

## **Verbeterkracht gehandicaptenzorg in beeld**

Eindrapport van de follow-up van het geïntensiveerde toezicht  
in de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking

Den Haag, januari 2009



Aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Hierbij ontvangt u het eindrapport van de follow-upbezoeken van het geïntensiveerde toezicht in de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Dit intensieve toezicht vond plaats in 2006 en 2007 (zie rapport 'Kwaliteit gehandicaptenzorg onder druk', november 2007). De follow-upbezoeken zijn in 2008 afgelegd. Alle organisatorische eenheden die toen op één of meer risicoaspecten een matig tot hoog risico scoorden (score 3) of een hoog tot zeer hoog risico (score 4), hebben verbeterplannen moeten maken voor de betreffende risicoaspecten. Na een jaar zijn deze organisatorische eenheden opnieuw bezocht en is beoordeeld of de plannen van aanpak daadwerkelijk tot verbeteringen hebben geleid in het dagelijkse werk. Dit rapport bevat een totaalbeeld van de verbeterkracht van de bezochte organisatorische eenheden en van mogelijke succes- en faalfactoren.

Uit de follow-upbezoeken blijkt dat er veel verbeterd is. De oorspronkelijk 251 risicoaspecten met een score 3 of 4 uit 2007 zijn in 2008 teruggebracht tot 79: een verbetering van bijna 70 procent. Voor de risicoaspecten met een oorspronkelijke score 4 is de verbeterkracht zelfs groter: van de 51 scores 4 in 2007 bleven er na de follow-upbezoeken nog 4 over: een verbetering van ruim 90 procent.

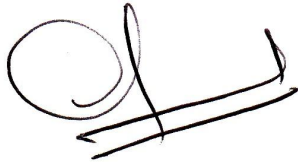
Van de oorspronkelijk 72 organisatorische eenheden die verbeterplannen moesten maken voor één of meerdere risicoaspecten, slaagden er 42 in op alle risicoaspecten een lage score (1 of 2) te realiseren; dat is een verbetering met 60 procent. Er bleven dus na de follow-upbezoeken nog 30 eenheden over bij wie de scores 3 en/of 4 nog onvoldoende verbeterden. Het aantal te verbeteren risicoaspecten per organisatorische eenheid is echter sterk verminderd. Bovendien blijkt uit de kwalitatieve analyse van rapporten dat er al veel verbeteringen in gang zijn gezet, maar nog onvoldoende geïmplementeerd zijn om zichtbaar te worden in de dagelijkse praktijk. Enig optimisme over een verdere voortgang in de verbeteringen is daarom gerechtvaardigd.

De inspectie blijft de voortgang volgen bij de 30 organisatorische eenheden die op een aantal risicoaspecten nog steeds onder de maat presteren. Na het follow-upbezoek kregen zij de gelegenheid om opnieuw verbeterplannen te maken en uit te voeren. Daarna volgt een extra inspectiebezoek. Met deze bezoekeronde is de inspectie nu bezig. Als blijkt dat nog steeds sprake is van aspecten met een hoog tot zeer hoog risico, waarbij de inspectie gegronde vermoedens heeft dat er ernstige risico's zijn voor de kwaliteit van de zorg en er onvoldoende vertrouwen is dat verbeteringen op korte termijn te realiseren zijn, zal de inspectie verscherpt toezicht instellen. Mocht dat vertrouwen er wel zijn, dan krijgt de betreffende organisatorische eenheid extra tijd om verbeteringen zichtbaar te maken in de dagelijkse praktijk. De inspectie hecht er aan om door middel van een bezoek te toetsen of de verbeterplannen tot de gewenste resultaten leiden. Pas nadat de te verbeteren risicoaspecten minimaal een score 2

(gering tot matig risico) hebben gehaald, zal het geïntensiveerde toezicht worden afgesloten en zullen de organisatorische eenheden weer meegaan in het reguliere toezicht.

De inspectie hoopt dat alle organisatorische eenheden aan het eind van 2009 hun kwaliteit op orde hebben.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a horizontal line and a small flourish at the end.

Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, januari 2009

## Samenvatting

In 2006 en 2007 heeft de inspectie het toezicht geïntensiveerd op de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Van de 612 organisatorische eenheden, behorende tot – toentertijd - 149 zorgaanbieders, werden er 96 bezocht. Als vervolg hierop stelde zij in oktober 2007 een handhavingsstrategie op. Alle bezochte organisatorische eenheden die op een of meer van de acht onderzochte risicoaspecten een matig tot hoog risico (score 3) of een hoog tot zeer hoog risico (score 4) hadden, moesten verbeterplannen maken voor deze risicoaspecten. Deze plannen van aanpak zijn in 2007 en 2008 door de inspectie beoordeeld.

Vervolgens kregen de betrokken zorgaanbieders ongeveer een jaar om de verbeteringen te implementeren. Na dit jaar ging de inspectie na of de verbeteringen voldoende hebben opgeleverd, dit wil zeggen of de betreffende organisatorische eenheden van de zorgaanbieder erin geslaagd waren de risicoaspecten terug te brengen tot minstens een aanvaardbaar gering tot matig risico (score 2) en wat het effect hiervan was in de dagelijkse zorg- en dienstverlening aan de cliënt. Een plan van aanpak is immers geen garantie voor daadwerkelijke verbeteringen in de dagelijkse zorg voor cliënten, vandaar deze follow-up. Een follow-up op de behaalde resultaten is van belang om zeker te stellen dat de plannen van aanpak daadwerkelijk tot zichtbare resultaten leiden in het dagelijkse werk en om daarmee te bevorderen dat de kwaliteit van het leven van de cliënten die 24-uurszorg nodig hebben, verantwoord is.

Met deze follow-up wilde de inspectie opnieuw de te verbeteren risicoaspecten beoordelen met hetzelfde instrumentarium en normering als in het eerste bezoek, door actief toezicht de organisatorische eenheden stimuleren de kwaliteit van de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking verder te verbeteren en tot slot op geaggregeerd niveau de resultaten analyseren en maatregelen formuleren voor zorgaanbieders, beroepsorganisaties en brancheorganisatie alsmede aanbevelingen voor cliëntorganisaties.

In dit rapport stonden derhalve twee vragen centraal. In hoeverre leidden de verbeterplannen die de organisatorische eenheden maakten op last van de inspectie, tot een verbetering van de desbetreffende risicoaspecten en daarmee van de kwaliteit van zorg? Welke succesfactoren en faalfactoren speelden hierbij een grote rol? Daarbij keek de inspectie ook naar de doorontwikkeling van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

De inspectie benadrukt om te beginnen dat haar bevindingen geen landelijk of gemiddeld beeld geven van de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Bovendien zijn de gesignaleerde succes- en faalfactoren niet per definitie relevant voor de organisatorische eenheden die al goed presteerden en presteren. Met andere woorden: zij geven niet noodzakelijkerwijs een branchebeeld. Dit rapport geeft wel een beeld van de verbeterkracht van de bezochte organisatorische eenheden en van mogelijke succes- en faalfactoren. Tot slot hecht de inspectie eraan op te merken dat het beeld dat zij in dit rapport schetst van een bezochte organisatorische eenheid, niet noodzakelijkerwijs representatief is voor de overige organisatorische eenheden van dezelfde zorgaanbieder.

De inspectie concludeert dat er ten opzichte van de eerste bezoeker in de follow-upronde veel verbeterd is. Nergens was sprake van een verslechtering van de beoordeelde, risicovolle risicoaspecten. Wat betreft het aantal nog te verbeteren

risicoaspecten was een grote vooruitgang te zien en wel van 251 naar 79 nog te verbeteren aspecten, ofwel een verbetering van bijna 70 procent. Het aantal risicoaspecten met een hoge tot zeer hoge score (score 4) daalde zelfs met 90 procent. Verder blijkt dat 42 van de 72 bezochte organisatorische eenheden er inmiddels in geslaagd zijn zichzelf voldoende te verbeteren, dus ongeveer 60 procent.

De verwachting is gerechtvaardigd dat de verbeteringen zullen doorgaan. Uit de kwalitatieve analyse van de rapporten bleek namelijk dat op minstens de helft van de niet-verbeterde risicoaspecten al wel verbeteringen zijn doorgevoerd, maar dat deze nog niet voldoende operationeel waren. De resultaten in het dagelijkse werk waren in die gevallen weliswaar nog niet zichtbaar of wisselend per locatie, maar werden wel beoordeeld als 'perspectief biedend'. Bovendien hoeven slechts twaalf organisatorische eenheden nog meer dan drie risicoaspecten te verbeteren.

Uit de kwalitatieve analyse concludeerde de inspectie het volgende.

- De vastgestelde verbeteringen hebben een positieve invloed op de missie van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.
- De verbeterde ondersteuningsplannen leggen een uitstekende basis voor effectmeting van de afspraken.
- Open communicatie blijft cruciaal.
- De continuïteit van zorg kan verder verbeteren.
- Investeren in deskundig personeel levert veel op.
- Er is nog meer aandacht nodig voor het gebruik van meldingen als kwaliteitsinstrument.
- Toezicht op terugdringen seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft resultaat.

Uit de kwalitatieve analyse bleek tot slot dat vastgesteld beleid vaak wisselend werd toegepast op de verschillende locaties.

De hierbij horende maatregelen bij deze kwalitatieve analyse zijn deels 'oud' en deels nieuw. U vindt deze in § 2.2.

Voor de handhaving gaat de inspectie als volgt te werk. De 30 organisatorische eenheden die na het follow-upbezoek nog op een of meer risicoaspecten een score 3 (matig tot hoog risico) of score 4 (hoog tot zeer hoog) scoorden, hebben extra tijd gekregen om opnieuw een plan van aanpak te maken en dit plan te implementeren. De inspectie zal deze organisatorische eenheden daarna nogmaals bezoeken (en is daar deels al mee begonnen). Wanneer uit deze extra inspectiebezoeken blijkt dat er nog steeds één of meer scores 3 of 4 zijn, kan er aanleiding zijn verscherpt toezicht in te stellen. De Raden van Bestuur van de betreffende zorgaanbieders zijn hierover inmiddels geïnformeerd.

Verder zal de inspectie in 2009 het reguliere toezicht verder uitwerken en het focus in het gefaseerd toezicht verleggen naar de zorg voor cliënten met een zintuiglijke beperking. Ook zal zij thematisch toezicht uitvoeren op specifieke aspecten en aandacht blijven schenken aan de implementatie van het veiligheidsbeleid. Meer informatie hierover vindt u in § 2.4.

# Inhoudsopgave

## Samenvatting 5

|          |   |
|----------|---|
| <b>1</b> | <b>Inleiding 9</b>  |
| <b>2</b> | <b>Conclusies, te treffen maatregelen en handhaving 14</b>                                |
| 2.1      | Scores op risicoaspecten met bijna 70 procent verbeterd 14                                |
| 2.2      | Conclusies uit kwalitatieve analyse en te treffen maatregelen 16                          |
| 2.2.1    | Verbeteringen raken het hart van de missie van het kwaliteitskader 16                     |
| 2.2.2    | Verbeterde ondersteuningsplannen leggen basis voor effectmeting afspraken 17              |
| 2.2.3    | Open communicatie blijft cruciaal 18  |
| 2.2.4    | Continuïteit van zorg kan verder verbeteren 18  |
| 2.2.5    | Investeren in deskundig personeel levert veel op 19                                       |
| 2.2.6    | Nog meer aandacht nodig voor het gebruik van meldingen als kwaliteitsinstrument 20        |
| 2.2.7    | Toezicht op terugdringen seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft resultaat 20           |
| 2.2.8    | Kwaliteitsverschillen tussen locaties aangetroffen 21                                     |
| 2.3      | Doorontwikkeling van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 21                             |
| 2.4      | Handhaving door de inspectie in 2009 22   |
| 2.4.1    | Extra inspectiebezoeken en mogelijk verscherpt toezicht 22                                |
| 2.4.2    | Verder uitwerken van het gefaseerd toezicht 22  |
| 2.4.3    | Focus regulier (gefaseerd) toezicht verschuift 23   |
| 2.4.4    | Aandachtspunten in het thematisch toezicht 23   |
| 2.4.5    | Blijvende aandacht voor implementatie veiligheidsbeleid van de sector 23                  |
| <b>3</b> | <b>Bevindingen follow-upbezoeken 24</b>   |
| 3.1      | Inleiding 24  |
| 3.2      | Totaaloverzichten risicoaspecten en organisatorische eenheden 24                          |
| 3.2.1    | Op risicoaspecten een verbetering van 251 naar 79 risicoaspecten 24                       |
| 3.2.2    | Van de 72 organisatorische eenheden hebben zich 40 verbeterd 26                           |
| 3.3      | Resultaten per risicoaspect 27  |
| 3.3.1    | Zelfbepaling en medezeggenschap: van 26 naar 7 nog te verbeteren risicoaspecten 27        |
| 3.3.2    | Individuele planning en ondersteuning: van 36 naar 13 nog te verbeteren risicoaspecten 28 |
| 3.3.3    | Individuele planning en dagbesteding: van 17 naar 8 nog te verbeteren risicoaspecten 30   |
| 3.3.4    | Deskundigheid van personeel: van 29 naar 6 nog te verbeteren risicoaspecten 30            |
| 3.3.5    | Diagnostiek en signalering: van 32 naar 7 nog te verbeteren risicoaspecten 32             |
| 3.3.6    | Veiligheid: van 36 naar 9 nog te verbeteren risicoaspecten 33                             |
| 3.3.7    | Continuïteit van zorg: van 42 naar 14 nog te verbeteren risicoaspecten 34                 |
| 3.3.8    | Vrijheidsbeperkende maatregelen: van 33 naar 15 nog te verbeteren risicoaspecten 36       |
| 3.4      | Verbeterkracht in organisatorische eenheden 39  |
| 3.4.1    | Inleiding 39  |

- 3.4.2 Verbeterkracht het grootst bij groep 1 met één of twee te verbeteren risicoaspecten 39
- 3.4.3 Verbeterkracht bevredigend in groep 2 met drie tot en met vijf te verbeteren risicoaspecten 39
- 3.4.4 Verbeterkracht in groep 3 met zes tot en met acht te verbeteren risicoaspecten zeer wisselend 40
- 3.4.5 Succes- en faalfactoren van verbeterkracht in beeld 41
- 3.5 Dwarsverbanden tussen een aantal risicoaspecten 43
  - 3.5.1 Duidelijke relatie tussen deskundigheid en diagnostiek/signalering 43
  - 3.5.2 Duidelijke relatie tussen deskundigheid van personeel en continuïteit van zorg 44
  - 3.5.3 Geen eenduidige relatie tussen deskundigheid en vrijheidsbeperkende maatregelen 45
  - 3.5.4 Onduidelijke relatie tussen continuïteit van zorg en een locatie in de Randstad 45
- 4 Summary 47**

## **Bijlagen**

- 1 Overzicht van de onderlinge zwaarte van de beoordeelde elementen per risicoaspect 50
- 2A Aandachtspunten voor gesprekken met cliënten en cliëntvertegenwoordigers 56
- 2B Aandachtspunten voor gesprekken met deskundigen en begeleiders/ondersteuners 59
- 3 Overzicht van de scores van de inspectiebezoeken aan de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking 66



# 1 Inleiding

## Achtergrond en aanleiding

In 2006 en 2007 heeft de inspectie het toezicht geïntensiveerd op de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking<sup>[1]</sup>. Dit geïntensiveerde toezicht was een van de maatregelen van de toenmalige staatssecretaris van VWS naar aanleiding van aanhoudende signalen over een tekortschietende kwaliteit van deze zorg. De inspectie bezocht daartoe een selectie van 96 organisatorische eenheden van 70 zorgaanbieders<sup>[2]</sup>.

Als vervolg hierop stelde zij in oktober 2007 een handhavingsstrategie op. Alle bezochte organisatorische eenheden die op een of meer van de acht onderzochte risicoaspecten een matig tot hoog risico (score 3) of een hoog tot zeer hoog risico (score 4) hadden, moesten verbeterplannen maken voor deze risicoaspecten. In vijftien van de 96 organisatorische eenheden was de zorg en dienstverlening dusdanig op orde dat ze geen plan van aanpak hoefden te maken, 40 moesten een plan van aanpak maken voor één of twee risicoaspecten, 32 voor drie tot zeven en negen organisatorische eenheden voor alle acht. Deze plannen van aanpak zijn in 2007 en 2008 door de inspectie beoordeeld.

Vervolgens kregen de betrokken zorgaanbieders gemiddeld circa een jaar de tijd om de verbeteringen te implementeren. Na dit jaar volgde een praktijktoets door de inspectie om na te gaan of de verbeteringen voldoende hebben opgeleverd, dit wil zeggen of de organisatorische eenheden erin geslaagd waren de risicoaspecten terug te brengen tot minstens een aanvaardbaar gering tot matig risico (score 2) en wat het effect hiervan was in de dagelijkse zorg- en dienstverlening aan de cliënt. Een plan van aanpak is immers geen garantie voor daadwerkelijke verbeteringen in de dagelijkse zorg voor cliënten, vandaar deze follow-up. De laatste follow-upbezoeken zijn gebracht in augustus 2008<sup>[3]</sup>. Dit rapport bevat de uitkomsten van deze follow-upronde.

## Belang

Een follow-up op de beoogde resultaten is van belang om zeker te stellen dat de plannen van aanpak daadwerkelijk tot zichtbare resultaten leiden in het dagelijkse werk en om daarmee te bevorderen dat de kwaliteit van het leven van de cliënten die 24-uurszorg nodig hebben, verantwoord is.

## Doelstelling

Met deze follow-up wilde de inspectie:

- Opnieuw de te verbeteren risicoaspecten beoordelen met hetzelfde instrumentarium en dezelfde normering als in het eerste bezoek.
- Door actief inspectietoezicht de organisatorische eenheden stimuleren de kwaliteit van de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking verder te verbeteren.

---

[1] De werkwijze en de resultaten van dit geïntensiveerde toezicht staan in het rapport 'Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk' (IGZ, november 2007).

[2] Een zorgaanbieder kan uit één of meerdere organisatorische eenheden bestaan. Een organisatorische eenheid kan uit meerdere locaties bestaan. Iedere locatie heeft een eigen adres. De zorgaanbieder is juridisch verantwoordelijk voor de geboden zorg- en dienstverlening.

[3] Er zat enige variatie in de tijd die lag tussen het inspectiebezoek en het follow-upbezoek. Soms was dat minder dan een jaar op verzoek van de organisatorische eenheid in kwestie. Soms was dat bijna 19 maanden als gevolg van personele bezetting, personeelwisselingen en verzoeken om uitstel van zowel de kant van de inspectie als de organisatorische eenheid.

- Op geaggregeerd niveau de resultaten analyseren en maatregelen formuleren voor zorgaanbieders, beroepsorganisaties en brancheorganisatie alsmede aanbevelingen voor cliëntorganisaties.

### Centrale vragen

- In hoeverre leidden de verbeterplannen die de organisatorische eenheden maakten op last van de inspectie, tot een verbetering van de desbetreffende risicoaspecten en daarmee van de kwaliteit van zorg- en dienstverlening? Dit vormde het cijfermatige deel van het onderzoek.
- Welke succesfactoren en faalfactoren speelden hierbij een grote rol? Dit vormde het kwalitatieve deel van het onderzoek. Daarbij keek de inspectie ook naar de verdere doorontwikkeling van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg<sup>[4]</sup>.

### Onderzoeksmethode

#### *Verantwoording aantallen geanalyseerde plannen van aanpak*

In totaal heeft de inspectie de gegevens van 72 follow-uprapporten geanalyseerd voor dit eindrapport. Van de 96 organisatorische eenheden hoefden er namelijk uiteindelijk zeventien<sup>[5]</sup> geen verbeterplan in te dienen, waardoor er 79 organisatorische eenheden waren die een verbeterplan moesten opstellen. Verder heeft de inspectie van vijf organisatorische eenheden geen separaat follow-uprapport opgemaakt, omdat het meer eenheden van één zorgaanbieder betrof. Tot slot kon zij twee rapporten niet meenemen in de analyse, omdat deze op het moment van de analyses (13 oktober 2008) nog in de conceptfase verkeerden.<sup>[6]</sup>

#### *Toetsingskader*

De beoordeling van de resultaten vond plaats met hetzelfde toetsingskader als gebruikt in de bezoeker van het geïntensiveerde toezicht om vergelijking van resultaten mogelijk te maken en is gebaseerd op hetzelfde risicoprofiel en dezelfde wetten en veldnormen<sup>[7]</sup>. Als belangrijkste risico wordt aangemerkt dat mensen met een handicap hun leven lang afhankelijk zijn van de steun van anderen. Die afhankelijkheid speelt door alle levensgebieden heen: zij 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, verkeerde interpretatie van hun signalen hun identiteit. Ze zijn bovendien kwetsbaar voor ontwrichtende invloeden in hun directe omgeving. Ook in hun toekomstperspectief zijn ze afhankelijk van anderen.

Ook nu onderscheidde de inspectie dus weer de volgende acht risicoaspecten:

- 1 Zelfbepaling en medezeggenschap.
- 2 Individuele planning en ondersteuning.
- 3 Individuele planning en dagbesteding.
- 4 Deskundigheid van personeel.
- 5 Diagnostiek en signalering.

[4] De missie van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg is: stimuleren van een optimale regie bij de cliënt en bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Met het daartoe ontwikkelde kwaliteitskader willen de betrokken partijen het kwaliteitsniveau van de geboden zorg verbeteren. Ook willen zij het kwaliteitsniveau van de zorg transparant maken voor zowel cliënten en de inspectie als de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg zelf.

[5] Achteraf zijn deze getallen licht bijgesteld.

[6] Deze rapporten zijn inmiddels vastgesteld en meegenomen in het overzicht in bijlage 3.

[7] Dit toetsingskader is beschikbaar via [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

- 6 Veiligheid.
- 7 Continuïteit van zorg.
- 8 Vrijheidsbeperkende maatregelen.

In aanvulling op het bovengenoemde toetsingskader uit wet- en regelgeving en veldnormen heeft de inspectie voor ieder risicoaspect een volgorde van belangrijkheid vastgesteld om de verschillende elementen van het risicoaspect onderling te kunnen wegen (zie bijlage 1). Daarbij beoordeelde zij naast relevante kwaliteitsprocessen tevens de uitkomsten van de geboden zorg in termen van waardering van de geleverde zorg door cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers.

#### *Gang van zaken tijdens en na bezoeken*

Tijdens het bezoek zijn gesprekken gevoerd met cliënten, cliëntvertegenwoordigers, begeleiders, deskundigen en management van de organisatorische eenheid. Hiertoe stelde de inspectie gesprekspunten vast per risicoaspect. In deze gesprekspunten zijn onderzoeksbevindingen, richtlijnen van het toetsingskader, kennis en ervaring van inspecteurs geïntegreerd teneinde voldoende relevante informatie te verzamelen om een beoordeling mogelijk te maken. In bijlage 2 vindt u de gesprekspunten per risicoaspect.

Naast de gesprekken is dossieronderzoek verricht als dit nodig was om de risicoaspecten te toetsen. Hiertoe is een dossierafvinklijst gemaakt en werd zo nodig aan de organisatorische eenheid gevraagd vijf ondersteuningsplannen zelf te evalueren met een gestandaardiseerd instrument: de Zelfevaluatie Individueel Plan (ZIP). Tenslotte maakte de inspecteur waar nodig gebruik van aandachtspunten voor een rondleiding. Op basis van de verzamelde informatie gaf de inspecteur een integraal oordeel voor het hele risicoaspect in een vierpuntsschaal<sup>[8]</sup>:

| <i>Score</i> | <i>Mate van risico van organisatorische eenheden</i> |
|--------------|--|
| Score 1      | Afwezig tot gering risico                            |
| Score 2      | Gering tot matig risico                              |
| Score 3      | Matig tot hoog risico                                |
| Score 4      | Hoog tot zeer hoog risico                            |

Van alle follow-up-toetsingen is vervolgens een rapport opgemaakt. Alle rapporten zijn meegelezen door een collega-inspecteur die niet betrokken was bij het bezoek, met als doel feedback te geven op interne consistentie en beoordeling. Het rapport werd eerst in concept naar de organisatorische eenheid gestuurd, waarna de zorgaanbieder de gelegenheid kreeg te reageren op feitelijke onjuistheden. Daarna werden de rapporten vastgesteld en actief openbaar gemaakt door plaatsing op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

#### *Data-analyse follow-upbezoeken*

De resultaten van de follow-upbezoeken zijn zowel kwantitatief als kwalitatief beoordeeld. In bijlage 3 vindt u een overzicht van de scores van het eerste bezoek in 2007 en het follow-upbezoek in 2008.

[8] De afwegingen van de betrokken inspecteur om tot een bepaalde beoordeling te komen, zijn toegelicht in het rapport van de betreffende organisatorische eenheid.

Via de *kwantitatieve* analyses beantwoordden we de volgende deelvragen:

- Hoe vaak verbeterden of verslechterden de acht onderscheiden risicoaspecten met één of twee schaalstappen dan wel bleven ze gelijk? Deze vraag wordt beantwoord in de paragrafen 3.2 (totaaloverzicht) en 3.3 (per risicoaspect).
- In hoeverre verbeterden de organisatorische eenheden zelf? Hiertoe werd een indeling gemaakt in drie groepen: op 1-2, 3-5 en 6-8 te verbeteren risicoaspecten. Het antwoord op deze vraag is te vinden in paragraaf 3.4.
- Is er een relatie tussen de deskundigheid van het personeel (4) en achtereenvolgens het toepassen van diagnostiek en tijdige signalering (5), de continuïteit van zorg (7) en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (8)?<sup>[9]</sup> Is er een relatie tussen continuïteit van zorg en locatie van de organisatorische eenheid in de Randstad of daarbuiten? U vindt de antwoorden op deze vragen in paragraaf 3.5.

Via de *kwalitatieve* analyses ontstond een beeld van:

- 1 De verbeterkracht van de diverse risicoaspecten (succesfactoren) en de belemmeringen hierin (faalfactoren)<sup>[10]</sup> (zie paragraaf 3.3).
- 2 De verbeterkracht van organisatorische eenheden (succesfactoren) en de belemmeringen hierin (faalfactoren) (zie paragraaf 3.4)
- 3 Verwachte dwarsverbanden tussen deskundigheid van personeel en achtereenvolgens: het toepassen van diagnostiek en tijdige signalering, continuïteit van zorg en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (zie paragraaf 3.5).

Bij deze kwalitatieve analyse ging de inspectie als volgt te werk:

|   | <i>Analyseaspect</i>   | <i>Werkwijze</i>  |
|---|--|---|
| 1 | Verbeterkracht risicoaspecten en belemmeringen daarin            | Om de succesfactoren beter in beeld te laten komen, zijn voor deze analyses rapporten geselecteerd van de organisatorische eenheden met een verbetering van twee schaalstappen op het risicoaspect in kwestie <sup>[11]</sup> . Om de faalfactoren beter in beeld te brengen, zijn voor deze analyses rapporten geselecteerd met een gelijk gebleven score op de risicoaspecten in kwestie. De geselecteerde rapporten zijn geanalyseerd op het desbetreffende risicoaspect en op wat daarover is gezegd in de algemene beschouwing.            |
| 2 | Verbeterkracht organisatorische eenheden en belemmeringen daarin | Om de succesfactoren in beeld te brengen, analyseerde de inspectie de algemene beschouwing van vijftien rapporten van eenheden die drie of meer risicoaspecten moesten verbeteren en erin geslaagd zijn alle of bijna al deze aspecten daadwerkelijk te verbeteren. Om de faalfactoren in beeld te brengen, analyseerde zij de algemene beschouwingen van zeven rapporten van eenheden die op geen enkel risicoaspect een verbetering bereikten. Twee daarvan moesten acht risicoaspecten verbeteren, een vijf, een vier, een drie en een twee. |
| 3 | Verwachte dwarsverbanden   | Deze analyse is uitgevoerd op de al geselecteerde rapporten voor de risicoaspecten 'continuïteit van zorg' en 'deskundigheid'. Deze rapporten zijn tevens beoordeeld op de risicoaspecten waarmee de inspectie een verband verwachtte.  |

[9] De inspectie onderzocht specifiek deze relaties op grond van de resultaten van de eerste inspectie-bezoeken in 2007.

[10] Hierbij bleef aspect 'individuele dagbesteding en planning' (3) buiten beschouwing, omdat de aantallen te gering waren om verantwoorde uitspraken te doen. Het risicoaspect 'diagnostiek en signalering' (5) is alleen meegenomen bij de dwarsverbanden.

[11] Verbeteringen van een score 4 naar een score 3 werden in deze werkwijze niet gedefinieerd als een verbetering omdat nog steeds verbeterplannen gemaakt moesten worden.

### *Extra inspectiebezoek*

Wanneer na het follow-upbezoek een of meer risicoaspecten nog steeds een score 3 of 4 vertoonden, volgt een extra inspectiebezoek. Zie verder paragraaf 2.4.

### **De resultaten na de follow-upbezoeken in perspectief**

Om de resultaten van deze follow-up in een juist perspectief te plaatsen, merkt de inspectie het volgende op.

Om te beginnen benadrukt zij dat de resultaten een beeld geven van de situatie ten tijde van het bezoek. In de periode waarin deze follow-up plaatsvond, is namelijk veel gebeurd in de gehandicaptenzorg. Zo zijn veel organisatorische eenheden in deze periode HKZ-gecertificeerd, zijn er grote vorderingen gemaakt met het kwaliteitskader gehandicaptenzorg en worden de implicaties van de invoering van de zorgwaartepakketten (ZZP's) steeds zichtbaarder.

Ten tweede benadrukt zij dat haar bevindingen geen landelijk of gemiddeld beeld geven van de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking: zij betreffen uitsluitend de relatieve verbeteringen in de bezochte organisatorische eenheden. Immers, het aantal te toetsen risicoaspecten per bezochte organisatorische eenheid verschilde omdat de inspectie uitsluitend de risicoaspecten heeft getoetst die zij bij haar eerste bezoek als verhoogd tot zeer hoog had beoordeeld.

Ten derde wil het feit dat de gesignaleerde succes- en faalfactoren relevant zijn voor de instellingen die iets te verbeteren hadden, niet automatisch zeggen dat deze factoren ook relevant zijn voor de organisatorische eenheden die al goed presteerden en presteren. Met andere woorden: zij geven niet noodzakelijkerwijs een branchebeeld. De focus in deze kwalitatieve analyse lag immers op het effect van de verbeterplannen als zodanig.

Tot slot hecht de inspectie eraan op te merken dat het beeld dat zij in dit rapport schetst van een bezochte organisatorische eenheid, niet noodzakelijkerwijs representatief is voor overige organisatorische eenheden van dezelfde zorgaanbieder.

## 2 Conclusies, te treffen maatregelen en handhaving

In paragraaf 2.1 wordt de vraag beantwoord in hoeverre de verbeterplannen leidden tot een verbetering van de risicoaspecten en daarmee van de kwaliteit van zorg. In paragraaf 2.2 geven we de conclusies uit de kwalitatieve analyse en de maatregelen. Een deel van deze conclusies en maatregelen betreft de verdere doorontwikkeling van het kwaliteitskader: deze komen aan de orde in paragraaf 2.3. Ondanks de verbeteringen blijven er na het follow-upbezoek organisatorische eenheden met één of meer risicovolle scores. Dit maakt een handhavingkader noodzakelijk, dat beschreven wordt in paragraaf 2.4.

### 2.1 Scores op risicoaspecten met bijna 70 procent verbeterd

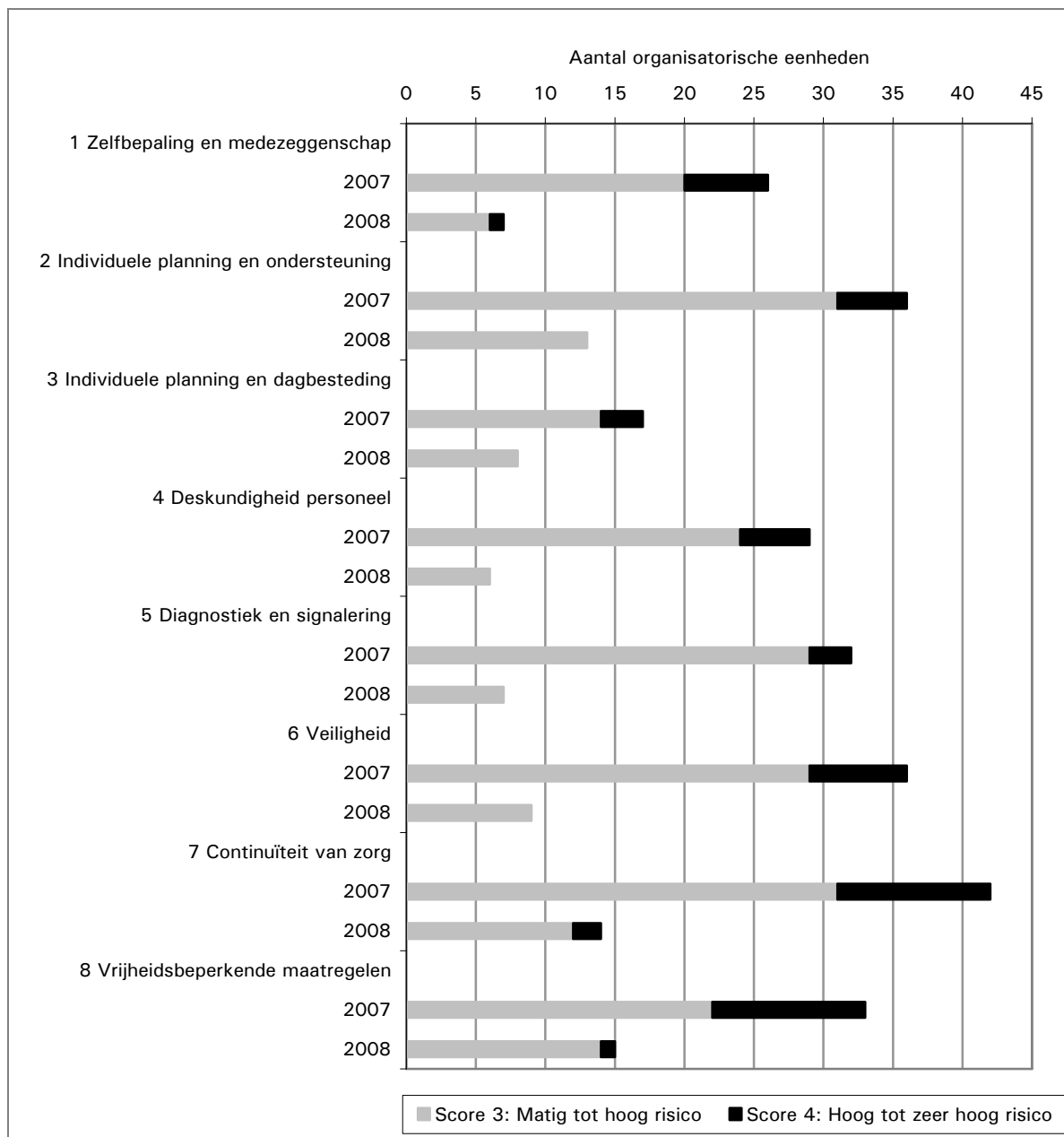
Ten opzichte van de eerste bezoekeronde in 2007 is er in de follow-upronde veel verbeterd. Nergens was sprake van een verslechtering van de beoordeelde, risicovolle risicoaspecten.

Wat betreft het aantal nog te verbeteren risicoaspecten was een grote vooruitgang te zien en wel van 251 naar 79 nog te verbeteren aspecten.

- De 51 scores 4 (hoog tot zeer hoog risico) na het eerste inspectiebezoek zijn na de follow-upronde teruggebracht tot vier scores 4: één keer op zelfbepaling, twee keer op continuïteit van zorg en één keer op vrijheidsbeperkende maatregelen. 25 keer werd de score 4 teruggebracht tot een score 3 en 22 keer tot een score 2.
- Van de 200 keer dat er na het eerste bezoek een score 3 (matig tot hoog risico) werd gegeven, bleven er na de follow-upronde nog 50 over: een kwart van het oorspronkelijke aantal. 128 keer ging de score van 3 naar 2 en 22 keer van 3 naar 1.

In figuur 1 ziet u alle beoordeelde risicoaspecten die na het eerste inspectiebezoek in 2007 een risicovolle score hadden van 3 (matig tot hoog risico) of 4 (hoog tot zeer hoog risico) met de verbeteringen over de acht risicoaspecten na het follow-upbezoek. Verdere totaaloverzichten zijn te vinden in paragraaf 3.2.

Figuur 1  
Vergelijking van de scores 3 en 4 van de bezoeken in 2007 en 2008 (n=251)



Opvallend is dat de meeste risico's na het follow-upbezoek nog steeds betrekking hebben op de risicoaspecten vrijheidsbeperkende maatregelen en continuïteit van zorg. Drie van de vier resterende scores 4 na de follow-upbezoeken zitten op deze risicoaspecten. Daarnaast scoort ook het risicoaspect zelfbepaling en medezeggenschap nog een enkele maal 4.

De grootste afname van risico's was te vinden bij de risicoaspecten deskundigheid van personeel en diagnostiek en signalering. De verbeteringen wat betreft de risicoaspecten individuele planning van de ondersteuning en zelfbepaling en medezeggenschap bleven daarbij achter. Dat is op zich niet zo verwonderlijk, omdat een effectieve uitvoering van verbeterde ondersteuningsplannen en een meer vraaggestuurde zorg- en dienstverlening alleen mogelijk zijn met deskundig personeel, een goede basis in diagnostiek en op de cliënt toegesneden signaleringsplannen.

42 van de 72 bezochte organisatorische eenheden zijn er inmiddels in geslaagd zichzelf voldoende te verbeteren, dus ongeveer 60 procent. De verwachting is gerechtvaardigd dat de verbeteringen zullen doorgaan. Uit de kwalitatieve analyse van de rapporten bleek namelijk dat op minstens de helft van de niet-verbeterde risicoaspecten al wel verbeteringen zijn doorgevoerd, maar dat deze nog niet voldoende operationeel waren. De resultaten in het dagelijkse werk waren in die gevallen weliswaar nog niet zichtbaar of wisselend per locatie, maar werden wel beoordeeld als 'perspectief biedend'. Bovendien hoeven slechts twaalf organisatorische eenheden nog meer dan drie risicoaspecten te verbeteren.

## 2.2 Conclusies uit kwalitatieve analyse en te treffen maatregelen

In deze paragraaf volgen de conclusies uit de kwalitatieve analyses van de follow-upbezoeken en de maatregelen die hierop zijn gebaseerd. Deels zijn dit nog dezelfde maatregelen als in het inspectierapport *Gehandicaptenzorg onder druk*. Enerzijds is immers nog circa eenderde deel van de risicoaspecten onvoldoende verbeterd en moest nog tweevijfde deel van de organisatorische eenheden opnieuw een plan van aanpak maken, ondanks de geleverde inspanningen. Anderzijds werpen de resultaten van deze follow-upbezoeken een nieuw licht op de destijds geformuleerde maatregelen. Daarnaast presenteren we nieuwe maatregelen. We benadrukken nogmaals dat de uitkomsten van de analyse van succes- en faalfactoren niet noodzakelijkerwijs een branchebeeld geven, aangezien de focus in deze analyse lag op het effect van de verbeterplannen bij de betreffende organisatorische als zodanig.

### 2.2.1 Verbeteringen raken het hart van de missie van het kwaliteitskader

De vastgestelde verbeteringen hebben een positieve invloed op de missie van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg: stimuleren van een optimale regie bij de cliënt en bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Met name de combinatie van sturing op meer vraaggericht werken en duidelijk daarop ingerichte werkprocessen bleek een krachtige verbeterimpuls. Zorgaanbieders kunnen vraaggestuurde zorg bevorderen door cliënten en cliëntvertegenwoordigers actief te faciliteren in hun betrokkenheid bij het maken en uitvoeren van ondersteuningsplannen, door een multidisciplinaire samenwerking in de zorg- en ondersteuning te bevorderen en door een 'ja-cultuur' binnen de organisatorische eenheid te helpen creëren. De verbeterde werkprocessen betreffen met name het opstellen en uitvoeren van ondersteuningsplannen waarin de cliënt met zijn/haar ondersteuningsvraag en netwerk centraal staat.

#### **Maatregelen voor zorgaanbieders in samenwerking met beroepsorganisaties**

- 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.
- Actief best practices beschrijven en delen van methodieken en managementstijlen die een cliëntgerichte organisatie van de zorg- en dienstverlening mogelijk maken.
- Blijven waarborgen dat ondersteuningsplannen altijd in samenspraak met de cliënt en zonodig met de cliëntvertegenwoordiger worden gemaakt en geëvalueerd.



### 2.2.2 Verbeterde ondersteuningsplannen leggen basis voor effectmeting afspraken

Rondom de cyclus van het werken met ondersteuningsplannen hebben de zorgaanbieders veel verbeteringen in gang gezet die leiden tot een duidelijker beeld van wat partijen van elkaar verwachten, hoe zij zaken met elkaar afstemmen en hoe de verantwoordelijkheden liggen. Daarnaast hebben zij ingezet op het SMART formuleren van doelen en stemmen zij de dagrapportages af op deze doelen. Gedragskundigen worden veel vaker structureel betrokken bij het maken, bespreken en evalueren van de ondersteuningsplannen.

Hiermee boekten zij goede resultaten. Binnen de zorgaanbieders realiseert men zich steeds meer hoe belangrijk multidisciplinair overleg is en hoe belangrijk het is daarin ook gebruik te maken van de expertise van pedagogische, medische, paramedische, verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen.

Met zulke verbeterde ondersteuningsplannen is het mogelijk als volgende stap de uitkomsten van de zorg- en dienstverlening voor de betrokken cliënt beter inzichtelijk te maken. Het gaat dan niet alleen om het nakomen van de afspraken, maar ook om de effecten hiervan op de kwaliteit van leven en de eigen regie van deze cliënt en om de haalbaarheid van de afspraken. Hierbij moet worden aangetekend dat het meten van uitkomsten van de zorg op basis van de afspraken in de ondersteuningsplannen nog verder ontwikkeld moet worden. Perspectiefbiedend is een onlangs vertaald en genormeerd instrument waarmee wordt gemeten wat het effect is van de verleende zorg- en dienstverlening op de domeinen van kwaliteit van leven.<sup>[12]</sup>

In de zorginhoudelijke vragenlijst van het kwaliteitskader vormen ondersteuningsplannen het belangrijkste anker om de uitkomsten van de zorg zichtbaar te maken. Het ligt dan ook voor de hand hieraan een betrouwbare en valide meting te koppelen van de uitkomsten van de zorg- en dienstverlening.

#### **Maatregelen voor zorgaanbieders in samenwerking met beroepsorganisaties**

- Blijven waarborgen dat ondersteuningsplannen worden beoordeeld op het maken van SMART geformuleerde, multidisciplinair gedragen afspraken en op de mate waarin deze afspraken worden nagekomen.
- Gevalideerde meetinstrumenten inzetten om de uitkomsten van de zorg- en dienstverlening op de kwaliteit van leven en de eigen regie van de cliënt te meten en deze koppelen aan de ondersteuningsplancyclus.

---

[12] Het gaat hierbij om: Loon, J. van; G. van Hove en C. Claes: POS: Persoonlijke Ondersteuningsuitkomstenschaal. Individuele kwaliteit van bestaan Scoreboek. Antwerpen-Apeldoorn: Garant, 2008.

### **Aanbevelingen voor cliëntorganisaties**

- Activiteiten ontwikkelen om bij te dragen aan het inzetten van meet-instrumenten die de uitkomsten van de zorg- en dienstverlening aan cliënten meten als onderdeel van de ondersteuningsplancyclus.
- Voortzetten van de activiteiten om de positie van de cliënt en de cliënt-vertegenwoordiger te verstevigen in de besprekingen over het ondersteuningsplan.

### **2.2.3 Open communicatie blijft cruciaal**

Dwars door alle risicoaspecten heen loopt de rode draad van het belang van een goede communicatie tussen management, medewerkers, cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Veel geanalyseerde belemmeringen waren te herleiden tot een slechte communicatie en een defensieve houding van met name het management.

Een open communicatie met cliënten en cliëntvertegenwoordigers blijkt onder meer uit een medezeggenschapsstructuur die volgens alle betrokkenen naar tevredenheid functioneert. Het gaat hierbij zowel om de formele medezeggenschapsorganen als om meer informele medezeggenschapsvormen, zoals huiskamergesprekken. Opvallend is dat in de geanalyseerde rapporten een dergelijke medezeggenschapsstructuur altijd samen bleek te gaan met een goede communicatie; het ging hierbij om zowel medezeggenschap van cliënten als van cliëntvertegenwoordigers.

Een open communicatie naar medewerkers betekent onder meer medewerkers actief betrekken bij vernieuwing van de zorg- en dienstverlening.

### **Maatregelen voor zorgaanbieders in samenwerking met beroepsorganisaties**

- Best practices delen van managementstijlen die zich kenmerken door een open communicatie.
- Best practices delen van succesvolle interventies om medezeggenschap van cliënten en cliëntvertegenwoordigers goed te laten functioneren.
- Entameren dat de tevredenheid en betrokkenheid van medewerkers bij de geboden zorg- en dienstverlening geregeld wordt gemeten.

### **2.2.4 Continuïteit van zorg kan verder verbeteren**

Hoewel het risicoaspect continuïteit van de zorg sterk is verbeterd, blijft een tekort aan goed geschoold personeel zichtbaar. Goed geschoold, vast personeel kan een te krappe personeelsbezetting tot op zekere hoogte opvangen; voorwaarde is dan wel de inzet van een pool van vaste medewerkers, in combinatie met een gestructureerde manier van werken en een structurele betrokkenheid van de gedragskundige. Daar waar de tekorten te groot en/of de randvoorwaarden onvoldoende zijn, leidt dit echter al snel tot problemen.

Uit de resultaten van de follow-upbezoeken bleek dat problemen in de personele bezetting vaak samengingen met organisatorische onrust en veel wisselingen in het management. Dit ging dan weer samen met een hoog ziekteverzuim en een groot personeelsverloop, zo blijkt uit de kwalitatieve analyse. Cijfers van ziekteverzuim en personeelsverloop blijken goede indicatoren voor een risicovolle continuïteit van zorg.

Het werven van nieuw personeel bleek moeizaam te gaan. Soms reageerde het management hierop door het tekort te overbruggen met vaste invallers in combinatie met het voortzetten van gerichte wervingsactiviteiten. Hier en daar noemde men expliciet dat samenwerking met regionale opleidingscentra (ROC) succesvol is. Soms wordt personeel aangenomen zonder de gewenste vooropleiding en wordt ingezet op een goede bijscholing 'on the job'.

Dat de Randstad grotere personeelstekorten heeft, kon niet worden aangetoond maar ook niet worden uitgesloten.

Tenslotte bleek ook dat het goed inwerken van nieuw personeel belangrijk is voor een succesvol resultaat van de wervingsactiviteiten.

#### **Maatregelen voor zorgaanbieders en brancheorganisatie**

- Blijven investeren in het werven van deskundig personeel en uitwisselen van 'best practices' rondom succesvolle wervingsactiviteiten.
- Blijven investeren in het aantrekkelijk houden van het werk voor het zittende personeel door gerichte bijscholing; het creëren van lerende organisaties.
- Ziekteverzuim en personeelsverloop op het niveau van locaties actief volgen als indicatoren voor onrust, tekortschietend management en tekortschietende continuïteit van de zorg- en dienstverlening.
- Voldoende aandacht schenken aan het inwerken en begeleiden van nieuw personeel.

#### **2.2.5 Investeren in deskundig personeel levert veel op**

Er is in het veld veel geïnvesteerd in het scholen van personeel. Dit bleek een goede investering. Deskundig personeel hangt samen met:

- Grote betrokkenheid bij en plezier in het werk.
- Het maken van en werken met goede ondersteuningsplannen.
- Tijdige signalering van veranderingen in het functioneren van cliënten.
- Een beperkt gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Het actief betrekken van multidisciplinaire expertise bij ondersteuningsplannen en zorginhoudelijke besprekingen.

Een proactief scholingsbeleid is een van de belangrijkste succesfactoren voor deskundig personeel en dan met name het actief inventariseren van de scholingsbehoefte tijdens zorginhoudelijke casuïstiekbesprekingen, waarbij het hele begeleidingsteam aanwezig is. Multidisciplinaire betrokkenheid bij dergelijke zorginhoudelijke besprekingen van met name de gedragskundige, maar ook van artsen en verpleegkundigen, maakt deze actieve inventarisatie mogelijk. Deze specialisten geven in vervolg daarop ook geregeld klinische

lessen. Dit resulteert in een doelgroepgerichte scholing, die is afgestemd op bestaande kennis en vaardigheden.

Daarnaast werd ook het actief inventariseren van de scholingsbehoefte van medewerkers tijdens individuele functioneringsgesprekken vaak genoemd als middel om de deskundigheid van het personeel te verbeteren.

#### **Maatregelen voor zorgaanbieders en beroepsgroepen**

- Proactief scholingsbeleid inrichten en uitvoeren.
- Structurele multidisciplinaire expertise waarborgen, zeker wanneer sprake is van personele tekorten en/of onvoldoende deskundig personeel.

#### **2.2.6 Nog meer aandacht nodig voor het gebruik van meldingen als kwaliteitsinstrument**

Veilig melden en het gebruik van meldingen als kwaliteitsinstrument kregen zowel tijdens de eerste bezoeken als tijdens de follow-upbezoeken extra aandacht van de inspectie. De follow-upbezoeken gaven verbetering te zien, maar er is nog steeds aanleiding voor het management om hier gericht aandacht aan te geven. Gebleken is dat het management niet altijd zicht had op het aantal meldingen dat werd afgehandeld binnen de diverse locaties van de organisatorische eenheden. Hierdoor ontbrak ook het zicht op de aard van deze meldingen en een eventuele analyse ervan. Daarnaast ziet het management van organisatorische eenheden bijna-fouten en bijna-ongevallen niet altijd als mogelijke kwaliteitsimpulsen.

#### **Maatregelen voor zorgaanbieders**

- Actief bevorderen van inrichten en uitvoeren van een veilig meldingenbeleid.
- Actief bevorderen van het gebruik van meldingen als kwaliteitsinstrument door een snelle en adequate terugkoppeling naar de melder, het registreren en analyseren van meldingen en op basis daarvan gerichte verbeteringen doorvoeren.

#### **2.2.7 Toezicht op terugdringen seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft resultaat**

In de inspectiebezoeken heeft de inspectie bij het risicoaspect veiligheid extra gelet op de preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag, zowel in de eerste bezoeken als in de follow-upbezoeken. Uit de kwalitatieve analyses bleek dat er inderdaad toenemende aandacht was voor en gericht beleid op dit onderwerp. Dit is een belangrijke aanwijzing dat gerichte campagnes in combinatie met gericht toezicht effectief zijn.

Het effect van de inspectiecampagnes voor de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen, voor het afbouwen van het gebruik van onrustbanden en voor het terugdringen van calamiteiten tijdens baden kon in deze follow-up nog niet worden meegenomen doordat deze pas in de loop van het follow-uptraject zijn ingezet.

### 2.2.8 Kwaliteitsverschillen tussen locaties aangetroffen

Uit de kwalitatieve analyse bleek dat vastgesteld beleid vaak wisselend werd toegepast op de verschillende locaties van bezochte organisatorische eenheden. Dit onderstreept nog eens de bevinding uit het rapport van de eerste bezoeken dat er kwaliteitsverschillen zijn tussen locaties van één organisatorische eenheid. Het blijft van belang dat het management voldoende zicht heeft op deze verschillen en gerichte sturingsinformatie verzamelt om zich hier een beeld van te vormen. Op basis hiervan kan het dan vervolgens gerichte verbeteringen doorvoeren. Hierbij is het van belang de nodige aandacht te schenken aan de implementatie van deze verbeteringen; dit proces wordt vaak onderschat. Dit vergt een verdere professionalisering van de implementatie. De hierboven beschreven conclusies en maatregelen kunnen hierbij behulpzaam zijn; dit betreft met name de aangetroffen verbeterkracht die uitgaat van een open en betrokken management in combinatie met inhoudelijke expertise, gericht op de behoeften van de cliëntengroep in kwestie.

#### Maatregelen voor zorgaanbieders

- Sturingsinformatie verzamelen op het niveau van locaties voor het tijdig signaleren van risicovolle situaties.
- Succesvolle implementatieprocessen beschrijven en met elkaar delen.

### 2.3 Doorontwikkeling van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg

Na een pilot met de zorginhoudelijke vragenlijst is het kwaliteitskader gehandicaptenzorg nu zover ontwikkeld dat het instrument in 2009 in delen van de gehandicaptenzorgsector in gebruik zal worden genomen. Met de resultaten van deze follow-up-bezoeken is het mogelijk bestaande indicatoren verder aan te scherpen. De volgende indicatoren uit de zorginhoudelijke vragenlijst en het nog te ontwikkelen meetinstrument dat cliëntervaringen gaat meten, blijken van belang:

- Het betrekken van cliënten en cliëntvertegenwoordigers bij het maken van en werken met ondersteuningsplannen als indicator voor het meten van vraaggestuurde zorg.
- Het inrichten en uitvoeren van een succesvolle medezeggenschap als indicator voor een open communicatie.
- Het meten van het nakomen van afspraken uit het ondersteuningsplan en het effect daarvan op de kwaliteit van leven en de eigen regie van de cliënt als indicator voor de kwaliteit van het werken met ondersteuningsplannen.
- Proactief scholingsbeleid als indicator voor deskundigheid van personeel.
- Multidisciplinaire betrokkenheid als indicator voor de kwaliteit van ondersteuningsplannen.
- Ziekteverzuim en personeelsverloop als indicator voor continuïteit van zorg en in afgeleide zin voor deskundigheid van personeel.
- Aantal meldingen van calamiteiten als indicator voor onveilige zorg en aantal meldingen van bijna-fouten en bijna-ongevallen als indicator voor een veilig-meldingenbeleid. Op dit moment zou voor dit laatste gelden: hoe meer meldingen, hoe beter.

Daarnaast bleek uit deze bezoeken dat de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening in verschillende locaties van een organisatorische eenheid en tussen organisatorische eenheden verschillend was (zie paragraaf 2.2.8). Dit onderstreept de noodzaak bij het meten van de uitkomsten van de zorg- en dienstverlening in de zorginhoudelijke vragenlijst rekening te houden met dit gegeven. Belangrijk is informatie te verzamelen op het niveau van de locaties zonder dat de anonimiteit en de betrouwbaarheid van de uitspraken in het geding komen.

Tot slot benadrukt de inspectie hoe belangrijk het blijft indicatieve uitkomsten – ingebed in de verantwoordingscyclus van het kwaliteitskader – voortdurend te volgen. Hoe belangrijk deze jaarlijkse verantwoording op basis van kwaliteitsindicatoren is, blijkt ook uit de incidentele observatie van de inspectie dat ook tijdens het follow-upbezoek niet-beoordeelde risicoaspecten risicovol bleken. Zoals in de onderzoeksmethode beschreven, richtte de follow-upronde zich op het toetsen van de plannen van aanpak zoals die gevraagd waren ter verbetering van risicovolle risicoaspecten tijdens het eerste bezoek. Dit impliceerde dat de inspectie risicoaspecten met een goede score tijdens dat eerste bezoek niet opnieuw beoordeelde.

## **2.4 Handhaving door de inspectie in 2009**

### **2.4.1 Extra inspectiebezoeken en mogelijk verscherpt toezicht**

Bij 30 van de 72 bezochte organisatorische eenheden waren na het follow-upbezoek nog een of meer risicoaspecten onvoldoende verbeterd: ongeveer tweevijfde deel. Deze organisatorische eenheden hebben extra tijd gekregen om opnieuw een plan van aanpak te maken en dit plan te implementeren. De inspectie zal deze organisatorische eenheden daarna nogmaals bezoeken in een extra inspectiebezoek. Zij is daar al mee begonnen, maar rapporteert hier in dit verslag nog niet over omdat deze bezoeken nog in volle gang zijn. Wel zijn de resultaten van de al vastgestelde rapporten opgenomen in bijlage 3. De Raden van Bestuur van de organisatorische eenheden die extra bezoeken nodig hebben, zijn er inmiddels van op de hoogte dat de mogelijkheid bestaat dat de inspectie hierna verscherpt toezicht kan instellen.

Wanneer uit deze extra inspectiebezoeken blijkt dat er nog steeds één of meer scores 3 of 4 zijn, waarbij de inspectie gegronde vermoedens heeft dat er ernstige risico's zijn voor de kwaliteit van de zorg en er onvoldoende vertrouwen is dat er op korte termijn verbetering optreedt, kan de inspectie verscherpt toezicht instellen. Of zij daadwerkelijk verscherpt toezicht zal instellen, hangt mede af van het vertrouwen dat er op korte termijn verbeteringen te verwachten zijn. In alle gevallen zal zij de ontwikkelingen volgen tot alle risicoaspecten zijn teruggebracht tot minstens een gering tot matig risico (score 2). Richtinggevend voor het beoordelen van deze verbeteringen blijft het inspectiebezoek naar de uitkomsten van het geïmplementeerde beleid in de dagelijkse praktijk.

### **2.4.2 Verder uitwerken van het gefaseerd toezicht**

In 2009 zal de inspectie een bijdrage blijven leveren aan zowel de implementatie en doorontwikkeling van de zorginhoudelijke vragenlijst van het kwaliteitskader als aan de ontwikkeling van het instrument om cliëntervaringen meetbaar te maken. De resultaten van deze meetinstrumenten zijn de belangrijkste informatiebron voor de eerste fase van het gefaseerd toezicht.

Daarnaast zal de inspectie beginnen een instrumentarium te ontwikkelen voor de tweede fase (waaronder de inspectiebezoeken) op basis van de domeinen en de indicatoren van het kwaliteitskader.

#### **2.4.3 Focus regulier (gefaseerd) toezicht verschuift**

Vanaf 2005 heeft de inspectie vooral het toezicht op de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking verder ontwikkeld. In deze sector zijn de risico's en de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de cliënt immers het grootst.

In 2009 verlegt de inspectie haar focus in het reguliere toezicht naar de zorg voor cliënten met een zintuiglijke beperking. Met een voorlopig tweedefase-instrument, gebaseerd op de domeinen van het kwaliteitskader, zal zij de zorg- en dienstverlening toetsen.

#### **2.4.4 Aandachtspunten in het thematisch toezicht**

Naast het gefaseerd toezicht voert de inspectie toezicht uit op basis van specifieke thema's. Voor 2009 zijn dit de volgende onderwerpen:

- De ambulante zorg aan mensen met een licht-verstandelijke beperking.
- Medicatieveiligheid.
- Preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- De zorg aan kinderen en jeugdigen met een licht-verstandelijke beperking.

#### **2.4.5 Blijvende aandacht voor implementatie veiligheidsbeleid van de sector**

In 2009 zullen de inspanningen van de inspectie voor het veiligheidsbeleid gericht zijn op:

- Het versterken van de implementatie van een beleid voor veilig melden.
- Preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten onderling en tussen cliënten en derden.
- Analyse van meldingen met speciale aandacht voor meldingen rondom bad-incidenten, verdrinking en verbranding.

## 3 Bevindingen follow-upbezoeken

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we onze bevindingen van de 72 follow-uprapporten die gemaakt zijn. We beginnen in paragraaf 3.2 met de totaalresultaten van de kwantitatieve en kwalitatieve analyse, zowel voor de risicoaspecten als voor de organisatorische eenheden. In paragraaf 3.3 volgt een overzicht per risicoaspect. Daarna volgt in paragraaf 3.4 een overzicht van de verbeteringen in organisatorische eenheden.

Tot slot komen in paragraaf 3.5 de dwarsverbanden tussen de risicoaspecten aan de orde.

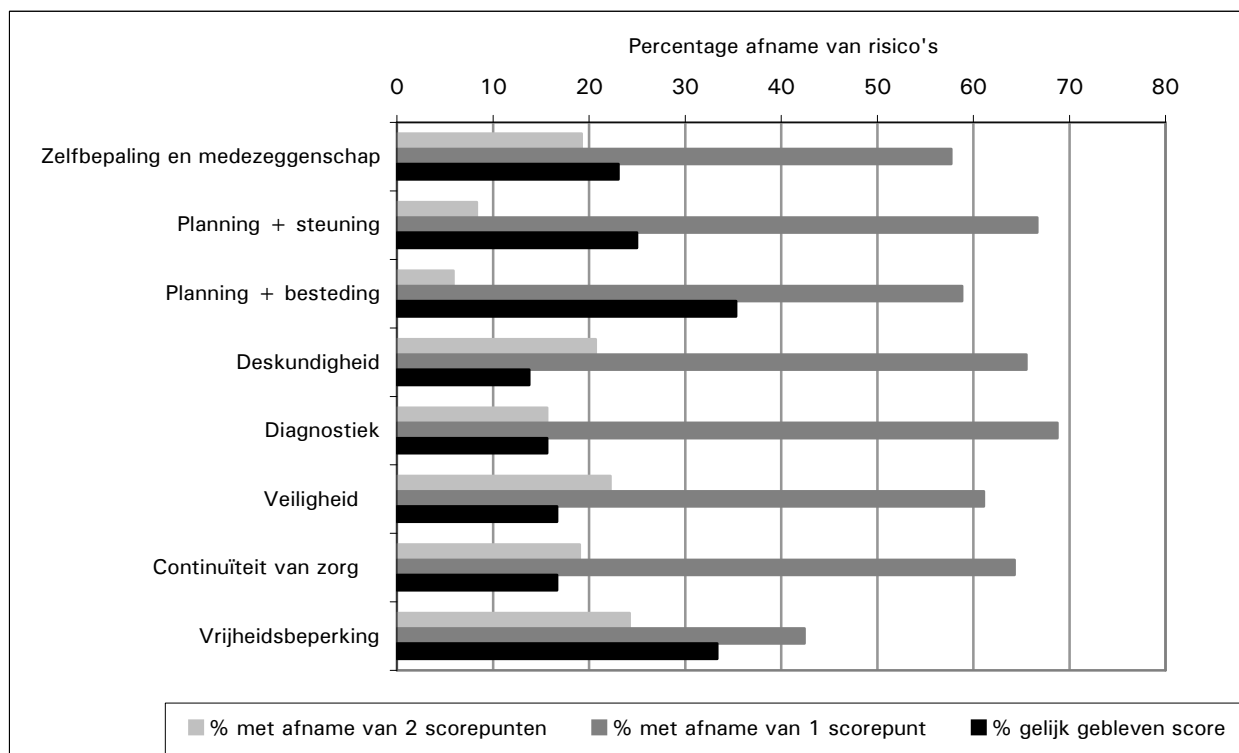
### 3.2 Totaaloverzichten risicoaspecten en organisatorische eenheden

#### 3.2.1 Op risicoaspecten een verbetering van 251 naar 79 risicoaspecten

Geen enkel risicoaspect verslechterde: overal was sprake van een verbetering met één of twee scorepunten of was de score gelijk gebleven aan de score tijdens het eerste inspectiebezoek. In figuur 2 ziet u een totaalbeeld van de verbeteringen over alle risicoaspecten. Per risicoaspect ziet u drie staven die samen telkens op 100 procent uitkomen. Deze percentages zijn berekend over de organisatorische eenheden die risicovol scoorden (score 3 of 4) op het risicoaspect in kwestie na het follow-upbezoek.

Figuur 2

#### Totaalbeeld van verbeteringen op risicoaspecten (n = 72)





Figuur 2 maakt duidelijk dat de risicoscore in de meeste gevallen afnam met één scorepunt. De afname met één scorepunt was voor alle risicoaspecten ongeveer gelijk met uitzondering van vrijheidsbeperkende maatregelen: die nam veel minder vaak af. Afname met twee scorepunten bleek minder makkelijk te verwezenlijken. Negatief eruit springende aspecten waren hier: individuele planning en ondersteuning (2) en individuele planning en dagbesteding (3). Het vaakst bleven de scores gelijk bij de risicoaspecten vrijheidsbeperkende maatregelen (8) en individuele planning en dagbesteding (3)<sup>[13]</sup>, gevolgd door de risicoaspecten individuele planning en ondersteuning (2) en zelfbepaling en medezeggenschap (1).

Omdat in figuur 2 niet inzichtelijk wordt of het aanvankelijk om een score 3 of een score 4 ging, laten we dit in tabel 1 zien.

Tabel 1

**Verbetering over de 251 risicoaspecten (risicoaspecten) over de 72 organisatorische eenheden na de follow-up (--- = niet van toepassing)**

|               | <i>Risicoaspect</i>                    | <i>Situatie oktober 2007</i> |                      |               | <i>Situatie na follow-up in oktober 2008</i> |                        |             |             |   |
|---------------|--|------------------------------|----------------------|---------------|--|------------------------|-------------|-------------|---|
|               |  | <i>N</i>                     | <i>Risico-aspect</i> | <i>Aantal</i> | <i>Nog 4</i>                                 | <i>Nu 3<br/>Nog 3</i>  | <i>Nu 2</i> | <i>Nu 1</i> | <i>Subtotaal nog<br/>te verbeteren<br/>risicoaspecten</i> |
| 1             | Zelfbepaling en medezeggenschap        | 26                           | was 4                | 6             | 1  | 1                      | 4           | ---         | 7   |
|               |  |                              | was 3                | 20            | ---  | 5                      | 14          | 1           |   |
| 2             | Individuele planning/<br>ondersteuning | 36                           | was 4                | 5             | 0  | 4                      | 1           | ---         | 13  |
|               |  |                              | was 3                | 31            | ---  | 9                      | 20          | 2           |   |
| 3             | Individuele planning/<br>dagbesteding  | 17                           | was 4                | 3             | 0  | 2                      | 1           | ---         | 8   |
|               |  |                              | was 3                | 14            | ---  | 6                      | 8           | 0           |   |
| 4             | Deskundigheid<br>personeel             | 29                           | was 4                | 5             | 0  | 2                      | 3           | ---         | 6   |
|               |  |                              | was 3                | 24            | ---  | 4                      | 17          | 3           |   |
| 5             | Diagnostiek en<br>signalering          | 32                           | was 4                | 3             | 0  | 2                      | 1           | ---         | 7   |
|               |  |                              | was 3                | 29            | ---  | 5                      | 20          | 4           |   |
| 6             | Veiligheid                             | 36                           | was 4                | 7             | 0  | 3                      | 4           | ---         | 9   |
|               |  |                              | was 3                | 29            | ---  | 6                      | 19          | 4           |   |
| 7             | Continuïteit van zorg                  | 42                           | was 4                | 11            | 2  | 7                      | 2           | ---         | 14  |
|               |  |                              | was 3                | 31            | ---  | 5                      | 20          | 6           |   |
| 8             | Vrijheidsbeperkende<br>maatregelen     | 33                           | was 4                | 11            | 1  | 4                      | 6           | ---         | 15  |
|               |  |                              | was 3                | 22            | ---  | 10                     | 10          | 2           |   |
| <b>Totaal</b> |  | <b>251</b>                   |                      |               | <b>4</b>                                     | <b>25</b><br><b>50</b> | <b>150</b>  | <b>22</b>   | <b>79</b>   |

Uit tabel 1 blijkt het volgende:

- 22 organisatorische eenheden gingen van een score 4 naar een score 2 en eveneens 22 van een score 3 naar een score 1.

[13] Bij dit risicoaspect moet een voorbehoud worden gemaakt vanwege de te kleine aantallen: bij dat aspect speelde de toevalsfactor een te grote rol.

- 50 organisatorische eenheden gingen op één risicoaspect van een score 4 naar een score 3 en 128 van een score 3 naar een score 2.
- 4 organisatorische eenheden behielden op één risicoaspect een score 4 en 25 op één risicoaspect een score 3.

Tot slot wordt uit tabel 1 duidelijk dat van de 251 te verbeteren risicoaspecten er nog 79 resteerden: deze scoorden nog steeds 4 (4) of 3 (75). Al met al is dus sprake van bijna 70 procent vooruitgang op te verbeteren risicoaspecten.

De top 3 van lastigst te verbeteren risicoaspecten wordt - absoluut én relatief – gevormd door individuele planning en ondersteuning (2), continuïteit van zorg (7) en vrijheidsbeperkende maatregelen (8), op de voet gevolgd door individuele planning en dagbesteding (3) en veiligheid (6). Beter verbeterbaar bleken zelfbepaling en medezeggenschap (1), deskundigheid van personeel (4) en diagnostiek en signalering (5).

### 3.2.2 Van de 72 organisatorische eenheden hebben zich 40 verbeterd

Al met al slaagden 40 van de 72 organisatorische eenheden er na de follow-up-bezoeken in op alle risicoaspecten een score 2 of 1 te realiseren. 30 eenheden moeten nog verdere verbeteringen doorvoeren, waarvan 4 organisatorische eenheden met een of twee scores 4.

In tabel 2 ziet u het aantal daadwerkelijk verbeterde risicoaspecten van de organisatorische eenheden.

Tabel 2  
Aantal organisatorische eenheden en aantal verbeterde risicoaspecten per te verbeteren aspect (n = 72)

| Aantal te verbeteren risicoaspecten | N         | Aantal organisatorische eenheden (horizontaal) en aantal daadwerkelijk verbeterde risicoaspecten (verticaal) |           |           |          |          |          |          |          |          |  |
|-------------------------------------|-----------|--|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
|                                     |           | 0  | 1         | 2         | 3        | 4        | 5        | 6        | 7        | 8        |  |
| 1 risicoaspect                      | 16        | 1  | 15        |           |          |          |          |          |          |          |  |
| 2 risicoaspecten                    | 23        | 2  | 5         | 16        |          |          |          |          |          |          |  |
| 3 risicoaspecten                    | 4         | 0  | 0         | 0         | 4        |          |          |          |          |          |  |
| 4 risicoaspecten                    | 6         | 2  | 1         | 0         | 0        | 3        |          |          |          |          |  |
| 5 risicoaspecten                    | 5         | 0  | 0         | 0         | 0        | 2        | 3        |          |          |          |  |
| 6 risicoaspecten                    | 7         | 0  | 0         | 2         | 1        | 0        | 2        | 2        |          |          |  |
| 7 risicoaspecten                    | 2         | 0  | 1         | 1         | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |          |  |
| 8 risicoaspecten                    | 9         | 1  | 0         | 0         | 1        | 2        | 2        | 2        | 1        | 0        |  |
| <b>Subtotalen</b>                   | <b>72</b> | <b>6</b>   | <b>22</b> | <b>19</b> | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>7</b> | <b>4</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |  |

Uit tabel 2 blijkt dat de meeste organisatorische eenheden erin slaagden zich op één of twee risicoaspecten te verbeteren; niet een is slechter gaan presteren.

### 3.3 Resultaten per risicoaspect

Hieronder vindt u de resultaten per risicoaspect. Iedere paragraaf start met de omschrijving van het risicoaspect. Daarna volgen de resultaten na de follow-up; ook de resultaten van de kwalitatieve analyse worden hierin meegenomen. Op basis daarvan wordt duidelijk waardoor het ene aspect kennelijk weerbarstiger te veranderen is dan het andere.

#### 3.3.1 Zelfbepaling en medezeggenschap: van 26 naar 7 nog te verbeteren risicoaspecten

##### *Omschrijving*

Zelfbepaling betekent dat mensen met een verstandelijke beperking het recht hebben eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op hun eigen persoonlijke wijze, binnen de grenzen van wat maatschappelijk aanvaardbaar is. Dat betekent onder andere dat cliënten moeten kunnen leren ervaring op te doen met keuzemomenten: dat zij 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 zorgaanbieder) en collectief invloed kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten.

##### *Getalsmatige resultaten na de follow-up*

Tabel 3 geeft de resultaten weer.

| Tabel 3  |        |                                       |               |      |      |                                     |
|--|--------|---------------------------------------|---------------|------|------|-------------------------------------|
| Verbetering van risicoaspect 1: zelfbepaling en medezeggenschap (n = 26) |        |                                       |               |      |      |                                     |
| September 2007   |        | Situatie na follow-up in oktober 2008 |               |      |      |                                     |
| Risicoaspect   | Aantal | Nog 4                                 | Nu 3<br>Nog 3 | Nu 2 | Nu 1 | Nog te verbeteren<br>risicoaspecten |
| was 4  | 6      | 1                                     | 1             | 4    | --   | 7                                   |
| was 3  | 20     | --                                    | 5             | 14   | 1    |                                     |

##### *Resultaten kwalitatieve analyse*

In de analyse zijn de verslagen geanalyseerd van de rapporten van vijf organisatorische eenheden met een verbetering van twee scorepunten en zes organisatorische eenheden met een gelijk gebleven score.

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde succesfactoren</i>  |
|-------------------------|---|
| 5                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– De communicatie met het management.</li> <li>– Het informeren van, betrekken van en afstemmen met cliënten en cliëntvertegenwoordigers bij zowel het ondersteuningsplan als (4x) de medezeggenschap.</li> </ul>  |
| 4                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Een verandering in visie en organisatie naar vraaggestuurd werken.</li> <li>– Betere afstemming van de doelen op de wensen van cliënten.</li> <li>– De inzet van een cliëntondersteuner bij de medezeggenschap.</li> <li>– Het creëren van meer keuzemogelijkheden voor cliënten.</li> </ul> |

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde faalfactoren</i>  |
|-------------------------|---|
| 5                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gebrekkige communicatie; dit betrof zowel de relatie tussen management en medewerkers als tussen medewerkers, cliënten en cliëntvertegenwoordigers.</li> <li>– Grote organisatorische onrust; dit betrof zowel interne reorganisaties als fusies.</li> </ul> |
| 4                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– De combinatie van een slecht functionerende cliëntvertegenwoordiging en slecht functionerende communicatie, uitwisseling van informatie, betrokkenheid van en afstemming tussen management, medewerkers, cliënten en cliëntvertegenwoordiging.</li> </ul>    |
| 2                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verschil in opvatting over zelfbepaling en medezeggenschap.</li> </ul>   |

### 3.3.2 Individuele planning en ondersteuning: van 36 naar 13 nog te verbeteren risicoaspecten

#### *Omschrijving*

Individuele planning en ondersteuning worden zichtbaar in het maken van en werken met ondersteuningsplannen. Bij dit risicoaspect keek de inspectie naar:

- Het maken, evalueren en uitvoeren van ondersteuningsplannen.
- Het werken met ondersteuningsplannen in de dagelijkse praktijk.
- Het toetsen van de kwaliteit van de ondersteuningsplannen<sup>[14]</sup>.

[14] Door de gevolgde indeling in risicoaspecten vallen niet alle onderzochte elementen van ondersteuningsplannen onder dit risicoaspect. Bevindingen over andere belangrijke elementen van ondersteuningsplannen zijn opgenomen bij achtereenvolgens:

- *Zelfbepaling* (1): wensen en inbreng van cliënten en hun vertegenwoordigers zijn terug te vinden in ondersteuningsplannen. De ondersteuningsplannen zijn toegankelijk voor cliënten en hebben een respectvolle schrijfstijl.
- *Deskundigheid* (4): ondersteuningsplannen zijn multidisciplinair tot stand gekomen en worden multidisciplinair geëvalueerd.
- *Diagnostiek en signalering* (5): 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.

*Getalsmatige resultaten na de follow-up*

Tabel 4 geeft de resultaten weer.

| Tabel 4<br>Verbetering van risicoaspect 2: individuele planning en ondersteuning (n = 36) |        |                                       |               |      |      |                                     |
|---|--------|---------------------------------------|---------------|------|------|-------------------------------------|
| September 2007  |        | Situatie na follow-up in oktober 2008 |               |      |      |                                     |
| Risicoaspect  | Aantal | Nog 4                                 | Nu 3<br>Nog 3 | Nu 2 | Nu 1 | Nog te verbeteren<br>risicoaspecten |
| was 4   | 5      | 0                                     | 4             | 1    | --   | 13                                  |
| was 3   | 31     | --                                    | 9             | 20   | 2    |                                     |

*Resultaten kwalitatieve analyse*

In de analyse zijn de verslagen geanalyseerd van de rapporten van de drie eenheden met een verbetering van twee scorepunten en de negen met een gelijk gebleven score.

| Aantal x genoemd | Genoemde succesfactoren  |
|------------------|--|
| 3                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Geactualiseerd ondersteuningsplan voor (bijna) alle cliënten.</li> <li>– Geborgde planning van de evaluatie.</li> <li>– Gewaarborgde multidisciplinaire inbreng.</li> <li>– SMART omschreven doelen.</li> </ul> |

| Aantal x genoemd | Genoemde faalfactoren  |
|------------------|--|
| 7                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Onduidelijke zorgplansystematiek of onvoldoende geïmplementeerde en geborgde zorgplansystematiek.</li> <li>– Ontbreken van evaluatiedata.</li> <li>– Geen planning van evaluatiemomenten.</li> </ul>  |
| 6                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Onvoldoende of sterk wisselende kwaliteit van de plannen.</li> <li>– Onvoldoende of sterk wisselende kwaliteit van de multidisciplinaire inbedding van plannen: onduidelijke toedeling van verantwoordelijkheden, niet-zichtbare gedragskundige inbreng of inbreng met een sterk ad-hockarakter.</li> </ul> |
| 5                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Geen rapportage op doelen in combinatie met onvoldoende SMART geformuleerde doelen.</li> </ul>  |

- 
- *Vrijheidsbeperkende maatregelen* (8): indien sprake is van het toepassen van middelen en maatregelen dan is dit duidelijk aangegeven in het ondersteuningsplan en worden ze geregeld geëvalueerd in het licht van zoeken naar alternatieven.

### 3.3.3 Individuele planning en dagbesteding: van 17 naar 8 nog te verbeteren risicoaspecten

#### Omschrijving

Net als bij het vorige risicoaspect wordt de individuele planning van de dagbesteding zichtbaar in het maken van en werken met activiteitenplannen<sup>[15]</sup>.

#### Getalsmatige resultaten na de follow-up

In tabel 5 worden de resultaten in beeld gebracht.

| September 2007 |        | Situatie na follow-up in oktober 2008 |               |      |      |                                     |
|----------------|--------|---------------------------------------|---------------|------|------|-------------------------------------|
| Risicoaspect   | Aantal | Nog 4                                 | Nu 3<br>Nog 3 | Nu 2 | Nu 1 | Nog te verbeteren<br>risicoaspecten |
| was 4          | 3      | 0                                     | 2             | 1    | --   |                                     |
| was 3          | 14     | --                                    | 6             | 8    | 0    | 8                                   |

Doordat er relatief weinig organisatorische eenheden waren die zich op dit risicoaspect moesten verbeteren, kan hier de toevalsfactor een grotere rol spelen dan bij de overige aspecten. Om die reden heeft de inspectie afgezien van een kwalitatieve analyse op dit aspect. Relatiefgezien blijkt dit in ieder geval een lastig te verbeteren risicoaspect.

### 3.3.4 Deskundigheid van personeel: van 29 naar 6 nog te verbeteren risicoaspecten

#### Omschrijving

Deskundig personeel is in staat de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de gestelde functie-eisen en 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. Ook moet de organisatie ervoor zorgen dat duidelijk is welke eisen zij stelt aan het handelen van medewerkers, dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn en blijven, zowel qua opleiding, scholing en ervaring, als qua attitude en bejegening, en dat zij toetst of de medewerkers handelen volgens de richtlijnen/afspraken.

#### Getalsmatige resultaten na de follow-up

In tabel 6 staan de resultaten weergegeven.

[15] 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).

Tabel 6  
Verbetering van risicoaspect 4: deskundigheid van personeel (n = 29)

| <i>September 2007</i> |               | <i>Situatie na follow-up in oktober 2008</i> |                             |             |             |   |
|-----------------------|---------------|--|-----------------------------|-------------|-------------|---|
| <i>Risicoaspect</i>   | <i>Aantal</i> | <i>Nog 4</i>                                 | <i>Nu 3</i><br><i>Nog 3</i> | <i>Nu 2</i> | <i>Nu 1</i> | <i>Nog te verbeteren</i><br><i>risicoaspecten</i> |
| was 4                 | 5             | 0  | 2                           | 3           | --          | 6   |
| was 3                 | 24            | --   | 4                           | 17          | 3           |   |

#### *Resultaten kwalitatieve analyse*

In de analyse zijn de zes verslagen geanalyseerd van de organisatorische eenheden met een verbetering van twee scorepunten en de vier met een gelijk gebleven score.

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde succesfactoren</i>  |
|-------------------------|---|
| 6                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Scholing van zittend en nieuw personeel: een goed instrument om de deskundigheid en daarmee het werkplezier te vergroten.</li> <li>– Proactieve en structurele aandacht voor scholing.</li> <li>– Goede variatie van teamgerichte en individuele scholing.</li> </ul>  |
| 5                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Op de doelgroep afgestemde scholingsbehoefte door actieve inventarisatie van de scholingsbehoefte tijdens teambesprekingen aan de hand van casuïstiekbesprekingen.</li> <li>– Verhoogde deskundigheid in het dagelijks handelen doordat de bewoners tijdens het inhoudelijk teamoverleg werden besproken met de gedragskundige en de manager.</li> </ul> |
| 4                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Een goed inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers met coaching door ervaren medewerkers.</li> <li>– Versterking van de rol van inhoudelijk deskundigen in de deskundigheidsbevordering, met name de gedragskundige maar ook de arts of praktijkverpleegkundige.</li> </ul>  |
| 3                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Proactieve inventarisatie van scholingsbehoeften tijdens individuele functioneringsgesprekken.</li> <li>– Betere gerichtheid van de selectie van nieuwe medewerkers op het vereiste opleidingsniveau.</li> </ul>   |

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde faalfactoren</i>  |
|-------------------------|---|
| 4                       | – Het gegeven dat de positieve ontwikkelingen op het gebied van scholing (nog) niet leidden tot zichtbare resultaten of tot ander gedrag van medewerkers.   |
| 3                       | – Ontbreken van vereiste deskundigheid of minder deskundigheid dan noodzakelijk.  |
| 2                       | – Niet goed inwerken nieuwe medewerkers.<br>– Scholingsbehoefte wel inventariseren maar daar vervolgens niets mee doen.<br>– Gebrekkige multidisciplinaire expertise door ontbreken van inzet/betrokkenheid van gedragskundige of onduidelijke invulling van zijn/haar rol. |
| 1                       | – Onvoldoende zichtbare effecten scholing in sommige locaties.<br>– Onvoldoende inzet van arts en/of gespecialiseerde verpleegkundige.  |

### 3.3.5 Diagnostiek en signalering: van 32 naar 7 nog te verbeteren risicoaspecten

#### *Omschrijving*

Diagnostiek heeft tot doel de achterliggende problematiek van de cliënt op de genoemde functiegebieden zichtbaar te maken. Op basis hiervan ontstaat een beeld van cliënten en hun manier van reageren. Signalering heeft tot doel tijdig afwijkingen te signaleren van dit basisbeeld en daar op een professionele wijze op te anticiperen. De organisatie draagt er dan ook zorg voor dat medewerkers signalen en behoeften van individuele cliënten tijdig en juist interpreteren en hier op een professionele wijze mee omgaan, in ieder geval waar het gaat om het sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren van de cliënten.

Gaat het om specifieke doelgroepen, dan heeft de organisatie in beeld welke aan deze doelgroepen gerelateerde signalen en behoeften de medewerkers kunnen verwachten.

#### *Getalsmatige resultaten na de follow-up*

Tabel 7 brengt de resultaten in beeld.

| <b>Tabel 7</b>        |               | <b>Verbetering van risicoaspect 5: diagnostiek en signalering (n = 32)</b> |                             |             |             |   |
|-----------------------|---------------|--|-----------------------------|-------------|-------------|---|
| <i>September 2007</i> |               | <i>Situatie na follow-up in oktober 2008</i>                               |                             |             |             |   |
| <i>Risicoaspect</i>   | <i>Aantal</i> | <i>Nog 4</i>   | <i>Nu 3</i><br><i>Nog 3</i> | <i>Nu 2</i> | <i>Nu 1</i> | <i>Nog te verbeteren risicoaspecten</i> |
| was 4                 | 3             | 0  | 2                           | 1           | --          | 7                                       |
| was 3                 | 29            | --   | 5                           | 20          | 4           |   |



### Resultaten kwalitatieve analyse

Dit risicoaspect is betrokken in de kwalitatieve analyse naar de samenhang tussen deskundigheid van personeel enerzijds en diagnostiek en signalering anderzijds (zie paragraaf 3.5).

### 3.3.6 Veiligheid: van 36 naar 9 nog te verbeteren risicoaspecten

#### Omschrijving

Het begrip veiligheid heeft een objectieve en subjectieve component<sup>[16]</sup>.

- De objectieve component betreft 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 betreft 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 zorgt ervoor dat beide componenten goed zijn geborgd doordat zij beleid op deze terreinen heeft, toepast en continu onderhoudt. Hierbij is een goed evenwicht tussen veiligheidsprocedures en het gezonde verstand van medewerkers van belang.

#### Getalsmatige resultaten na de follow-up

In tabel 8 staan de resultaten weergegeven.

| Tabel 8   |        |                                       |               |      |      |                                     |
|---|--------|---------------------------------------|---------------|------|------|-------------------------------------|
| Verbetering van risicoaspect 6: veiligheid (n = 36) |        |                                       |               |      |      |                                     |
| September 2007                                      |        | Situatie na follow-up in oktober 2008 |               |      |      |                                     |
| Risicoaspect  | Aantal | Nog 4                                 | Nu 3<br>Nog 3 | Nu 2 | Nu 1 | Nog te verbeteren<br>risicoaspecten |
| was 4   | 7      | 0                                     | 3             | 4    | --   | 9                                   |
| was 3   | 29     | --                                    | 6             | 19   | 4    |                                     |

### Resultaten kwalitatieve analyse

In de analyse zijn de rapporten geanalyseerd van zes van de acht organisatorische eenheden met een verbetering van twee scorepunten en van de zes organisatorische eenheden met een gelijk gebleven score.

[16] Veiligheidsaspecten die te maken hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen komen aan de orde in paragraaf 3.3.8.

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde succesfactoren</i>   |
|-------------------------|--|
| 6                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbeterde objectieve veiligheid door protocollering: sterke verbetering proces van melden, analyseren en terugkoppelen van meldingen<sup>[17]</sup>.</li> <li>– Toegenomen meldingsbereidheid.</li> </ul>  |
| 5                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aangepaste en geïmplementeerde procedures (met vier keer genoemd het onderwerp seksualiteit en drie keer onderhoud en gebruik van technische hulpmiddelen (tilliften, thermostaatkranen, rolstoelen). Deze onderwerpen hadden overigens speciale aandacht van de inspectie tijdens de bezoeken<sup>[18]</sup>.</li> </ul> |
| 4                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbetering van de subjectieve veiligheid, vaak in combinatie met aandacht voor seksualiteit, bejegening en expliciete aandacht voor gevoelens van (on)veiligheid bij cliënten en medewerkers.</li> </ul>   |
| 3                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Noodzakelijk onderhoud aan gebouwen of terreinen was uitgevoerd.</li> </ul>   |

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde faalfactoren</i>  |
|-------------------------|---|
| 4                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Onvolledige meldingencyclus dan wel meldingencyclus die in de steigers stond maar nog onvoldoende geïmplementeerd was.</li> <li>– Onvoldoende zichtbare resultaten van verbeterde bejegening.</li> </ul>   |
| 3                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Onvoldoende risicobewustzijn, onder meer door ontbreken instrument voor risico-inventarisatie.</li> <li>– Onvoldoende implementatie van (op zich wel verbeterd) beleid voor seksualiteit.</li> <li>– Onveilig gevoel bij cliënten dan wel geen zichtbaar effect van in gang gezette verbeteringen.</li> <li>– Onvoldoende implementatie van (op zich verbeterde) protocollen en procedures.</li> <li>– Onvoldoende nachttoezicht of niet-zichtbare verbeteringen bij nachttoezicht.</li> </ul> |

### 3.3.7 Continuïteit van zorg: van 42 naar 14 nog te verbeteren risicoaspecten

#### *Omschrijving*

Continuïteit van zorg heeft twee aspecten.

- De borging van continuïteit van zorg door het vermijden van overlappingsen of hiaten in de zorg en ondersteuning. Dit stelt eisen aan de overdracht van gegevens bij gelijktijdige bemoeienis met een cliënt, bijvoorbeeld uitwisseling tussen

[17] Met in twee rapporten een kanttekening bij het analyseren.

[18] Overigens werden in drie rapporten naast deze positieve punten kanttekeningen geplaatst bij de bekendheid van de protocollen onder medewerkers.

teamleden, tussen wonen en dagbesteding of tussen het team van de woning en consulenten 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 zorgaanbieder gaat. Een goede communicatie rondom de coördinatie van ondersteuning is een eerste vereiste om dit aspect te borgen.

- 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 personele wisselingen door ziekte of verloop.

*Getalsmatige resultaten na de follow-up*

Tabel 9 brengt de resultaten in beeld.

| Tabel 9  |        |                                       |               |      |      |                                     |
|--|--------|---------------------------------------|---------------|------|------|-------------------------------------|
| Verbetering van risicoaspect 7: continuïteit van zorg (n = 42) |        |                                       |               |      |      |                                     |
| September 2007   |        | Situatie na follow-up in oktober 2008 |               |      |      |                                     |
| Risicoaspect   | Aantal | Nog 4                                 | Nu 3<br>Nog 3 | Nu 2 | Nu 1 | Nog te verbeteren<br>risicoaspecten |
| was 4  | 11     | 2                                     | 7             | 2    | --   | 14                                  |
| was 3  | 31     | --                                    | 5             | 20   | 6    |                                     |

*Resultaten kwalitatieve analyse*

In de analyse zijn de verslagen geanalyseerd van zeven van de acht organisatorische eenheden met een verbetering van twee scorepunten en de zeven met een gelijk gebleven score.

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde succesfactoren</i>   |
|-------------------------|--|
| 7                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gericht beleid om vacatures in te vullen en nieuw personeel te werven.</li> <li>– Specifiek inzetten op het vasthouden van zittend personeel, vooral door inspanningen om ziekteverzuim terug te dringen in combinatie met het invoeren van een meer gestructureerde manier van werken en een structurele betrokkenheid van de gedragskundige. Deze maatregelen bleken zich ook uit te betalen bij krapte in het vaste personeel; vaste invalkrachten konden namelijk makkelijker invoegen en wisten beter wat er van hen verwacht werd.</li> </ul> |
| 5                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sterke afname ziekteverzuim door gericht beleid.</li> <li>– Doorvoering nieuwe manier van werken met meer structuur in werkzaamheden, beter vastleggen van afspraken, betere toegankelijkheid tot informatie, vaak ook een andere verdeling van taken en verantwoordelijkheden.</li> <li>– Meer structureel betrekken van gedragskundige bij ondersteuningsplannen en zorginhoudelijke besprekingen, wat vaak betekent een uitbreiding van de formatie.</li> </ul>  |
| 3                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Opvang van krappe bezetting door inzet van een vaste invalpool in combinatie met het goed vastleggen van afspraken en een inzichtelijke map voor het overdragen van werkzaamheden.</li> <li>– Stabiel team.</li> </ul>  |

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde faalfactoren</i>  |
|-------------------------|---|
| 5                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hoog personeelsverloop.</li> <li>– Hoog ziekteverzuim.</li> </ul>  |
| 4                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nog geen zichtbare effecten van het nieuwe beleid. Dit beleid betrof zaken als het organiseren van een nieuwe zorgplansystematiek met de daarbij behorende dagrapportage, structurele inzet van en begeleiding door gedragskundige, nieuw management, betere communicatie, meer scholing.</li> </ul> |

### 3.3.8 Vrijheidsbeperkende maatregelen: van 33 naar 15 nog te verbeteren risicoaspecten

#### *Omschrijving*

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle maatregelen die tegen de wil van de cliënt worden toegepast en die de vrijheid van cliënten beperken, onder de noemers fixatie, afzondering, separatie, medicatie en gedwongen vocht- en voedinginname. De kans is groot dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen schadelijke effecten heeft

op het fysieke, emotionele en sociale welbevinden van de cliënt. 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. Niet alle cliënten zijn immers in staat zich te verzetten en sommige cliënten kunnen zich helemaal niet meer verzetten of alleen verzet tonen aan het begin van het toepassen van een maatregel. Tot slot komt het voor dat medewerkers verzet van cliënten 'over het hoofd zien' waardoor zij verzet niet als zodanig interpreteren. Al deze vormen en interpretaties van verzet moeten opgenomen zijn in het ondersteuningsplan van een cliënt.

#### *Getalsmatige resultaten na de follow-up*

Tabel 10 brengt de resultaten in beeld.

| Tabel 10   |        |                                       |               |      |      |                                     |
|--|--------|---------------------------------------|---------------|------|------|-------------------------------------|
| Verbetering van risicoaspect 8: vrijheidsbeperkende maatregelen (n = 33) |        |                                       |               |      |      |                                     |
| September 2007   |        | Situatie na follow-up in oktober 2008 |               |      |      |                                     |
| Risicoaspect   | Aantal | Nog 4                                 | Nu 3<br>Nog 3 | Nu 2 | Nu 1 | Nog te verbeteren<br>risicoaspecten |
| was 4  | 11     | 1                                     | 4             | 6    | --   | 15                                  |
| was 3  | 22     | --                                    | 10            | 10   | 2    |                                     |

#### *Resultaten kwalitatieve analyse*

In de analyse zijn de verslagen geanalyseerd van de acht organisatorische eenheden met een verbetering van twee scorepunten en van negen van de elf eenheden met een gelijk gebleven score.

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde succesfactoren</i>  |
|-------------------------|---|
| 8                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbeterde multidisciplinaire expertise bij het afspreken, uitvoeren en evalueren van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.</li> <li>– Betere vastlegging in het ondersteuningsplan van cliënten van uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</li> </ul>   |
| 7                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sterk verbeterde registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen en een gericht beleid voor het terugbrengen ervan; hierbinnen is zes keer genoemd dat de commissie Middelen en Maatregelen (M&amp;M-commissie) de geregistreerde maatregelen had doorgelicht en op basis daarvan initiatieven nam die leidden tot een zorgvuldiger hanteren van vrijheidsbeperkende maatregelen.</li> </ul> |
| 6                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Betere bewustwording over het wanneer, hoe en waarom van vrijheidsbeperkende maatregelen.</li> <li>– Frequentere en meer structurele evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen.</li> <li>– Aangepast beleid dat eens per jaar geëvalueerd wordt.</li> </ul>  |
| 5                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gerichte bijscholing.</li> </ul>   |

| <i>Aantal x genoemd</i> | <i>Genoemde faalfactoren</i>  |
|-------------------------|---|
| 6                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Onvoldoende bewustzijn over risico's van toepassing enerzijds en preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen anderzijds in combinatie met onvoldoende deskundigheid van medewerkers.</li> <li>– Onvoldoende evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo was de BOPZ-arts te veel op afstand en waren bevoegdheden en verantwoordelijkheden onvoldoende geregeld.</li> <li>– Onvoldoende terugkoppeling naar de commissie Middelen en Maatregelen (M&amp;M-commissie).</li> </ul> |
| 3                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Onvoldoende beleid.</li> <li>– Niet of onvoldoende functioneren van de commissie Middelen en Maatregelen (M&amp;M-commissie).</li> </ul>   |

Daarnaast werden in deze rapporten ook veel aanzetten tot verbetering genoemd die nog te recent waren om zichtbare resultaten te geven. Zo werd zes keer een verbetering genoemd in het registreren en vastleggen, drie keer deelname aan 'Zorg voor beter'-projecten met als doel vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen en drie keer een verbeterde deskundigheid. In vijf rapporten werd beschreven dat de eerste resultaten wel zichtbaar werden.

### **3.4 Verbeterkracht in organisatorische eenheden**

#### **3.4.1 Inleiding**

In de vorige paragraaf zijn de verbeteringen per risicoaspect in beeld gebracht, maar hoe zit het nu met de verbeterkracht van de organisatorische eenheden die zich op één of meer risicoaspecten moesten verbeteren? Deze verbeterkracht is uitgedrukt in percentages: een percentage van 100 betekent dat alle te verbeteren risicoaspecten waren teruggebracht tot een score 1 of 2<sup>[19]</sup> en een percentage van 0 betekent dat geen enkel te verbeteren risicoaspect een score 1 of 2 haalde. Hierbij maakte het uit op hoeveel risicoaspecten deze organisatorische eenheden zich moesten verbeteren: één risicoaspect verbeteren is immers gemakkelijker dan acht. Daarom heeft de inspectie drie groepen gemaakt waarvan de verbeterkracht wordt weergegeven: groep 1 met één of twee te verbeteren risicoaspecten, groep 2 met drie tot en met vijf te verbeteren risicoaspecten en groep 3 met zes tot en met acht te verbeteren risicoaspecten.

Hieronder volgt een analyse per onderscheiden groep. In 3.4.5 gaan we in op de succes- en faalfactoren van de organisatorische eenheden.

#### **3.4.2 Verbeterkracht het grootst bij groep 1 met één of twee te verbeteren risicoaspecten**

Deze groep – de grootste – bestond uit 39 organisatorische eenheden. In deze groep was het grootste aantal verbeteringen te zien.

- 15 van de 16 organisatorische eenheden die één risicoaspect moesten verbeteren, slaagden hierin. Bij de enige organisatorische eenheid waar dit niet lukte, ging het om het risicoaspect individuele planning en dagbesteding.
- 16 van de 23 organisatorische eenheden die twee risicoaspecten moesten verbeteren, verbeterden beide aspecten, vijf één van de twee en twee geen van beide.

Dit goede resultaat was te verwachten. Immers, over de hele linie presteerden deze eenheden al vrij goed: slechts bij één of twee scores moesten de puntjes op de i gezet worden. Toch waren acht organisatorische eenheden niet in staat één of twee risicoaspecten te verbeteren.

#### **3.4.3 Verbeterkracht bevredigend in groep 2 met drie tot en met vijf te verbeteren risicoaspecten**

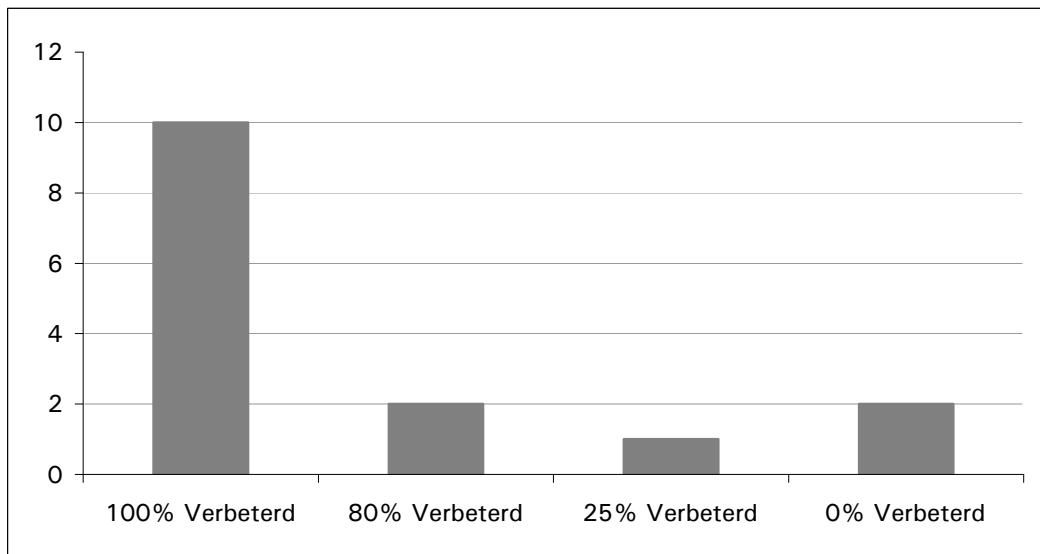
In deze groep van vijftien organisatorische eenheden waren er vier met drie te verbeteren risicoaspecten, zes met vier en vijf met alle vijf te verbeteren risicoaspecten. In figuur 3 ziet u de resultaten van de verbeterpercentages van deze eenheden. In deze verbeterpercentages is het aantal te verbeteren risicoaspecten meegenomen.

---

[19] Verbeteringen van een score 4 naar een score 3 werden in deze werkwijze niet gedefinieerd als een verbetering omdat nog steeds verbeterplannen gemaakt moesten worden.

Figuur 3

**Aantal organisatorische eenheden (n = 15) met drie tot en met vijf te verbeteren risicoaspecten (groep 2) en percentage verbeterde risicoaspecten**



Uit figuur 3 blijkt dat twee organisatorische eenheden uit deze groep nog op alle te verbeteren risicoaspecten opnieuw een plan van aanpak moesten maken. Wel verbeterden alle scores 4 in deze groep naar een score 3. De overige organisatorische eenheden verbeterden respectievelijk 80 procent en 25 procent van het aantal te verbeteren risicoaspecten.

De organisatorische eenheden met drie te verbeteren risicoaspecten sprongen er positief uit: alle vijf slaagden ze erin alle risicoaspecten te verbeteren. Ook de groep met vijf te verbeteren risicoaspecten boekte goede resultaten: drie van hen verbeterden ze alle vijf en de overige twee verbeterden er vier. De groep met vier te verbeteren risicoaspecten bleef hierbij achter: drie van de zes eenheden verbeterden ze alle vier, één verbeterde slechts één risicoaspect en twee organisatorische eenheden verbeterden geen enkel risicoaspect tot een score 1 of 2.

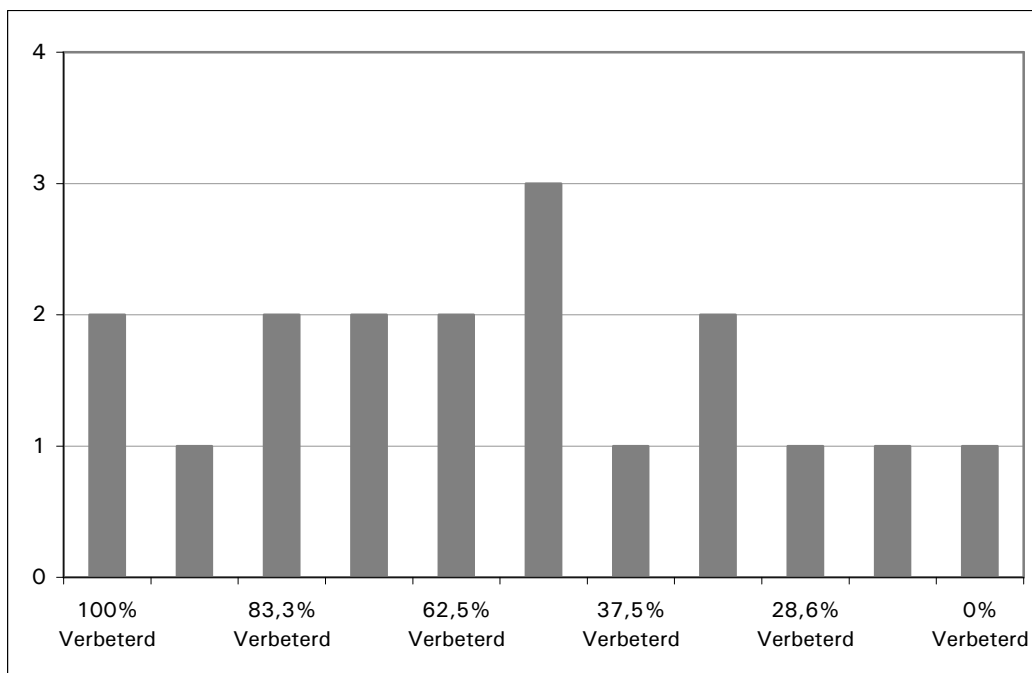
#### **3.4.4 Verbeterkracht in groep 3 met zes tot en met acht te verbeteren risicoaspecten zeer wisselend**

In deze groep van achttien organisatorische eenheden zaten er zeven met zes te verbeteren risicoaspecten, twee met zeven en negen met alle acht te verbeteren risicoaspecten. In figuur 4 hieronder ziet u de resultaten van de verbeterpercentages van deze organisatorische eenheden.



Figuur 4

**Aantal organisatorische eenheden (n = 18) met zes tot en met acht te verbeteren risicoaspecten (groep 3) en percentages verbeterde risicoaspecten**



Uit figuur 4 blijkt dat één organisatorische eenheid uit deze groep opnieuw voor alle betreffende risicoaspecten een plan van aanpak moest maken. Twee organisatorische eenheden slaagden erin ze allemaal te verbeteren. De overige organisatorische eenheden gaven een gedifferentieerd beeld tussen deze beide uitersten in. Ook voor de organisatorische eenheden in deze groep gold dat veel scores 4 verbeterden naar een score 3. De resterende scores 4 zaten in deze groep verdeeld over drie organisatorische eenheden: één van hen had nog twee scores 4 terwijl de andere twee nog voor één risicoaspect een score 4 hadden.

Met name voor de negen organisatorische eenheden met acht te verbeteren risicoaspecten en voor de twee organisatorische eenheden met zeven te verbeteren risicoaspecten bleek een verbetering op alle fronten een te zware opgave: geen van de organisatorische eenheden slaagde erin ze allemaal te verbeteren. De spreiding binnen deze groep was groot. Het ene uiterste betrof één organisatorische eenheid die na de eerste follow-up nog alle acht risicoaspecten moest verbeteren terwijl het andere uiterste twee organisatorische eenheden betrof die zeven van de acht risicoaspecten dusdanig verbeterden dat een plan van aanpak daarna niet meer nodig was.

Van de zeven organisatorische eenheden met zes te verbeteren risicoaspecten verbeterden twee eenheden ze alle zes en twee verbeterden er twee. De overige drie zaten daar tussen in met respectievelijk drie (eenmaal) en vijf (tweemaal).

### 3.4.5 Succes- en faalfactoren van verbeterkracht in beeld

#### *Succesfactoren*

De inspecteurs keken niet alleen naar de succesfactoren per risicoaspect (paragraaf 3.3) maar selecteerden ook vijftien rapporten van organisatorische eenheden die zich sterk verbeterden. Daarbij gebruikten ze de bovenstaande kwantitatieve analyses van verbeterkracht. Van deze vijftien rapporten zijn tevens de beschouwingen geanalyseerd.

Deze selectie bestond uit elf rapporten van de eenheden die drie of meer risicoaspecten moesten verbeteren en erin slaagden alle risicoaspecten te verbeteren en vier rapporten van eenheden die erin slaagden alle aspecten op één na daadwerkelijk te verbeteren.

De elf rapporten waren als volgt verdeeld over de te verbeteren aspecten:

| <i>Aantal geselecteerde rapporten<br/>(n = 11)</i> | <i>Aantal te verbeteren en daadwerkelijk<br/>verbeterde aspecten</i> |
|--|--|
| 1  | 8  |
| 2  | 6  |
| 3  | 5  |
| 3  | 4  |
| 2  | 3  |

De volgende succesfactoren voor verbetering kwamen naar voren.

- Investeren in de deskundigheid van medewerkers werd het vaakst genoemd. Dit bleek vaak verbonden te zijn met een grotere inzet van de inhoudelijke expertise van vooral de gedragskundige maar ook van medische, verpleegkundige en verzorgende deskundigheid. De eenheden verbeterden het multidisciplinaire werken en betrokken gedragskundigen nauw bij het maken van ondersteuningsplannen en bij het inhoudelijk teamoverleg in locaties.
- De eenheden besteedden veel tijd en aandacht aan de verbetering van de zorgkwaliteit; dit richtte zich met name op een betere ondersteuningsplansystematiek en een meer vraaggestuurde manier van denken en werken. De cliënt met zijn zorgvraag kwam centraal te staan en de focus lag op meer zelfbepaling en medezeggenschap voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers.
- Het management creëerde een lerende organisatie met duidelijke prioriteiten en krachtig aangestuurde methodische veranderprocessen; deze processen kenmerkten zich door een relatief korte doorlooptijd, een actieve monitoring van de voortgang en (tussentijdse) evaluaties.
- Het management was open en betrokken naar medewerkers en cliënten en zorgde voor een open cultuur en duidelijke prioriteiten. Er werd veel tijd en aandacht besteed aan een open communicatie en een actieve dialoog met cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers.
- Medewerkers hoorden en merkten voortdurend dat zij belangrijk zijn; in die context hoorden zij dan woorden als vertrouwen, betrokkenheid, verbondenheid, collegialiteit, veiligheid en plezier. Op hun beurt onderscheidden medewerkers zich door inzet en motivatie. Zij werden actief betrokken bij de vernieuwing van de visie op de zorg en/of begeleiding.
- Er was meer samenhang tussen de verschillende zorgprocessen en zorgeenheden. Daardoor verbeterde de informatieoverdracht en als gevolg daarvan verliepen de samenwerking en de afstemming tussen de verschillende disciplines beter. Ditzelfde gold voor de samenwerking met externe partijen.
- Er was veel aandacht voor het verzuimbeleid, de werving en de selectie van nieuwe medewerkers.

#### *Faalfactoren*

Om beter zicht te krijgen op belemmeringen in het doorvoeren van verbeteringen, selecteerde de inspectie niet alleen rapporten per risicoaspect maar ook zeven

rapporten van organisatorische eenheden die op geen enkel risicoaspect een verbetering bereikten. Twee van hen moesten alle acht risicoaspecten verbeteren, een vijf, een vier en drie twee of een. Ook van deze rapporten zijn de algemene beschouwingen geanalyseerd.

De eenheden signaleerden de volgende belemmerende factoren voor verbeteringen.

- Aanhoudende, organisatorische onrust: wisselingen in het management leidden tot trage besluitvorming; ingrijpende veranderingen in het functiegebouw werden traag doorgevoerd, wat veel onzekerheid genereerde bij medewerkers.
- Vastlopend verandermanagement dat zich kenmerkte door veel intentioneel geformuleerde doelstellingen en weinig SMART geformuleerde doelstellingen; veranderingen die niet methodisch ter hand werden genomen; moeizaam verlopende implementatie. Twee organisaties met weinig verbeterkracht hadden moeite met het nakomen van afspraken en bij twee bleven resultaten uit of werden deze onvoldoende geborgd.
- Vastlopende communicatie tussen leidinggevenden en medewerkers, tussen medewerkers onderling en tussen medewerkers, cliënten en cliëntvertegenwoordigers.
- Blijvende problemen met zowel de personele bezetting als de deskundigheid van het personeel. Overal was een hoog ziekteverzuim en bijna overal tegelijkertijd een groot personeelsverloop. In zes van de zeven onderzochte rapporten liet de deskundigheid van het personeel te wensen over of leidde scholing niet tot de gewenste gedragsverandering; in vier gevallen werden onduidelijkheden genoemd in de functionele rolverdeling.
- Te wensen overlatende dagbesteding.

Deze aanhoudende problemen hadden hun weerslag op de cliënten: de problemen genereerden onzekerheid en ernstige ontregeling. In drie rapporten ging het hierbij om cliënten met probleemgedrag en in één rapport om ernstig meervoudig gehandicapte cliënten.

### **3.5 Dwarsverbanden tussen een aantal risicoaspecten**

Op basis van de resultaten van de eerste bezoeken werd een verband verwacht tussen deskundigheid van personeel (risicoaspect 4) en achtereenvolgens:

- Diagnostiek en signalering (risicoaspect 5).
- Continuïteit van zorg (risicoaspect 7).
- Vrijheidsbeperkende maatregelen (risicoaspect 8).

Onderzocht is of deze verbanden ook te zien waren in de follow-upbezoeken.

Daarnaast was te verwachten dat er in de Randstad een groter tekort aan personeel zou kunnen zijn. Dit zou zichtbaar kunnen worden door een verband tussen continuïteit van zorg en een locatie in de Randstad. Dit is kwantitatief onderzocht.

Hieronder vindt u de uitkomsten van deze analyses.

#### **3.5.1 Duidelijke relatie tussen deskundigheid en diagnostiek/signalering**

Uit de resultaten van de eerste bezoeken bleek een samenhang tussen het multidisciplinair evalueren van ondersteuningsplannen en risicotoetsen op ondersteuningsplannen, deskundigheid van het personeel alsmede diagnostiek en signalering. Daarom

ging de inspectie ook in de follow-up na of er een relatie was tussen deskundigheid van het personeel en diagnostiek en signalering.

Deze relatie bleek ook in de follow-up aanwezig: bij meer organisatorische eenheden dan statistisch te verwachten was, ging een verbeterde deskundigheid gelijk op met een verbetering op het aspect diagnostiek en signalering.

Uit de kwalitatieve analyse van het verband tussen deskundigheid van personeel en diagnostiek en signalering bleek het volgende. Bij de zeven geanalyseerde rapporten waarin de deskundigheid verbeterde met twee schaalstappen, bleken in vier gevallen ook de diagnostiek en signalering te verbeteren en waren die in drie gevallen al voldoende.

Bij de diagnostiek en signalering stonden in de rapporten de volgende punten.

- Overall verbeterde de signalering. Met name de gedragskundige maar ook de arts maakte signaleringsplannen.
- Het multidisciplinaire overleg nam toe of was al goed.
- De diagnostiek werd geactualiseerd. Onderdiagnostiek werd zichtbaar en er werd een planning voor gemaakt.

Daarnaast bleek het veronderstelde verband met het verbeteren van ondersteuningsplannen. Zo werd in alle rapporten gesignaleerd dat met name de gedragskundige structureel betrokken werd bij het maken en evalueren van ondersteuningsplannen en in drie rapporten dat ook de arts hier structureel bij betrokken werd. Hun diagnostiek en bevindingen waren zichtbaar opgenomen in het ondersteuningsplan en gebruikt om handelingsrichtlijnen en cliëntgerichte signaleringsplannen te maken.

Een ander dwarsverband tussen deskundigheid, signalering en werken met ondersteuningsplannen was de vier keer genoemde verbeterimpuls die uitging van de aanwezigheid van andere disciplines bij tussentijdse zorgoverleggen in de locatie. Dit bleek een verbeterimpuls voor de deskundigheid van het personeel, voor tijdige signalering én voor het verdiepen van het werken met ondersteuningsplannen. Afhankelijk van de ondersteuningsbehoefte van de cliënten werd meestal de gedragskundige bij dit overleg betrokken en indien nodig ook de arts.

Ook uit de analyse van de vier rapporten waarin de deskundigheid even risicovol was gebleven, bleek dat al wel sprake was van verhoogde activiteiten op het vlak van bijscholing en het actief betrekken van andere disciplines bij het werken met ondersteuningsplannen. In drie rapporten waren die inspanningen nog niet of nog niet voldoende zichtbaar in voldoende deskundig personeel. In één rapport bleek dat er ook onvoldoende voorwaardenscheppende activiteiten aanwezig waren om bijscholing mogelijk te maken (zie verder paragraaf 3.3.4).

### **3.5.2 Duidelijke relatie tussen deskundigheid van personeel en continuïteit van zorg**

Uit de resultaten van de eerste bezoeken bleek dat een hoog risico op continuïteit bijna altijd samenging met een hoog risico op de deskundigheid van personeel. Vaak hing een hoog personeelsverloop samen met organisatorische onrust en een hoog ziekteverzuim onder het personeel. Deskundig personeel vertrok, waardoor de werkbelasting van de resterende personeelsleden toenam; die kregen immers te maken met minder deskundige invalkrachten en met nieuwe collega's die ingewerkt moesten worden.

Daarom keek de inspectie ook in de follow-up of er een verband was tussen verbeteringen of het uitblijven daarvan van beide risicoaspecten.

Voor de kwalitatieve analyse werden zeven rapporten geselecteerd waarin de continuïteit met twee scorepunten verbeterde. In vier van deze rapporten was de deskundigheid al goed, in één rapport verbeterde ook de deskundigheid met één scorepunt en in twee rapporten verbeterde deze met twee scorepunten. Daarnaast selecteerde de inspectie zeven rapporten met een gelijk gebleven, nog steeds risicovolle score op continuïteit. In één daarvan bleef ook de deskundigheid risicovol, in één rapport was die al goed, in twee rapporten verbeterde de deskundigheid met één scorepunt en in drie rapporten met twee scorepunten.

Uit de kwalitatieve analyse bleek dat een stabiele organisatie zonder organisatorische onrust beide risicoaspecten positief beïnvloedden. Zo verbeterde de continuïteit gemakkelijker als er deskundig personeel beschikbaar was of als het aanwezige personeel bijgeschoold werd. Anders geformuleerd: om de continuïteit van het personeel te verbeteren, bleek – naast gerichte wervingsactiviteiten – verbetering van de deskundigheid van het aanwezige personeel effectief.

Omgekeerd konden er ook bij deskundig personeel nog steeds problemen blijven in de continuïteit van de zorg. Wel bleken goed ingerichte werkprocessen, een structurele betrokkenheid van de gedragskundige en een vaste pool van invalkrachten de druk dan enigszins weg te nemen.

### **3.5.3 Geen eenduidige relatie tussen deskundigheid en vrijheidsbeperkende maatregelen**

De verwachting was dat de aanwezigheid van deskundig personeel ertoe zou leiden dat vrijheidsbeperkende maatregelen minder vaak zouden worden toegepast en beter zouden worden uitgevoerd.

Dit verband werd echter niet gevonden: een verbeterde deskundigheid van het personeel betekende niet automatisch een minder groot risico op het risicoaspect vrijheidsbeperkende maatregelen. Kennelijk ging het hier om een zeer specifieke deskundigheid waar apart aandacht aan moet worden gegeven en voor bijscholing moet worden verzorgd.

Wel bleek het volgende verband: als er geen risico was rondom frequentie en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, dan was er ook er geen risico op ondeskundig personeel.

### **3.5.4 Onduidelijke relatie tussen continuïteit van zorg en een locatie in de Randstad**

De verwachting was dat de organisatorische eenheden in de Randstad verschillen van de overige eenheden op continuïteit van zorg, doordat de arbeidsmarkt voor geschikt personeel in de Randstad mogelijk krappere is. Om na te gaan of dit daadwerkelijk zo is, is de relatie Randstad met continuïteit van zorg vergeleken met een chikwadrattoets.

In eerste instantie lijkt er inderdaad een effect te zijn: in de Randstad lijken er meer eenheden met een risico op continuïteit van zorg te zijn.

Echter, voorlopig moet de aanname blijven dat er evenveel organisatorische eenheden met een risico zijn voor continuïteit van zorg in de Randstad als daarbuiten. De verklaring hiervoor is als volgt. Om te beginnen zijn er simpelweg ook meer eenheden die risicovol scoren op dit aspect, waardoor er sowieso ook meer in de Randstad worden verwacht. Bovendien is het verschil in de categorieën in de Randstad of erbuiten te klein om aan te kunnen tonen dat het verschil veroorzaakt wordt doordat de eenheid in de Randstad ligt; dat verband zou mogelijk wel aantoonbaar zijn wanneer er meer organisatorische eenheden in alle groepen zouden zijn.

## 4 Summary

In 2006 and 2007, the Health Care Inspectorate intensified its supervision of residential care facilities for persons with an intellectual disability. A total of 612 facilities ('organizational units') were identified, being managed during the programme by 49 separate care providers. Of these, 96 were visited in person. An enforcement strategy could then be produced and became available in October 2007. All facilities which scored a 'medium' to 'high' rating (Score 3) or a 'high' to 'very high' rating (Score 4) with regard to one or more of the eight risk factors examined were required to produce improvement plans, which were then scrutinized and evaluated by the Inspectorate during the remainder of 2007 and 2008.

The care providers were then permitted approximately one year in which to implement the proposed improvements, whereupon the Inspectorate examined whether the intended effect had been achieved, i.e. the organizational units concerned had successfully reduced the risks to an acceptable level (Score 2, which equates to 'moderate' or 'negligible' risk). The Inspectorate also considered the practical implications in terms of the day-to-day care provided to residents. After all, an Action Plan is not in itself a guarantee of better care, hence the follow-up programme. It was considered necessary to evaluate the actual results achieved in order to ascertain that the plans had indeed brought about visible improvements, and thus contributed to the quality of life for all those who require round-the-clock care.

The Inspectorate's intention in implementing the follow-up programme was to re-evaluate the risk factors using the same set of standards and comparative instruments as had been applied during the initial visits. It was felt that active supervision of the organizational units concerned would enhance the quality of the care provided to their residents, whereupon a full analysis of the results could, at the aggregated level, give rise to measures and recommendations for the use of all care providers, professional organizations and patient (representative) groups.

The final report therefore addresses two key questions. First, to what extent do the improvement plans demanded by the Inspectorate actually lead to the amelioration of the risk factors identified, and hence to improved quality of care? Second, what are the most significant success and failure factors within this process? In addition, the Inspectorate considered the implications in terms of the further development of the 'Quality Framework' for residential care for persons with an intellectual disability.

The Inspectorate wishes to stress that its findings are a 'sample' and do not necessarily represent an accurate picture of the standard of residential care offered to this patient group throughout the Netherlands as a whole. Moreover, the success and failure factors identified are not necessarily relevant to those organizational units which are already performing well and which have been doing so for some time. In other words, the report should not be taken as a statement of the quality of the entire sector. Rather, it offers an impression of the improvement which can potentially be achieved by the facilities visited, and of the success and failure factors which may play a part in pursuing that improvement. The Inspectorate also wishes to stress that the findings relating to one facility managed and operated by a particular care provider do not necessarily apply to the other facilities managed by that provider.

During the follow-up visits, the Inspectorate noted that considerable improvements had been made since the initial visits. Certainly, there was no question of any deterioration in terms of the risk factors examined. Indeed, substantial progress could be noted, in that the original list of 251 points requiring attention had been reduced to just 79, which represents an improvement of almost seventy per cent. In fact, the number of risk factors rated as 'high' or 'very high' (Score 4) had been reduced by ninety per cent. Of the 72 facilities selected for re-assessment, 42 (60%) had implemented the required improvements without further prompting.

It seems reasonable to assume that the process of autonomous improvement will continue. The qualitative analysis included in the report indicates that at least half of those aspects which remain below the required standard have indeed been addressed, although the intended improvements have yet to become fully operational. Results in terms of day-to-day working practice are therefore not yet visible, or may vary from one location to another. The measures were therefore noted as being 'in progress' and offer a satisfactory prospect of the desired results being achieved. Only twelve facilities were found to have three or more risk factors still awaiting improvement.

Based on the qualitative analysis, the Inspectorate is able to draw the following conclusions:

- The improvements observed have had a positive effect in terms of the mission of the Quality Framework for residential care for persons with an intellectual disability.
- The improved plans provide an excellent means by which to measure the effects of the agreements in practice.
- Open communication remains crucial.
- Further improvement is possible in terms of the continuity of care.
- Investment in expert staff will bring substantial returns.
- Greater attention must be devoted to the use of reporting procedures as a quality control instrument.
- Efforts to reduce (sexually) inappropriate behaviour have been successful.

The qualitative analysis reveals marked differences between the various facilities in terms of the manner in which the established policy is interpreted and applied.

The recommended measures further to the qualitative analysis are listed in Section 2.2 of the report. Some are pre-existing measures, while others are new additions to the list.

With regard to further action by the Inspectorate, the thirty facilities which still score 3 or 4 for one or more risk factors have been given more time in which to produce and implement a satisfactory Action Plan. They will then be subject to a further inspection (some of which have already been conducted). Where the scores have still not been reduced to a level within the 'acceptable' range, supervision may be intensified yet further. The Boards of Management of the care providers responsible have been informed accordingly.

Moreover, the Inspectorate intends to restructure its regular supervision activities in 2009, whereupon extra attention will be devoted to care services for patients with an (additional) sensory impairment. Certain aspects will be subject to detailed



examination, while safety policy will continue to enjoy close scrutiny. Further details are to be found in Section 2.4 of the report.

## BIJLAGE 1 Overzicht van de onderlinge zwaarte van de beoordeelde elementen per risicoaspect

In het toetsingskader staan per risicoaspect de achterliggende wetgeving en veldnormen. Dit toetsingskader is te vinden op internet: [www.igz.nl](http://www.igz.nl). Aanvullend is de onderlinge zwaarte vastgesteld van de elementen die in de risicoaspecten beoordeeld worden. Dit vindt u in deze bijlage. Per risicoaspect wordt eerst de omschrijving van het betreffende risicoaspect gegeven, gevolgd door de beoordeelde elementen per risicoaspect, in volgorde van belangrijkheid.

### 1 Zelfbepaling en medezeggenschap

#### Omschrijving

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.

#### Normering

Inspecteurs beoordeelde bij 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.
- De zorgaanbieder biedt de gelegenheid om keuzes van cliënten waar mogelijk te realiseren: er is een 'ja-cultuur'.

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. Er is een goede informatie-uitwisseling tussen beide raden.

- Er zijn effectieve centrale cliëntenraden: er is voldoende draagvlak bij het management, belangrijke beleidsbeslissingen worden tijdig geagendeerd en de mening van de cliëntenraad heeft een zichtbare invloed op het gevoerde beleid. Voor deze volgorde van belangrijkheid is gekozen omdat de ervaring leert dat bij aanwezigheid van decentrale cliëntenraden en cliëntvertegenwoordigersraden er ook altijd een centrale cliëntenraad is. Omgekeerd hoeft het bestaan van een centrale cliëntenraad niet te betekenen dat er ook decentrale raden zijn.

## 2 Individuele planning en ondersteuning

### Omschrijving

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, evalueren en uitvoeren van ondersteuningsplannen.
- Het werken met ondersteuningsplannen in de dagelijkse praktijk.
- 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.
- Risicoaspect vrijheidsbeperkende maatregelen: indien sprake is van het toepassen van middelen en maatregelen dan is dit duidelijk aangegeven in het ondersteuningsplan en worden ze regelmatig geëvalueerd in het licht van zoeken naar alternatieven.

### Normering

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.
- Er is een duidelijk achterliggend beeld van de persoon en van zijn wensen op basis waarvan de doelen zijn geformuleerd.
- Er is een duidelijk beeld van de omgangsregels met de cliënt, gebaseerd op zijn wensen, mogelijkheden en beperkingen.
- 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.

### 3 Individuele planning en dagbesteding

#### Omschrijving

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).

#### Normering

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.
- Voorkeuren van cliënten worden waar mogelijk gerealiseerd.
- Medewerkers van wonen en dagbesteding stemmen met elkaar af en er zijn structurele contacten tussen wonen en werken.
- Er zijn aantoonbare keuzemogelijkheden voor de cliënt in dagbestedingsactiviteiten.
- Activiteitenplannen worden regelmatig geëvalueerd en na de evaluatie volgen bijstellingen.

### 4 Deskundigheid personeel

#### Omschrijving

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.

#### Normering

In de bezoeken hebben de inspecteurs dit risicoaspect beoordeeld op basis van de volgende aandachtspunten:

- 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.
- (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.

- Men is op de hoogte en maakt gebruik van nieuwe methodieken en wetenschappelijke inzichten.
- Men is op de hoogte van elkaars verantwoordelijkheden en competenties.

## 5 Diagnostiek en signalering

### Omschrijving

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.

### Normering

Inspecteurs beoordeelden dit risicoaspect op basis van de volgende aandachtspunten in volgorde van belangrijkheid:

- Er wordt tijdig gesignaleerd.
- Het beleid ten aanzien van diagnostiek en signalering is afgestemd op de doelgroep van cliënten en wordt uitgevoerd: ook medewerkers zijn op de hoogte.
- 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.

## 6 Veiligheid

### Omschrijving

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.

### Normering

De subjectieve veiligheid woog 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 ook cliëntvertegenwoordigers en medewerkers hebben het idee dat de cliënten zich veilig voelen.
- Er is sprake van een respectvolle 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 objectieve veiligheid 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.

## 7 Continuïteit van zorg

### Omschrijving

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.

### Normering

In volgorde van belangrijkheid is meegewogen:

- Er is voldoende personeel.
- Ziekteverzuim en uitstroom van personeel is gelijk aan of minder dan het landelijk gemiddelde.
- 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 consultants van binnen en buiten de organisatie.

## **8 Vrijheidsbeperkende maatregelen**

### **Omschrijving**

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 voedinginname.

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.

### **Normering**

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.

## BIJLAGE 2A Aandachtspunten voor gesprekken met cliënten en cliëntvertegenwoordigers

| <i>Aandachtspunten voor cliëntvertegenwoordigers</i>   | <i>Aandachtspunten voor cliënten</i>  |
|--|---|
| <p><b>1 Risicoaspect Zelfbepaling en medezeggenschap</b></p> <p><b>Zelfbepaling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wordt u betrokken bij het maken en evalueren van ondersteuningsplannen?</li> <li>– Wordt u betrokken bij het maken van keuzes voor wonen, werken en recreëren?</li> <li>– Heeft u inspraak in de keuze van de persoonlijk begeleider?</li> <li>– Verschil van mening over de aanpak van de cliënt: wat gebeurt er in dergelijke gevallen?</li> <li>– Weet u of er een klachtenregeling is en zo ja waar u terecht kunt met een klacht? Weet u wanneer u gebruik kunt maken van de klachtenregeling?</li> <li>– Cliëntenvertrouwenspersoon c.q. klachtbehandelaar: weet u of een dergelijke functie aanwezig is en zo ja welke ondersteuning deze kan bieden?</li> </ul> <p><b>Medezeggenschap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wat is uw mening over de formele medezeggenschap van verwanten/cliëntvertegenwoordigers op locatieniveau en op organisatieniveau?</li> <li>– Zijn er met het management afspraken gemaakt over de onderwerpen waarover u adviseert, en het gewicht van die adviezen?</li> <li>– Is er uitwisseling van informatie tussen cliëntenraden en cliëntvertegenwoordigingsraden?</li> </ul> | <p><b>1 Risicoaspect Zelfbepaling en medezeggenschap</b></p> <p><b>Zelfbepaling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vragen medewerkers aan u waar u wilt wonen, wat u wilt worden, wat u wilt doen in uw vrije tijd?</li> <li>– Vragen medewerkers aan u naast wie u wilt zitten met eten, hoe laat u naar bed wilt, wat u vanavond wilt doen etc.</li> <li>– Luisteren medewerkers naar uw wensen?</li> <li>– Bent u tevreden over uw persoonlijk begeleider en kunt u het zeggen als u liever iemand anders wilt?</li> <li>– Naar wie kunt u toe gaan als u het ergens niet mee eens bent of als u een klacht heeft? Heeft u dat wel eens meegemaakt? Hoe ging dat in zijn werk?</li> <li>– Weet u welke afspraken er in uw ondersteuningsplan staan, is aan u gevraagd wat er in moet komen en wordt u betrokken bij de evaluatie daarvan?</li> </ul> <p><b>Medezeggenschap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vergaderen jullie als bewoners/deelnemers over de gang van zaken, beleid <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waar vergaderen jullie over (gespreks-onderwerpen vorige overleg)?</li> <li>- Wordt er naar jullie adviezen geluisterd?</li> <li>- Is er een medewerker die jullie overleg ondersteunt?</li> </ul> </li> <li>– Hoe weet u wat de andere bewoners/deelnemers willen?</li> </ul> |
| <p><b>2 Risicoaspect individuele planning van de ondersteuning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Weet u welke afspraken in het ondersteuningsplan staan?</li> <li>– Worden deze afspraken nagekomen?</li> <li>– Als u vragen wilt stellen aan de begeleiding is dat dan mogelijk en zo ja op welke wijze?</li> </ul>  | <p><b>2 Risicoaspect individuele planning van de ondersteuning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Weet u welke afspraken zijn vastgelegd in uw ondersteuningsplan?</li> <li>– Wat vindt u van deze afspraken?</li> <li>– Worden de afspraken nagekomen?</li> </ul>  |



| <i>Aandachtspunten voor cliëntvertegenwoordigers</i>  | <i>Aandachtspunten voor cliënten</i>  |
|---|---|
| <p><b>3 Risicoaspect individuele planning dagbesteding</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wordt u betrokken bij het opstellen van het activiteitenplan?</li> <li>– Bent u op de hoogte van de afspraken in het activiteitenplan?</li> <li>– Worden deze afspraken nagekomen?</li> <li>– Als u vragen wil stellen aan de begeleiding is dat dan mogelijk en op welke wijze?</li> </ul>   | <p><b>3 Risicoaspect individuele planning dagbesteding</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hebt u activiteiten en/of werk dat u leuk vindt?</li> <li>– Wordt u of worden uw vertegenwoordigers betrokken bij het opstellen van het activiteitenplan?</li> <li>– Weet u welke afspraken zijn vastgelegd in uw activiteitenplan?</li> <li>– Wat vindt u van deze afspraken?</li> <li>– Worden de afspraken nagekomen?</li> </ul> |
| <p><b>4 Risicoaspect Deskundigheid personeel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bent u tevreden over de professionaliteit en de kennis van het personeel, zowel medewerkers als deskundigen?</li> <li>– Zijn medewerkers en deskundigen gemakkelijk aanspreekbaar?</li> </ul> <p><b>Seksualiteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Is er voorzover bij u bekend een visie op seksualiteit (zowel in brede zin als met betrekking tot voorkoming van seksueel misbruik)?</li> <li>– Bent u van dit beleid actief op de hoogte gesteld?</li> <li>– Is er binnen dit beleid ruimte voor verschil van mening, en hoe wordt daarmee omgegaan?</li> <li>– Is bij u bekend of er selectiecriteria voor nieuw personeel zijn met betrekking tot risico op seksueel misbruik: wordt gevraagd naar referenties, verklaring van goed gedrag?</li> </ul> | <p><b>4 Risicoaspect Deskundigheid personeel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Doen de medewerkers het werk goed?</li> <li>– Voelt u zich begrepen?</li> <li>– (Wordt seksuele voorlichting gegeven en wordt er wel eens over seksualiteit gepraat?)</li> </ul>  |
| <p><b>5 Risicoaspect Diagnostiek en signalering</b></p> <p><b>Diagnostiek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Weet u welke onderzoeken zijn gedaan en waarom?</li> <li>– Is er het afgelopen jaar aan u toestemming gevraagd voor het verrichten van een onderzoek?</li> <li>– Bent u met betrekking tot dit onderzoek geïnformeerd over zin, noodzaak en soort onderzoek voordat u uw toestemming gaf?</li> </ul>   | <p><b>5 Risicoaspect Diagnostiek en signalering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Toestemming voor onderzoeken van afgelopen jaar.</li> <li>– Voorbereiding en ondersteuning voor onderzoek.</li> <li>– Hebben de onderzoeken geholpen?</li> </ul>   |

| <i>Aandachtspunten voor cliëntvertegenwoordigers</i>  | <i>Aandachtspunten voor cliënten</i>  |
|---|---|
| <p><b>Signalering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vindt u dat de medewerkers op tijd signalen opvangen van uw kind/verwant/cliënt en wordt er dan adequaat op gereageerd?</li> </ul>   |   |
| <p><b>6 Risicoaspect Veiligheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zijn er volgens u risico's op het gebied van veiligheid die u onverantwoord vindt?</li> <li>– Wordt er voldoende rekening gehouden met de privacy van de cliënt?</li> <li>– Wat vindt u van de huisregels?</li> </ul> <p><b>Seksualiteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Is grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten bespreekbaar?</li> </ul> | <p><b>6 Risicoaspect Veiligheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Voelt u zich hier veilig?</li> <li>– Weet u wat u moet doen als u zich 's nachts onprettig voelt?</li> <li>– Hebt u een sleutel van uw eigen kamer?</li> <li>– Kloppen de medewerkers voor ze de kamer binnengaan?</li> <li>– Gebruikt u medicijnen, en zo ja, weet u ook waarvoor?</li> <li>– Kent u de huisregels? Kunt u er een paar noemen? Bent u het eens met de huisregels? Wie bepaalt er wat de huisregels zijn? Mag u daarover meepraten?</li> </ul> |
| <p><b>7 Risicoaspect Continuïteit van zorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wordt bij ziekte of vakantie de persoonlijk medewerker vervangen en zo ja is de vervanger voldoende op de hoogte van de gemaakte afspraken en van het ondersteuningsplan?</li> <li>– Wat vindt u van de personeelsbezetting van de afdeling waar de cliënt woont?</li> </ul>  | <p><b>7 Risicoaspect Continuïteit van zorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Weet u bij wie u terecht kunt als de persoonlijk begeleider er niet is.</li> <li>– Weten vervangende medewerkers wat uw ondersteuningsvraag is en ondersteunen zij u goed?</li> <li>– Zijn er veel wisselingen in het personeel</li> </ul>  |
| <p><b>8 Risicoaspect Vrijheidsbeperkende maatregelen (indien sprake is van Bopz-aanmerking)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Is de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen met u besproken, zowel de afwegingen als de alternatieven?</li> <li>– Met welke frequentie worden de vrijheidsbeperkende maatregelen geëvalueerd?</li> <li>– Vindt u dat de instelling rekening houdt met uw mening?</li> </ul>                 | <p><b>8 Risicoaspect Vrijheidsbeperkende maatregelen (indien sprake van Bopz-aanmerking)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Heeft u ervaringen met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (bijvoorbeeld: slaapkamer op slot, afzondering, fixatie, etc.)? (zonodig doorvragen naar ervaringen, instemming)</li> </ul>  |

## BIJLAGE 2B Aandachtspunten voor gesprekken met deskundigen en begeleiders/ondersteuners

### *Aandachtspunten voor deskundigen*

#### **1 Risicoaspect Zelfbepaling en medezeggenschap**

##### **Zelfbepaling**

- Ondersteuningsplan/activiteitenplan: welke rol hebt u om zelfbepaling handen en voeten te geven?
- Wie bepaalt hoeveel eigen verantwoordelijkheid een cliënt aankan? Hoe wordt de stem van de cliënt, de verwanten, het netwerk hierin betrokken?
- Op welke wijze worden cliënten en cliëntvertegenwoordigers betrokken bij het maken en evalueren van ondersteuningsplannen?
- Hoe gaat u om met meningsverschillen tussen medewerkers en cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers?
- Hoe gaat u om met meningsverschillen tussen de cliënt en diens vertegenwoordiger?
- Reflectie en feedback over zelfbepaling in de dagelijkse uitvoering van taken: welke rol hebt u daarin?
- Trainingen/methodieken om cliënten te ondersteunen in het maken van keuzes: hebt u daar een rol in?

##### **Medezeggenschap**

- Mening over bestaan, ondersteuning en zeggingskracht van overlegvormen van cliënten (van huiskameroverleg tot formele raden).
- Mening over bestaan en zeggingskracht van overlegvormen van cliëntvertegenwoordigers.

### *Aandachtspunten voor begeleiders/ondersteuners*

#### **1 Risicoaspect Zelfbepaling en medezeggenschap**

##### **Zelfbepaling**

- Hoe betreft u cliënten en/of hun vertegenwoordigers bij het maken van keuzen op het gebied van wonen, werken, vrije tijd, maar ook bij meer dagelijkse zaken als eten, drinken, kleren, etc.?
- Hoe worden cliënten en cliëntvertegenwoordigers betrokken bij het maken en evalueren van ondersteuningsplannen?
- Wie bepaalt hoeveel eigen verantwoordelijkheid een cliënt aankan? Wordt de stem van de familie hierin betrokken?
- Hoe gaat u om met meningsverschillen tussen medewerkers en cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers?
- Hoe gaat u om met meningsverschillen tussen de cliënt en diens vertegenwoordiger?
- Hoe en wanneer wijkt u af van de in het ondersteuningsplan vastgelegde afspraken, als de cliënt hierom vraagt? Wie mag dat beslissen en vindt u de organisatie flexibel genoeg om hierop in te spelen?
- Is er scholing in het ondersteunen van cliënten bij het maken van eigen keuzen.

##### **Medezeggenschap**

- Mening over bestaan, ondersteuning en zeggingskracht van overlegvormen van cliënten (van huiskameroverleg tot formele raden).
- Mening over bestaan en zeggingskracht van overlegvormen van cliëntvertegenwoordigers.

*Aandachtspunten voor deskundigen**Aandachtspunten voor begeleiders/ondersteuners***2 Risicoaspect Individuele planning van de ondersteuning**

- Welke rol hebt u in het maken van ondersteuningsplannen?
- Welke rol hebt u bij het evalueren van ondersteuningsplannen?
- Op welke wijze wordt multidisciplinair samengewerkt bij het maken en evalueren van ondersteuningsplannen?
- Op welke wijze worden deskundigen ingezet bij het uitvoeren van de afspraken?
- Bent u betrokken bij tussentijds afwijken van gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan.
- Welke situaties zijn aanleiding om ondersteuningsplan tussentijds bij te stellen?
- Hoe worden deskundigen betrokken bij calamiteiten?
- Hebt u een rol bij scholing van medewerkers om ondersteuningsplannen te maken en te gebruiken?
- Bijhouden van vakliteratuur over ondersteuningsplanning.

**Seksualiteit**

- Zijn thema's als vriendschap, relaties, seksualiteit en weerbaarheid onderdeel van ondersteuningsplannen?

**3 Risicoaspect Individuele planning dagbesteding**

- Welke rol hebt u in het maken van activiteitenplannen?
- Welke rol hebt u bij het evalueren van activiteitenplannen?
- Op welke wijze wordt multidisciplinair samengewerkt bij het maken en evalueren van activiteitenplannen?
- Op welke wijze worden deskundigen ingezet bij het uitvoeren van afspraken?
- Aanleidingen om activiteitenplan tussentijds bij te stellen.
- Hebt u een rol bij scholing van medewerkers om activiteitenplannen te maken en te gebruiken?
- Bijhouden van vakliteratuur over activiteitenplanning.

**2 Risicoaspect individuele planning van de ondersteuning**

- Welke rol hebt u in het maken van ondersteuningsplannen?
- Hoe vaak worden ondersteuningsplannen geëvalueerd, wie is daarbij aanwezig en welke rol hebt u daarin?
- Hoe gebruikt u ondersteuningsplannen bij het dagelijks handelen in de praktijk? Komen afspraken uit de ondersteuningsplannen terug in de dagrapportage?
- Wat zijn aanleidingen om afspraken tussentijds aan te passen en welke rol hebt u daarin?
- Welke ondersteuning krijgt u van deskundigen bij het maken/uitvoeren/evalueren van ondersteuningsplannen: is dat voldoende, te veel?
- Hebt u voldoende scholing ontvangen in het maken en gebruiken van ondersteuningsplannen.

**Seksualiteit**

- Zijn thema's als vriendschap, relaties, seksualiteit en weerbaarheid onderdeel van ondersteuningsplannen?
- Ervaren deskundigheid in het bespreekbaar maken van seksualiteit.

**3 Risicoaspect Individuele planning dagbesteding**

- Op welke wijze bent u betrokken bij het maken en evalueren van activiteitenplannen?
- Op welke wijze vindt communicatie plaats tussen wonen en dagbesteding? Welke rol hebt u daarin?
- Wordt rapportage over het functioneren op de dagbesteding betrokken bij het maken en evalueren van ondersteuningsplannen?
- Wordt in de dagrapportage gebruikgemaakt van de doelen van de activiteitenplannen.
- Aanleidingen om het activiteitenplan tussentijds bij te stellen.
- Betrokkenheid deskundigen bij het maken en evalueren van activiteitenplannen

---

*Aandachtspunten voor deskundigen*

---

*Aandachtspunten voor begeleiders/ondersteuners*

---

**4 Risicoaspect Deskundigheid personeel**

- Sluit opleiding van medewerkers aan bij de ondersteuningsvragen van cliënten. Hebt u een rol in het signaleren van hiaten en in een eventuele (bij)scholing?
- Ziet u risico's met betrekking tot kwaliteit en kwantiteit van medewerkers en deskundigen.
- Rol in reflectie van medewerkers op eigen handelen.
- Bijhouden van eigen deskundigheid.
- Mening over noodzakelijke protocollen en richtlijnen en eigen rol daar in.

**Seksualiteit**

- Visie en uitwerking daarvan (in brede zin en toegespitst op seksueel misbruik).
- (Bij)scholing over omgaan met seksualiteit: eigen bijscholing en bijdrage aan scholing aan medewerkers.
- Betrokkenheid van externe deskundigen over seksualiteit (rondom individuele cliënten en/of themabijeenkomsten).

---

**5 Risicoaspect Diagnostiek en signalering****Diagnostiek**

- Is vastgelegd welk diagnostisch instrumentarium wanneer wordt gebruikt?
- Is achterliggende diagnostiek voldoende geïntegreerd in persoonsbeeld, doelen en afspraken?

**Signalering**

- Worden er signaleringsprofielen gemaakt en zo ja: hoe?
- Mening over deskundigheid van medewerkers om op tijd te signaleren.

**Diagnostiek/signalering**

- Beschikt u over voldoende kennis en vaardigheid op het gebied van diagnostiek en signalering?
- Mening over faciliteren van voldoende diagnostiek/ signalering.
- Training van medewerkers rondom signalering en diagnostiek.

**4 Risicoaspect Deskundigheid personeel**

- Sluit opleiding en/of bijscholing aan bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënten?
- Mening over het werkklimaat op de locatie.
- Mening over bijscholingsmogelijkheden.
- Kunnen de ondersteuningsvragen van de cliënten voldoende worden beantwoord?
- Reflectie op eigen handelen en reflectie krijgen van anderen (collega's, leidinggevenden, beroepsgenoten) op eigen handelen.
- Voelt u zich ondersteund door de deskundigen?
- Voelt u zich ondersteund door het management?

**Seksualiteit**

- Visie en uitwerking daarvan (in brede zin en toegespitst op seksueel misbruik).
- Maakt (bij)scholing over omgaan met seksualiteit deel uit van het scholingsplan?

---

**5 Risicoaspect Diagnostiek en signalering****Diagnostiek**

- Mening over diagnostisch onderzoek: draagt het bij aan beter handelen? Is het voldoende beschikbaar?
- Levert u wel eens een bijdrage in het verrichten van onderdelen van diagnostisch onderzoek en krijgt u daarvoor gerichte bijscholing (bijvoorbeeld observatielijsten, monitoren van somatische verschijnselen)?

**Signalering**

- Mening over eigen kennis en vaardigheden in het signaleren van veranderingen bij cliënten.
  - Mening over beschikbare signaleringsinstrumenten.
  - Wordt er voldoende gedaan met signalen van medewerkers door behandelaars en leidinggevenden.
  - Vindt gerichte (bij-)scholing plaats rondom de toepassing van signaleringsinstrumenten?
-

*Aandachtspunten voor deskundigen**Aandachtspunten voor begeleiders/ondersteuners***Seksualiteit**

- Seksueel misbruik: wie bepaalt of nazorg van het slachtoffer nodig is? Welke therapieën?

**Seksualiteit**

- Wordt seksueel misbruik van cliënten onderling vaak geconstateerd? Wie bepaalt of nazorg van het slachtoffer nodig is en wordt hier standaard aandacht aan besteed?
- Is er voldoende kennis en vaardigheden om kwetsbaarheid van cliënten voor seksueel misbruik tijdig te signaleren?
- Spreken medewerkers onderling elkaar aan op bejegening van cliënten ten aanzien van seksualiteit?

**6 Risicoaspect Veiligheid**

- Knelpunten en risico's rondom objectieve veiligheid (zwemmen en baden, brand, thermostaatkranen, nachttoezicht, medische hulpmiddelen, medicatie).
- Knelpunten en risico's met betrekking tot subjectieve veiligheid in de organisatie (privacy, bejegening, communicatie, informatie, grensoverschrijdend gedrag).
- Meldcultuur.  
Rol in opstellen van richtlijnen en protocollen en in scholing van medewerkers.
- Welke protocollen en richtlijnen worden goed nageleefd en welke worden gemist.
- Welke afspraken over gedragsregels, bejegening, privacy en geborgenheid worden goed nageleefd en welke worden gemist.
- Rol in maken en uitvoeren van deze afspraken en in scholing van medewerkers.
- Hoe worden de deskundigen betrokken bij calamiteiten?
- Hoe gaat u om met klachten van cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers?

**Seksualiteit**

- Hoe is de cultuur? Open en eerlijk? Kan grensoverschrijdend gedrag besproken worden? Is dit ook onderwerp van gesprek? Kan en durft men elkaar aan te spreken op ongewenst gedrag?

**6 Risicoaspect Veiligheid**

- Sterke en zwakke punten betreffende objectieve veiligheid. Doorvragen naar beschikbaarheid van protocollen voor thermostaatkraan, verdrinking, nachttoezicht, en hulpmiddelen.
- Subjectieve veiligheid: gedragsregels, bejegening, privacy, gevoel van geborgenheid, grensoverschrijdend gedrag.
- Hoe vaak wordt er over veiligheid gesproken, bijvoorbeeld in werkoverleg?
- Wordt er door de leidinggevenden en collega's iets gedaan met uw opmerkingen over veiligheid?
- Voelt u zich veilig in de werkomgeving en werkcultuur, bijvoorbeeld organisatie, cliënten en collega's.
- Is het mogelijk extra formatie te krijgen op het moment dat dit nodig is?
- Meldcultuur: hoe is de houding ten opzichte van melden van fouten/bijna-ongevallen en grensoverschrijdend gedrag?
- Hoe gaat u om met klachten van cliënten en cliëntvertegenwoordigers?

**Seksualiteit**

- Hoe is de cultuur? Open en eerlijk? Kan grensoverschrijdend gedrag besproken worden? Is dit ook onderwerp van gesprek? Kan en durft men elkaar aan te spreken op ongewenst gedrag?

---

*Aandachtspunten voor deskundigen**Aandachtspunten voor begeleiders/ondersteuners*

---

**7 Risicoaspect Continuïteit van zorg**

- Is duidelijk wie welk dossier bewaart?
- Zijn er afspraken over de toegankelijkheid van elkaars dossiers?
- Zijn er afspraken met externe instanties over de toegankelijkheid en privacy-bescherming met betrekking tot inzage geven en vragen in dossiers.?
- Is er samenwerking tussen en erkenning van de verschillende disciplines?
- Rol in overdracht van diensten/onderdelen van ondersteuning naar andere zorgaanbieders
- Hoe verlopen de contacten met de familie/vertegenwoordigers van de cliënten? Wie heeft de regie van de zorg en eventuele behandeling van de cliënten in handen?

**7 Risicoaspect Continuïteit van zorg**

- Werkt u in een stabiel team, of is er sprake van veel wisselingen?
  - Mening over overdracht in eigen team zodanig dat continuïteit van zorg gewaarborgd is.
  - Mening over overdracht tussen diverse locaties zodanig dat continuïteit van zorg gewaarborgd is.
  - Mening over overdracht met externe instanties zodanig dat continuïteit van zorg gewaarborgd is.
  - Mening over overdracht tussen team en ondersteunende deskundigen/disciplines.
  - Is er samenwerking tussen en erkenning van de verschillende disciplines.
  - Hoe stabiel is het team? Hoe is het ziekteverzuim?
  - Hoe verlopen de contacten met de familie/vertegenwoordigers van de cliënten? Wie heeft de regie van de zorg en eventuele behandeling van de cliënten in handen? Heeft men voldoende deskundigheid om deze contacten goed te laten verlopen en ook de ouders waar nodig te (onder)steunen?
  - Hoe handelt men als ouders duidelijk een andere mening zijn toegedaan?
-

---

*Aandachtspunten voor deskundigen**Aandachtspunten voor begeleiders/ondersteuners*

---

**8 Risicoaspect Vrijheidsbeperkende maatregelen**

- Op welke wijze wordt gewerkt aan het terugdringen en voorkomen van vrijheidsbeperking?
- Is de juridische status van de cliënten altijd duidelijk?
- Rol in opstellen richtlijnen en protocollen.
- Rol in scholing van het personeel.
- Rol in voorlichting aan cliënten en vertegenwoordigers.
- Worden, indien vrijheidsbeperking wordt overwogen, externe deskundigen geconsulteerd/een second opinion aangevraagd?

Afhankelijk van de formulieren die van tevoren zijn ingezien:

- Bevindingen Bopz-commissie en MIP/FONA-commissie

**8 Risicoaspect Vrijheidsbeperkende maatregelen**

- Mening over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.
  - Voorbeeld geven hoe hiermee in de praktijk wordt omgegaan?
  - Hoe worden de cliënt en zijn vertegenwoordiger betrokken bij het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen?
  - Scholing op het gebied van de Wet Bopz en in de wijze waarop vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden toegepast?
  - Als u een incident meldt met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, ontvangt u dan een terugkoppeling hierover?
  - Hoe wordt de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen geregistreerd/gedocumenteerd?
-



### BIJLAGE 3 Overzicht van de scores van de inspectiebezoeken aan de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking

In deze tabel staat een overzicht van de bezochte organisatorische eenheden. Organisatorische eenheden die geen plan van aanpak moeten maken, presteren goed. De zorg was hier op orde. Alle organisatorische eenheden die op één of meer risicoaspecten een score drie of vier hadden, moesten een plan maken en zijn opnieuw bezocht. De betreffende organisatorische eenheden zijn vet weergegeven in het schema. Als na het follow-upbezoek nog steeds een of meer risicoaspecten onvoldoende zijn, volgen extra bezoeken. Deze bezoeken zijn in volle gang. Daar waar reeds een vastgesteld rapport is opgemaakt, zijn de resultaten in dit schema te vinden. Risicovolle scores van een bezochte organisatorische eenheid van een zorgaanbieder hoeven niet noodzakelijkerwijs te betekenen dat ook andere eenheden van dezelfde zorgaanbieder risicovol scoren.

*Bijgewerkt tot 8 januari 2009*

| Nr. | Concern                 | Organisatorische eenheid                  | Plaats organisatorische eenheid | Bezoekfase  | Zelfbepaling en medezeggenschap                               | Individuele planning en ondersteuning | Individuele planning en dagbesteding | Deskundigheid personeel | Diagnostiek en signalering | Veiligheid | Continuïteit van zorg | Vrijheidsbeperkende maatregelen |
|-----|-------------------------|---|---------------------------------|-------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1   | VG Abrona               | Abrona, regio Oost, cluster Leusden/Zeist | HUIS TER HEIDE/LEUSDEN          | 1ste bezoek | 1   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 2                          | 2          | 3                     | nvt                             |
|     |                         |   |                                 | Follow-up   | 1   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 2                          | 2          | 1                     | nvt                             |
| 2   | VG ASVZ Zuid-West       | ASVZ Zuid-West, sector 5                  | ROTTERDAM                       | 1ste bezoek | 2   | 2                                     | 2                                    | 3                       | 2                          | 2          | 3                     | 2                               |
|     |                         |   |                                 | Follow-up   | 2   | 2                                     | 2                                    | 1                       | 2                          | 2          | 2                     | 2                               |
| 3   | VG St. Raphaelstichting | Bleidablick, cluster 3                    | MIDDENBEEMSTER                  | 1ste bezoek | 2   | 3                                     | 2                                    | 2                       | 2                          | 2          | 2                     | 1                               |
|     |                         |   |                                 | Follow-up   | 2   | 1                                     | 2                                    | 2                       | 2                          | 2          | 2                     | 2                               |
| 4   | Careander               | Careander, eenheid 1                      | HARDERWIJK                      | 1ste bezoek | 1   | 1                                     | 1                                    | 2                       | 1                          | 1          | 1                     | 1                               |
|     |                         |   |                                 | Follow-up   | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |                                       |                                      |                         |                            |            |                       |                                 |
| 5   | VG Cello                | Cello, sector 1, Rosmalen, eenheid BR-1   | ROSMALEN                        | 1ste bezoek | 2   | 1                                     | 1                                    | 1                       | 1                          | 2          | 3                     | 2                               |
|     |                         |   |                                 | Follow-up   | 2   | 1                                     | 1                                    | 1                       | 1                          | 2          | 1                     | 2                               |
| 6   | VG St. Cordaan          | <b>Cordaan, De Werf</b>                   | AMSTERDAM                       | 1ste bezoek | 2   | 2                                     | 2                                    | 3                       | 2                          | 1          | 4                     | 2                               |
|     |                         |   |                                 | Follow-up   | 2   | 2                                     | 2                                    | 3                       | 2                          | 3          | 3                     | 2                               |

| Nr. | Concern                 | Organisatorische eenheid                   | Plaats organisatorische eenheid | Bezoekfase   | Zelfbepaling en medezeggenschap                               | Individuele planning en ondersteuning | Individuele planning en dagbesteding | Deskundigheid personeel | Diagnostiek en signalering | Veiligheid | Continuïteit van zorg | Vrijheidsbeperkende maatregelen |
|-----|-------------------------|--|---------------------------------|--------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------|-----------------------|---------------------------------|
| 7   | VG St. Cordaan          | Cordaan, regio Noord                       | AMSTERDAM                       | 1ste bezoek  | 2   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 1                          | 2          | 3                     | 1                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | 2   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 1                          | 2          | 2                     | 1                               |
| 8   | Koraalgroep             | De Hondsborg                               | OISTERWIJK                      | 1ste bezoek  | 2   | 2                                     | 1                                    | 1                       | 1                          | 2          | 2                     | 2                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |                                       |                                      |                         |                            |            |                       |                                 |
| 9   | Koraalgroep             | <b>De La Salle</b>                         | BOXTEL                          | 1ste bezoek  | 3   | 4                                     | 3                                    | 4                       | 3                          | 3          | 3                     | 4                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | 2   | 3                                     | 2                                    | 2                       | 2                          | 2          | 3                     | 2                               |
|     |                         |  |                                 | Extra bezoek | 2   | 3                                     | 2                                    | 2                       | 2                          | 2          | 3                     | 2                               |
| 10  | VG De Lichtenvoorde     | De Lichtenvoorde, cluster Oost Gelre       | GROENLO                         | 1ste bezoek  | 2   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 2                          | 2          | 2                     | 1                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |                                       |                                      |                         |                            |            |                       |                                 |
| 11  | VG De Passerel          | De Passerel, eenheid 1                     | APELDOORN                       | 1ste bezoek  | 1   | 1                                     | 1                                    | 1                       | 2                          | 1          | 1                     | 1                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |                                       |                                      |                         |                            |            |                       |                                 |
| 12  | VG St. Prinsenstichting | <b>De Prinsenstichting, sector Wonen 2</b> | PURMEREND                       | 1ste bezoek  | 1   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 1                          | 2          | 3                     | 3                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | 1   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 1                          | 3          | 3                     | 3                               |
| 13  | VG St. De Waerden       | De Waerden, regio Noord Oost               | HEERHUGOWAARD                   | 1ste bezoek  | 1   | 2                                     | 3                                    | 2                       | 2                          | 1          | 3                     | 1                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | 1   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 2                          | 1          | 2                     | 1                               |
| 14  | VG Elivagar             | <b>Elivagar Roggel</b>                     | ROGGEL                          | 1ste bezoek  | 4   | 4                                     | 3                                    | 4                       | 4                          | 4          | 4                     | 4                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | 2   | 3                                     | 2                                    | 3                       | 3                          | 2          | 3                     | 2                               |
| 15  | VG EsDeeGee-Reigersdaal | EsDeeGee-Reigersdaal, Boet                 | HEERHUGOWAARD                   | 1ste bezoek  | 1   | 2                                     | 2                                    | 1                       | 1                          | 2          | 2                     | 1                               |
|     |                         |  |                                 | Follow-up    | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |                                       |                                      |                         |                            |            |                       |                                 |

| <i>Nr.</i> | <i>Concern</i>                | <i>Organisatorische eenheid</i>                                     | <i>Plaats organisatorische eenheid</i> | <i>Bezoekfase</i> | <i>Zelfbepaling en medezeggenschap</i>                        | <i>Individuele planning en ondersteuning</i> | <i>Individuele planning en dagbesteding</i> | <i>Deskundigheid personeel</i> | <i>Diagnostiek en signalering</i> | <i>Veiligheid</i> | <i>Continuïteit van zorg</i> | <i>Vrijheidsbeperkende maatregelen</i> |
|------------|-------------------------------|---|--|-------------------|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|--|
| 16         | VG Frion                      | Frion, regio buitenlocaties, divisie wonen buitengebieden (regio 1) | ZWOLLE                                 | 1ste bezoek       | 3   | 3  | 3   | 3                              | 3                                 | 4                 | 4                            | 4                                      |
|            |                               |   |  | Follow-up         | 2   | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 3                            | 2                                      |
| 17         | VG Frion                      | Frion, regio IJsselbolder (regio 2)                                 | ZWOLLE                                 | 1ste bezoek       | 3   | 3  | 3   | 3                              | 3                                 | 4                 | 4                            | 4                                      |
|            |                               |   |  | Follow-up         | 2   | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 3                            | 2                                      |
| 18         | VG Gemiva SVG Groep           | Gemiva SVG Groep, Regio Noord                                       | ZOETERWOUDE                            | 1ste bezoek       | 1   | 2  | nvt   | 1                              | 1                                 | 1                 | 2                            | nvt                                    |
|            |                               |   |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |
| 19         | VG Gemiva SVG Groep           | Gemiva SVG Groep, sector De Brunel                                  | LEIDERDORP                             | 1ste bezoek       | 1   | 2  | nvt   | 2                              | 2                                 | 3                 | 3                            | 1                                      |
|            |                               |   |  | Follow-up         | 1   | 2  | nvt   | 2                              | 2                                 | 1                 | 1                            | 1                                      |
| 20         | VG Gemiva SVG Groep           | Gemiva SVG Groep, sector De Molen                                   | ZOETERWOUDE                            | 1ste bezoek       | 1   | 2  | nvt   | 2                              | 2                                 | 3                 | 3                            | nvt                                    |
|            |                               |   |  | Follow-up         | 1   | 2  | nvt   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | nvt                                    |
| 21         | VG Gemiva SVG Groep           | Gemiva SVG Groep, sector Desideranda                                | LEIDERDORP                             | 1ste bezoek       | 1   | 2  | nvt   | 2                              | 2                                 | 3                 | 2                            | 1                                      |
|            |                               |   |  | Follow-up         | 1   | 2  | nvt   | 2                              | 2                                 | 1                 | 2                            | 1                                      |
| 22         | VG J.P. van den Bentstichting | J.P. van den Bent stichting, cluster Deventer                       | DEVENTER                               | 1ste bezoek       | 1   | 2  | 2   | 1                              | 2                                 | 1                 | 1                            | nvt                                    |
|            |                               |   |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |
| 23         | VG Kon. Visio Nw. Ned.        | Koninklijke Visio Nw Ned., Noord-Holland                            | HUIZEN                                 | 1ste bezoek       | 2   | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
|            |                               |   |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |
| 24         | Koraalgroep                   | Maasveld  | MAASTRICHT                             | 1ste bezoek       | 1   | 2  | 2   | 1                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 1                                      |
|            |                               |   |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |

| <i>Nr.</i> | <i>Concern</i>             | <i>Organisatorische eenheid</i>                                 | <i>Plaats organisatorische eenheid</i> | <i>Bezoekfase</i> | <i>Zelfbepaling en medezeggenschap</i> | <i>Individuele planning en ondersteuning</i> | <i>Individuele planning en dagbesteding</i> | <i>Deskundigheid personeel</i> | <i>Diagnostiek en signalering</i> | <i>Veiligheid</i> | <i>Continuïteit van zorg</i> | <i>Vrijheidsbeperkende maatregelen</i> |
|------------|----------------------------|---|--|-------------------|--|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|--|
| 25         | VG Michaelshoeve           | <b>Michaelshoeve Overkempe</b>                                  | OLST                                   | 1ste bezoek       | 4                                      | 3  | 3   | 3                              | 4                                 | 4                 | 3                            | 4                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 4                                      | 2  | 2   | 2                              | 3                                 | 2                 | 2                            | 3                                      |
| 26         | VG Maaskringgroep          | <b>Pameijerkeerring, eenheid 1 groeps- en individueel wonen</b> | ROTTERDAM                              | 1ste bezoek       | 2                                      | 3  | 1   | 2                              | 3                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 3  | 1   | 2                              | 1                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 27         | VG Pluryn Werkenrode Groep | <b>Pluryn Werkenrode Groep, Groesbeekse Tehuizen 1</b>          | GROESBEEK                              | 1ste bezoek       | 3                                      | 3  | 2   | 3                              | 2                                 | 3                 | 3                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 3                                      | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 28         | VG Pluryn Werkenrode Groep | Pluryn Werkenrode Groep, Het Hietveld                           | BEEKBERGEN                             | 1ste bezoek       | 2                                      | 1  | 2   | 4                              | 1                                 | 3                 | 4                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 1  | 2   | 2                              | 1                                 | 2                 | 2                            | 1                                      |
| 29         | VG St. Prisma              | Prisma, cluster 1   | RAAMSDONKSVEER                         | 1ste bezoek       | 1                                      | 3  | 2   | 2                              | 2                                 | 1                 | 2                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 1                                      | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 1                 | 2                            | 1                                      |
| 30         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | 's Heeren Loo Midden-Nederland Ede                              | EDE                                    | 1ste bezoek       | 2                                      | 1  | 1   | 2                              | 3                                 | 2                 | 3                            | 2                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 31         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | 's Heeren Loo Midden-Nederland Ede                              | EDE                                    | 1ste bezoek       | 2                                      | 1  | 1   | 2                              | 3                                 | 2                 | 3                            | 2                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 32         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | 's Heeren Loo Midden-Nederland Wekerom                          | WEKEROM                                | 1ste bezoek       | 2                                      | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 3                 | 3                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 33         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | 's Heeren Loo Midden-Nederland Wekerom                          | WEKEROM                                | 1ste bezoek       | 2                                      | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 3                 | 3                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |

| <i>Nr.</i> | <i>Concern</i>             | <i>Organisatorische eenheid</i>   | <i>Plaats organisatorische eenheid</i> | <i>Bezoekfase</i> | <i>Zelfbepaling en medezeggenschap</i> | <i>Individuele planning en ondersteuning</i> | <i>Individuele planning en dagbesteding</i> | <i>Deskundigheid personeel</i> | <i>Diagnostiek en signalering</i> | <i>Veiligheid</i> | <i>Continuïteit van zorg</i> | <i>Vrijheidsbeperkende maatregelen</i> |
|------------|----------------------------|---|--|-------------------|--|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|--|
| 34         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | 's Heeren Loo Noord-Nederland, regio Noorderhaven, team 2   | JULIANADORP                            | 1ste bezoek       | 1                                      | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 3                 | 2                            | 2                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 1                                      | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 35         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | 's Heeren Loo Noord-Nederland, regio Noorderhaven, team 3   | JULIANADORP                            | 1ste bezoek       | 1                                      | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 3                 | 2                            | 2                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 1                                      | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 36         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | 's Heeren Loo Noord-Nederland, regio Noorderhaven, team 4   | JULIANADORP                            | 1ste bezoek       | 1                                      | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 3                 | 2                            | 2                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 1                                      | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 37         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | <b>'s Heerenloo West-Nederland, regio 4, woonteam 47, locatie Willem vd Bergh in Oegstgeest</b>                             | OEGSTGEEST                             | 1ste bezoek       | 2                                      | 3  | 2   | 3                              | 3                                 | 3                 | 3                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 3  | 2   | 2                              | 2                                 | 3                 | 2                            | 3                                      |
| 38         | VG 's Heeren Loo Zorggroep | <b>'s Heerenloo West-Nederland, regio 5, woonteam 51, locatie Willem vd Bergh, in Noordwijk, Katwijk en Noordwijkerhout</b> | NOORDWIJK                              | 1ste bezoek       | 2                                      | 3  | 2   | 3                              | 3                                 | 3                 | 3                            | 2                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 3                 | 2                            | 2                                      |
|            |                            |   |  | Extra bezoek      | 2                                      | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 1                 | 2                            | 2                                      |
| 39         | VG S&L Zorg                | S&L zorg, Sterrebos   | ROOSENDAAL                             | 1ste bezoek       | 3                                      | 3  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 1                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 1                                      |
| 40         | VG Severinus               | Severinus, zorg & nachtzorg   | VELDHOVEN                              | 1ste bezoek       | 1                                      | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 3                 | 2                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 1                                      | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 41         | VG Sherpa                  | Sherpa, Cluster 1 Wonen   | BAARN                                  | 1ste bezoek       | 3                                      | 2  | 2   | 3                              | 3                                 | 3                 | 4                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 42         | VG Sherpa                  | Sherpa, cluster 4 Wonen   | BAARN                                  | 1ste bezoek       | 2                                      | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 3                                      |
|            |                            |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |

| <i>Nr.</i> | <i>Concern</i>                        | <i>Organisatorische eenheid</i>                     | <i>Plaats organisatorische eenheid</i> | <i>Bezoekfase</i> | <i>Zelfbepaling en medezeggenschap</i> | <i>Individuele planning en ondersteuning</i> | <i>Individuele planning en dagbesteding</i> | <i>Deskundigheid personeel</i> | <i>Diagnostiek en signalering</i> | <i>Veiligheid</i> | <i>Continuïteit van zorg</i> | <i>Vrijheidsbeperkende maatregelen</i> |
|------------|---------------------------------------|---|--|-------------------|--|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|--|
| 43         | VG St. SIG                            | SIG, eenheid 1                                      | HEEMSKERK                              | 1ste bezoek       | 2                                      | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 3                 | 1                            | 3                                      |
|            |                                       |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 1                 | 1                            | 2                                      |
| 44         | VG Siza Dorp Groep                    | Siza Dorp Groep, buitenlocaties intramuraal         | OOSTERBEEK/ZETTEN                      | 1ste bezoek       | 1                                      | 2  | 2   | 1                              | 2                                 | 3                 | 1                            | 2                                      |
|            |                                       |   |  | Follow-up         | 1                                      | 2  | 2   | 1                              | 2                                 | 2                 | 1                            | 2                                      |
| 45         | VG Siza Dorp Groep                    | <b>Siza Dorp Groep, Koonings Jaght, IB</b>          | ARNHEM                                 | 1ste bezoek       | 4                                      | 4  | 4   | 3                              | 4                                 | 4                 | 4                            | 4                                      |
|            |                                       |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 2   | 3                              | 2                                 | 2                 | 3                            | 2                                      |
|            |                                       |   |  | Extra bezoek      | 2                                      | 2  | 2   | 1                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 46         | VG Philadelphia Zorg                  | St Philadelphia Zorg, locatie Brabant               | ROSMALEN                               | 1ste bezoek       | 2                                      | 2  | 1   | 3                              | 2                                 | 2                 | 3                            | 2                                      |
|            |                                       |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 1   | 1                              | 2                                 | 2                 | 1                            | 2                                      |
| 47         | VG St. Amarant                        | St. Amarant, eenheid 8                              | TILBURG                                | 1ste bezoek       | 1                                      | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 3                            | nvt                                    |
|            |                                       |   |  | Follow-up         | 1                                      | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 1                            | nvt                                    |
| 48         | VG St. AZZ                            | <b>St. AZZ, Veerse singel, eenheid 1</b>            | MIDDELBURG                             | 1ste bezoek       | 4                                      | 2  | 2   | 3                              | 3                                 | 4                 | 3                            | 4                                      |
|            |                                       |   |  | Follow-up 1       | 2                                      | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 3                 | 2                            | 2                                      |
|            |                                       |   |  | Extra bezoek      | 2                                      | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 1                 | 2                            | 2                                      |
| 49         | VG St. Daelzicht                      | <b>St. Daelzicht, Thornerkwartier</b>               | HEEL                                   | 1ste bezoek       | 2                                      | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 3                 | 2                            | 2                                      |
|            |                                       |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 2   | 3                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 50         | VG St. Dag- en Woonvoorzieningen Zorg | St. Dag- en Woonvoorzieningen Zorg, cluster Wonen 3 | ROSENDAAAL                             | 1ste bezoek       | 2                                      | 3  | 1   | 1                              | 2                                 | 3                 | 1                            | 2                                      |
|            |                                       |   |  | Follow-up         | 2                                      | 2  | 1   | 1                              | 2                                 | 2                 | 1                            | 2                                      |

| <i>Nr.</i> | <i>Concern</i>              | <i>Organisatorische eenheid</i>  | <i>Plaats organisatorische eenheid</i> | <i>Bezoekfase</i> | <i>Zelfbepaling en medezeggenschap</i>                        | <i>Individuele planning en ondersteuning</i> | <i>Individuele planning en dagbesteding</i> | <i>Deskundigheid personeel</i> | <i>Diagnostiek en signalering</i> | <i>Veiligheid</i> | <i>Continuïteit van zorg</i> | <i>Vrijheidsbeperkende maatregelen</i> |
|------------|-----------------------------|--|--|-------------------|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|--|
| 51         | VG St. De Ark               | St. De Ark Gemeenschap, regio Gouda, eenheid 1                                   | GOUDA                                  | 1ste bezoek       | 3   | 3  | nvt   | 3                              | 2                                 | 3                 | 3                            | 1                                      |
|            |                             |  |  | Follow-up         | 2   | 2  | nvt   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 52a        | VG St. De Bruggen           | <b>St. De Bruggen, Zwammerdam, RVE 2, beh./beg./intensief (woningen 2 en 4)</b>  | ZWAMMERDAM                             | 1ste bezoek       | 4   | 4  | 4   | 4                              | 3                                 | 4                 | 4                            | 4                                      |
|            |                             |  |  | Follow-up         | 3   | 3  | 3   | 3                              | 3                                 | 3                 | 3                            | 3                                      |
|            |                             |  |  | Extra bezoek      | 2   | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 52b        | VG St. De Bruggen           | <b>St. De Bruggen, Zwammerdam, RVE 2, beh./beg./intensief (woningen 9 en 11)</b> | ZWAMMERDAM                             | 1ste bezoek       | 3   | 3  | 3   | 3                              | 3                                 | 4                 | 3                            | 3                                      |
|            |                             |  |  | Follow-up 1       | 2   | 2  | 3   | 2                              | 2                                 | 3                 | 3                            | 2                                      |
|            |                             |  |  | Extra bezoek      | 2   | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 53         | VG St. De Compaan           | St. De Compaan, cluster 1, locatie Binnenklingen                                 | DEN HAAG                               | 1ste bezoek       | 2   | 3  | 3   | 2                              | 3                                 | 3                 | 3                            | 1                                      |
|            |                             |  |  | Follow-up         | 2   | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 1                                      |
| 54         | VG De Driestroom Amersfoort | St. De Driestroom, cluster Arnhem  | ELST                                   | 1ste bezoek       | 2   | 3  | 2   | 3                              | 3                                 | 3                 | 2                            | 3                                      |
|            |                             |  |  | Follow-up         | 1   | 2  | 1   | 1                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 55         | VG St. Okkernoot            | St. De Okkernoot, eenheid 1  | SCHOONDIJKE                            | 1ste bezoek       | 1   | 2  | nvt   | 2                              | 1                                 | 2                 | 1                            | 1                                      |
|            |                             |  |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |
| 56         | VG St. De Parabool          | St. De Parabool, eenheid 1   | SCHALKHAAR                             | 1ste bezoek       | 1   | 2  | 1   | 1                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
|            |                             |  |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |
| 57         | VG St. De Plaatse           | St. De Plaatse, sector De Kempen   | EINDHOVEN                              | 1ste bezoek       | 2   | 2  | 1   | 2                              | 2                                 | 1                 | 2                            | 1                                      |
|            |                             |  |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |

| Nr. | Concern                             | Organisatorische eenheid   | Plaats organisatorische eenheid | Bezoekfase  | Zelfbepaling en medezeggenschap                               | Individuele planning en ondersteuning | Individuele planning en dagbesteding | Deskundigheid personeel | Diagnostiek en signalering | Veiligheid | Continuïteit van zorg | Vrijheidsbeperkende maatregelen |
|-----|-------------------------------------|--|---------------------------------|-------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------|-----------------------|---------------------------------|
| 58  | VG St. Filadelfia Zorgverlening     | St. Filadelfia Zorgverlening, regio Noord, locatie Steenwijkerwold | STEENWIJKERWOLD                 | 1ste bezoek | 1   | 1                                     | 1                                    | 1                       | 1                          | 2          | 1                     | nvt                             |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |                                       |                                      |                         |                            |            |                       |                                 |
| 59  | VG St. Herman Frantsenhuizen        | St. Herman Frantsenhuizen Vlaardingen                              | VLAARDINGEN                     | 1ste bezoek | 2   | 3                                     | nvt                                  | 1                       | 3                          | 2          | 1                     | 1                               |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | 2   | 2                                     | nvt                                  | 1                       | 2                          | 2          | 1                     | 1                               |
| 60  | VG St. Het Gors                     | St. Het Gors, eenheid 1  | MIDDELBURG                      | 1ste bezoek | 3   | 3                                     | nvt                                  | 1                       | 1                          | 2          | 3                     | 1                               |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | 1   | 2                                     | nvt                                  | 1                       | 1                          | 2          | 2                     | 1                               |
| 61  | VG St. Het Lichtpunt                | St. Het Lichtpunt, eenheid 1                                       | KATWIJK                         | 1ste bezoek | 3   | 2                                     | nvt                                  | 1                       | 1                          | 3          | 1                     | 2                               |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | 2   | 2                                     | nvt                                  | 1                       | 1                          | 2          | 1                     | 2                               |
| 62  | VG St. Humanitas DMH                | <b>St. Humanitas DMH, cluster 2 - semimurale dienstverlening</b>   | BARENDRECHT                     | 1ste bezoek | 2   | 3                                     | 2                                    | 3                       | 3                          | 3          | 3                     | 3                               |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | 2   | 2                                     | 2                                    | 2                       | 3                          | 3          | 3                     | 3                               |
| 63  | VG St. Ipse                         | St. Ipse, cluster 3 Wonen  | NOOTDORP                        | 1ste bezoek | 2   | 2                                     | 2                                    | 1                       | 1                          | 3          | 2                     | 1                               |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | 2   | 2                                     | 2                                    | 1                       | 1                          | 1          | 2                     | 1                               |
| 64  | VG St. Meare                        | St. Meare, eenheid 1, senioren & overige doelgroepen               | EINDHOVEN                       | 1ste bezoek | 2   | 3                                     | 2                                    | 3                       | 3                          | 2          | 3                     | 1                               |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | 1   | 2                                     | 1                                    | 2                       | 1                          | 1          | 2                     | 1                               |
| 65  | VG Orthopedagogisch centrum Brabant | St. OCB, regio Midden  | TILBURG                         | 1ste bezoek | 2   | 3                                     | 1                                    | 2                       | 3                          | 2          | 3                     | 2                               |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | 2   | 2                                     | 1                                    | 2                       | 2                          | 2          | 2                     | 2                               |
| 66  | VG St. Odion                        | St. Odion, Zaanstreek  | ZAANDAM                         | 1ste bezoek | 1   | 2                                     | 1                                    | 2                       | 2                          | 2          | 2                     | 1                               |
|     |                                     |  |                                 | Follow-up   | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |                                       |                                      |                         |                            |            |                       |                                 |



| <i>Nr.</i> | <i>Concern</i>                        | <i>Organisatorische eenheid</i>                                  | <i>Plaats organisatorische eenheid</i> | <i>Bezoekfase</i> | <i>Zelfbepaling en medezeggenschap</i>                        | <i>Individuele planning en ondersteuning</i> | <i>Individuele planning en dagbesteding</i> | <i>Deskundigheid personeel</i> | <i>Diagnostiek en signalering</i> | <i>Veiligheid</i> | <i>Continuïteit van zorg</i> | <i>Vrijheidsbeperkende maatregelen</i> |
|------------|---------------------------------------|--|--|-------------------|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|--|
| <b>67</b>  | VG OlmenEs                            | <b>St. OlmenEs, eenheid 1</b>                                    | APPELSCHA                              | 1ste bezoek       | 2   | 2  | 2   | 2                              | 3                                 | 2                 | 2                            | 3                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | 2   | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 3                                      |
| 68         | VG St. Ons Tweede Thuis               | St. Ons Tweede Thuis, appartementen                              | NIEUW VENNEP/HOOFDDORP                 | 1ste bezoek       | 1   | 2  | 1   | 1                              | 1                                 | 1                 | 1                            | 1                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |
| <b>69</b>  | VG St. OPL (De Opbouw)                | <b>St. Opbouwnet OPL, De Schakel te Huis ter Heide</b>           | HUIS TER HEIDE                         | 1ste bezoek       | 3   | 3  | 1   | 2                              | 3                                 | 2                 | 1                            | 4                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | 3   | 3  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 1                            | 3                                      |
| 70         | VG St. Paus Johannes XXIII            | St. Paus Johannes XXIII, Rotterdam, Zuid-Hollandse eilanden      | ROTTERDAM                              | 1ste bezoek       | 2   | 2  | 2   | 2                              | 3                                 | 2                 | 3                            | 1                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | 2   | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 2                 | 2                            | 1                                      |
| 71         | VG Philadelphia Zorg Midden Holland   | St. Philadelphia Zorg Midden-Holland, Midden Holland, eenheden 2 | ALPHEN A/D RIJN                        | 1ste bezoek       | 1   | 3  | 2   | 1                              | 1                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | 1   | 2  | 2   | 1                              | 1                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 72         | VG Philadelphia Zorg Utrecht          | St. Philadelphia Zorg Utrecht, eenheid 2                         | VEENENDAAL                             | 1ste bezoek       | 3   | 3  | 1   | 3                              | 2                                 | 2                 | 3                            | 2                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | 2   | 1  | 1   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| <b>73</b>  | VG Philadelphia Zorg, Gelderland-Oost | <b>St. Philadelphia Zorg, Gelderland-Oost, eenheid 1</b>         | BRUMMEN                                | 1ste bezoek       | 3   | 3  | 3   | 3                              | 3                                 | 3                 | 2                            | 4                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | 3   | 3  | 3   | 3                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 3                                      |
| <b>74</b>  | VG Philadelphia Zorg, Gelderland-Oost | <b>St. Philadelphia Zorg, Gelderland-Oost, eenheid 2</b>         | ANGERLO                                | 1ste bezoek       | 3   | 3  | 3   | 2                              | 2                                 | 3                 | 1                            | 3                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | 2   | 3  | 2   | 1                              | 1                                 | 2                 | 1                            | 2                                      |
| <b>75</b>  | VG Philadelphia Zorg Groot Rijnmond   | <b>St. Philadelphia Zorg, regio Groot Rijnmond</b>               | ROTTERDAM                              | 1ste bezoek       | 3   | 3  | nvt   | 4                              | 3                                 | 3                 | 3                            | 1                                      |
|            |                                       |  |  | Follow-up         | 3   | 3  | nvt   | 2                              | 2                                 | 3                 | 3                            | 1                                      |





| <i>Nr.</i> | <i>Concern</i>           | <i>Organisatorische eenheid</i>                     | <i>Plaats organisatorische eenheid</i> | <i>Bezoekfase</i> | <i>Zelfbepaling en medezeggenschap</i>                        | <i>Individuele planning en ondersteuning</i> | <i>Individuele planning en dagbesteding</i> | <i>Deskundigheid personeel</i> | <i>Diagnostiek en signalering</i> | <i>Veiligheid</i> | <i>Continuïteit van zorg</i> | <i>Vrijheidsbeperkende maatregelen</i> |
|------------|--------------------------|---|--|-------------------|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|--|
| 93         | VG St. Triade-Flevoland  | Triade Lelystad                                     | LELYSTAD                               | 1ste bezoek       | 2   | 2  | 2   | 2                              | 3                                 | 2                 | 2                            | 3                                      |
|            |                          |   |  | Follow-up         | 2   | 2  | 2   | 2                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 3                                      |
| 94         | VG De Twentse Zorgcentra | Twentse Zorgcentra, regio Losser 6                  | LOSSER                                 | 1ste bezoek       | 3   | 3  | 2   | 3                              | 3                                 | 2                 | 3                            | 4                                      |
|            |                          |   |  | Follow-up         | 2   | 2  | 2   | 1                              | 2                                 | 2                 | 2                            | 2                                      |
| 95         | VG Vanboeijen            | Vanboeijen, Het Erf, eenheid 5                      | MEPPEL                                 | 1ste bezoek       | 1   | 1  | 1   | 1                              | 1                                 | 1                 | 1                            | 1                                      |
|            |                          |   |  | Follow-up         | De kwaliteit van zorg is op orde. Geen vervolgonderzoek nodig |  |   |                                |                                   |                   |                              |  |
| 96         | VG Vanboeijen            | Vanboeijen, regio Midden-Drenthe, locatie eenheid 2 | ASSEN                                  | 1ste bezoek       | 1   | 2  | 2   | 2                              | 3                                 | 1                 | 2                            | 3                                      |
|            |                          |   |  | Follow-up         | 1   | 2  | 2   | 2                              | 1                                 | 1                 | 2                            | 2                                      |