Gezien de impact van risicovolle zorg

zou deze informatie op het niveau van de woon/zorglocatie met enige regelmaat (bijvoorbeeld eens per kwartaal) door het management verzameld, geanalyseerd en waar nodig verder onderzocht moeten worden, waarna verbeteracties volgen. Op basis van deze risicotoets zijn de volgende punten hiervoor een goede indicatie:

- Ziekteverzuim.
- Meldingen van vrijheidsbeperkende maatregelen, (bijna-)fouten en (bijna-)ongevallen.
- Analyse van meldingen en van genomen maatregelen op basis van deze meldingen.
- Monitor op het nakomen van gemaakte afspraken over de zorg- en dienstverlening aan individuele cliënten.

Maatregelen voor concerns

- Sturingsinformatie verzamelen op het niveau van woon/zorglocaties voor het tijdig signaleren van risico's.

2.3 Doorontwikkeling kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg

De bevindingen, conclusies en aanbevelingen van dit rapport vormen input voor een verdere doorontwikkeling van het kwaliteitskader. De inspectie zal drie onderwerpen, te weten het vaststellen van een adequaat aggregatieniveau waarop gegevens moeten worden verzameld, het verder ontwikkelen van uitkomstindicatoren en het ontwikkelen van een betrouwbare en passende methode voor cliëntwaarderingsonderzoek, onder de aandacht brengen van de stuurgroep kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg.

Speciale aandacht is nodig voor de gevonden uitmiddeleffecten tussen de verschillende woon/zorglocaties van een organisatorische eenheid en tussen organisatorische eenheden van één concern. Deze uitmiddeleffecten hebben consequenties voor het in kaart brengen van mogelijk risicovolle woon/zorglocaties. Een gevolg hiervan kan zijn dat de inspectie een bezoek brengt aan een goed presterende woon/zorglocatie van een organisatorische eenheid in plaats van aan een slecht presterende woon/zorglocatie. Evenzo kunnen organisatorische eenheden buiten beeld blijven als risicovol, ondanks het feit dat onderliggende woon/zorglocaties geen risico's laten zien. Hierdoor blijven risico's buiten beeld die er wel zijn.

Een nader onderzoek naar het meten van uitkomsten van de zorg- en dienstverlening is noodzakelijk. In de 24-uurszorg zijn nog weinig zorginhoudelijke uitkomstmaten beschikbaar die de resultaten voor de cliënt van de zorg- en dienstverlening meten. Vanwege het ontbreken van uitkomstmaten is in deze risicotoets gebruikgemaakt van een mengvorm van het beoordelen van de resultaten van cruciale werkprocessen en het beoordelen van uitkomsten van de zorg- en dienstverlening naar de ervaring van cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers. Om die reden zal de inspectie de stuurgroep kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg verzoeken om universaliteiten en/of onderzoeksinstituten opdracht te geven voor onderzoek naar goede uitkomstmaten voor de gehandicaptenzorg.

Tenslotte behoeft het bevragen van cliënten in de 24-uurszorg speciale aandacht. In deze risicotoets is dat gedaan door middel van open gesprekken aan de hand van

vooraf vastgestelde gesprekspunten. Dit is een tijdrovende en intensieve manier van werken. Speciale aandacht is nodig voor het ontwikkelen van een betrouwbare en passende wijze om ervaringen van cliënten in beeld te brengen.

2.4 Wat kan het veld van de inspectie verwachten

2.4.1 Follow-up van risicovolle instellingen in 2007 en 2008

Vanaf de score matig tot hoog risico is aan de organisatorische eenheid van een concern een plan van aanpak gevraagd om de bevindingen ten aanzien van dat risico-aspect te verbeteren. Dit betekent overigens niet dat de scores 'afwezig tot gering' en 'gering tot matig' inhielden dat bij de betreffende woon/zorglocatie op dat aspect absoluut geen risico's bestonden. De risico's waren echter niet van dien aard dat de inspectie een plan van aanpak noodzakelijk achtte.

In 84 procent van de bezochte organisatorische eenheden beoordeelden inspecteurs één of meerdere risicoaspecten met een matige tot zeer hoge risicoscore. Dit was bijna in alle gevallen aanleiding om een plan van aanpak te vragen. Een enkele keer is hiervan afgeweken als er slechts op één risicoaspect een plan van aanpak nodig was en er al een goed verbeterplan klaar lag om uitgevoerd te worden. In totaal zijn in 79 procent van de bezochte eenheden plannen van aanpak gevraagd. Dit zijn verbeterplannen die het betreffende concern maakt.

Drie organisatorische eenheden scoorden op zeven van de acht risicoaspecten in de hoogste risicocategorie (hoog tot zeer hoog). Aan deze organisatorische eenheden zijn direct maatregelen gevraagd, die in alle gevallen adequaat zijn opgevolgd.

De beoordeling van de plannen van aanpak en de resultaten daarvan vinden momenteel plaats. Op het moment van schrijven van dit rapport (september 2007) zijn 25 plannen van aanpak als voldoende en 6 als onvoldoende beoordeeld. Als vervolg hierop worden voortgangsrapportages opgevraagd en/of follow-up bezoeken gebracht. Aan de noodzakelijk geachte verbeteringen worden termijnen gesteld en zondig wordt het toezicht verscherpt.

2.4.2 Verdere uitwerking conclusies in werkplan 2008

In het werkplan van de IGZ voor 2008 is veilige zorg een belangrijk thema. Zo zal de inspectie een thematisch toezicht doen naar medicatieveiligheid in de gehandicaptenzorg. Ook wil de inspectie door haar toezicht bijdragen aan het verminderen van vrijheidsbeperkingen. Eind 2007 vindt een thematisch toezicht plaats naar preventie van vrijheidsbeperking. In 2008 volgt een follow-up van deze bezoeken. De Staat voor de Gezondheidszorg 2008 zal worden gewijd aan health technology. In de gehandicaptenzorg zal dit thema worden uitgewerkt naar substitutie van zorg door technologie (domotica).

Specifieke ondersteuningsvragen brengen specifieke vragen en mogelijke risico's met zich mee. De inspectie wil deze risico's voor de volgende doelgroepen in kaart brengen: mensen met een lichte verstandelijke beperking die ambulante zorg ontvangen, mensen met een verstandelijke beperking en chronische psychiatrische problemen en dementerende mensen met een verstandelijke beperking. De zorgverlening aan deze groepen van zorgvragers kenmerkt zich door ketenzorg. De uitkomsten van dit onderzoek zijn input voor het maken van mogelijke doelgroep-specifieke indicatoren bij de verdere doorontwikkeling van indicatoren voor het kwaliteitskader verantwoorde gehandicaptenzorg.

3 Bevindingen

In dit hoofdstuk worden eerst de bevindingen weergegeven betreffende de acht risicoaspecten (3.1 tot en met 3.8) en daarna risicoaspect-overstijgende bevindingen (3.9 tot en met 3.12).

De bevindingen per risicoaspect worden besproken door eerst de bevindingen uit het inspectieformulier weer te geven en daarna die uit de bezoeken. Voor deze indeling is gekozen omdat inspectieformulier en bezoeken gebaseerd zijn op dezelfde indeling in risicoaspecten, maar op verschillende manieren en tijdstippen informatie verzamelden. Het inspectieformulier vroeg met name naar uitkomsten van werkprocessen die onnodige risico's vermijden en een relatie hebben met de kwaliteit van de geboden zorg- en dienstverlening. Steeds stond de vraag centraal welke gewenste uitkomsten voor de cliënt nagestreefd moeten worden en welke werkprocessen hier een directe relatie mee hebben. Waar mogelijk is gevraagd naar uitkomsten van de geboden zorg- en dienstverlening en als het niet anders kon, zijn beleidsvragen opgenomen. Hiermee sloot het inspectieformulier aan bij de tot dan toe gebruikelijke toetsing op kwaliteitssystemen en sloeg het een brug naar het toetsen op uitkomsten. Een volledig overzicht van de beantwoording van het inspectieformulier staat in bijlage 2.

In de bezoeken is het beoordelen van de uitkomsten van de zorg verder uitgewerkt door in de oordeelsvorming ook te betrekken hoe cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers de geboden zorg- en dienstverlening ervaren en waarderen. Daarnaast zijn de relevante werkprocessen beoordeeld op de vraag of er beleid is en of dit beleid operationeel en geborgd is.

Per risicoaspect is informatie verzameld over een aantal elementen die niet ieder op zich zijn beoordeeld, maar in een onderlinge afweging samengevoegd zijn tot een totaaloordeel per risicoaspect. Beoordeeld is op basis van een normenkader dat toegankelijk is www.igz.nl.^[1]

De beoordeling van de kwaliteit van de bevraagde werkprocessen werd gescoord in één van de vier risicocategorieën:

- Afwezig tot gering risico: de meeste elementen van het betreffende risicoaspect zijn geborgd.
- Gering tot matig risico: de meeste elementen van het risicoaspect zijn operationeel, maar niet geborgd.
- Matig tot hoog risico: minder dan de helft van de elementen van het risicoaspect is operationeel.
- Hoog tot zeer hoog risico: voor de meeste elementen van het risicoaspect is geen of niet operationeel beleid.

Bovenstaande beoordeling van de kwaliteit van relevante werkprocessen is tegen het licht gehouden van de waardering door cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers. Hun mening heeft zwaar meegewogen.

Vanaf de score matig tot hoog risico is aan het concern een plan van aanpak gevraagd om de bevindingen ten aanzien van dat risicoaspect te verbeteren. In paragraaf 3.9 staat een samenvattend overzicht van de scores op basis van de bezoeken, waarop een plan van aanpak is gevraagd.

[1] Zie www.igz.nl/toezicht1/ggt/normen_gehandicaptenzorg

3.1 Zelfbepaling en medezeggenschap

Zelfbepaling betekent dat mensen met een verstandelijke beperking het recht hebben om eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op hun eigen persoonlijke wijze, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Dat betekent onder andere dat cliënten moeten kunnen leren ervaring op te doen met keuzemomenten: inspraak en inzage hebben in hun ondersteuningsplan, dat medewerkers cliënten moeten kunnen aanspreken op hun mogelijkheden en dat de organisatie flexibel genoeg moet zijn om de keuzes in het dagelijkse leven en geïndividualiseerde zorgdoelen mogelijk te maken.

Medezeggenschap betekent dat zowel cliënten als cliëntvertegenwoordigers op de diverse niveaus binnen de zorginstelling (woon/zorglocatie, organisatorische eenheid en concern) als collectief invloed kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie, die van invloed zijn op de positie van cliënten.

Bevindingen uit het inspectieformulier

In het inspectieformulier is gevraagd naar:

- Is er cliëntwaarderingsonderzoek gedaan en zo ja: welke onderwerpen zijn onderzocht, zijn de resultaten besproken met cliënten en zijn er verbeteracties uit voortgekomen?
- Is er een onafhankelijke vertrouwenspersoon voor de klachtopvang?
- Zijn ondersteuningsplannen en activiteitenplannen gemaakt in dialoog met de cliënt en zijn netwerk?
- Is er aantoonbaar beleid voor het opbouwen en in stand houden van sociale netwerken rondom cliënten?
- Heeft iedere cliënt een eigen vertegenwoordiger?

Door 62 procent van de respondenten werd aangegeven dat er cliëntwaarderingsonderzoek is gedaan. Hiervan was bijna de helft (47 procent) uitgevoerd door intern onderzoek, vaak in combinatie met extern onderzoek. De resultaten werden in 82 procent van de gevallen besproken met cliëntenraden op het niveau van de organisatorische eenheid waarover het inspectieformulier gaat. In 15 procent van de gevallen werden geen suggesties overgenomen.

Volgens 29 procent van de inspectieformulieren werden voor minstens 95 procent van de cliënten de ondersteuningsplannen een keer per jaar geëvalueerd in dialoog met cliënten en cliëntvertegenwoordigers. De antwoordcategorie tussen 80 en 95 procent van de cliënten werd gegeven in 21 procent van de formulieren. De helft evalueerde bij minder dan 80 procent van de cliënten jaarlijks in dialoog, waarvan 16 procent bij minder dan 50 procent van de cliënten.

Voor activiteitenplannen waren de percentages respectievelijk 24 procent voor minstens 95 procent van de cliënten, 17 procent tussen 80 en 95 procent van de cliënten, 28 procent tussen 50 en 80 procent van de cliënten en 31 procent bij minder dan 50 procent van de cliënten.

In 79 procent van de gevallen was een onafhankelijke vertrouwenspersoon actief. De meeste cliënten hadden een eigen vertegenwoordiger. In 90 procent van de gevallen werd er een beleid gevoerd, gericht op netwerken.

Bevindingen uit de bezoeken

Bij de bezoeken beoordeelden inspecteurs onder dit risicoaspect zowel zelfbepaling als medezeggenschap. Aan zaken rondom zelfbepaling werd een groter gewicht toegekend dan aan medezeggenschap, vanuit de ervaring dat medezeggenschap beter verankerd is in de organisatie als zelfbepaling geborgd is.

In volgorde van belangrijkheid is ten aanzien van zelfbepaling beoordeeld:

- Cliënten hebben zeggenschap over hun leven. De medewerkers weten hoe de cliënten willen wonen en werken en ondersteunen cliënten bij het maken van keuzes. Afspraken in ondersteuningsplannen en activiteitenplannen worden daadwerkelijk gemaakt in dialoog met de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger en dit is terug te vinden in de ondersteuningsplannen. Cliënten en cliëntvertegenwoordigers weten wat er in hun ondersteuningsplan staat.
- Het concern biedt de gelegenheid om keuzes van cliënten waar mogelijk te realiseren: er is een 'ja-cultuur'.
- De bejegening en benadering van cliënten is goed, met speciale aandacht voor de manier waarop medewerkers over cliënten praten en schrijven.

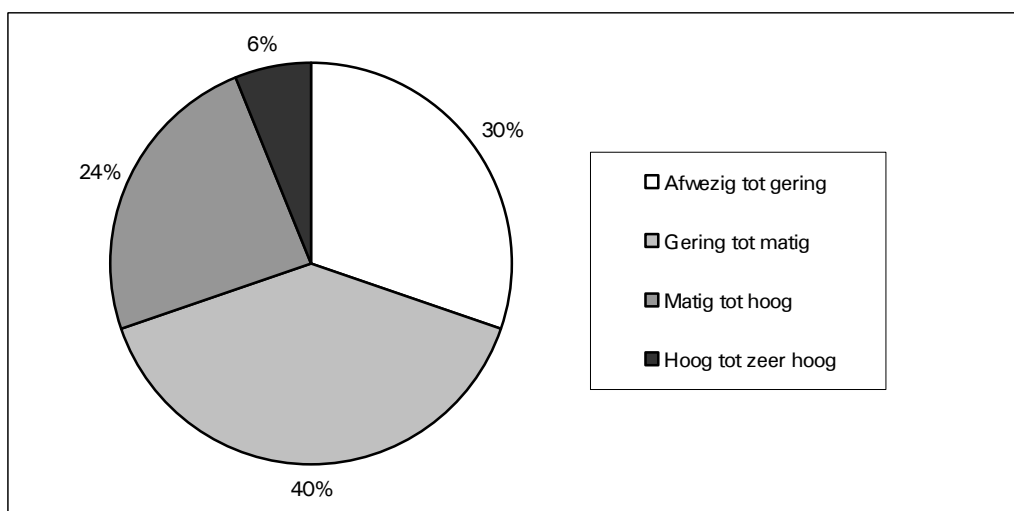
Bij medezeggenschap beoordeelden inspecteurs in volgorde van belangrijkheid:

- Cliënten hebben inspraak op het niveau van de eigen woon/zorglocatie, ondersteund door een onafhankelijke coach.
- Naast de decentrale cliëntenraad is een aparte decentrale cliëntvertegenwoordigersraad aanwezig. De informatie-uitwisseling tussen de verschillende cliëntenraden is dan belangrijk.
- Er zijn effectieve centrale cliëntenraden: ze zijn effectief als ze voldoende draagvlak hebben bij het management, te zien aan een tijdige agendering van belangrijke beleidsbeslissingen en aan zichtbare invloed van de uitkomsten van de cliëntenraad op het beleid.

Voor deze volgorde van belangrijkheid is gekozen omdat de ervaring leert dat bij aanwezigheid van decentrale cliëntenraden en cliëntvertegenwoordigersraden er eigenlijk ook altijd een centrale cliëntenraad is. Omgekeerd hoeft het bestaan van een centrale cliëntenraad niet te betekenen dat er ook decentrale raden zijn.

In figuur 2 is in percentages weergegeven in welke risicocategorieën de bezochte organisatorische eenheden volgens de inspecteurs vielen.

Figuur 2

Oordeel over risicoaspect zelfbepaling en medezeggenschap (n = 96)

Volgens het oordeel van de inspecteurs moest in bijna een derde (30 procent) van de bezochte organisatorische eenheden een plan van aanpak worden gemaakt om de bevindingen op het betreffende risicoaspect te verbeteren.

Hierbij stond centraal het kennen en serieus nemen van de wensen van de cliënt, het maken en evalueren van ondersteuningsplannen in dialoog met cliënt, cliëntvertegenwoordiger en professionals, gevolgd door een regelmatig uitgevoerd cliëntwaarderingsonderzoek en een goede decentrale cliëntvertegenwoordiging.

3.2 Individuele planning en ondersteuning

Individuele planning en ondersteuning worden zichtbaar in het maken van en werken met ondersteuningsplannen. Door de gevolgde indeling in risicoaspecten vallen niet alle onderzochte elementen van ondersteuningsplannen onder dit risicoaspect. Met betrekking tot het risicoaspect individuele planning en ondersteuning is gekeken naar:

- Het maken, uitvoeren en evalueren van ondersteuningsplannen.
- Het toetsen van de kwaliteit van de ondersteuningsplannen.

Bevindingen over andere belangrijke elementen van ondersteuningsplannen zijn opgenomen bij andere risicoaspecten. Dit zijn achtereenvolgens:

- Risicoaspect zelfbepaling: wensen en inbreng van cliënten en hun vertegenwoordigers zijn terug te vinden in ondersteuningsplannen. De ondersteuningsplannen zijn toegankelijk voor cliënten en hebben een respecterende schrijfstijl.
- Risicoaspect deskundigheid: ondersteuningsplannen zijn multidisciplinair tot stand gekomen en worden multidisciplinair geëvalueerd.
- Risicoaspect diagnostiek en signalering: resultaten van achterliggende diagnostiek zijn op een begrijpelijke manier vertaald en dragen bij aan de afgesproken handelwijze en uitvoering van de afspraken. Er zijn waar nodig cliëntgerichte signaleringsplannen.

In paragraaf 4.3 worden de bevindingen van alle aspecten van de ondersteuningsplannen risicoaspect overstijgend en samenhangend besproken.

Bevindingen uit het inspectieformulier

In het inspectieformulier is gevraagd naar:

- Hebben cliënten binnen een half jaar na opname een ondersteuningsplan?
- Is er een toets op de kwaliteit van de ondersteuningsplannen?
- Wordt er een relatie gelegd tussen doelen van individuele ondersteuningsplannen en dagrapportage?

Volgens 45 procent van de inspectieformulieren had minstens 95 procent van de cliënten binnen een half jaar een ondersteuningsplan en in 28 procent had tussen 80 en 95 procent van de cliënten dat. Volgens 17 procent van de inspectieformulieren had tussen 50 en 80 procent binnen een half jaar een plan en volgens 10 procent minder dan 50 procent van de cliënten.

Volgens 19 procent van de inspectieformulieren werd de dagrapportage altijd gekoppeld aan de doelen van de ondersteuningsplannen en in 2 procent nooit. Bij 47 procent was dat bij meer dan de helft van de dagelijkse rapportages en bij 32 procent bij minder dan de helft.

Een van de vragen die een goede indicatie geeft van de totaalscore op het inspectieformulier is de vraag of het concern de kwaliteit van de ondersteuningsplannen jaarlijks evalueert met een instrument voor zelfevaluatie, zoals de ZIP. Als dit gebeurt, is de zorg beter. In 58 procent van de ingevulde inspectieformulieren bleek dit het geval te zijn.

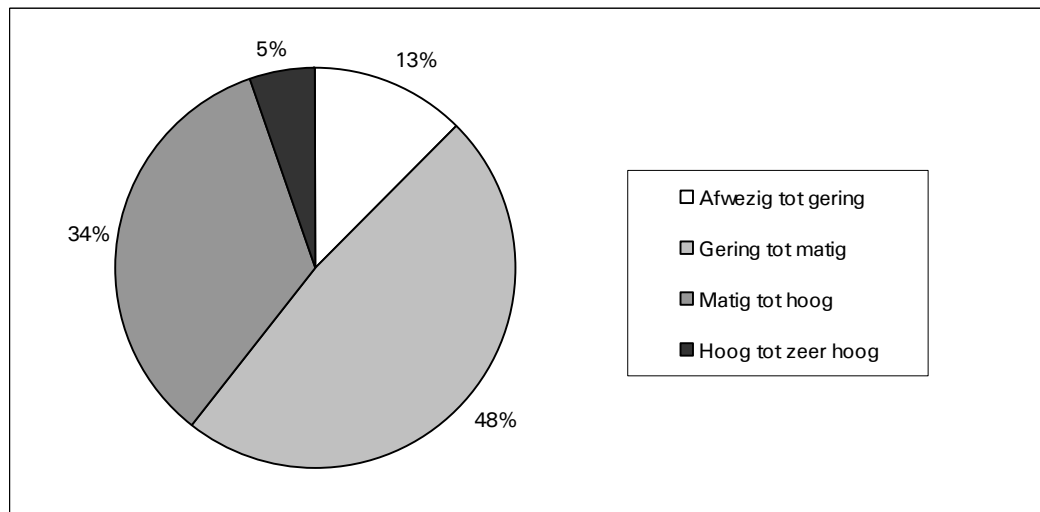
Bevindingen uit de bezoeken

Ten aanzien van de individuele ondersteuningsplannen beoordeelden inspecteurs in volgorde van belangrijkheid:

- Er zijn heldere en duidelijke doelen geformuleerd met duidelijke richtlijnen voor het dagelijkse handelen en in de dagrapportage wordt op deze doelen terug gekomen.
- Het ondersteuningsplan wordt minimaal een keer per jaar geëvalueerd en er worden evaluatiedata vastgelegd.
- Er is een heldere verantwoordelijkheidstoedeling.
- Cliënten hebben een half jaar na opname een ondersteuningsplan.
- De ondersteuningsplannen zijn inzichtelijk en duidelijk geordend.

In figuur 3 is in percentages weergegeven in welke risicocategorieën de bezochte organisatorische eenheden volgens de inspecteurs vielen.

Figuur 3

Oordeel over risicoaspect individuele planning en ondersteuning (n = 96)

Aan 39 procent van de bezochte organisatorische eenheden is een plan van aanpak gevraagd op dit risicoaspect.

In de organisatorische eenheden met de hoogste risicoscore (hoog tot zeer hoog) was er nauwelijks of geen beleid om tot een verbetering te komen op de punten die door de bezochte inspecteurs als meest essentieel worden gezien:

- Duidelijker en specifieker formuleren van de doelen.
- Dagrapportage laten aansluiten bij deze doelen.
- Waarborgen dat er op tijd geëvalueerd wordt.

Deze hoogste risicoscore is in 6 procent van de organisatorische eenheden gegeven.

Uit de bezoeken bleek dat er met name rondom het SMART formuleren van doelen belangrijke verbeteringen waren ten opzichte van eerdere inspectiebezoeken. Uit dossieronderzoek bleek dat doelen in de helft van de dossiers SMART geformuleerd waren. Ook was een flinke verbetering zichtbaar in ordening en inzichtelijkheid van de ondersteuningsplannen.

In deze risicotests is voor het eerst ook gekeken naar de koppeling van de dagrapportage aan de doelen uit het ondersteuningsplan. In de bezoeken was een verbetering te zien ten opzichte van het inspectieformulier: een derde deel tijdens de bezoeken tegen een vijfde deel in het inspectieformulier. Uit dossieronderzoek en bezoekverslagen bleek een verband tussen het SMART formuleren van doelen en het rapporteren van doelen in de dagrapportage. Hoe SMARTER de doelen, hoe vaker er op doelen werd gerapporteerd.

Uit het dossieronderzoek bleek dat verantwoordelijkheden slecht werden vastgelegd, met name met betrekking tot het uitvoeren van de gemaakte afspraken en het bewaken van een tijdige evaluatie. Slechts in een derde deel van de onderzochte dossiers werd vastgelegd wie verantwoordelijk was voor welk deel van de uitvoering. Uit veel dossiers bleek dat de ondersteuningsplannen wel geëvalueerd werden maar frequentie, evaluatietermijn en de uit de evaluaties voortvloeiende afspraken waren niet zichtbaar. Ook kon lang niet altijd beoordeeld worden of er vaak genoeg geëvalueerd werd (minstens een keer per jaar volgens de veldnorm van het HKZ).

3.3 Individuele planning en dagbesteding

Net als bij het vorige risicoaspect wordt de individuele planning van de dagbesteding zichtbaar in het maken van en werken met activiteitenplannen. En ook hier geldt dat door de gevolgde indeling in risicoaspecten niet alle elementen van activiteitenplannen onder dit risicoaspect vallen, maar ook onder de risicoaspecten zelfbepaling (betrokkenheid van cliënten en vertegenwoordigers), deskundigheid (multidisciplinaire betrokkenheid) en diagnostiek en signalering (vertaling van achterliggende diagnostiek in handvatten voor de begeleiding en waar nodig signaleringsplannen).

Bevindingen uit het inspectieformulier

In het inspectieformulier is gevraagd naar:

- Hebben cliënten binnen een half jaar na opname een activiteitenplan?
- Is er een toets op de kwaliteit van de activiteitenplannen?
- Is er aantoonbaar beleid om tot afstemming te komen tussen wonen en dagbesteding?

Volgens 47 procent van de inspectieformulieren had minstens 95 procent van de cliënten binnen een half jaar een activiteitenplan en volgens 19 procent had tussen 80 en 95 procent van de cliënten dat. Volgens 15 procent van de inspectieformulieren had tussen 50 en 80 procent binnen een half jaar een plan en volgens 19 procent minder dan 50 procent van de cliënten. Bij 18 procent van de respondenten was de vraag niet van toepassing omdat de instelling de dagbesteding inkocht van een andere instelling. Een toets op de kwaliteit van de activiteitenplannen werd in 38 procent van de gevallen gedaan, tegen 58 procent bij ondersteuningsplannen. Opvallend is dat in 91 procent van de gevallen afstemming werd nagestreefd tussen wonen en dagbesteding.

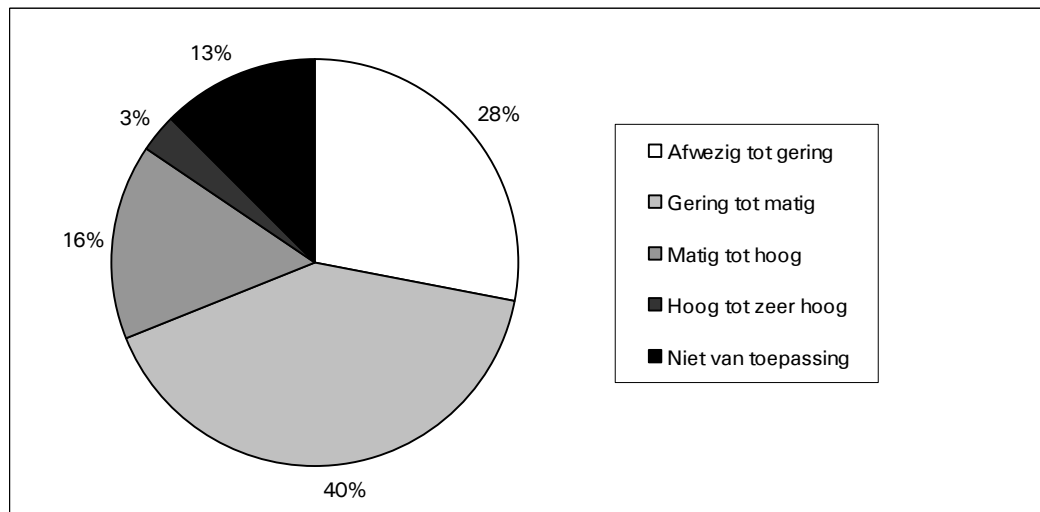
Bevindingen uit de bezoeken

In de beoordeling wogen de inspecteurs in volgorde van belangrijkheid mee:

- Er wordt methodisch nagegaan wat cliënten voor werk willen en hoe dat te realiseren is.
- Activiteitenplannen zijn aantoonbaar multidisciplinair tot stand gekomen.
- Medewerkers van wonen en dagbesteding stemmen met elkaar af en er zijn structurele contacten tussen wonen en werken.
- Er zijn keuzemogelijkheden voor de cliënt in dagbestedingsactiviteiten.
- Activiteitenplannen worden regelmatig geëvalueerd en na de evaluatie volgen bijstellingen.

In figuur 4 is in percentages weergegeven in welke risicocategorieën de bezochte organisatorische eenheden volgens de inspecteurs vielen.

Figuur 4

Oordeel over risicoaspect individuele planning dagbesteding (n = 96)

Aan 19 procent van de bezochte organisatorische eenheden is een plan van aanpak gevraagd. In 13 procent van de bezoekverslagen is geen oordeel gegeven over de dagbesteding omdat het betreffende concern die had uitbesteed aan een ander concern. Meestal was het concern dan wel verantwoordelijk voor het regelen van een goede dagbesteding.

Bijna alle cliënten hadden dagbesteding. In het verleden is hier fors in geïnvesteerd met een goed resultaat. De activiteiten in de dagbesteding werden door cliënten en cliënt-vertegenwoordigers overwegend positief beoordeeld.

Opvallend is dat in toenemende mate afstemming plaatsvond tussen wonen en dagbesteding, ook in organisatorische eenheden waar voorheen een strikte scheiding was. Het beeld dat uit het inspectieformulier naar voren kwam, namelijk dat veel concerns (91 procent) afstemmingsbeleid hebben, werd in de bezoeken bevestigd. Er is echter in de uitvoering nog veel te verbeteren. De afstemming betrof vooral het uitwisselen van betekenisvolle gebeurtenissen en liep meestal via de persoonlijke begeleiders. Het kwam nog niet vaak voor dat er ook uitwisseling plaatsvond van de deskundigheid van verschillende disciplines of dat men elkaar over en weer betrok bij het maken en evalueren van activiteitenplannen en ondersteuningsplannen.

3.4 Deskundigheid personeel

Deskundig personeel is in staat om de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de eisen die aan de functie(s) worden gesteld, is waar nodig bekwaam en bevoegd om specifieke functie(s) uit te oefenen.

De organisatie schept hiertoe de voorwaarden. Uit onderzoek blijkt dat de mate waarin medewerkers zich ondersteund voelen door deskundigen en management, een directe relatie heeft met de kwaliteit van de geboden ondersteuning.

Tevens moet de organisatie er voor zorgen dat duidelijk is welke eisen worden gesteld aan het handelen, dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn en blijven - zowel qua opleiding, scholing en ervaring als qua attitude en bejegening - en dat getoetst wordt of de medewerkers handelen volgens de richtlijnen/afspraken.

Bevindingen uit het inspectieformulier

In het inspectieformulier is gevraagd naar:

- Beleid ten aanzien van het benoemen van eisen aan kennis en vaardigheden van medewerkers in relatie tot de ondersteuningsvragen van cliënten.
- Multidisciplinaire bijdrage aan het maken en evalueren van ondersteuningsplannen en activiteitenplannen.
- Het doen van medewerkerswaarderingsonderzoek en het op basis daarvan doorvoeren van verbeteracties in overleg met medewerkers.

Volgens 91 procent van de inspectieformulieren werd (bij)scholings- en kennisbeleid uitgevoerd en volgens 88 procent was medewerkerswaarderingsonderzoek gedaan. Dit kon op verschillende manieren zijn uitgevoerd en meerdere antwoorden waren mogelijk. Het grootste deel was uitgevoerd door de branche-organisatie (73 procent), gevolgd door exitinterviews in de instelling zelf (43 procent) en intern onderzoek (39 procent). In 16 procent van de gevallen waarin wel medewerkerswaarderingsonderzoek was gedaan, zijn geen verbeteracties geweest. In de overige 84 procent waren wel verbeteracties geweest, waarvan 64 procent na bespreking met de medewerkers. Nieuwe ondersteuningsplannen werden volgens 64 procent van de inspectieformulieren aantoonbaar opgesteld in multidisciplinaire betrokkenheid bij minstens 95 procent van de cliënten; activiteitenplannen in 55 procent. Ondersteuningsplannen werden volgens 29 procent van de inspectieformulieren aantoonbaar multidisciplinair geëvalueerd bij minstens 95 procent van de cliënten; activiteitenplannen in 25 procent. Voor minder dan de helft van de cliënten werden nieuwe ondersteuningsplannen in multidisciplinaire betrokkenheid gemaakt volgens 16 procent van de inspectieformulieren; voor activiteitenplannen was dit 17 procent. Multidisciplinair evalueren van ondersteuningsplannen werd volgens 26 procent van de inspectieformulieren bij minder dan de helft van de cliënten gedaan; activiteitenplannen volgens 30 procent.

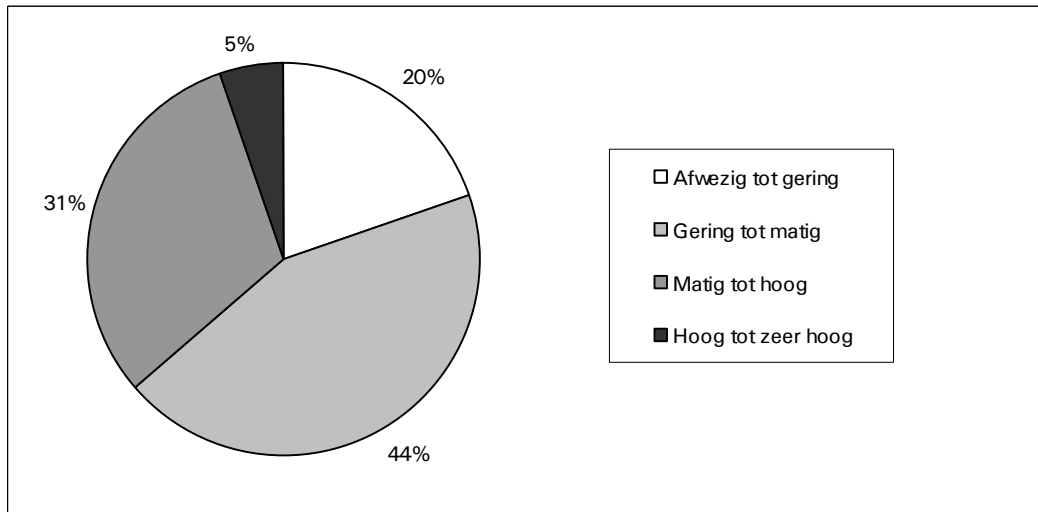
Bevindingen uit de bezoeken

In de bezoeken hebben de inspecteurs dit risicoaspect vooral beoordeeld op hun indruk van de deskundigheid van het personeel en de mogelijkheden tot bijscholing. Het gaat om de volgende punten:

- Er zijn voldoende mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering, deze (bij)scholing is gericht op de ondersteuningsvragen van de cliëntgroepen en er wordt voldoende tijd en geld voor uitgetrokken.
- Er zijn structurele momenten voor reflectie op eigen handelen, overleg en intervisie en medewerkers spreken elkaar aan op elkaars handelen.
- Medewerkers voelen zich ondersteund door deskundigen en door het management.
- Medewerkers hebben specifieke kennis over specifieke doelgroepen cliënten, met name in het omgaan met probleemgedrag (agressie, automutilatie, depressie), verzorgingsintensieve cliënten en ouder wordende cliënten.
- Er is voldoende kennis om de gevraagde bijdrage te leveren aan het maken en uitvoeren van ondersteuningsplannen en activiteitenplannen.
- Men is op de hoogte en maakt gebruik van nieuwe methodieken en wetenschappelijke inzichten.
- Men is op de hoogte van elkaars verantwoordelijkheden en competenties.

In figuur 5 is in percentages weergegeven in welke risicocategorieën de bezochte organisatorische eenheden volgens de inspecteurs vielen.

Figuur 5
Oordeel over risicoaspect deskundigheid personeel (n = 96)



In 36 procent van de bezochte organisatorische eenheden is voor dit risicoaspect een plan van aanpak gevraagd. Dan was er sprake van een combinatie van onvoldoende kennis en ontoereikend bijscholingsbeleid.

Uit de bezoekverslagen bleek dat in de helft van de organisatorische eenheden het oordeel van de inspecteurs overeenkwam met het oordeel van het inspectieformulier. In de andere helft oordeelden inspecteurs in driekwart van de gevallen positiever dan het inspectieformulier. Opmerkelijk was dat het daarbij grotendeels ging om woon/zorglocaties van organisatorische eenheden met een van oudsher semimurale ontstaansgeschiedenis. Zij hebben sinds 2005 sterk geïnvesteerd in een meer structurele betrokkenheid van met name de gedragskundige bij de ondersteuningsplannen en konden dit kennelijk snel implementeren.

3.5 Diagnostiek en signalering

De organisatie draagt er zorg voor dat signalen en behoeften van individuele cliënten tijdig en juist worden geïnterpreteerd en dat hier op een professionele wijze mee wordt omgegaan, in ieder geval voor wat betreft het sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren.

Diagnostiek heeft tot doel de achterliggende problematiek van de cliënt op de genoemde functiegebieden zichtbaar te maken. Op basis hiervan ontstaat een beeld van de cliënt en zijn manier van reageren.

Signalering heeft tot doel tijdig afwijkingen te signaleren van dit basisbeeld en daar op een professionele wijze op te anticiperen.

Indien er sprake is van specifieke doelgroepen, heeft de organisatie in beeld welke aan deze doelgroepen gerelateerde signalen en behoeften men kan verwachten.

Bevindingen uit het inspectieformulier

In het inspectieformulier is gevraagd naar:

- Beleid ten aanzien van de diagnostiek van nieuwe en reeds opgenomen cliënten.
- Beleid ten aanzien van signalering.
- Beleid ten aanzien van de uitwisseling van gegevens door de verschillende, bij de cliënt betrokken disciplines.

- Jaarlijkse evaluatie van medicatie.
- Waarborgen voor regelmatige inname van medicatie.

In 80 procent van de inspectieformulieren werd aangegeven dat er aantoonbaar beleid werd uitgevoerd rondom de diagnostiek van nieuw opgenomen cliënten en in 83 procent van de zittende cliënten. Er was aantoonbaar beleid aanwezig over de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld door de verschillende betrokken disciplines volgens 73 procent van de formulieren. In 85 procent van de inspectieformulieren werd aangegeven dat er aantoonbare afspraken waren over de wijze van signaleren bij cliënten.

Jaarlijks werd alle voorgeschreven medicatie geëvalueerd bij minstens 95 procent van de cliënten volgens 54 procent van de inspectieformulieren. In 14 procent van de gevallen werd dit bij minder dan de helft van de cliënten gedaan. Schriftelijk vastgelegde afspraken over het innemen van medicijnen werden voor minstens 95 procent van de cliënten gemaakt volgens 84 procent van de inspectieformulieren.

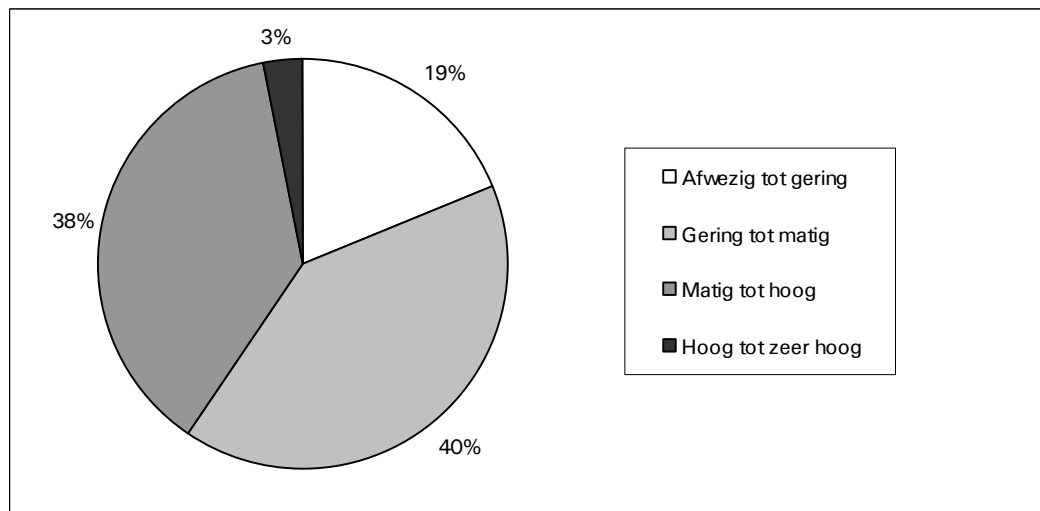
Bevindingen uit de bezoeken

Goed scorende organisatorische eenheden hebben diagnostiek en signalering structureel verankerd in de werkwijze en deskundigen structureel betrokken. Deze betrokkenheid kan verschillende vormen hebben, afhankelijk van de cliëntengroepen. Inspecteurs hanteerden in volgorde van belangrijkheid:

- Er wordt tijdig gesignaleerd.
- Het beleid ten aanzien van diagnostiek en signalering wordt uitgevoerd en is afgestemd op de doelgroep van cliënten.
- In ondersteuningsplannen en activiteitenplannen is zichtbaar hoe diagnostiek en signalering zijn betrokken bij het maken en uitvoeren van afspraken over zorg- en dienstverlening.
- Medewerkers voelen zich ondersteund door deskundigen met betrekking tot diagnostiek en signalering.
- Er wordt beleid uitgevoerd om medische en gedragskundige diagnostiek vaak genoeg te herhalen om up-to-date te blijven.

In figuur 6 is in percentages weergegeven in welke risicocategorieën de bezochte organisatorische eenheden volgens de inspecteurs vielen.

Figuur 6
Oordeel over risicoaspect diagnostiek en signalering (n = 96)



In 41 procent van de bezochte organisatorische eenheden is een plan van aanpak gevraagd op dit risicoaspect.

Het inspectieformulier vroeg met betrekking tot diagnostiek en signalering vooral naar beleid en bij het medicatiebeleid naar werkprocessen. Volgens het inspectieformulier was dit het risicoaspect met de minste risico's. Dit beeld werd niet bevestigd in de bezoeken.

Uit de bezoekverslagen bleek een slecht oordeel van de inspecteur vooral samen te hangen met een tekortschietende signalering. Dit werd altijd genoemd als er sprake was van een matig tot hoog risico. Minder vaak werd een tekortschietende diagnostiek genoemd. Dit werd met name gesignaleerd in slecht scorende organisatorische eenheden die hun ondersteuningsplannen niet standaard evalueerden samen met deskundigen. Ditzelfde beeld kwam naar voren uit de resultaten van de 'dossier-afvinklijsten'. Zowel somatische als gedragskundige diagnostiek werd vaak in dossiers vermeld, hoewel de diagnostiek vaak niet van recente datum was. Signaleringsplannen daarentegen kwamen slechts in de helft van de ondersteuningsplannen voor.

3.6 Veiligheid

Het begrip veiligheid heeft een objectieve en subjectieve component.

De objectieve component heeft betrekking op algemeen geldende, objectieve veiligheidsaspecten en maatregelen, neergelegd in richtlijnen en calamiteitenplannen op het terrein van bijvoorbeeld medicatie, het gebruik van medische hulpmiddelen, communicatie, fouten en (bijna-)ongelukken, klachten en seksueel misbruik.

De subjectieve component heeft betrekking op de veiligheid zoals die door de cliënt wordt ervaren, waarin zaken als een gevoel van geborgenheid en een goed verlopende communicatie een rol spelen. Deze subjectieve veiligheid uit zich op terreinen als privacy, bejegening, informatie en voorkomen van grensoverschrijdend gedrag.

De organisatie draagt er zorg voor dat beide componenten goed zijn geborgd door het hebben, toepassen en continu onderhouden van beleid op deze terreinen. Hierbij is een goed evenwicht tussen veiligheidsprocedures en het gezonde verstand van medewerkers van belang.

Veiligheidsaspecten betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen komen bij laatstgenoemd risicoaspect aan de orde.

Bevindingen uit het inspectieformulier

De vragen in het inspectieformulier waren met name gericht op structuur en proces van een aantal indicatieve en te objectiveren veiligheidsaspecten. Gevraagd is naar:

- De cyclus van melden van fouten en ongevallen, bijna-fouten en bijna-ongevallen, klachten en seksuele intimidatie, gevolgd door het analyseren van deze meldingen en eventuele verbeteracties.
- Preventief beleid rondom seksuele intimidatie.
- Periodieke onderhoudsschema's van een aantal medische hulpmiddelen.
- Aanwezigheid van individueel toegesneden richtlijnen voor de toepassing van medische hulpmiddelen.
- Registreren en toetsen van bekwaamheid in het uitvoeren van voorbehouden en/of risicovolle handelingen.

Volgens bijna alle inspectieformulieren (97 procent) werden meldingen ontvangen van (bijna-) fouten, (bijna-)ongevallen, klachten en seksuele intimidatie. Er waren vooral meldingen van fouten en ongevallen: volgens 79 procent van de inspectieformulieren, waarbij het in 70 procent ging om meer dan 10 meldingen. Voor de bijna-fouten en bijna-ongevallen was dit 67 respectievelijk 55 procent (met een maximum van 18 meldingen). Klachten werden volgens 66 procent van de inspectieformulieren ontvangen, waarvan volgens 41 procent tussen de 1 en 5 klachten. Volgens 51 procent werden meldingen gedaan van seksuele intimidatie, waarvan volgens 78 procent 2 meldingen of minder. Systematische analyses werden uitgevoerd volgens 75 procent van de inspectieformulieren. De resultaten werden gebruikt voor verbeteracties in 91 procent van de gevallen, waarvan in 51 procent na overleg met medewerkers en cliënten.

In 90 procent werd beleid gevoerd om seksuele intimidatie tussen medewerker en cliënten te voorkomen. Periodieke onderhoudsschema's waren er volgens 65 procent van de inspectieformulieren voor rolstoelen, volgens 82 procent voor tilliften, 58 procent voor thermostaatkranen en 76 procent voor uitluistersystemen. Registratie van bekwaamheidseisen voor voorbehouden en/of risicovolle handelingen werd volgens 82 procent van de inspectieformulieren gedaan. Dit gold echter met name voor de voorbehouden handelingen, vastgelegd in de Wet BIG (96 procent) en in mindere mate voor risicovolle handelingen zoals vrijheidsbeperkende maatregelen (66 procent).

Bevindingen uit de bezoeken

In de bezoeken is naast elementen van objectieve veiligheid zoals bevraagd in het inspectieformulier ook gekeken naar subjectieve veiligheid. Deze beleefde veiligheid weegt in de beoordeling net iets zwaarder mee dan de te objectiveren veiligheidsaspecten.

Ten aanzien van de door de cliënten ervaren veiligheid wogen inspecteurs in volgorde van belangrijkheid mee:

- Cliënten voelen zich veilig in de woon/zorglocatie en met name cliëntvertegenwoordigers maar ook medewerkers hebben het idee dat de cliënten zich veilig voelen.
- Er is sprake van een goede bejegening.
- Seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag is een bespreekbaar thema.
- De communicatie tussen medewerkers en cliënten ervaart men als goed.
- Cliënten hebben voldoende privacy.

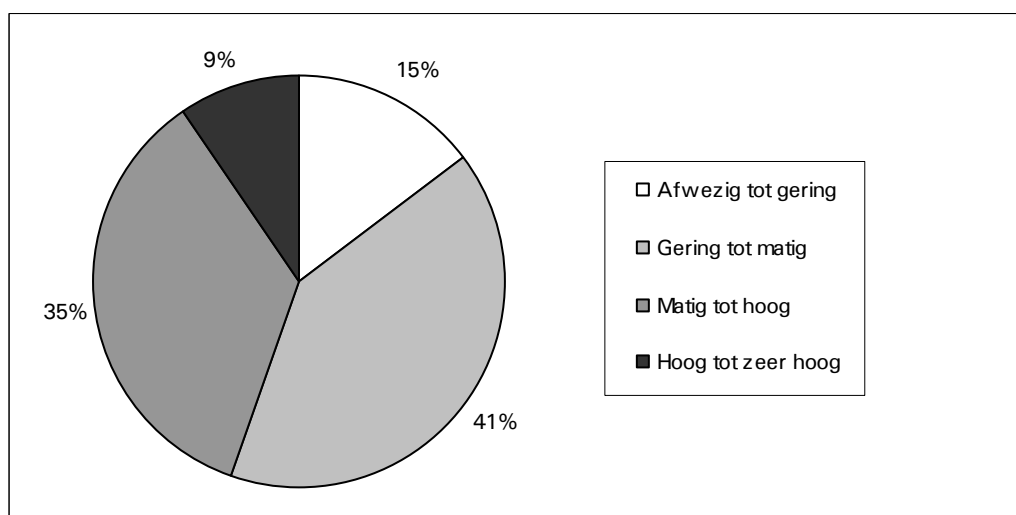
Voor wat betreft de te objectiveren veiligheidsaspecten werden door de inspecteurs in volgorde van belangrijkheid meegewogen:

- Er zijn individueel toegesneden richtlijnen voor het omgaan met medische hulpmiddelen, de medewerkers zijn daarvan op de hoogte en ze werken er mee. Met name is gelet op richtlijnen rondom baden, epilepsie en tilliften.
- Er is een goede meldcultuur, weerspiegeld in het aantal meldingen, het analyseren van meldingen en het inzetten van gerichte verbeteracties, gekoppeld aan goede feedback.
- Medewerkers weten welke protocollen er zijn en werken er aantoonbaar mee. Er zijn voldoende protocollen aanwezig.
- Er is een goed medicatiebeleid.
- Er is een goede registratie en toetsing van BIG-voorbehouden handelingen.
- Er is een rampenplan in geval van calamiteiten.
- Het nachttoezicht is goed geregeld.

In figuur 7 is in percentages weergegeven in welke risicocategorieën de bezochte organisatorische eenheden volgens de inspecteurs vielen.

Figuur 7

Oordeel over risicoaspect veiligheid (n = 96)



In 44 procent van de bezochte organisatorische eenheden, waarvan 9 procent met de score hoog tot zeer hoog risico, is gevraagd om een plan van aanpak.

Hierin speelde de subjectief beleefde veiligheid een belangrijke rol, met name incidenten rondom agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen. Onveiligheid bij cliënten was vooral een probleem bij regelmatig terugkerende agressie-incidenten, vaak gebonden aan één of twee cliënten. Het overgrote merendeel van de meldingen had betrekking op medicatiefouten en agressie-incidenten.

Met betrekking tot de objectieve veiligheid werd onduidelijkheid gesignaleerd over relevante protocollen en het ontbreken van persoonlijke richtlijnen, geen terugkoppeling van meldingen, onduidelijke afspraken over medicatie, gevaarlijke stadsomgeving, onveilig terrein, geen brandalarmoefeningen, onbekendheid met de klachtenregeling. Bijzondere aandacht bleek nodig voor het inzetten van meldingen van bijna-fouten en bijna-ongevallen als kwaliteitsinstrument.

3.7 Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg heeft twee aspecten.

Als eerste het borgen van continuïteit door overlappingsen of hiaten in de zorg en ondersteuning te vermijden. Dit stelt eisen aan de overdracht van gegevens bij gelijktijdige bemoeienis met een cliënt, bijvoorbeeld uitwisseling tussen teamleden, tussen wonen en dagbesteding of tussen het team van de woning en consultants van binnen of buiten de eigen organisatie. Dit geldt ook voor overdracht van gegevens bij een volgtijdelijke bemoeienis als de cliënt naar een andere woon/zorglocatie of concern gaat. Een goede communicatie rondom de coördinatie van ondersteuning is een eerste vereiste voor het borgen van dit aspect van continuïteit van zorg.

Het tweede aspect betreft het belang voor cliënten om hun dagelijkse ondersteuning zoveel mogelijk vanuit een kleine kring van bekende medewerkers te ontvangen. Deze continuïteit kan geborgd worden door een personeelsbeleid, gericht op het voorkomen van onnodige personeelwisselingen door ziekte of verloop.

Bevindingen uit het inspectieformulier

In het inspectieformulier is gevraagd naar:

- Exploitatietekort van organisatorische eenheid.
- Belangrijke organisatieverandering van organisatorische eenheid en/of juridische houder.
- Afspraken over overdracht van informatie binnen en buiten de organisatie.
- Registratie van personeelsmutaties.
- Ziekteverzuim medewerkers.

Volgens 44 procent van de ingevulde inspectieformulieren was sprake van een exploitatietekort op enig moment tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006. Volgens 31 procent van de inspectieformulieren was er een organisatorische verandering in de betreffende organisatorische eenheid en volgens 5 procent maakte niet de organisatorische eenheid een organisatorische verandering door maar wel de juridische houder. Afspraken over de overdracht binnen organisatieonderdelen werden in 82 procent van de organisatorische eenheden vastgelegd en afspraken met externe ketenpartners in 60 procent. Personeelsmutaties werden in driekwart van de gevallen geregistreerd op zowel het niveau van de organisatorische eenheid als het niveau van de woon/zorglocatie (74 procent). In 32 procent van de inspectieformulieren was sprake van een ziekteverzuim van meer dan 7 procent, exclusief zwangerschapsverlof.

Bevindingen uit de bezoeken

Tijdens de bezoeken is vooral beoordeeld of er voldoende personeel is. Daarnaast wogen inspecteurs de recente cijfers over ziekteverzuim en personeelwisselingen mee en hun indruk over de wijze waarop gegevens werden overgedragen tussen teamleden en tussen het team en de betrokken deskundigen.

In volgorde van belangrijkheid is meegewogen:

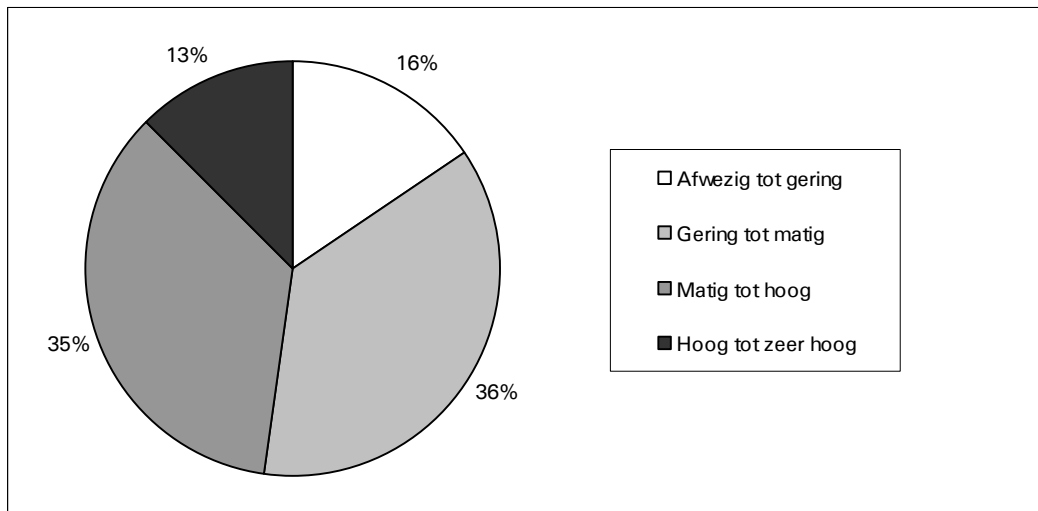
- Er is voldoende personeel.
- De werkdruk is niet te hoog.
- Het opleidingsniveau van de medewerkers is goed.
- De vervanging van vaste medewerkers is goed geregeld en er is een vaste pool van ingewerkte en deskundige invalkrachten.
- Er is een goede overdracht van gegevens tussen wonen en dagbesteding.

- Er is een goede overdracht van gegevens bij overplaatsing van en naar een ander concern of thuissituatie.
- Er zijn samenwerkingsverbanden met andere organisaties.
- Er is een goede overdracht van gegevens tussen consulenten van binnen en buiten de organisatie.

In figuur 8 is in percentages weergegeven in welke risicocategorieën de bezochte organisatorische eenheden volgens de inspecteurs vielen.

Figuur 8

Oordeel over risicoaspect continuïteit van zorg (n = 96)



In 48 procent van de organisatorische eenheden, waarvan 12 procent met een score hoog tot zeer hoog risico, is een plan van aanpak gevraagd op dit risicoaspect. Daarmee is dit risicoaspect door inspecteurs beoordeeld als het meest zorgwekkend. Uit de kwalitatieve analyse bleek dat in de helft van de slecht scorende organisatorische eenheden de personele onrust samenhangt met grote, organisatorische onrust. De personele onrust kwam tot uiting in veel personeelwisselingen, een hoog ziekteverzuim en een groot personeelsverloop. Daarnaast was vaak sprake van onvoldoende personeel. In de andere helft van de slecht scorende organisatorische eenheden kampte een kwart nog met de gevolgen van veel onrust en personeelwisselingen, maar was er een kentering zichtbaar. Daar speelde vooral het personeelstekort en was personeel nog afwachtend ten aanzien van de bestendigheid van de kentering. In het resterende kwart van de slecht scorende organisatorische eenheden was vooral de overdracht van de gegevens zorgwekkend, evenals de personele bezetting van de gedragskundigen.

3.8 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle maatregelen die tegen de wil van de cliënt worden toegepast en de vrijheid van cliënten beperken, onder de volgende vijf noemers: fixatie, afzondering, separatie, medicatie en gedwongen vocht- en voedingname. Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft een hoog risico op schadelijke effecten op fysiek, emotioneel en sociaal welbevinden. Fysiek gevaar houdt onder andere in kans op kwetsuren, huidproblemen, incontinentie en verminderde eetlust. Ook als een cliënt instemt met vrijheidsbeperking is extra zorgvuldigheid vereist, omdat niet alle cliënten in staat zijn zich te verzetten en sommige andere cliënten zich helemaal

niet meer verzetten of alleen verzet tonen aan het begin van het toepassen van een maatregel. Het komt ook voor dat verzet van cliënten 'over het hoofd wordt gezien' waardoor verzet niet als zodanig wordt geïnterpreteerd. Al deze vormen en interpretaties van verzet moeten terug te vinden zijn in het ondersteuningsplan van een cliënt.

Bevindingen uit het inspectieformulier

In het inspectieformulier is gevraagd naar alle maatregelen met instemming omdat alle maatregelen tegen de wil reeds bij de inspectie bekend zijn. Er is gevraagd naar:

- Het aantal afzonderingen met instemming.
- Het aantal malen dat cliënten langer dan 16 uur afgezonderd zijn met instemming.
- Het aantal meldingen van lichamelijk letsel bij afzondering.
- Het aantal fixaties met instemming.
- Het aantal meldingen van lichamelijk letsel bij fixatie.
- Het percentage cliënten met aantoonbare instemming met het Bopz-deel behandelplan.
- Zijn er huisregels van iedere woon/zorglocatie vastgesteld in lokale cliëntenraad?
- Zijn er aantoonbare werkzaamheden van de commissie M&M?
- Vinden er evaluaties over de frequentie van vrijheidsbeperkende maatregelen van individuele cliënten?

Ruim één op de vier organisatorische eenheden gaf aan niet te registreren hoe vaak cliënten met hun toestemming worden afgezonderd. 40 procent deed dat wel. Bij 33 procent was de vraag niet van toepassing, omdat binnen de betreffende organisatorische eenheden geen afzonderingen met instemming plaatsvonden. Ook wanneer het ging om afzonderingen met instemming die langer dan 16 uur duurden, gaf 14 procent aan dit niet te registreren.

Fixaties met instemming van cliënten werden volgens 14 procent van de inspectieformulieren niet geregistreerd en waren in 33 procent van de gevallen niet van toepassing. Volgens 29 procent van de inspectieformulieren werden meldingen van lichamelijk letsel als gevolg van afzondering niet geregistreerd. Als het wel geregistreerd was, dan waren er in 13 procent van de gevallen meldingen over. Lichamelijk letsel als gevolg van fixatie werd niet geregistreerd volgens 23 procent van de inspectieformulieren. Als het wel geregistreerd werd, dan betrof het in 99 procent minder dan 4 meldingen. Minder dan 80 procent van de cliënten met een Bopz-titel (of hun vertegenwoordiger) hadden aantoonbaar ingestemd met het Bopz-deel van het ondersteuningsplan. Huisregels van de betreffende organisatorische eenheid werden slechts in 35 procent van de gevallen vastgesteld in de lokale cliëntenraad.

Verder werd in de inspectieformulieren aangegeven dat de commissies Middelen en Maatregelen zich veelal bezighouden met individuele toetsingen, evaluaties van de Bopz-nota en –protocollen, advisering aan woon/zorglocaties waar vrijheidsbeperking wordt toegepast (81 tot 94 procent) en in mindere mate met adviezen aan de Raad van Bestuur en de Bopz-arts/geneesheer-directeur (van 70 tot 71 procent).

Vrijheidsbeperkende maatregelen van individuele cliënten werden in 99 procent van de gevallen geëvalueerd, wat in 66 procent gekoppeld werd aan de jaarlijkse evaluatie van het ondersteuningsplan, in 9 procent ieder half jaar en in 24 procent iedere drie maanden.

Bevindingen uit de bezoeken

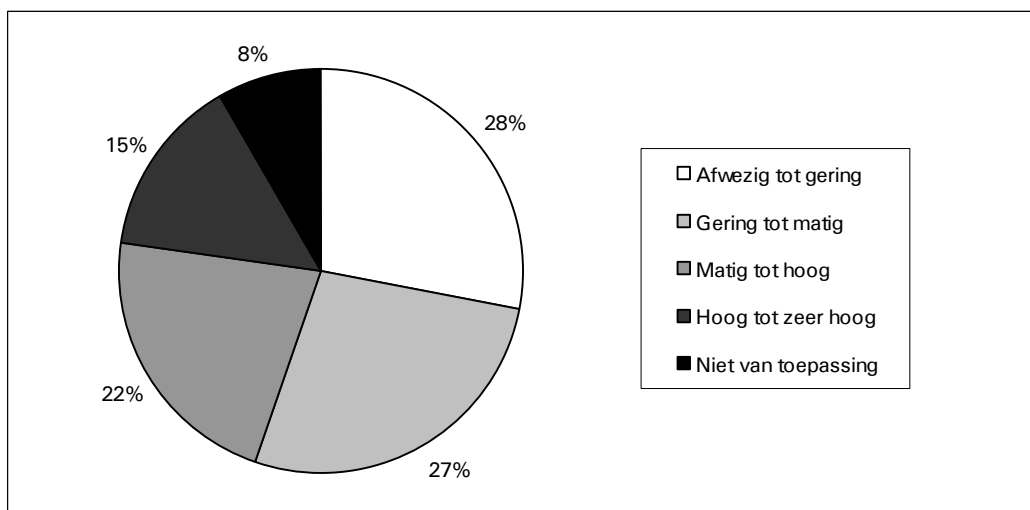
Tijdens de bezoeken is in volgorde van belangrijkheid gekeken naar de volgende punten:

- De cliënt of cliëntvertegenwoordiger heeft toestemming gegeven voor de vrijheidsbeperkende maatregelen met instemming.
- De vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in ondersteuningsplannen.
- De vrijheidsbeperkende maatregelen worden regelmatig geëvalueerd en er wordt naar alternatieven gezocht.
- Medewerkers zijn geschoold in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Deskundigen worden betrokken bij het toepassen en evalueren van de vrijheidsbeperkende maatregelen.
- De bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn duidelijk.

In figuur 9 is in percentages weergegeven in welke risicocategorieën de bezochte organisatorische eenheden volgens de inspecteurs vielen.

Figuur 9

Oordeel over risicoaspect vrijheidsbeperkende maatregelen (n = 96)



In 37 procent van de bezochte organisatorische eenheden, waarvan in 12 procent met een score hoog tot zeer hoog risico, is een plan van aanpak gevraagd.

Uit de bezoeken bleek een toenemend bewustzijn rond het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Toch waren veel kritische opmerkingen nodig over:

- De frequentie waarmee de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen geëvalueerd werden en de multidisciplinaire betrokkenheid bij die evaluaties.
- Het te weinig registreren van afzonderingen en fixaties.
- De onduidelijkheid omtrent de instemming van cliënten en/of vertegenwoordigers met het Bopz-deel van hun ondersteuningsplan.

3.9 Plannen van aanpak

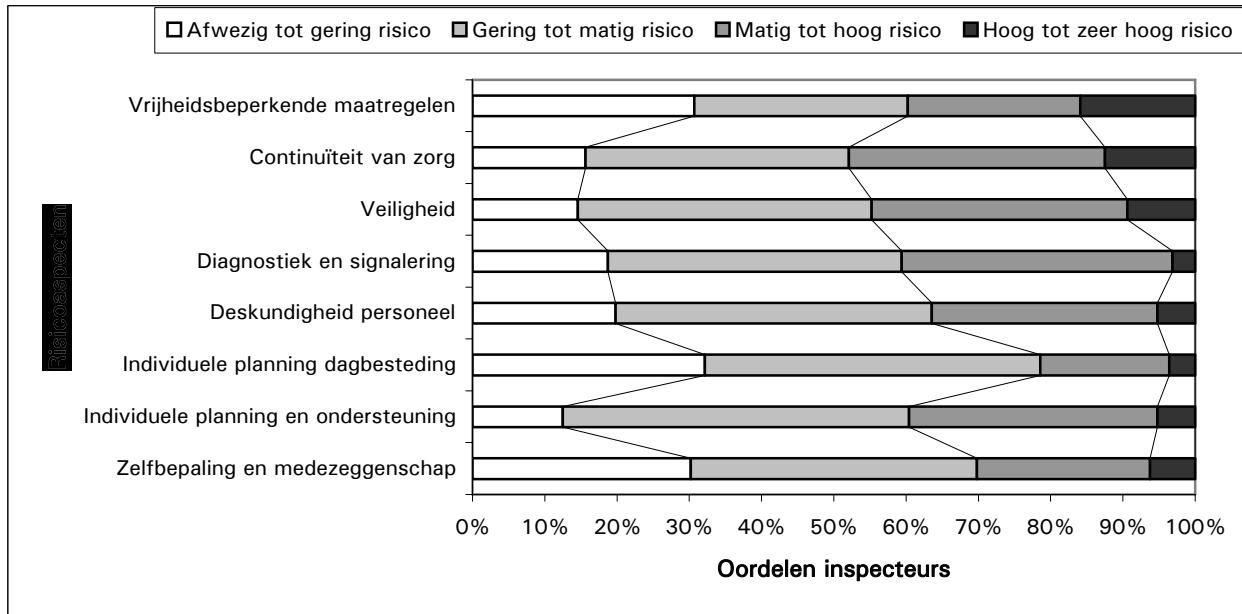
Plannen van aanpak zijn gevraagd als er op een of meer risicoaspecten de score matig tot hoog risico (score 3) dan wel hoog tot zeer hoog risico (score 4) is gegeven. Dit was nodig in 84 procent van de bezochte organisatorische eenheden. In 5 procent is van het vragen van een plan van aanpak afgezien omdat slechts op één risicoaspect

een plan van aanpak nodig was en er reeds een verbeterplan klaar lag om uitgevoerd te worden, dat ter plekke goedgekeurd is door de inspecteurs. In 79 procent is overgegaan tot follow-up. Slechts in 16 procent van de organisatorische eenheden waren alle scores in de categorieën afwezig tot gering (score 1) en gering tot matig risico (score 2).

In figuur 10 wordt eerst een samenvattend overzicht gegeven van de oordelen van de inspecteurs per risicoaspect, weergegeven over alle vier de scorecategorieën.

Figuur 10

Oordelen van de inspecteurs per risicoaspect

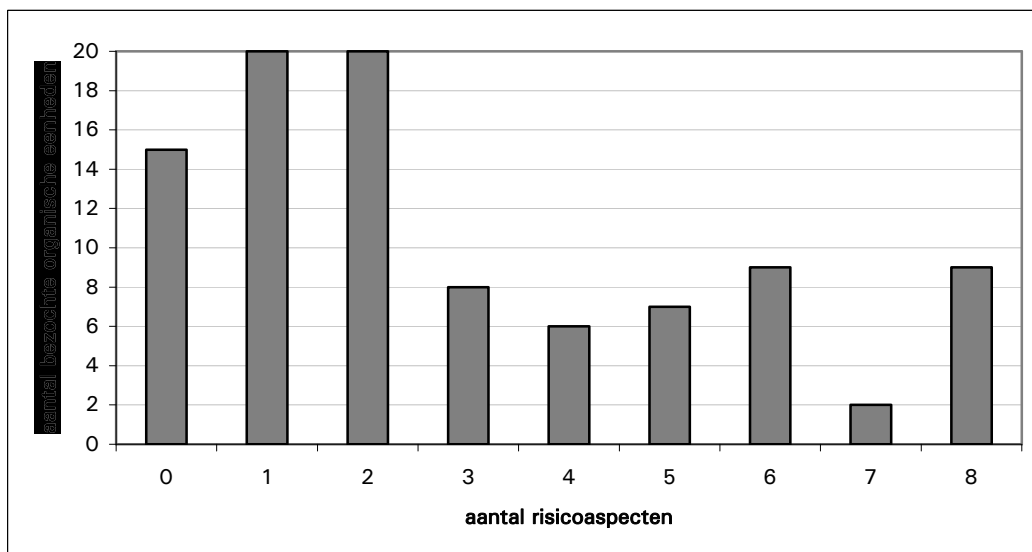


Uit deze figuur blijkt dat de meeste plannen van aanpak gevraagd zijn op de risicoaspecten continuïteit van zorg, veiligheid, diagnostiek en signalering en individuele planning van de ondersteuning en vrijheidsbeperkende maatregelen. Als alleen de risicoscore hoog tot zeer hoog bekeken wordt, dan liggen de hoogste risico's bij vrijheidsbeperkende maatregelen, gevolgd door continuïteit van zorg en veiligheid.

Slechts 15 bezochte woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden hoefde geen plan van aanpak te maken. In figuur 11 staat aangegeven op hoeveel risicoaspecten de 81 overige woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden een plan van aanpak moesten maken.

Figuur 11

Plannen van aanpak: aantal risicoaspecten per bezochte organisatorische eenheid met een risicoscore 3 of 4

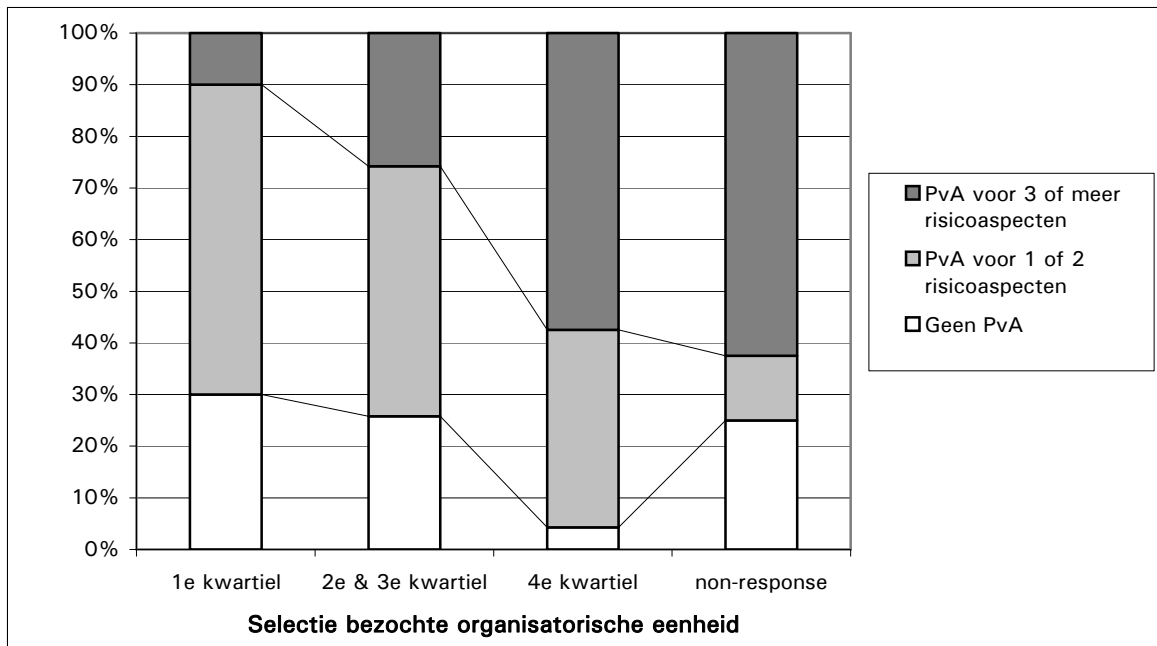


Een risicoscore van 3 of 4 werd gegeven in:

- 9 woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden op alle 8 risicoaspecten.
- 2 woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden op 7 risicoaspecten.
- 9 woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden op 6 risicoaspecten.
- 7 woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden op 5 risicoaspecten.
- 6 woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden op 4 risicoaspecten.
- 8 woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden op 3 risicoaspecten.
- 20 woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden op 2 risicoaspecten.
- 20 woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden op 1 risicoaspect.

Tenslotte is gekeken naar de verdeling van de gevraagde plannen van aanpak over de vier kwartelen van het inspectieformulier en de non-respondenten (figuur 12).

Figuur 12

Verdeling plannen van aanpak over de vier kwartelen van het inspectieformulier**Toelichting op figuur 12**

In het meest risicovolle vierde kwartiel volgens het inspectieformulier moesten bijna alle woon/zorglocaties van bezochte organisatorische eenheden een plan van aanpak maken: 45 van de 47. Van hen moesten er 18 een plan van aanpak maken over 1 of 2 risicoaspecten. De overige 27 moest een plan van aanpak maken over 3 of meer risicoaspecten, waarvan er 5 zelfs over alle 8 de risicoaspecten een plan van aanpak moest maken.

In het tweede en derde kwartiel hoefde een kwart (8 van de 31) geen plan van aanpak te maken. Bijna de helft moest een plan van aanpak maken over 1 of 2 risicoaspecten (15 van de 31). Iets meer dan een kwart (8 van de 31) moest een plan van aanpak maken over 3 of meer risicoaspecten, waarvan er één over alle 8 risicoaspecten een plan van aanpak moest maken.

In het minst risicovolle eerste kwartiel hoefde bijna een derde (3 van de 10) geen plan van aanpak te maken en bijna tweederde deel (6 van de 10) slechts over een of twee risicoaspecten. In één woon/zorglocatie moest een plan van aanpak gemaakt worden voor meer dan drie risicoaspecten.

De non-respondenten gaven een gevarieerd beeld. Een kwart van hen (2 van de 8) hoefde geen plan van aanpak te maken. Daarentegen moest de helft van de non-respondenten een plan van aanpak over respectievelijk alle 8 de risicoaspecten (3 organisatorische eenheden) en 7 risicoaspecten (1 organisatorische eenheid).

Onderzocht is of de risicoscore van het inspectieformulier een goede voorspeller is van het oordeel van de inspecteur voor elk van de acht risicoaspecten en voor het totaaloordeel, dus of er significante overeenkomsten waren. Dit was niet het geval als de overeenkomsten uitgerekend werden over alle 96 bezochte organisatorische eenheden met uitzondering van het risicoaspect individuele planning en ondersteuning. Echter: uitgesplitst naar risicokwartiel bleken er geen significante verschillen te zijn tussen het oordeel van de bezoekende inspecteurs en de scores van het inspectieformulier.

In figuur 12 wordt dit grafisch weergegeven. Hierdoor is het mogelijk de resultaten van de bezochte organisatorische eenheden te generaliseren naar het hele onderzoeksveld van de 24-uursverblijfszorg aan mensen met een verstandelijke beperking, hierbij

rekening houdend met bovenstaande verdeling over de kwartielen van het inspectieformulier.

Dan zou een kwart van het veld plannen van aanpak moeten maken over drie tot acht risicoaspecten. Dit geldt voor de helft van het meest risicovolle kwartiel en voor een kwart van risicokwartiel twee en drie.

Een kwart van het veld zou geen plannen van aanpak hoeven maken.

De helft zou plannen van aanpak moeten maken over een of twee risicoaspecten. Een kwart van hen zit in het meest risicovolle kwartiel, de helft in risicokwartiel twee en drie en een kwart in het minst risicovolle kwartiel.

3.10 Grote kwaliteitsverschillen tussen woon/zorglocaties en organisatorische eenheden van een concern

De gegevens van het inspectieformulier zijn verzameld op een schaalgrootte van rond de 100 fte aan personeel met een bandbreedte tussen 75 fte en 150 fte. Grote en middelgrote concerns hebben meerdere inspectieformulieren ingevuld. Hierdoor is het mogelijk om te zien of de scores van de verschillende organisatorische eenheden van een concern met elkaar overeen komen.

Omdat drie concerns er voor hebben gekozen om per woon/zorglocatie een inspectieformulier in te vullen, zijn ook verschillen in beeld te brengen tussen verschillende woon/zorglocaties van een organisatorische eenheid. De betreffende inspectieformulieren van de veel kleinschaliger woon/zorglocaties zijn kunstmatig geclusterd tot een organisatorische eenheid van rond de 100 fte.

In figuur 13 worden voor alle drie de bovengenoemde niveaus de risicoscores zichtbaar gemaakt van een van de drie concerns. Voor de andere twee concerns zijn soortgelijke figuren te maken.

De scores van woon/zorglocaties zijn weergegeven in open rondjes. De gemiddelde score van woon/zorglocaties van een organisatorische eenheid is weergegeven met een dicht vierkantje. Dit vierkantje geeft de risicoscore aan van de kunstmatig samengestelde organisatorische eenheid. Zo worden eventuele uitmiddeleffecten zichtbaar tussen de woon/zorglocaties.

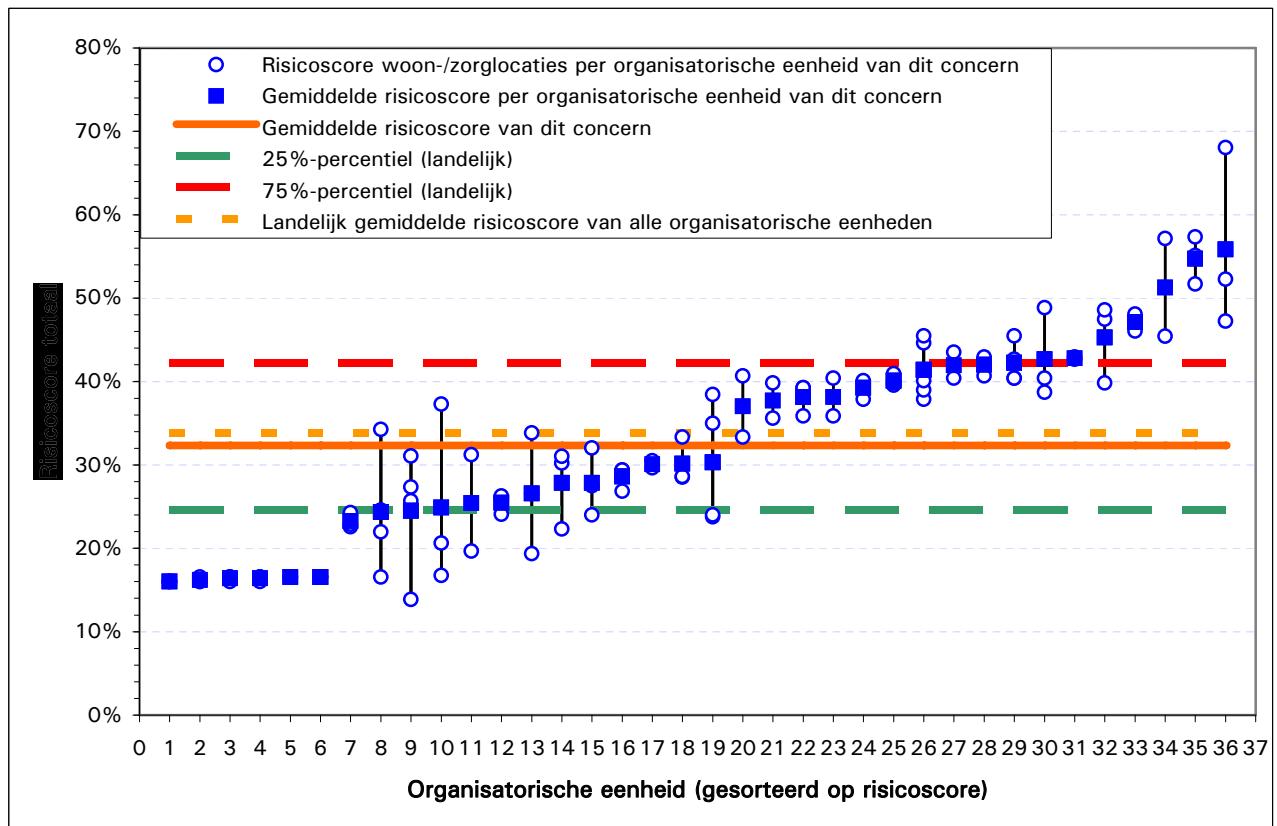
Om eventuele uitmiddeleffecten te zien tussen de verschillende kunstmatig samengestelde organisatorische eenheden en de totale score van het concern moeten de dichte vierkantjes (gemiddelde score van een organisatorische eenheid) vergeleken worden met de doorgetrokken lijn (gemiddelde score van alle organisatorische eenheden) van dit concern.

Tenslotte staat in de figuur weergegeven hoe de scores van woon/zorglocaties, organisatorische eenheden en concern zich verhouden tot de landelijke percentiel-scores, waarbij

- een score > 75 procent-percentiel duidt op de aanwezigheid van risico's.
- een score < 25 procent-percentiel duidt op de afwezigheid van risico's ('best practices').

Figuur 13

Totale risicoscore op het niveau van woon/zorglocaties, organisatorische eenheden en concern



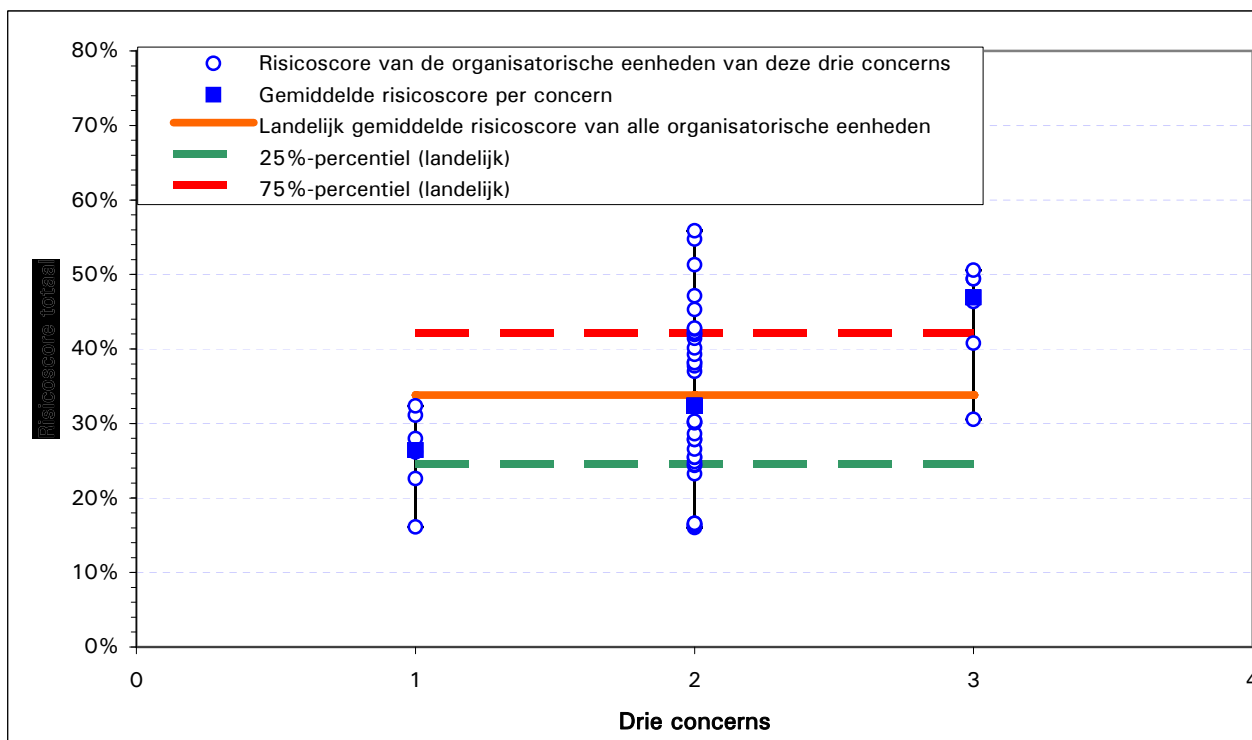
Uit deze figuur blijkt dat de uitmiddeleffecten groot zijn. Als de landelijke percentiel-scores inderdaad als selectiecriterium gebruikt zouden worden voor mogelijk risicovolle eenheden, dan kunnen:

- Organisatorische eenheden worden geselecteerd met een 'onverwacht' goed of juist slecht presterende woon/zorglocatie. Een voorbeeld hiervan zijn organisatorische eenheden 8 en 9.
- Organisatorische eenheden worden uitgesloten, terwijl daar op het niveau van woon/zorglocaties wel aanleiding voor is. Een voorbeeld daarvan zijn organisatorische eenheden 10 en 19.

In figuur 14 worden de gevonden uitmiddeleffecten van de betreffende drie concerns ook hier weer afgezet tegen de drie landelijke percentiellijnen.

De risicoscores van de organisatorische eenheden zijn hier weergegeven als blauwe rondjes. Het blauwe vierkantje is de score van het betreffende concern.

Figuur 14

Totale risicoscore op het niveau van organisatorische eenheden en concern

Ook hier zijn de uitmiddeleffecten groot. Het middelste concern bijvoorbeeld heeft een gemiddelde risicoscore onder het landelijk gemiddelde, maar heeft wel een aantal bovengemiddeld risicovolle organisatorische eenheden. Als alleen wordt uitgegaan van een risicoscore voor het hele concern zouden die organisatorische eenheden buiten beeld blijven.

Concluderend kan worden vastgesteld dat de uitmiddeleffecten in de inspectieformulieren groot zijn zowel tussen woon/zorglocaties en organisatorische eenheid als tussen organisatorische eenheden en concern.

Dit beeld komt overeen met de bevindingen van de bezoeken. Bij ieder bezoek was een vertegenwoordiging aanwezig van verschillende woon/zorglocaties. Per woon/zorglocatie waren er duidelijke verschillen die niet herkenbaar zijn in de scores omdat er een totaalscore is gegeven op ieder risicoaspect.

3.11 Verschillen tussen grote en kleine concerns

Op basis van de bevindingen van inspecteurs tijdens de bezoeken is ook gekeken naar mogelijke verschillen tussen enerzijds kleine concerns en anderzijds grote en middelgrote. De hypothese hierachter was dat in kleine concerns de lijnen kort zijn, waardoor er minder wordt vastgelegd en betere zorg- en dienstverlening wordt geboden.

De kleine concerns zijn uit het inspectieformulier geselecteerd met behulp van de vragen:

- Minder dan 50 cliënten.
- Slechts één inspectieformulier per concern.

Hieruit zijn 31 organisatorische eenheden naar voren gekomen.

Deze kleine concerns presteerden volgens het inspectieformulier significant beter op het risicoaspect continuïteit van zorg maar significant slechter op de risicoaspecten individuele planning en ondersteuning en veiligheid.

Het inspectieformulier weegt in de beoordeling van de antwoorden op deze risicoaspecten vaak of essentiële zaken zijn vastgelegd. Kleine concerns bleken dit minder goed te doen.

Uit de bezoeken echter bleek een ander beeld. Er zijn 17 organisatorische eenheden van kleine concerns bezocht. Zij scoorden significant beter op:

- De totaalscore.
- Het risicoaspect zelfbepaling en medezeggenschap.
- Het risicoaspect deskundigheid.
- Het risicoaspect diagnostiek en signalering.
- Het risicoaspect continuïteit.

Ze scoorden op geen enkel risicoaspect significant slechter.

3.12 Verschillen tussen van oudsher semimurale en intramurale organisatorische eenheden

In de gehandicaptenzorg zijn vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw nieuwe concerns gekomen die inclusie in de samenleving als uitgangspunt hadden en de principiële keuze maakten om wonen en dagbesteding te scheiden. Dit in tegenstelling tot de zorg zoals die tot dan toe werd geboden op grote instellingsterreinen: de intramurale zorg.

Tot op de dag van vandaag ervaren deze concerns verschillen in visie en werkwijze met de van oudsher intramurale concerns, al verdunnen de verschillen steeds meer. Er vindt vermenging plaats door fusies maar ook doordat de werkwijze in intramurale en semimurale instellingen naar elkaar toegroeit.

In deze risicotoets is er voor gekozen om geen onderscheid te maken en beide categorieën concerns te bevragen en te beoordelen met hetzelfde instrumentarium.

De semimurale concerns zijn geselecteerd uit het totale bestand van de ingevulde inspectieformulieren door te zoeken op:

- Geen cliënten aanwezig met een Bopz-indicatie.
- De vraag over instemming van de cliënt met het Bopz-deel van het ondersteuningsplan is niet van toepassing.

Op de volgende risicoaspecten scoorden de semimurale instellingen volgens het inspectieformulier significant slechter:

- Diagnostiek en signalering. Een nadere analyse op de vragen over dit risicoaspect wijst uit dat ze op alle betreffende vragen slechter scoorden, dus zowel beleid op diagnostiek van reeds in zorg zijnde cliënten (75 tegen 88 procent) als van nieuwe cliënten (71 tegen 85 procent) als van signalering (79 tegen 88 procent) als van uitwisseling van gegevens over diagnostiek en signalering tussen disciplines (67 tegen 77 procent).
- Risicoaspect continuïteit.
- Risicoaspect veiligheid.

In de selectie van de te bezoeken organisatorische eenheden zaten 36 van oudsher semimurale organisatorische eenheden. De achterstand volgens het inspectieformulier (betreft 2005) is in anderhalf jaar veranderd in een lichte voorsprong. Ze scoorden voor

geen enkel risicoaspect slechter en significant beter op het risicoaspect continuïteit. Uit de bezoekverslagen bleek dat semimurale organisatorische eenheden een inhaalslag hebben gemaakt rondom diagnostiek en signalering. De gedragskundige werd door deskundigen veel vaker betrokken bij het maken van ondersteuningsplannen. Ook kwam naar voren dat deze inhaalslag nieuw elan gaf en snel ingevoerd kon worden door de korte lijnen en medewerkers die gewend zijn vrij zelfstandig te werken.

4 Beschouwing

Dit hoofdstuk behelst een bespreking van de impact die de bevindingen van hoofdstuk 3 hebben op een verbetering van de zorg- en dienstverlening en een verdere ontwikkeling van het kwaliteitskader. In hoofdstuk 2 worden deze bevindingen en beschouwing uitgewerkt tot conclusies en aanbevelingen.

4.1 Personele bezetting is zorgwekkend en heeft gevolgen voor de deskundigheid van het personeel en de continuïteit van zorg

De personele bezetting is door inspecteurs beoordeeld onder het risicoaspect continuïteit. Dit risicoaspect scoort het slechtst: in 48 procent van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden is een plan van aanpak daarop gevraagd. Daarvan scoren 36 procent van de woon/zorglocaties in de bezochte organisatorische eenheden een matig tot hoog risico en 12 procent zelfs een hoog tot zeer hoog risico.

In de kwalitatieve analyse van bezoekverslagen is gekeken naar de relatie tussen dit risicoaspect en het risicoaspect deskundigheid. Een hoog risico op continuïteit met een hoog ziekteverzuim en een groot personeelsverloop gaat vrijwel altijd samen met een hoog risico op deskundigheid. Ervaren medewerkers gaan weg. Invalkrachten worden ingezet en nieuw personeel moet ingewerkt en bijgeschoold worden.

Ook zichtbaar is dat problemen met kwantiteit en deskundigheid van personeel in de ene instelling beter worden opgevangen dan in de andere. Een belangrijke factor hierin is de manier waarop het management betrokken is bij het opvangen van de ontstane problemen. Als het management wordt ervaren als luisterend en steunend, dan zorgt dit voor nieuw elan en kunnen problemen snel worden vlot getrokken, zowel in de ogen van medewerkers als van cliëntvertegenwoordigers. Omgekeerd versterkt een slecht luisterend en onvoldoende steunend management de problemen. Ook wordt een aantal malen gesignaleerd dat medewerkers het spoor van het uit te voeren beleid kwijt raken door veel wisselingen in het management.

Uit de kwalitatieve analyse blijkt voorts dat er vaak veel inspanningen nodig zijn om voldoende personeel te vinden. Dit geldt voor medewerkers en voor deskundigen. Als er onvoldoende medewerkers zijn, komt de uitvoering van de afgesproken zorg- en dienstverlening in gevaar. Zij vormen het hart van de zorg.

De brancheorganisatie heeft dan ook een campagne gestart om meer mensen enthousiast te maken voor deze zorg: het project 'De professionele gehandicaptenzorg beter in beeld op de arbeidsmarkt'. Dit project is gericht op de hoofden en adviseurs van de afdeling Personeel en Organisatie van de aangesloten leden. De campagne maakt gebruik van de bevindingen zoals die door het onderzoeksinstituut Prismant in beeld zijn gebracht (Essen e.a., 2006).

Bij een gebrek aan capaciteit van deskundigen komt de multidisciplinaire betrokkenheid bij de invulling van de zorg onder druk, terwijl dit een belangrijke succesfactor is voor goede zorg. Hun inzetbaarheid blijkt volgens de kwalitatieve analyse een regelmatig terugkerend probleem. Dit geldt voor zowel gedragskundigen als artsen. Daar waar psychiatrische expertise nodig is, blijkt ook die inzetbaarheid schaars. Daarnaast is het werven en behouden van gekwalificeerde deskundigen ingewikkeld. Er is weinig animo voor de opleiding tot arts voor verstandelijk gehandicapten en veel zittende artsen voor verstandelijk gehandicapten bereiken binnenkort de pensioengerechtigde leeftijd of

werken in onlangs geopende poliklinieken met de expertise van artsen voor verstandelijk gehandicapten. Hierdoor blijven vacatures vaak lang openstaan. Bij de gedragskundigen is als tendens zichtbaar dat ervaren krachten in toenemende mate gaan werken bij Centra voor Consultatie en Expertise (CCE) en bij poliklinieken van de GGZ.

4.2 Multidisciplinaire deskundigheid moet gewaarborgd zijn om een kwalitatief goede zorg- en dienstverlening te garanderen

De meest onderscheidende vraag uit het inspectieformulier is de vraag naar het percentage ondersteuningsplannen dat wordt geëvalueerd in multidisciplinaire betrokkenheid. Concerns die dat doen, hebben een betere totaalscore, doen vaker een toets op de kwaliteit van hun plannen voor ondersteuning en dagbesteding, scoren beter voor wat betreft de deskundigheid van het personeel en voor wat betreft diagnostiek en signalering.

Concerns daarentegen die bij minder dan 50 procent van de ondersteuningsplannen een multidisciplinaire betrokkenheid inzetten, hebben de laagste totaalscore en scoren slechter op beleid voor diagnostiek van nieuwe cliënten.

Uit de kwalitatieve analyses van de rapporten komt een heel divers beeld naar voren met betrekking tot de multidisciplinaire betrokkenheid. Duidelijk is dat er verschuivingen aan het plaatsvinden zijn in de betrokkenheid van gedragskundigen en artsen. Deze verschuivingen worden hieronder beschreven.

Met betrekking tot de inzet van gedragskundigen is een verdere ontwikkeling te zien van het consultmodel dat zo'n 10 jaar geleden is ingevoerd in veel instellingen. Dit consultmodel houdt in dat gedragskundigen slechts geraadpleegd worden indien daarom gevraagd wordt door de persoonlijk begeleiders. Dit model vraagt veel van de deskundigheid van de medewerkers die op tijd de deskundige er bij moeten roepen. Bovendien vraagt het een omslag in denken bij de gedragskundigen. Zij moeten veel pro-actiever werken en aangeven welk gedrag bij ieder van de cliënten te verwachten is op grond van hun persoonsbeeld, de achterliggende diagnostiek en hun persoonlijke geschiedenis. Daarbij moeten ze duidelijk maken bij welk gedrag bijsturing nodig is. Recent heeft dit consultmodel zich verder ontwikkeld en worden in een aantal instellingen gedragskundigen structureel gekoppeld aan cliënten en betrokken bij het maken van ondersteuningsplannen en soms ook dagbestedingsplannen. Daar waar dit gebeurt, zijn alle betrokkenen heel tevreden over de resultaten: de ondersteuningsplannen worden hierdoor verbeterd en persoonlijk begeleiders voelen zich beter ondersteund en deskundiger bij het uitvoeren van de plannen. Het vervolgens kunnen volgen van die uitvoering van de gemaakte afspraken blijkt in de praktijk echter nauwelijks te gebeuren waardoor een tijdige signalering onder druk komt te staan. Hiervoor is extra aandacht noodzakelijk.

Een andere ontwikkeling rondom de inzet van de gedragskundige is zijn inzet als behandelcoördinator bij cliënten met complexe gedragsproblematiek. In deze rol is hij verantwoordelijk voor de inhoud van het ondersteuningsplan dat ook een aantal behandelkenmerken bevat. Hij is structureel betrokken bij alle besprekingen rondom de cliënt en bij het volgen van de gemaakte afspraken. Daar waar dit gebeurt, zijn de betrokkenen tevreden over de resultaten.

Met betrekking tot de inzet van de artsen voor verstandelijk gehandicapten is waar te nemen dat zij in toenemende mate meer op afstand betrokken worden bij de basis-geneeskundige zorg. Meestal zijn zij nog steeds structureel betrokken bij de beoordeling

van vrijheidsbeperkende maatregelen, bij kinderen met een verstandelijke beperking in 24-uurszorg en bij ernstig meervoudig gehandicapte cliënten. Voor de overige cliënten is de huisarts meestal verantwoordelijk voor de basisgeneeskundige zorg en kan de arts voor verstandelijk gehandicapten geraadpleegd worden door collega huisartsen voor syndroomafhankelijke kennis. Daarnaast verschijnt de functie van nurse-practitioner of HBO-opgeleide verpleegkundige. Deze functionaris richt zich voornamelijk op de begeleiders met advies, begeleiding en waar nodig coördinatie en regie. Deze verschuivingen zijn slechts gedeeltelijk ingegeven door een tekort aan artsen voor verstandelijk gehandicapten. Minstens even belangrijk is de visie dat cliënten die gewoon in de wijk wonen ook gewoon naar de huisarts moeten kunnen gaan en recht hebben op huisartsenzorg. De verwachting is dat dit tot kwaliteitsverbetering leidt als ook de functie van de nurse-practitioner een goede invulling krijgt als signaleerder, deskundige vraagbaak en waar nodig coördinator (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007).

Met betrekking tot de inzet van de persoonlijk begeleiders tenslotte werd regelmatig opgemerkt dat somatische en/of (ped)agogische kennis tekortschiet. In dat verband wordt de oude opleiding tot Z-verpleegkundige nog wel eens gemist die beide aspecten in zich verenigde.

Een tekort aan (ped)agogische kennis en vaardigheden werd vaak opgemerkt in cliëntgroepen met ernstig probleemgedrag. Recent is hierover een aantal goed toegankelijke publicaties met casuïstiek (Koch, 2005) en richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek (Deb e.a., 2002) geschreven.

Een tekort aan somatische, verzorgende en verpleegkundige kennis werd vaak opgemerkt bij intensief verzorgingsbehoeftige cliënten.

Ook in het landelijk competentieprofiel van beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg wordt de wenselijkheid van kennis van beide kennisgebieden onderstreept (Van Arensbergen en Liefhebber, 2005). In aansluiting op dit competentieprofiel is een aantal convenanten getekend tussen concerns en ROC's om de initiële opleidingen te verbeteren. Ook zijn er kwalificatiedossiers ter vaststelling aangeboden aan het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen voor experimenten met competentiegericht beroepsonderwijs, waaronder opleidingsrichtingen voor Maatschappelijke Zorg en/of verpleging&verzorging. De ingezette ontwikkelingen zijn hoopvol maar de resultaten zijn op dit moment nog niet zichtbaar.

Daar waar gedragskundigen, artsen, paramedici en verpleegkundigen bijdragen aan bijscholing van de medewerkers wordt dit als positief ervaren, met name als de bijscholing gericht is op de specifieke doelgroepen waarmee de begeleiders werken. De cursussen verhogen de deskundigheid en de handelingsbekwaamheid van de medewerkers. Bovendien kan het ook veel gericht leiden tot het benoemen van signalen die van belang zijn bij de betreffende doelgroep. Een kanttekening hierbij is dat er nog veel meer uitwisseling van kennis en ervaring tussen de verschillende beroepsbeoefenaren binnen hetzelfde concern en tussen concerns kan plaatsvinden. Gebleken is dat soms binnen een en hetzelfde concern ontwikkelde deskundigheid niet doordringt tot collega-beroepsbeoefenaren.

Een goede, multidisciplinaire betrokkenheid bij cliënten tenslotte draagt ook volgens de bevindingen van dit geïntensiveerd toezicht bij aan de kwaliteit van de zorg. Medewerkers voelen zich beter ondersteund en geschoold. De beeldvorming van cliënten krijgt een betere basis waardoor wensen, behoeften en aanknopingspunten voor het omgaan met gedrag beter uit de verf komen. En last but not least krijgen diagnostiek

en signalering een impuls, wat gezien de hoogte van de risicoscore op basis van de bezoeken zeker nodig is.

4.3 Eigen regie van de cliënt verbeteren door meer inzicht in wensen van cliënt en een cliëntgerichte organisatiecultuur

Uit nadere kwalitatieve analyse op het risicoaspect zelfbepaling blijkt een duidelijke samenhang tussen vraaggericht werken op basis van de wensen van de cliënt en zelfbepaling.

In organisatorische eenheden met een lage score op zelfbepaling wordt weinig vraaggericht gewerkt en te veel voor de cliënt bepaald wat goed voor hem is. Er is geen dialoog en er wordt veel vanuit de organisatie gedacht: de werkcultuur is gesloten en gericht op de eigen organisatie. De cliënt en de cliëntvertegenwoordiger hebben geen of weinig inspraak bij het maken en evalueren van de ondersteuningsplannen.

In organisatorische eenheden met een hoge score op zelfbepaling wordt de cliënt ondersteund in het leren kennen van eigen wensen en behoeften en neemt de organisatie de wensen van de cliënt als uitgangspunt voor een verantwoorde zorg- en dienstverlening.

Drie zaken lijken belangrijk te zijn in het realiseren van de eigen regie van de cliënt:

- Kennen de medewerkers de wensen van de cliënt? En gebruiken medewerkers beproefde methodieken om die wensen te leren kennen? Dit geldt met name voor cliënten met ernstige verstandelijke beperkingen zonder uitingsmogelijkheden door middel van taal. In een proefschrift is een inventarisatie gemaakt van methodieken om met hen te communiceren (Roemer en van Dam, 2004). Ook video-observatie is een beproefd middel en recent is de methodiek van 'active support' vertaald (Geus, 2006). Maar het geldt ook voor mensen met lichte en matige verstandelijke beperkingen. Wat is er voor nodig om hun wensen te leren kennen?
- Worden de wensen van de cliënt serieus genomen? Woon/zorglocaties met een adequate dialoog, gericht op samenwerkingsnetwerken rond de individuele cliënten en rond de eigen woon/zorglocatie slagen hier beter in dan woon/zorglocaties met een naar binnen gerichte cultuur, gericht op het beheersen van de organisatie.
- Worden de wensen van de cliënt in dialoog tussen cliënt, cliëntvertegenwoordiger en professional vorm gegeven? In dit verband is het goed nog eens te stil te staan bij de bijzondere driehoeksdialoog waarin de afspraken in het ondersteuningsplan tot stand komen. Het gaat dan allereerst om de wensen van de cliënt en vervolgens de inbreng daarbij van de cliëntvertegenwoordiger en de professional. Door de levenslange afhankelijkheid van de cliënt van ondersteuning blijven ouders en andere nabije verwanten ook vaak levenslang bij hem betrokken als constante factor in zijn netwerk. Ouderverenigingen maken zich dan ook sterk voor hun inbreng bij het opstellen, actualiseren en evalueren van ondersteuningsplannen en hebben daartoe onder andere een werkwijze laten opstellen vanuit het cliëntperspectief (Vermolen en van de Kaa, 2005). Nabije verwanten vertegenwoordigen een schat aan ervaring, kennis en inzichten over hun familielid en hebben op basis daarvan hun eigen beeld over wat goed is voor de cliënt. Ook professionals hebben op basis van hun eigen betrokkenheid een beeld van de wensen van de cliënt. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de beeldvorming over wat de cliënt wil van professional, cliënt en cliëntvertegenwoordiger niet met elkaar overeenkomen (Cummins, 2002). Vaak ligt het oordeel van de cliëntvertegenwoordiger iets dichter tegen de wens van de cliënt aan dan dat van de persoonlijk begeleider. Hierbij lijkt er ook verschil te zijn tussen de beeldvorming van professionals

onderling, namelijk van de persoonlijk begeleiders enerzijds en van gedragskundigen anderzijds in situaties waarin gedragskundigen intensief betrokken zijn bij de ondersteuning van de cliënt. In een behandelsetting voor jongeren met lichte verstandelijke beperkingen bleek het beeld van de deskundigen dicht bij de wens van de cliënt te liggen; veel dicht bij dan het beeld van de persoonlijk begeleider (Moonen, 2006). Tenslotte blijkt uit onderzoek dat cliënten, ook met een matige tot ernstige verstandelijke beperking wel degelijk een consistent beeld geven van hun wensen: als hen na drie maanden opnieuw naar hun wensen wordt gevraagd, dan zeggen ze hetzelfde (Baaij e.a., 2006). Deze onderzoeksresultaten maken duidelijk dat fors geïnvesteerd moet worden in het in beeld krijgen van de wensen van de cliënt en in de dialoog tussen cliënt, cliëntvertegenwoordiger en persoonlijk begeleider, ondersteund door de deskundige. De daaruit voortkomende afspraken in het ondersteuningsplan sluiten dan beter aan op de wensen van de cliënt en hebben in de uitvoering een veel breder draagvlak.

4.4 Kwaliteit van ondersteuningsplannen is verbeterd; verdere verbetering noodzakelijk

Uit de bezoeken blijkt dat bijna overal het afgelopen jaar fors is geïnvesteerd in het op orde brengen van de ondersteuningsplannen. Dit lijkt een rechtstreeks gevolg van het certificeringstraject waar veel concerns mee bezig zijn. Hierin worden eisen gesteld aan het maken en evalueren van ondersteuningsplannen. Bijna overal had men de ondersteuningsplan systematiek tegen het licht gehouden, kwam men tot nieuwe indelingen en was men bezig met een invoeringstraject om voor alle cliënten een plan nieuwe stijl te krijgen. Opvallend is met hoeveel aandacht en plezier aan dit proces gewerkt wordt door medewerkers en deskundigen. In deze exercitie condenseert veel kennis en energie van medewerkers en deskundigen.

De score op het risicoaspect ondersteuningsplannen in het inspectieformulier hing significant samen met het oordeel van de bezoekende inspecteurs. Zowel het inspectieformulier als het instrumentarium van de bezoeken is gericht op een goede output van werkprocessen die voor het maken, gebruiken en evalueren van ondersteuningsplannen essentieel zijn. De grote overeenkomst in uitkomsten wijst er op dat deze werkprocessen ook volgens cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers tot goede uitkomsten leiden.

Zoals in paragraaf 3.1.2 staat beschreven zijn er verbeteringen ten aanzien van het meer SMART beschrijven van doelen en het koppelen van de dagrapportage aan deze doelen. Als dit laatste gebeurt, dan zijn de doelen concreter geformuleerd. Vooral doelen voor de korte termijn lenen zich voor deze werkwijze. Dit pleit voor een werkwijze waarbij doelen voor de lange termijn en de middellange termijn worden geconcretiseerd in doelen voor de korte termijn. Deze doelen voor de korte termijn kunnen dan gekoppeld worden aan het dagelijkse handelen en de dagrapportage en voorzien worden van duidelijke evaluatietermijnen, afhankelijk van het gestelde doel. Een aantal concerns heeft deze weg ingeslagen. Het is een veelbelovende manier van werken.

Tegelijk wordt ook vaak opgemerkt dat men er nog niet is. Er is nog veel te winnen op het gebied van zeggenschap door de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger. Slechts in een klein deel van de dossiers staat beschreven wat de cliënt zelf heeft gezegd over

hoe hij wil wonen, welke dagbesteding hij wil en welke vrijetijdsbesteding. Ditzelfde geldt voor de visie van de cliëntvertegenwoordiger daarop.

Daarnaast is nog veel te winnen op het gebied van het opnemen van signaleringsplannen en het vertalen van achterliggende diagnostiek in aanwijzingen voor het dagelijkse handelen.

Ook is nog bij ruim een derde deel van de ondersteuningsplannen onduidelijk of gedragskundigen en artsen de inhoud hebben gezien, gecorrigeerd en afgetekend.

De verbeter slag is momenteel met name gericht op het realiseren van ondersteuningsplannen nieuwe stijl voor alle cliënten. Daarom is nog niet goed te zien op welke manier deze nieuwe plannen doorwerken in een betere uitkomst van zorg. De verwachtingen zijn hoog gespannen, niet alleen van begeleiders en deskundigen, maar ook van cliëntvertegenwoordigers en cliënten zelf. Hierbij lijkt een voorzichtige tendens te bespeuren: uit de bezoeksverslagen bleken meer cliënten en cliëntvertegenwoordigers te weten welke afspraken zijn gemaakt. De ervaring van gezamenlijk gemaakte afspraken is belangrijk voor een goed verloop van de zorg- en dienstverlening: dit wordt nog eens onderstreept in een recent proefschrift (Moonen, 2006).

4.5 Voor veilige zorg is analyse van meldingen noodzakelijk

Uit nadere analyse van de resultaten van het inspectieformulier blijkt dat er een significant verband is tussen veel meldingen van (bijna-)fouten en (bijna-)ongevallen en:

- een lagere totaalscore, dus betere zorg,
- vaker analyseren van de meldingen wat in 80 procent van de gevallen leidt tot verbeteracties,
- een lagere score, dus betere prestatie op de risicoaspecten deskundigheid, dagbesteding, veiligheid en continuïteit van zorg.

Om deze samenhang beter te beoordelen is een aanvullende kwalitatieve analyse van bezoeksverslagen. Daaruit blijkt dat veel meldingen en een open meldcultuur van (bijna-)fouten en (bijna-)ongevallen samen gaan met een goede terugkoppeling naar het team. Opvallende bevinding is voorts dat deskundigheid van medewerkers en continuïteit van zorg beide samenhangen met het doen van meldingen. Er wordt minder gemeld en verbeteracties zijn moeilijker uit te voeren als medewerkers niet deskundig zijn en als de overdracht en communicatie tussen de medewerkers niet goed verloopt.

Uit de analyse komen een aantal duidelijke verbeterpunten voor het inzetten van meldingen van (bijna-)fouten en (bijna-)ongevallen als kwaliteitsinstrument:

- Allereerst natuurlijk de taak om een open meldcultuur te creëren waarin medewerkers het doen van meldingen daadwerkelijk ervaren als een bijdrage aan de kwaliteit en meer gaan melden.
- Aan medewerkers laten weten wat het effect van hun melding is en welke acties er te verwachten zijn.
- Meer informatie halen uit meldingen door beter en vaker te analyseren. Hier ligt een taak van de FOBO-commissies.
- Medewerkers beter bewust maken van situaties waarin melden zinvol is.
- Deskundigen beter betrekken bij het bespreken en analyseren van meldingen.
- Management betrekken bij de feedback van meldingen.

4.6 Naast beoordelen op kwaliteitssystemen is ook beoordelen op uitkomsten noodzakelijk

Het inspectieformulier vroeg naar certificering tot het moment van 1 januari 2006. Toen was slechts een handvol concerns gecertificeerd. Aan vier concerns met negen organisatorische eenheden was het toenmalige HKZ-keurmerk uitgereikt. Hiervan zijn twee organisatorische eenheden bezocht. Zij hadden geen significant betere totaalscore maar zitten aan de onderkant van de 25 procent beste organisatorische eenheden. De ISO-certificering was uitgereikt aan één concern met vier organisatorische eenheden. Dit concern is niet bezocht in dit onderzoek maar wel in de pilot-fase een jaar eerder. Daaruit kwam naar voren dat dit concern uitstekende zorg levert. Op een totaal van 149 concerns en 612 organisatorische eenheden zijn deze aantallen te klein om betrouwbare uitspraken te doen op basis van nadere analyses.

Inmiddels is een groot aantal concerns bezig met een HKZ-certificering. Ten tijde van de bezoeken was driekwart van de bezochte organisatorische eenheden betrokken bij een traject richting HKZ-certificering. Inmiddels zijn 69 (woon/zorglocaties van) concerns binnen de gehandicaptenzorg HKZ-gecertificeerd (volgens gegevens website HKZ, d.d. 9 september 2007). Certificering is een van de eisen die zorgverzekeraars stellen aan het contracteren van goede zorg.

Tijdens de bezoeken werden verschillende stadia van implementatie en borging van werkprocessen aangetroffen. Zichtbaar was dat er grote inspanningen worden verricht en dat deze invoeringstrajecten bij veel medewerkers een nieuw elan oproepen om de zorg- en dienstverlening te verbeteren. Nog niet zichtbaar was welk effect certificering heeft op de uitkomsten van de zorg. Uit de kwalitatieve analyse van bezoekverslagen blijkt dat de twee tussenliggende risicocategorieën (gering tot matig en matig tot hoog) een variëteit te zien geven aan mengvormen van geheel of gedeeltelijk operationele kwaliteitssystemen met goede en minder goede uitkomsten. Door deze vermenging van de invoeringsfase van kwaliteitssystemen met de uitkomsten is niet eenduidig op te maken hoe vaak werkende kwaliteitssystemen tot goede uitkomsten leiden en hoe vaak dit niet het geval is. Of bij welke cruciale werkprocessen dit het geval is en bij welke niet. Over een jaar zal zich dit duidelijker aftekenen als de HKZ-gecertificeerde werkprocessen overal ingevoerd zijn en ook de eerste verbeteracties zijn uitgevoerd.

De manier waarop afgesproken werkprocessen worden uitgevoerd blijkt van groot belang voor goede uitkomsten in de zorg- en dienstverlening. Dit was een algemene beschouwing van de inspecteurs die de bezoeken hebben afgelegd en beoordeeld. In de uitvoering spelen bejegening, communicatie, goede informatie en een open aanspreekcultuur een grote rol. Locaties waar alles op papier goed geregeld is, hebben toch matige scores gekregen als de uitvoering te wensen over liet volgens cliënten, cliënt-vertegenwoordigers en medewerkers. Dit onderstreept het belang van een beoordeling op dergelijke uitkomstmaten naast een beoordeling van cruciale zorginhoudelijke uitkomsten.

5 Summary

Persistent signals and disquiet about the failing quality of 24-hour care of the mentally handicapped were among the reasons why the State Secretary for Health, Welfare and Sport provided extra funding in 2006 to the Health Care Inspectorate for further research. Media reports in which clients' relatives expressed their worries plus earlier reports published by the Inspectorate gave cause for concern. The purpose of this study by the Health Care Inspectorate was to obtain an insight into risks and potential improvements in providing care and services in this field, to determine the steps needed for improvements, to identify risky care and to drive the further development of quality levels for care for the handicapped.

For this examination of risks, the Inspectorate used the method of risk-driven supervision developed in this sector, namely phased supervision. In the first phase, 149 organisations filled in 612 closed digital questionnaires in May 2006 to provide figures for 2005. In the second phase, 96 organisational units were selected. From September 2006 to April 2007, the Inspectorate visited residential/care locations in those organisational units. The organisational units were selected according to the results of the inspection form, plus notifications and details of earlier contacts for inspections. Reports written on the visits can be found at www.igz.nl. The findings of the inspection forms and visits were processed quantitatively and qualitatively. Using a risk profile, the Inspectorate categorised the inspection forms and visits according to eight risk aspects on which the organisational units were appraised.

The Inspectorate concluded from the visits that the situation is worrying in one quarter of the field. Action plans must be drawn up to improve the provision of care and services on three to eight risk aspects. In half of the field action plans must be produced for one or two risk aspects. With a little effort the care can be raised to a level that restores the situation to the required standard. The Inspectorate found that responsible care was being provided in only one quarter of the field and there was no need for action plans.

It was striking that residential/care locations of organisational units that score best across the board are mainly smaller groups. The traditionally semimural institutions score significantly better on the risk aspect of continuity. This is the risk aspect that produces most risks and for which an action plan must most frequently be produced (48%).

The check on risks shows that care and support for the mentally handicapped are under pressure. In a number of areas there are risks that need to be addressed. At the same time, the Inspectorate notes that care and support are provided with great commitment and with considerable respect for the client as a person. Improvements are visible in the structure of support plans, in the attention given to the client's wishes and in multidisciplinary involvement. However, improvements remain necessary. The most important risks are mentioned below together with measures and recommendations.

The quality and quantity of personnel is worrying and these matters impact on the continuity of the care and services provided. In 48% of the residential/care locations in the visited organisational units, the Inspectorate considered an action plan to be

necessary to address the risk aspect of continuity. The Inspectorate notes that a high continuity risk is almost always accompanied by a high expertise risk. The Inspectorate asked 37% of the residential/care locations in the visited organisational units to draw up an action plan for this risk aspect.

The Inspectorate's measures and recommendations seek to improve harmonisation of the competences of personnel and the specific needs of clients for care and, to implement vigorously policy already developed to make employment in care for the handicapped more attractive and to address policy on training and further training.

The client's self-determination must be improved by obtaining a greater insight into his/her wishes and by a client-driven organisation. More than one quarter of the residential/care locations in the visited organisational units must take measures to improve the client's self-determination. The Inspectorate's measures and recommendations seek to create conditions for greater familiarity with the use of tried and tested methods for ascertaining the wishes of clients and for supporting them in making choices. It is also important to develop best practices for management methods and styles that will facilitate the client-driven organisation of care and services.

Support plans require further improvement. The Inspectorate asked 42% of the residential/care locations in the visited organisational units to produce an action plan for making improvements. The structure of support plans has already been improved significantly; half of all the examined support plans defined goals according to the SMART method. The initiated improvements towards formulating measurable goals more concretely must be continued and need to focus particularly on fulfilling and monitoring agreed care arrangements. It is essential to ensure that support plans are always made in consultation with the client and where necessary with the client's representative.

A multidisciplinary approach is indispensable. A positive trend is visible showing that behavioural experts are more frequently involved structurally in preparing support plans. A cause of concern is that commitment to structural adherence to agreed arrangements is not yet in order. Helpers feel better equipped if they receive support and if necessary further training from a multidisciplinary team. The Inspectorate's measures and recommendations seek to guarantee this structural commitment and to develop a good policy on generating, exchanging and retaining knowledge.

Notifications need to be analysed to assure safe care. At 42% of the residential/care locations in the visited organisational units it is necessary to produce an action plan for the safety aspects. When examining this risk aspect, the Inspectorate looked at both subjective and objective safety. Perceived safety is under pressure particularly among housemates of clients with frequently recurring attacks of aggression or other bothersome behaviour. As regards objective safety, the Inspectorate observed deficiencies in the use of notifications as a quality tool. The awareness of the need to use analyses of notifications as a quality tool is not yet sufficiently developed. A notification of a specific nature is one that reports the restriction of freedom. Thanks to intensive guidance and controls, the notification of such cases has been improved, but at one-third of the residential/care locations in the visited organisational units it remains below standard. Nor is there timely evaluation of whether alternatives exist to the freedom-restricting measures. Protocols for applying freedom-restricting measures are lacking. The Inspectorate's measures and recommendations place an emphasis on

developing a safe climate for making notifications, analysing them and providing solution-focused feedback by managerial staff, followed by improvement steps.

Control information is required at the level of residential/care locations. For clients and their representatives, it is essential to identify risky care as quickly as possible, promptly followed by improvement steps. This is primarily a task for the organisational unit. The Inspectorate's measures seek to ensure that organisational units gather adequate control information at the level of residential/care locations and that they use the information to make essential improvements.

The Inspectorate will take the following action:

- The required improvement plans of the residential/care locations in the visited organisational units will be examined, and if necessary there will be follow-up visits. Time limits will be set for the improvement plans and if necessary supervision will be intensified;
- Important conclusions concerning risks and improvements in care and the identification of risky residential/care locations in the visited organisational units will be included in the Inspectorate's work plan for elaboration;
- The findings concerning the identified risk areas will be used as input for the ongoing development of the quality framework for providing responsible care for the handicapped. Three other matters are also important in this ongoing development. The first concerns the consequences of the observed averaging effects for the aggregation level at which information is gathered and then processed. The second concerns a further development to measuring the outcomes of the provided care and services. The third concerns a reliable and appropriate way of obtaining a picture of the experiences of clients in addition to those of clients' representatives and staff.

6 Literatuur

- Arensbergen, C. van, & Liefhebber, S (2005). *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*. Den Haag: Adrepak.
- Baaij, E.J.J. de, Hoekman, J., Volman, M.J.M., & Zaad, C. (2006). Kwaliteit van bestaan bij mensen met een complex meervoudige beperking. Een bepaling met de IDQOL-16. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)*, 32, 13-26.
- Buntinx, W., & Leemans, E. (2004). Beleid en organisatie van de dienstverlening. In M. Kersten & D. Flikweert (red.), *Onderzoek over grenzen* (pp ...-...). Utrecht: LKNG en NGBZ.
- Cummins, R.A. (2002). Proxy responding for subjective well-being: a review. *International review of research in mental retardation*, 25, 183-207.
- Deb, S., Matthews, T., Holt, G. & Bouras, N. (2002). *Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: LKNG.
- Depla, M. en S. te Boekhorst (red) (2007): *Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten?* Utrecht: Trimbos-instituut
- Essen, G.; P.J. Paardekooper; H.F. Talma en W. van der Windt (2006): *Arbeid in Zorg en Welzijn 2006. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Stichting Prismant.
- Geus, R. (2006). *Persoonsgerichte planning en active support. Een begeleidingsmethodiek voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking*. Utrecht: NGBZ/NIZW Zorg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002). *Staat van de gezondheidszorg. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk*. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *Verantwoorde zorg en personele consequenties. Inventariserend onderzoek in ouderenzorg en gehandicaptenzorg bij instellingen die 24-uurszorg bieden aan mensen met dementie of een autismespectrumstoornis*. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005 (1)). *Complexe gedragsproblemen bij mensen met een ernstig verstandelijke handicap vereist bundeling van specialistische expertise*. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005 (2)). *Betere dagbesteding voor mensen met een ernstige (meervoudige) verstandelijke beperking vereist een multi-disciplinaire aanpak. Thematisch toezicht naar de kwaliteit van de dagbesteding voor mensen met een ernstige (meervoudige) beperking*. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Staat van de Gezondheidszorg. Titel nog niet bekend. Onderzoek naar de taakherschikking*. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid
- Kersten, M. & Flikweert, D. (red.) (2004). *Onderzoek over grenzen*. Utrecht: LKNG en NGBZ.
- Koch, P. (2005). *Geen gebrek. Over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Visiedocument. In gezamenlijkheid ontwikkeld door: cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, beroepsorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,*

Zorgverzekeraars Nederland. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland/VGN, 2007.

- Lemmens, K.M.M., Harteloh, P.P.M., & Walburg, J.A. (2003). *De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg/iBMG.
- Moonen, X. (2006). *Verblijf, beeld en ervaringen van jongeren, opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking*. Heerlen: X. Moonen.
- PriceWaterhouseCoopers (2007): *Weten voor beter. Brancherapport benchmark gehandicaptenzorg*. Amsterdam: PriceWaterhouseCoopers.
- Roemer, M, & Dam, L. van (2004). *Verstaanbaar maken. Communicatie met mensen met een zeer ernstige verstandelijke (meervoudige) beperking: Inventarisatie en overdracht van ervaringskennis*. Maastricht: Universitaire pers.
- Schippers, A.P.; M.A.C. van Boheemen; M.C. Barnhard en J. Carlier (2005): *ZIP Care. Zelfevaluatie Instrument voor zorgPlannen in de Care sector*. Leeuwarden: Christelijke Hogeschool Leeuwarden
- Vermolen, H., & Kaa, D. van der (2005). *Methode opstellen, actualiseren en evalueren zorgplannen vanuit het cliëntperspectief op basis van de 7 functies van de AWBZ*. Utrecht: WOI.

BIJLAGE 1 Verantwoording van de kwalitatieve analyses

In dit rapport worden de resultaten gebruikt van een aantal kwalitatieve analyses.

De gebruikte procedure van kwalitatief analyseren is als volgt:

- Eerst zijn de te analyseren teksten per passage voorzien van steekwoorden die de betekenis van die passage weergeven.
- Daarna is op basis van de steekwoorden gezocht naar verbanden en overkoepelende begrippen op basis waarvan opnieuw gegroepeerd is.
- Tenslotte zijn de gevonden overkoepelende begrippen geturfd zodat duidelijk werd hoe vaak deze samenhangen zich voordeden.

De kwalitatieve analyses zijn gedaan op basis van verschillende zoekvragen. Steeds is bij die zoekvraag een selectie aan bezoekverslagen geanalyseerd en bepaald welke risicoaspecten bij de analyse betrokken zouden worden. Hieronder volgt een verantwoording van deze zoekvragen en de daarop gebaseerde selectie van bezoekverslagen en te analyseren risicoaspecten.

Meest onderscheidende vraag

Ten eerste is het inspectieformulier geanalyseerd op de meest onderscheidende vraag tussen goede en slechte zorgaanbieders. Dit was de vraag of ondersteuningsplannen multidisciplinair worden geëvalueerd. Zorgaanbieders die ondersteuningsplannen multidisciplinair evalueren hebben een betere totaalscore, doen vaker een toets op de kwaliteit van hun plannen voor ondersteuning en dagbesteding, scoren beter voor wat betreft de deskundigheid van het personeel en voor wat betreft diagnostiek en signalering. Zorgaanbieders daarentegen die bij minder dan 50 procent van de ondersteuningsplannen een multidisciplinaire betrokkenheid inzetten, hebben de laagste totaalscore en scoren slechter op beleid voor diagnostiek van nieuwe cliënten. Multidisciplinaire betrokkenheid blijkt dus een belangrijke factor voor goede ondersteuning.

Om de achtergronden van deze bevinding te onderzoeken is een kwalitatieve analyse van 30 bezoekverslagen uitgevoerd. Uit de bezoekverslagen zijn 15 locaties geselecteerd die volgens het inspectieformulier de beste scores hadden op het inspectieformulier op de vraag naar multidisciplinaire betrokkenheid bij het evalueren van ondersteuningsplannen. Net zo zijn 15 locaties geselecteerd met de slechtste scores op deze vraag: bij minder dan 50 procent van de jaarlijkse evaluaties wordt multidisciplinair geëvalueerd. Omdat er meer dan 15 locaties in die laatste categorie vielen is bovendien geselecteerd op de slechtste score op het risicoaspect deskundigheid.

De geselecteerde bezoekverslagen zijn geanalyseerd op de risicoaspecten individuele planning en ondersteuning, deskundigheid personeel, diagnostiek en signalering, continuïteit, veiligheid en vrijheidsbeperkende maatregelen. Doel van de analyse was de beantwoording van de volgende vragen:

- In hoeverre is multidisciplinaire betrokkenheid een doorslaggevende factor bij de evaluatie van ondersteuningsplannen, bij de deskundigheid van het personeel, diagnostiek en signalering, continuïteit, veiligheid en vrijheidsbeperkende maatregelen?
- Welke elementen geven over het algemeen de doorslag tot een positief of negatief oordeel op de betreffende risicoaspecten?

Meldingen (bijna)-fouten en (bijna)-ongevallen

Ten tweede bleek uit de resultaten van het inspectieformulier dat er een significant verband is tussen veel meldingen van (bijna)-fouten en (bijna)-ongevallen en:

- een lagere totaalscore, dus betere zorg
- vaker analyseren van de meldingen wat in 80 procent van de gevallen leidt tot verbeteracties
- een lagere score, dus betere prestatie, op de risicoaspecten deskundigheid, dagbesteding, veiligheid en continuïteit van zorg.

Om deze samenhang beter te beoordelen is een aanvullende kwalitatieve analyse gedaan op 25 bezoekverslagen. Hiertoe is een selectie gemaakt van 12 bezochte locaties die volgens het inspectieformulier veel (bijna)-fouten en (bijna)-ongevallen melden en van 13 locaties die weinig tot geen meldingen hebben.

De verslagen zijn allereerst bekeken op de beoordeling van de meldcultuur van de locatie, wat er gebeurt met de meldingen en op welke manier de werkzaamheden van de commissie die de meldingen verzamelt en analyseert worden betrokken: de FOBO-commissie. Deze zaken staan vermeld onder het risicoaspect veiligheid.

Vergeleken is welke samenhang er is tussen de beantwoording van de betreffende vraag op het inspectieformulier en datgene wat is opgemerkt tijdens de bezoeken over de meldcultuur. Een vergelijking van de behaalde scores op dit risicoaspect van inspectieformulier en inspecteursoordeel bleek niet zinvol omdat er in de bezoeken ook op andere aspecten beoordeeld kon worden als in het inspectieformulier.

Vervolgens zijn de 12 verslagen geanalyseerd van locaties waarin veel gemeld wordt om een beeld te krijgen van de kenmerkende, positieve elementen.

Tenslotte zijn de rapporten geanalyseerd op de samenhang tussen een goede meldcultuur en enerzijds de deskundigheid van het personeel en anderzijds de continuïteit van de zorg. Deze bevindingen kwamen overeen met die van de eerder genoemde analyse van 30 bezoekverslagen, geselecteerd op multidisciplinaire betrokkenheid bij evaluatie van ondersteuningsplannen.

Zelfbepaling

De zelfbepaling van de cliënt vormt een belangrijk element in het kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg. Daarom is het risicoaspect zelfbepaling en medezeggenschap eveneens aan een kwalitatieve analyse onderworpen: er zijn 10 slecht scorende en 10 goed scorende bezoekverslagen geanalyseerd om een beeld te krijgen van hoe een 'best practice' er uit ziet en bij welke combinatie van factoren risicovolle situaties ontstaan.

In de 20 rapporten is gezocht op aspecten die consequenties kunnen hebben voor de zelfbepaling van cliënten: onder meer cliëntgericht werken, een 'ja-cultuur', methodisch werken, inspraak cliënten bij hun zorgplan, communicatiestructuur, personeelskrapte, financiële problemen en organisatorische ontwikkelingen zoals fusies en reorganisaties.

Continuïteit

Uit de risicoscores in de bezoekverslagen blijkt dat continuïteit het slechtst scoort van alle risicoaspecten: in maar liefst 48 procent van de locaties wordt een matig tot zeer hoog risico gerapporteerd. Om die reden is een aparte analyse gedaan op dit risicoaspect. Hiervoor zijn de 20 slechtst scorende rapporten geselecteerd. Gezocht is op

factoren die van invloed kunnen zijn op de continuïteit van zorg, zoals werkdruk, communicatie zowel tussen wonen en dagbesteding als tussen disciplines, organisatorische problemen, ziekteverzuim, personeelsverloop, personeelsbezetting en personeelwisselingen. Daarbij is in kaart gebracht bij welke disciplines de problemen zich vooral voordoen: persoonlijk begeleiders, (locatie)managers, gedragskundigen, artsen enzovoorts.

BIJLAGE 2 Overzicht van de beantwoording van de vragen van het inspectieformulier

Omwille van de leesbaarheid zijn de onderstaande kwantitatieve bevindingen in percentages vermeld. Bij sommige vragen waren meerdere antwoorden mogelijk, dit staat aangegeven bij de betreffende vragen.

Risicoaspect 1. Zelfbepaling en medezeggenschap

Zelfbepaling betekent dat mensen met een verstandelijke beperking het recht hebben om eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op hun eigen persoonlijke wijze, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Dat betekent onder andere dat cliënten moeten kunnen leren ervaring op te doen met keuzemomenten; inspraak en inzage hebben in hun zorgplan; dat medewerkers cliënten moeten kunnen aanspreken op hun mogelijkheden; dat de organisatie flexibel genoeg moet zijn om de keuzes in het dagelijks leven en geïndividualiseerde zorgdoelen mogelijk te maken. Medezeggenschap betekent dat zowel cliënten als cliëntvertegenwoordigers op de diverse niveaus binnen de zorginstelling (woongroep, locatie, regio en centraal) als collectief invloed kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten.

Een belangrijke voorwaarde om zelfbepaling en medezeggenschap vorm te kunnen geven is het informeren van cliënten en hun vertegenwoordigers op een voor hen begrijpelijke manier.

Bijbehorende vragen uit inspectieformulier inclusief scores:

1	<i>Heeft uw organisatorische eenheid op enig moment tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006 deelgenomen aan een cliëntwaarderingsonderzoek?</i>	
	Ja	62%
	Nee --> ga verder met vraag 5	38%
2	<i>Zo ja, door welke instantie is dit cliëntwaarderingsonderzoek uitgevoerd? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	a. door de Stichting Perspectief	24%
	b. door 'Zeg het ons'	2%
	c. door de LSR	5%
	d. door VGN	13%
	e. andere extern onderzoek/visitatie	42%
	f. door intern onderzoek	47%
3	<i>Zo ja, welke van de navolgende factoren zijn in dit cliëntenwaarderingsonderzoek onderzocht? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	a. Respectvolle bejegening van medecliënten	66%
	b. Respectvolle bejegening van hulpverleners	88%
	c. Communicatie tussen hulpverlener en cliënt	96%
	d. Geborgenheid: het gevoel erbij te horen	85%
	e. Zeggenschap over dagelijkse keuzemomenten	86%
	f. Mate van continuïteit personele bezetting	76%
	g. Rol van het sociale netwerk	76%
	h. Geen van bovenstaande aspecten	2%

4	<i>Zo ja, heeft uw organisatorische eenheid de resultaten van het cliëntwaarderingsonderzoek aantoonbaar besproken met de cliëntenraad van uw organisatorische eenheid dan wel met een vertegenwoordiging van uw cliënten en zijn concrete suggesties ter verbetering overgenomen?</i>														
	<table> <tr> <td>Besproken en suggesties overgenomen</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Wel besproken, geen suggesties overgenomen</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>Niet besproken</td> <td>18%</td> </tr> </table>	Besproken en suggesties overgenomen	67%	Wel besproken, geen suggesties overgenomen	15%	Niet besproken	18%								
Besproken en suggesties overgenomen	67%														
Wel besproken, geen suggesties overgenomen	15%														
Niet besproken	18%														
5	<i>Functioneert binnen uw organisatorische eenheid een onafhankelijke vertrouwenspersoon voor de klachttopvang van cliënten?</i>														
	<table> <tr> <td>Ja, er is een onafhankelijke vertrouwenspersoon</td> <td>79%</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td>21%</td> </tr> </table>	Ja, er is een onafhankelijke vertrouwenspersoon	79%	Nee	21%										
Ja, er is een onafhankelijke vertrouwenspersoon	79%														
Nee	21%														
6	<i>Hoeveel cliënten in uw organisatorische eenheid hebben geen eigen vertegenwoordiger, die hun belangen behartigt en aanspreekpunt is voor de zorgaanbieders?</i>														
	<table> <tr> <td>percentage < 10%</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>10% ≤ percentage < 25%</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>25% ≤ percentage < 40%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>40% ≤ percentage < 50%</td> <td>< 1%</td> </tr> <tr> <td>percentage ≥ 50%</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>percentage onjuist (> 100%)</td> <td>-</td> </tr> </table>	percentage < 10%	83%	10% ≤ percentage < 25%	12%	25% ≤ percentage < 40%	3%	40% ≤ percentage < 50%	< 1%	percentage ≥ 50%	1%	percentage onjuist (> 100%)	-		
percentage < 10%	83%														
10% ≤ percentage < 25%	12%														
25% ≤ percentage < 40%	3%														
40% ≤ percentage < 50%	< 1%														
percentage ≥ 50%	1%														
percentage onjuist (> 100%)	-														
7	<i>Kunt u aantonen dat uw organisatorische eenheid beleid uitvoert, gericht op het opbouwen en in stand houden van het eigen, sociale netwerk van de cliënten?</i>														
	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td>10%</td> </tr> </table>	Ja	90%	Nee	10%										
Ja	90%														
Nee	10%														
10	<i>Bij welk percentage van het totaal aantal cliënten wordt ieder jaar hun ondersteuningsplan geëvalueerd in dialoog met de cliënt en/of zijn sociale netwerk?</i>														
	<table> <tr> <td>a. voor minstens 95% van de cliënten</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>b. tussen 80% en 95% van de cliënten</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>c. tussen 50% en 80% van de cliënten</td> <td>34%</td> </tr> <tr> <td>d. minder dan 50% van de cliënten</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>Gegeven wordt geregistreerd:</td> <td>11%</td> </tr> </table>	a. voor minstens 95% van de cliënten	29%	b. tussen 80% en 95% van de cliënten	21%	c. tussen 50% en 80% van de cliënten	34%	d. minder dan 50% van de cliënten	16%	Gegeven wordt geregistreerd:	11%				
a. voor minstens 95% van de cliënten	29%														
b. tussen 80% en 95% van de cliënten	21%														
c. tussen 50% en 80% van de cliënten	34%														
d. minder dan 50% van de cliënten	16%														
Gegeven wordt geregistreerd:	11%														
16	<i>Bij welk percentage van de cliënten met een intramurale indicatie is ieder jaar hun activiteitenplan geëvalueerd in dialoog met de cliënt en/of zijn sociale netwerk?</i>														
	<table> <tr> <td>N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Indien van toepassing:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. voor minstens 95% van de cliënten</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>b. tussen 80% en 95% van de cliënten</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>c. tussen 50% en 80% van de cliënten</td> <td>28%</td> </tr> <tr> <td>d. minder dan 50% van de cliënten</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>Gegeven wordt geregistreerd:</td> <td>15%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)	18%	Indien van toepassing:		a. voor minstens 95% van de cliënten	24%	b. tussen 80% en 95% van de cliënten	17%	c. tussen 50% en 80% van de cliënten	28%	d. minder dan 50% van de cliënten	31%	Gegeven wordt geregistreerd:	15%
N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)	18%														
Indien van toepassing:															
a. voor minstens 95% van de cliënten	24%														
b. tussen 80% en 95% van de cliënten	17%														
c. tussen 50% en 80% van de cliënten	28%														
d. minder dan 50% van de cliënten	31%														
Gegeven wordt geregistreerd:	15%														

Risicoaspect 2. Individuele planning en ondersteuning

Voor iedere cliënt is een individueel ondersteuningsplan beschikbaar dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen; dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat; dat tot stand is gekomen in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn vertegenwoordiger; waaraan de relevante disciplines een zichtbare bijdrage hebben geleverd.

Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden: is duidelijk welke zorg een cliënt van de zorgverlener vraagt, welke professionele ondersteuning nodig is om deze doelen te halen, en wie (eind)verantwoordelijk is voor het geheel en mogelijke deelaspecten van de uitvoering, evaluatie en bijstelling van het zorgplan?

De uitvoering van de zorg en ondersteuning is gerelateerd aan de inhoud van het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan bevat duidelijke richtlijnen voor het dagelijks handelen.

Het ondersteuningsplan wordt regelmatig met alle relevante betrokkenen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld: minimaal een keer per jaar en zo nodig vaker. Afwijkingen op deze frequentie worden gedocumenteerd.

Binnen een half jaar na opname is een eerste ondersteuningsplan gereed.

Hiernaast wordt de ondersteuningsplansystematiek periodiek getoetst op zijn werkbaarheid, bijvoorbeeld met behulp van de ZIP-methodiek of met behulp van een ander instrument.

8	<i>Welk percentage van de cliënten, opgenomen tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006, had aantoonbaar binnen een half jaar na opname een ondersteuningsplan?</i>	
	a. voor minstens 95% van de cliënten	45%
	b. tussen 80% en 95% van de cliënten	28%
	c. tussen 50% en 80% van de cliënten	17%
	d. minder dan 50% van de cliënten	10%
	Gegeven wordt geregistreerd:	15%

12	<i>Kunt u aantonen dat u op enig moment tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006 een toets heeft uitgevoerd op de kwaliteit van de ondersteuningsplannen?</i>	
	Ja	58%
	Nee	42%

13	<i>Is in uw organisatorische eenheid de dagelijkse, cliëntgebonden rapportage zichtbaar gerelateerd aan de doelen van de desbetreffende ondersteuningsplannen?</i>	
	Altijd	19%
	Bij > 50% van de dagelijkse rapportages	47%
	Bij < 50% van de dagelijkse rapportages	32%
	Nooit	2%

Risicoaspect 3. Individuele planning dagbesteding

Voor iedere cliënt is er een individueel activiteitenplan beschikbaar dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen; dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat; dat tot stand is gekomen in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn vertegenwoordiger; waaraan de relevante disciplines een zichtbare bijdrage hebben geleverd.

Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden: is duidelijk welke (ondersteuning bij de) dagactiviteiten een cliënt van de zorgverlener vraagt, welke professionele ondersteuning precies nodig is om deze doelen te halen, en wie (eind)verantwoordelijk is voor het geheel en mogelijke deelaspecten van de uitvoering, evaluatie en bijstelling van het activiteitenplan?

Het activiteitenplan bevat duidelijke richtlijnen voor de dagelijkse uitvoering. Het wordt bij voorkeur ten minste eenmaal per jaar met alle betrokkenen geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Hiernaast wordt de systematiek van het maken van activiteitenplannen periodiek getoetst, bijvoorbeeld met behulp van de ZIP-methodiek of met behulp van een ander instrument.

In het activiteitenplan wordt aangegeven op welke wijze afstemming plaatsvindt met het ondersteuningsplan, dan wel op welke gronden men afziet van een afstemming tussen activiteitenplan en ondersteuningsplan.

14	<i>Welk percentage van de cliënten met een intramurale indicatie, opgenomen tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006 had aantoonbaar binnen een half jaar na opname een activiteitenplan?</i>	
	N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)	18%
	Indien van toepassing:	
	a. voor minstens 95% van de cliënten	47%
	b. tussen 80% en 95% van de cliënten	19%
	c. tussen 50% en 80% van de cliënten	15%
	d. minder dan 50% van de cliënten	19%
	Gegeven wordt geregistreerd	17%

18	<i>Kunt u aantonen dat u op enig moment tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006 een toets heeft uitgevoerd op de kwaliteit van activiteitenplannen?</i>	
	Ja	38%
	Nee	62%

19	<i>Voert uw organisatorische eenheid aantoonbaar beleid uit om tot afstemming te komen tussen wonen en dagbesteding?</i>	
	Ja	91%
	Nee	9%

Risicoaspect 4. Deskundigheid personeel

Deskundig personeel is in staat om de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de eisen die aan de functie(s) worden gesteld, is waar nodig bekwaam en bevoegd om specifieke functie(s) uit te oefenen.

De organisatie schept hiertoe de voorwaarden. Uit onderzoek blijkt dat de mate waarin medewerkers zich ondersteund voelen door deskundigen en management een directe relatie heeft met de kwaliteit van de geboden ondersteuning.

Tevens moet de organisatie er voor zorgen dat duidelijk is welke eisen worden gesteld aan het handelen, dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn en blijven - zowel qua opleiding, scholing en ervaring als qua attitude en bejegening - en dat getoetst wordt of de medewerkers handelen volgens de richtlijnen/afspraken.

9	<i>Welk percentage van de nieuwe ondersteuningsplannen, opgesteld tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2005 is aantoonbaar tot stand gekomen in multidisciplinair overleg</i>														
	<table> <tr> <td>a. voor minstens 95% van de cliënten</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>b. tussen 80% en 95% van de cliënten</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>c. tussen 50% en 80% van de cliënten</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>d. minder dan 50% van de cliënten</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>Gegeven wordt geregistreerd:</td> <td>22%</td> </tr> </table>	a. voor minstens 95% van de cliënten	64%	b. tussen 80% en 95% van de cliënten	12%	c. tussen 50% en 80% van de cliënten	8%	d. minder dan 50% van de cliënten	16%	Gegeven wordt geregistreerd:	22%				
a. voor minstens 95% van de cliënten	64%														
b. tussen 80% en 95% van de cliënten	12%														
c. tussen 50% en 80% van de cliënten	8%														
d. minder dan 50% van de cliënten	16%														
Gegeven wordt geregistreerd:	22%														
11	<i>Welk percentage van de ondersteuningsplannen is in 2005 aantoonbaar geëvalueerd in multidisciplinair overleg?</i>														
	<table> <tr> <td>a. voor minstens 95% van de cliënten</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>b. tussen 80% en 95% van de cliënten</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>c. tussen 50% en 80% van de cliënten</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>d. minder dan 50% van de cliënten</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>Gegeven wordt geregistreerd:</td> <td>10%</td> </tr> </table>	a. voor minstens 95% van de cliënten	29%	b. tussen 80% en 95% van de cliënten	18%	c. tussen 50% en 80% van de cliënten	27%	d. minder dan 50% van de cliënten	26%	Gegeven wordt geregistreerd:	10%				
a. voor minstens 95% van de cliënten	29%														
b. tussen 80% en 95% van de cliënten	18%														
c. tussen 50% en 80% van de cliënten	27%														
d. minder dan 50% van de cliënten	26%														
Gegeven wordt geregistreerd:	10%														
15	<i>Welk percentage van de nieuwe activiteitenplannen, opgesteld tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006 is aantoonbaar tot stand gekomen in multidisciplinair overleg?</i>														
	<table> <tr> <td>N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Indien van toepassing:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. voor minstens 95% van de cliënten</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>b. tussen 80% en 95% van de cliënten</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>c. tussen 50% en 80% van de cliënten</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>d. minder dan 50% van de cliënten</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>Gegeven wordt geregistreerd:</td> <td>19%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)	18%	Indien van toepassing:		a. voor minstens 95% van de cliënten	55%	b. tussen 80% en 95% van de cliënten	15%	c. tussen 50% en 80% van de cliënten	12%	d. minder dan 50% van de cliënten	17%	Gegeven wordt geregistreerd:	19%
N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)	18%														
Indien van toepassing:															
a. voor minstens 95% van de cliënten	55%														
b. tussen 80% en 95% van de cliënten	15%														
c. tussen 50% en 80% van de cliënten	12%														
d. minder dan 50% van de cliënten	17%														
Gegeven wordt geregistreerd:	19%														
17	<i>Welk percentage van de activiteitenplannen is in 2005 aantoonbaar geëvalueerd in multidisciplinair overleg?</i>														
	<table> <tr> <td>N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Indien van toepassing:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. voor minstens 95% van de cliënten</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>b. tussen 80% en 95% van de cliënten</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>c. tussen 50% en 80% van de cliënten</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>d. minder dan 50% van de cliënten</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Gegeven wordt geregistreerd:</td> <td>17%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)	18%	Indien van toepassing:		a. voor minstens 95% van de cliënten	25%	b. tussen 80% en 95% van de cliënten	20%	c. tussen 50% en 80% van de cliënten	26%	d. minder dan 50% van de cliënten	30%	Gegeven wordt geregistreerd:	17%
N.v.t. (geen cliënten met intramurale indicatie)	18%														
Indien van toepassing:															
a. voor minstens 95% van de cliënten	25%														
b. tussen 80% en 95% van de cliënten	20%														
c. tussen 50% en 80% van de cliënten	26%														
d. minder dan 50% van de cliënten	30%														
Gegeven wordt geregistreerd:	17%														
20	<i>Voert uw organisatorische eenheid aantoonbaar beleid uit, gericht op het benoemen en zonodig bijscholen van kennis en vaardigheden van medewerkers die noodzakelijk zijn om een goed antwoord te kunnen geven op de ondersteuningsvragen van cliënten?</i>														
	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td>9%</td> </tr> </table>	Ja	91%	Nee	9%										
Ja	91%														
Nee	9%														

21	<i>Heeft uw organisatorische eenheid op enig moment tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006 onderzocht hoe medewerkers de geboden zorg en/of de werkverhoudingen waarden?</i>	
	Ja	88%
	Nee (ga verder met vraag 25)	12%
22	<i>Zo ja, op welke wijze (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	a. via de benchmark van de VGN	73%
	b. via deelname aan onderzoek van PRISMANT	12%
	c. via visitatie of onderzoek met externe partners, anders dan hierboven genoemd	10%
	d. via intern onderzoek, zoals interne visitatie of intern onderzoek	39%
	e. via periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek onder medewerkers	5%
	f. via exit interviews	43%
23	<i>Welke van onderstaande aandachtspunten zijn in dit medewerkerswaarderingsonderzoek onderzocht? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	a. Waardering van de kwaliteit van de aan cliënten geboden ondersteuning	64%
	b. Oordeel over de vraag of er voldoende personeel is voor de gewenste ondersteuning aan cliënten	82%
	c. Oordeel over de ervaren ondersteuning van management aan de medewerkers	98%
	d. Oordeel over de ervaren ondersteuning van deskundigen aan de medewerkers	71%
	e. Oordeel over de arbeidsverhoudingen	95%
	f. Geen van bovenstaande	-
24	<i>Zijn de resultaten van het medewerkerswaarderingsonderzoek uitgewerkt in verbeteracties na aantoonbaar besproken te zijn in de ondernemingsraad van uw organisatorische eenheid dan wel in overleg met een vertegenwoordiging van medewerkers uit uw organisatorische eenheid?</i>	
	Ja, verbeteracties zijn overgenomen na bespreking met eigen medewerkers	64%
	Ja, wel verbeteracties, maar zonder overleg met eigen medewerkers	20%
	Nee, geen verbeteracties	16%

Risicoaspect 5. Diagnostiek en signalering

De organisatie draagt er zorg voor dat signalen en behoeften van individuele cliënten tijdig en juist worden geïnterpreteerd en dat hier op een professionele wijze mee wordt omgegaan, in ieder geval voor wat betreft het sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren.

Diagnostiek heeft tot doel de achterliggende problematiek van de cliënt op de genoemde functiegebieden zichtbaar te maken. Op basis hiervan ontstaat een beeld van de cliënt en zijn manier van reageren.

Signalering heeft tot doel tijdig afwijkingen te signaleren van dit basisbeeld en daar op een professionele wijze op te anticiperen.

Indien er sprake is van specifieke doelgroepen, heeft de organisatie in beeld welke aan deze doelgroepen gerelateerde signalen en behoeften men kan verwachten.

25	<i>Wordt aantoonbaar beleid uitgevoerd voor de diagnostiek van fysiek, cognitief en sociaal-emotioneel functioneren van nieuw opgenomen cliënten? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>
	Ja 80%
	Nee 20%
	Indien ja, t.a.v de diagnostiek van het:
	- fysiek functioneren 92%
	- cognitief functioneren 98%
	- sociaal-emotioneel functioneren 99%
26	<i>Wordt aantoonbaar beleid uitgevoerd voor de diagnostiek van fysiek, cognitief en sociaal-emotioneel functioneren van zittende cliënten? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>
	Ja 83%
	Nee 17%
	Indien ja, t.a.v. de diagnostiek van het:
	- fysiek functioneren 92%
	- cognitief functioneren 98%
	- sociaal-emotioneel functioneren 99%
27	<i>Is aantoonbaar beleid aanwezig over de wijze waarop informatie over diagnostiek, signalering en rapportage wordt uitgewisseld door de verschillende, bij de cliënt betrokken disciplines?</i>
	Ja 73%
	Nee 27%
28	<i>Bij welk percentage van het totaal aantal cliënten wordt jaarlijks alle voorgeschreven medicatie geëvalueerd door een bevoegde arts en/of apotheker?</i>
	a. voor minstens 95% van de cliënten 54%
	b. tussen 80% en 95% van de cliënten 16%
	c. tussen 50% en 80% van de cliënten 16%
	d. minder dan 50% van de cliënten 14%
	Gegeven wordt geregistreerd: 15%
29	<i>Bij welk percentage van het totaal aantal cliënten is schriftelijk vastgelegd welke afspraken zijn gemaakt met de cliënt voor een regelmatige inname van voorgeschreven medicatie?</i>
	a. voor minstens 95% van de cliënten 84%
	b. tussen 80% en 95% van de cliënten 12%
	c. tussen 50% en 80% van de cliënten 2%
	d. minder dan 50% van de cliënten 2%
	Gegeven wordt geregistreerd: 32%

30	<i>Zijn er in uw organisatorische eenheid aantoonbare afspraken gemaakt over de wijze waarop de medewerkers signalen van cliënten verzamelen en bespreken met management en behandelaars van een of meerdere van de hieronder genoemde oorzaken van onbehagen? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	Ja	85%
	Nee	15%
	Zo ja, afspraken m.b.t. signalering van:	
	a. Fysieke oorzaken van onbehagen	96%
	b. Psychische oorzaken van onbehagen	96%
	c. Omgevingsfactoren voor onbehagen	89%
	d. Andere oorzaken	46%

Risicoaspect 6. Veiligheid

Het begrip veiligheid heeft een objectieve en subjectieve component.

De objectieve component heeft betrekking op algemeen geldende, objectieve veiligheidsaspecten en maatregelen, neergelegd in richtlijnen en calamiteitenplannen op het terrein van bijvoorbeeld medicatie, het gebruik van medische hulpmiddelen, communicatie, fouten en (bijna-)ongelukken, klachten en seksueel misbruik.

De subjectieve component heeft betrekking op een subjectief ervaren veiligheid, waarin zaken als een gevoel van geborgenheid en een goed verlopende communicatie een rol spelen. Deze subjectieve veiligheid uit zich op terreinen als privacy, bejegening, informatie en grensoverschrijdend gedrag.

De organisatie draagt er zorg voor dat beide componenten goed zijn geborgd door het hebben, toepassen en continu onderhouden van beleid op deze terreinen. Hierbij is een goed evenwicht tussen veiligheidsprocedures en het gezonde verstand van medewerkers van belang.

Veiligheidsaspecten betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen komen bij laatstgenoemd risicoaspect aan de orde.

31	<i>Hoeveel meldingen waren er in uw organisatorische eenheid in 2005 van (bijna-) fouten, (bijna-)ongevallen, klachten en seksuele intimidatie aangaande cliënten? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	Wel meldingen ontvangen	97%
	Geen meldingen ontvangen	3%
	Indien wel meldingen ontvangen betroffen deze:	
	a. Fouten en ongevallen	79%
	minder dan 10 meldingen	30%
	10 of meer meldingen	70%
	b. Bijna-ongevallen en bijna-fouten	67%
	minder dan 10 meldingen	45%
	10 of meer meldingen	55%
	c. Klachten	66%
	0 of meer dan 5	59%
	tussen 1 en 5	41%
	d. Aantal meldingen van seksuele intimidatie	51%
	meer dan 2	22%
	2 of minder	78%

32	<i>Heeft uw organisatorische eenheid in 2005 een systematische analyse uitgevoerd van onderstaande gebeurtenissen? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>																
	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>Nee --> vraag 34</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zo ja, voor welke gebeurtenissen:</td> </tr> <tr> <td>a. Fouten en ongevallen</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>b. Bijna-fouten en bijna-ongevallen</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>c. Klachten</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>d. Seksuele intimidatie</td> <td>50%</td> </tr> </table>	Ja	75%	Nee --> vraag 34	25%	Zo ja, voor welke gebeurtenissen:		a. Fouten en ongevallen	90%	b. Bijna-fouten en bijna-ongevallen	83%	c. Klachten	55%	d. Seksuele intimidatie	50%		
Ja	75%																
Nee --> vraag 34	25%																
Zo ja, voor welke gebeurtenissen:																	
a. Fouten en ongevallen	90%																
b. Bijna-fouten en bijna-ongevallen	83%																
c. Klachten	55%																
d. Seksuele intimidatie	50%																
33	<i>Zo ja, zijn de resultaten van de analyses van de in vraag 32 genoemde gebeurtenissen voor uw organisatorische eenheid aantoonbaar uitgewerkt in verbeteracties al dan niet na bespreking met uw eigen ondernemingsraad/vertegenwoordiging van medewerkers en uw eigen cliëntenraad/vertegenwoordiging van cliënten?</i>																
	<table> <tr> <td>Ja, na bespreking met medewerkers en cliënten</td> <td>51%</td> </tr> <tr> <td>Ja, na bespreking met medewerkers</td> <td>34%</td> </tr> <tr> <td>Ja, na bespreking met cliënten</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Ja, maar zonder bespreking met medewerkers en cliënten</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>Nee, er zijn geen verbeteracties vastgesteld</td> <td>9%</td> </tr> </table>	Ja, na bespreking met medewerkers en cliënten	51%	Ja, na bespreking met medewerkers	34%	Ja, na bespreking met cliënten	0%	Ja, maar zonder bespreking met medewerkers en cliënten	7%	Nee, er zijn geen verbeteracties vastgesteld	9%						
Ja, na bespreking met medewerkers en cliënten	51%																
Ja, na bespreking met medewerkers	34%																
Ja, na bespreking met cliënten	0%																
Ja, maar zonder bespreking met medewerkers en cliënten	7%																
Nee, er zijn geen verbeteracties vastgesteld	9%																
34	<i>Wordt in uw organisatorische eenheid aantoonbaar beleid uitgevoerd om seksuele intimidatie tussen hulpverleners en cliënten te voorkomen?</i>																
	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td>10%</td> </tr> </table>	Ja	90%	Nee	10%												
Ja	90%																
Nee	10%																
35	<i>Kunt u voor onderstaande hulpmiddelen aantonen dat uw organisatorische eenheid aan de hand van een vastgesteld onderhoudsschema periodiek onderhoud verricht? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>																
	<table> <tr> <td>N.v.t. (de hulpmiddelen worden niet gebruikt)</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>Ja</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zo ja, voor welke hulpmiddelen:</td> </tr> <tr> <td>a. Voor onderhoud aan rolstoelen</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>b. Voor onderhoud aan tilliften</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>c. Voor onderhoud aan thermostaatkranen</td> <td>58%</td> </tr> <tr> <td>d. Voor onderhoud aan uitluistersystemen</td> <td>76%</td> </tr> </table>	N.v.t. (de hulpmiddelen worden niet gebruikt)	8%	Ja	88%	Nee	4%	Zo ja, voor welke hulpmiddelen:		a. Voor onderhoud aan rolstoelen	65%	b. Voor onderhoud aan tilliften	82%	c. Voor onderhoud aan thermostaatkranen	58%	d. Voor onderhoud aan uitluistersystemen	76%
N.v.t. (de hulpmiddelen worden niet gebruikt)	8%																
Ja	88%																
Nee	4%																
Zo ja, voor welke hulpmiddelen:																	
a. Voor onderhoud aan rolstoelen	65%																
b. Voor onderhoud aan tilliften	82%																
c. Voor onderhoud aan thermostaatkranen	58%																
d. Voor onderhoud aan uitluistersystemen	76%																
36	<i>Worden er op het individu afgestemde richtlijnen gemaakt voor de toepassing van onderstaande hulpmiddelen? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>																
	<table> <tr> <td>N.v.t. (de hulpmiddelen worden niet gebruikt)</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>Ja</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zo ja, richtlijnen voor:</td> </tr> <tr> <td>a. (til)hulpmiddelen</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>b. bedhekken</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>c. rolstoelen</td> <td>84%</td> </tr> <tr> <td>d. uitluistersystemen</td> <td>77%</td> </tr> </table>	N.v.t. (de hulpmiddelen worden niet gebruikt)	14%	Ja	82%	Nee	3%	Zo ja, richtlijnen voor:		a. (til)hulpmiddelen	90%	b. bedhekken	78%	c. rolstoelen	84%	d. uitluistersystemen	77%
N.v.t. (de hulpmiddelen worden niet gebruikt)	14%																
Ja	82%																
Nee	3%																
Zo ja, richtlijnen voor:																	
a. (til)hulpmiddelen	90%																
b. bedhekken	78%																
c. rolstoelen	84%																
d. uitluistersystemen	77%																

37	<i>Registreert u welke zorggebonden medewerkers bevoegd en bekwaam zijn voor het uitvoeren van voorbehouden en/of risicovolle handelingen? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	N.v.t. (er worden geen voorbehouden of risicovolle handelingen uitgevoerd)	12%
	Ja	82%
	Nee	6%
	Zo ja, voor wat betreft:	
	a. de voorbehouden handelingen, vastgelegd in de wet BIG	96%
	b. de risicovolle handelingen	66%

Risicoaspect 7. Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg heeft twee aspecten.

Als eerste het borgen van continuïteit door overlappingsen of hiaten in de zorg en ondersteuning te vermijden. Dit stelt eisen aan de overdracht van gegevens bij gelijktijdige bemoeienis met een cliënt, bijvoorbeeld uitwisseling tussen teamleden, tussen wonen en dagbesteding of tussen het team van de woning en consultants van binnen of buiten de eigen organisatie. Dit geldt ook voor overdracht van gegevens bij een volgtijdelijke bemoeienis als de cliënt naar een andere locatie of zorgaanbieder gaat. Een goede communicatie rondom de coördinatie van ondersteuning is een eerste vereiste voor het borgen van dit aspect van continuïteit van zorg.

Het tweede aspect betreft het belang voor cliënten om hun dagelijkse ondersteuning zoveel mogelijk vanuit een kleine kring van bekende medewerkers te ontvangen. Deze continuïteit kan geborgd worden door een personeelsbeleid, gericht op het voorkomen van onnodige personeelwisselingen door ziekte of verloop.

38	<i>Had uw organisatorische eenheid op enig moment tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2006 een tekort op de exploitatiebegroting?</i>	
	Ja	44%
	Nee	56%

39	<i>Maakt de juridische houder waaronder u valt en/of uw organisatorische eenheid in 2005 een belangrijke organisatieverandering door?</i>	
	Ja, alleen de juridische houder	6%
	Ja, alleen de organisatorische eenheid	13%
	Ja, zowel de juridische houder al de organisatorische eenheid	18%
	Nee	64%

40	<i>Heeft uw aantoonbare afspraken vastgesteld over de overdracht van informatie over individuele cliënten binnen verschillende onderdelen van de organisatie? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	a. Ja, tussen verschillende onderdelen van de organisatie bij gelijktijdige betrokkenheid	78%
	b. Ja, tussen verschillende onderdelen van de organisatie bij volgtijdelijke betrokkenheid	65%
	c. Nee, er zijn geen schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt over de overdracht	18%

41	<i>Heeft u aantoonbare afspraken vastgelegd over de overdracht van informatie over individuele cliënten naar externe ketenpartners? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	a. Ja, met een of meer ketenpartners bij gelijktijdige betrokkenheid bij cliënten	56%
	b. Ja, met een of meer ketenpartners bij volgtijdelijke betrokkenheid bij cliënten	48%
	c. Nee, er zijn geen schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt over de overdracht	40%

42	<i>Registreert u personeelsmutaties van direct zorggebonden personeel?</i>	
	Ja, op het niveau van organisatorische eenheid	14%
	Ja, op locatieniveau	4%
	Ja, op beide niveaus	74%
	Ja, anders	7%
	Nee	1%

43	<i>Hoe hoog is het gemiddelde percentage ziekteverzuim van de medewerkers in uw organisatorische eenheid over 2005, exclusief zwangerschapsverlof?</i>	
	ziekteverzuim \leq 4%	14%
	4% < ziekteverzuim \leq 7%	55%
	ziekteverzuim > 7%	32%

Risicoaspect 8. Vrijheidsbeperkende maatregelen

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen gaat het om alle maatregelen die tegen de wil van de cliënt worden toegepast en de vrijheid van cliënten beperken, onder de volgende vijf noemers: fixatie, afzondering, separatie, medicatie en gedwongen vocht- en voeding-inname.

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geassocieerd met schadelijke effecten op fysiek, emotioneel en sociaal welbevinden. Fysiek gevaar houdt onder andere in kans op kwetsuren, huidproblemen, incontinentie en verminderde eetlust.

Ook als een cliënt instemt met vrijheidsbeperking is extra zorgvuldigheid vereist, omdat niet alle cliënten in staat zijn zich te verzetten en sommige andere cliënten zich helemaal niet meer verzetten of alleen verzet tonen aan het begin van het toepassen van een maatregel. Het komt ook voor dat verzet van cliënten 'over het hoofd wordt gezien' waardoor verzet niet als zodanig wordt geïnterpreteerd. Al deze vormen en interpretaties van verzet moeten terug te vinden zijn in het zorgplan van een cliënt.

44	<i>Hoe vaak werden cliënten in uw organisatorische eenheid in 2005 met hun instemming of met instemming van hun vertegenwoordiger afgezonderd in hieronder aangegeven ruimten? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>	
	N.v.t. (geen afzonderingen met instemming)	33%
	Niet geregistreerd	27%
	Wel geregistreerd	40%
	Indien wel geregistreerd:	
	in afzonderingsruimten (> 0)	10%
	in eigen kamer (> 0)	54%

45	<i>Hoe vaak zijn cliënten langer dan 16 uur afgezonderd met hun instemming in een afzonderingsruimte (met de deur op slot) of op hun eigen kamer (met de deur op slot)?</i>																
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">N.v.t. (geen afzondering met instemming in 2005)</td> <td style="text-align: right;">33%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Niet geregistreerd</td> <td style="text-align: right;">14%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Wel geregistreerd:</td> <td style="text-align: right;">53%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">Waarvan meer dan 16 uur in een afzonderingskamer</td> <td style="text-align: right;">63%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">Waarvan meer dan 16 uur op hun eigen kamer</td> <td style="text-align: right;">37%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen afzondering met instemming in 2005)	33%	Niet geregistreerd	14%	Wel geregistreerd:	53%	Waarvan meer dan 16 uur in een afzonderingskamer	63%	Waarvan meer dan 16 uur op hun eigen kamer	37%						
N.v.t. (geen afzondering met instemming in 2005)	33%																
Niet geregistreerd	14%																
Wel geregistreerd:	53%																
Waarvan meer dan 16 uur in een afzonderingskamer	63%																
Waarvan meer dan 16 uur op hun eigen kamer	37%																
46	<i>Hoeveel meldingen zijn in 2005 bij de MIP/FONA-commissie of anderszins binnengekomen van lichamelijk letsel ten gevolge van afzondering?</i>																
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">N.v.t. (geen afzondering of geen lichamelijk letsel)</td> <td style="text-align: right;">33%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Geen registratie van lichamelijk letsel</td> <td style="text-align: right;">29%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Wel geregistreerd</td> <td style="text-align: right;">38%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Indien wel geregistreerd:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">geen meldingen in 2005</td> <td style="text-align: right;">87%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">wel meldingen in 2005</td> <td style="text-align: right;">13%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen afzondering of geen lichamelijk letsel)	33%	Geen registratie van lichamelijk letsel	29%	Wel geregistreerd	38%	Indien wel geregistreerd:		geen meldingen in 2005	87%	wel meldingen in 2005	13%				
N.v.t. (geen afzondering of geen lichamelijk letsel)	33%																
Geen registratie van lichamelijk letsel	29%																
Wel geregistreerd	38%																
Indien wel geregistreerd:																	
geen meldingen in 2005	87%																
wel meldingen in 2005	13%																
47	<i>Hoe vaak werden cliënten in uw organisatorische eenheid in 2005 gefixeerd met hun instemming of met instemming van hun vertegenwoordiger, met behulp van de hieronder genoemde fixatiemiddelen? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>																
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">N.v.t. (geen fixatie met instemming in 2005)</td> <td style="text-align: right;">34%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Niet geregistreerd</td> <td style="text-align: right;">24%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Wel geregistreerd</td> <td style="text-align: right;">42%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">a. Aantal fixaties met onrustband (Zweedse band)</td> <td style="text-align: right;">79%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">b. Aantal fixaties met pols-/enkelbandjes</td> <td style="text-align: right;">7%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">c. Aantal fixaties in aangepaste pakken</td> <td style="text-align: right;">4%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">d. Aantal fixaties met tafelblad</td> <td style="text-align: right;">4%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">e. Aantal fixaties in diepe stoel</td> <td style="text-align: right;">5%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen fixatie met instemming in 2005)	34%	Niet geregistreerd	24%	Wel geregistreerd	42%	a. Aantal fixaties met onrustband (Zweedse band)	79%	b. Aantal fixaties met pols-/enkelbandjes	7%	c. Aantal fixaties in aangepaste pakken	4%	d. Aantal fixaties met tafelblad	4%	e. Aantal fixaties in diepe stoel	5%
N.v.t. (geen fixatie met instemming in 2005)	34%																
Niet geregistreerd	24%																
Wel geregistreerd	42%																
a. Aantal fixaties met onrustband (Zweedse band)	79%																
b. Aantal fixaties met pols-/enkelbandjes	7%																
c. Aantal fixaties in aangepaste pakken	4%																
d. Aantal fixaties met tafelblad	4%																
e. Aantal fixaties in diepe stoel	5%																
48	<i>Hoeveel meldingen zijn in 2005 bij de MIP/FONA-commissie of anderszins binnengekomen van lichamelijk letsel ten gevolge van fixatie?</i>																
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">N.v.t. (geen fixatie of lichamelijk geweld)</td> <td style="text-align: right;">45%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Niet geregistreerd</td> <td style="text-align: right;">23%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Wel geregistreerd:</td> <td style="text-align: right;">32%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">Aantal > 10</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">7 < aantal ≤ 10</td> <td style="text-align: right;">< 1%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">4 < aantal ≤ 7</td> <td style="text-align: right;">< 1%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">aantal ≤ 4</td> <td style="text-align: right;">99%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen fixatie of lichamelijk geweld)	45%	Niet geregistreerd	23%	Wel geregistreerd:	32%	Aantal > 10	-	7 < aantal ≤ 10	< 1%	4 < aantal ≤ 7	< 1%	aantal ≤ 4	99%		
N.v.t. (geen fixatie of lichamelijk geweld)	45%																
Niet geregistreerd	23%																
Wel geregistreerd:	32%																
Aantal > 10	-																
7 < aantal ≤ 10	< 1%																
4 < aantal ≤ 7	< 1%																
aantal ≤ 4	99%																

49	<i>Welk percentage van de cliënten met een Bopz-titel of hun vertegenwoordiger heeft in 2005 aantoonbaar ingestemd met het Bopz-deel van het ondersteuningsplan?</i>														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">N.v.t. (geen cliënten met Bopz-titel)</td> <td style="text-align: right;">37%</td> </tr> <tr> <td>Wel van toepassing</td> <td style="text-align: right;">63%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 100px;">percentage \geq 95%</td> <td style="text-align: right;">61%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 100px;">$80\% \leq$ percentage $<$ 95%</td> <td style="text-align: right;">7%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 100px;">$50\% \leq$ percentage $<$ 80%</td> <td style="text-align: right;">13%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 100px;">percentage $<$ 50%</td> <td style="text-align: right;">19%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen cliënten met Bopz-titel)	37%	Wel van toepassing	63%	percentage \geq 95%	61%	$80\% \leq$ percentage $<$ 95%	7%	$50\% \leq$ percentage $<$ 80%	13%	percentage $<$ 50%	19%		
N.v.t. (geen cliënten met Bopz-titel)	37%														
Wel van toepassing	63%														
percentage \geq 95%	61%														
$80\% \leq$ percentage $<$ 95%	7%														
$50\% \leq$ percentage $<$ 80%	13%														
percentage $<$ 50%	19%														
50	<i>Zijn de huisregels van iedere locatie vastgesteld in de lokale cliëntenraad?</i>														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Ja</td> <td style="text-align: right;">35%</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td style="text-align: right;">65%</td> </tr> </table>	Ja	35%	Nee	65%										
Ja	35%														
Nee	65%														
51	<i>Welke van de onderstaande werkzaamheden worden aantoonbaar door de commissie Middelen en Maatregelen verricht? (meer dan één antwoord mogelijk)</i>														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">N.v.t. (er is geen commissie M&M o.i.d.)</td> <td style="text-align: right;">15%</td> </tr> <tr> <td>Wel van toepassing:</td> <td style="text-align: right;">85%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">a. Individuele toetsingen</td> <td style="text-align: right;">81%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">b. Regelmatig evalueren van Bopz-nota en Bopz-protocollen</td> <td style="text-align: right;">91%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">c. Adviezen aan locaties waar vrijheidsbeperking wordt toegepast</td> <td style="text-align: right;">94%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">d. Adviezen aan de Raad van Bestuur</td> <td style="text-align: right;">70%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">e. Adviezen aan de Bopz-arts/geneesheer-directeur</td> <td style="text-align: right;">71%</td> </tr> </table>	N.v.t. (er is geen commissie M&M o.i.d.)	15%	Wel van toepassing:	85%	a. Individuele toetsingen	81%	b. Regelmatig evalueren van Bopz-nota en Bopz-protocollen	91%	c. Adviezen aan locaties waar vrijheidsbeperking wordt toegepast	94%	d. Adviezen aan de Raad van Bestuur	70%	e. Adviezen aan de Bopz-arts/geneesheer-directeur	71%
N.v.t. (er is geen commissie M&M o.i.d.)	15%														
Wel van toepassing:	85%														
a. Individuele toetsingen	81%														
b. Regelmatig evalueren van Bopz-nota en Bopz-protocollen	91%														
c. Adviezen aan locaties waar vrijheidsbeperking wordt toegepast	94%														
d. Adviezen aan de Raad van Bestuur	70%														
e. Adviezen aan de Bopz-arts/geneesheer-directeur	71%														
52	<i>Met welke regelmaat worden vrijheidsbeperkende maatregelen van individuele cliënten geëvalueerd?</i>														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">N.v.t. (geen vrijheidsbeperkende maatregelen)</td> <td style="text-align: right;">18%</td> </tr> <tr> <td>Wel van toepassing:</td> <td style="text-align: right;">82%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Gekoppeld a.d. evaluatie v.h. ondersteuningsplan</td> <td style="text-align: right;">67%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Standaard elk half jaar</td> <td style="text-align: right;">9%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Standaard elke drie maanden</td> <td style="text-align: right;">24%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Nooit</td> <td style="text-align: right;">1%</td> </tr> </table>	N.v.t. (geen vrijheidsbeperkende maatregelen)	18%	Wel van toepassing:	82%	- Gekoppeld a.d. evaluatie v.h. ondersteuningsplan	67%	- Standaard elk half jaar	9%	- Standaard elke drie maanden	24%	- Nooit	1%		
N.v.t. (geen vrijheidsbeperkende maatregelen)	18%														
Wel van toepassing:	82%														
- Gekoppeld a.d. evaluatie v.h. ondersteuningsplan	67%														
- Standaard elk half jaar	9%														
- Standaard elke drie maanden	24%														
- Nooit	1%														

BIJLAGE 3 Lijst van afkortingen

AVG	Arts voor Verstandelijk Gehandicapten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bopz (Wet)	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
CCE	Centra voor Consultatie en Expertise
Commissie M&M	Commissie Middelen en Maatregelen
FOBO	Fouten en bijna ongelukken
FU	Follow-up
FvO	Federatie van Ouderverenigingen
GT	Gefaseerd toezicht
GZ	Verstandelijk Gehandicaptenzorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IDQOL	Intellectual Disability Quality Of Life
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MIP/FOBO	Melding incidenten Patiënten/ Fouten, Bijna-ongevallen en Ongevallen
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZA	Nederlandse Zorg Autoriteit
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VOGG	Algemene vereniging van ouders en verwanten van mensen met een verstandelijke handicap
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIP	Zelfevaluatie-instrument Individuele Zorgplannen