

**Intramurale zorg voor mensen  
met een zintuiglijke beperking verbeterd**

Den Haag, december 2009



# Inhoudsopgave

## Voorwoord 5

## Samenvatting 7

### 1 Inleiding 9

- 1.1 Aanleiding en belang 9
- 1.2 Onderzoeksvraag 9
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader 9

### 2 Conclusies 11

- 2.1 Risico's binnen acceptabele grenzen 11
- 2.2 Verbeteren was en is nog steeds noodzakelijk 11
- 2.3 Zorg- en ondersteuningsplannen nog niet in orde 11
- 2.4 Positie van de cliënt: regie over eigen leven goed, medezeggenschap kan beter 12
- 2.5 Behoud van deskundigheid vraagt om actie 12
- 2.6 Vrijheidsbeperkende maatregelen blijven aandacht vragen; de sector beweegt zich in de goede richting 13
- 2.7 Lagere risicoscores bij de kleine en kleinschalig werkende organisaties 13

### 3 Handhaving 15

- 3.1 Maatregelen: organisaties moeten de risico's aanpakken 15
- 3.2 Aanbevelingen 15
  - 3.2.1 Gezamenlijk scholingsbeleid gewenst 15
  - 3.2.2 Onderzoek de samenhang tussen kleinschaligheid en kwaliteit 15
- 3.3 Vervolgacties inspectie 16
  - 3.3.1 Toezicht op verbeteringen 16
  - 3.3.2 Integratie in gefaseerd toezicht 16

### 4 Resultaten 17

- 4.1 Driekwart van de risicoscores acceptabel 17
- 4.2 Elf van de zestien werkeenheden scoren matig tot hoog risico op één of meer risicoaspecten 18
- 4.3 Hogere risicoscores verspreid over alle aspecten; individuele planning en ondersteuning vaker niet in orde 18
  - 4.3.1 Zelfbepaling redelijk in orde; medezeggenschap matig 19
  - 4.3.2 Individuele planning en ondersteuning bij meer dan de helft niet goed 20
  - 4.3.3 Individuele planning en dagbesteding meestal goed geregeld 21
  - 4.3.4 Deskundigheid personeel niet goed onderhouden 22
  - 4.3.5 Diagnostiek en signalering meestal in orde 23
  - 4.3.6 Veiligheid niet optimaal 24
  - 4.3.7 Continuïteit van zorg niet altijd gegarandeerd 25
  - 4.3.8 Vrijheidsbeperkende maatregelen meestal zorgvuldig ingezet 26
- 4.4 Verdeling van de scores op basis van organisatiekenmerken 27
  - 4.4.1 Verschillen tussen concerns en kleine organisaties 28
  - 4.4.2 Verschillen tussen kleinschalig werkende en terreingebonden werkeenheden 28
  - 4.4.3 Verschillen op basis van doelgroep 29

### 5 Summary 30

**Bijlagen**

1	Bezochte werkeenheden	32
2	Werkwijze en instrumenten	33
3	Toetsings- en beoordelingskader	35
4	Aanbevelingen uit het inspectierapport <i>Gezien en gehoord</i>	50
5	Overzicht risicoscores van de bezochte werkeenheden	52

## Voorwoord

De meeste mensen met zintuiglijke beperkingen wonen zelfstandig. In hun zorgbehoefte wordt veelal voorzien door mantelzorgers. Daarnaast wordt thuis zorg verleend door professionele zorgverleners, maar ook door betaalde hulp zoals een werkster of de boodschappenservice. Voor een beperkt deel van de mensen met een zintuiglijke beperking is behandeling en verblijf in een woonvorm of intramurale voorziening geïndiceerd.

De groep cliënten die gebruikmaakt van deze intramurale zorg, is divers. Naast jongeren die intensieve begeleiding behoeven bij het leren omgaan met hun visuele, auditieve of communicatieve beperkingen en het benutten van hun mogelijkheden, zijn met name mensen met een complexe meervoudige beperking aangewezen op intramurale 24-uurszorg. Bij deze laatste groep is naast een zintuiglijke beperking sprake van een verstandelijke beperking en bijkomende somatische en/of psychiatrische problematiek. De aard van de problematiek en, als gevolg daarvan, de hoge mate van afhankelijkheid van zorg maakt deze cliënten kwetsbaar en stelt hoge eisen aan de zorgverlening. Voor de kwaliteit van leven en het voeren van regie over eigen leven zijn zij afhankelijk van de deskundigheid, zorgzaamheid en zorgvuldigheid van zorgverleners. Juist door de aard van de problematiek lopen deze cliënten het risico dat hun vraag niet of niet voldoende begrepen wordt, waardoor onvoldoende in hun behoeften wordt voorzien.

Het kunnen bieden van verantwoorde zorg en ondersteuning aan deze cliënten vraagt, onder meer, om specifieke, vaak specialistische kennis van zaken. Niet alleen op het gebied van de visuele, auditieve of communicatieve beperking, maar juist ook om deskundigheid in het zien, bevestigen en versterken van de mogelijkheden van de cliënten. Wil sprake zijn van verantwoorde zorg, dan moet de zorgaanbieder voorzien in zorg waarbij de risico's op ongewenste effecten op gezondheid en welbevinden zijn onderkend en geminimaliseerd.

De inspectie heeft onderzocht of de zorgaanbieders van intramurale 24-uurszorg aan mensen met een zintuiglijke beperking hierin zijn geslaagd. Onderzocht werd of en zo ja in welke mate er sprake is van risico's in de sector en welke verbeteringen er nodig zijn.

Uit het onderzoek blijkt dat de intramurale zorg aan mensen met een visuele en/of auditieve/communicatieve beperking over het algemeen in orde is. Er is geen sprake van structurele sectorbrede risico's en er zijn geen ernstig risicovolle organisaties aan te wijzen. Wel valt er nog voldoende te verbeteren.

Opvallend is dat deze verbeteringen vooral nodig zijn bij de grote landelijk werkende 'concerns'. Deze constatering doet, opnieuw, een samenhang vermoeden tussen de kwaliteit van de zorg en de grootte van de organisatie en/of de kleinschalige wijze van werken. Deze tendens was eerder zichtbaar uit onderzoek van de inspectie naar de 24-uurs verblijfszorg voor verstandelijk gehandicapten en uit onderzoek van het Trimbos-instituut naar kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Ik adviseer u deze mogelijke samenhang nader te laten onderzoeken. De uitkomsten kunnen helpen bij het ontwikkelen van toekomstig beleid.

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



## Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg deed in 2002 en 2003 voor het laatst onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking. Om een meer actueel beeld te krijgen, onderzocht zij in 2009 de intramurale (24-uurs)zorg in deze sector. Dit segment van de zintuiglijk gehandicaptenzorg biedt met 1960 plaatsen zorg aan een kwetsbare groep cliënten. De inspectie bezocht alle organisaties die deze vorm van zorg bieden en beoordeelde met behulp van het daarvoor ontwikkelde instrument of en zo ja in welke mate er sprake is van risico's op één of meer onderscheiden risicoaspecten.

Uit het onderzoek blijkt dat de intramurale zorg aan mensen met een visuele en/of auditieve/communicatieve beperking over het algemeen in orde is. Er is geen sprake van structurele sectorbrede risico's en er zijn geen ernstig risicovolle organisaties aan te wijzen. Wel valt er nog voldoende te verbeteren.

Verbeteringen zijn vooral nodig bij de grote landelijk werkende 'concerns'. De werkeenheden die onderdeel zijn van een kleine organisatie (< 50 plaatsen) en/of kleinschalig zorg verlenen, lieten lagere risicoscores zien dan werkeenheden die onderdeel zijn van een groot 'concern' (> 350 plaatsen) en grootschalige, terrein-gebonden, zorg bieden.

De verbeteringen die nodig zijn blijken veelal verband te houden met eerder geconstateerde knelpunten. In het eindrapport van het onderzoek uit 2002/2003 werden hierover al aanbevelingen gedaan.

Van de zorgorganisaties werd onder meer verwacht dat zij de positie van de cliënten zouden versterken en de ontwikkeling van zorg- en ondersteuningsplannen 'tot een geborgd sturingsinstrument' 'met kracht ter hand' zouden nemen. Daarnaast moesten de klachtenregeling en informatie daarover aan cliënten en hun vertegenwoordigers, de multidisciplinaire samenwerking en de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de professionals worden verbeterd.

Uit het onderzoek in 2009 blijkt dat hieraan, vooral aan het implementeren van adequate zorg- en ondersteuningsplannen, nog te weinig invulling is gegeven.

De sector staat opnieuw voor een aantal uitdagingen. Zoals het werven en behouden van deskundige medewerkers, het in voldoende mate kunnen inzetten daarvan, het versterken van de positie van de cliënten en hun vertegenwoordigers en niet in de laatste plaats het realiseren van zorg en ondersteuning die aansluit bij de behoeften van de cliënt.

De inspectie gaat er van uit dat de tijd en energie die de laatste jaren besteed werd aan de organisatorische ontwikkelingen, nu ten goede kunnen komen aan het vinden van een antwoord op deze uitdagingen. Het onderzoek laat zien dat binnen de sector voldoende goede voorbeelden beschikbaar zijn om deze uitdaging aan te kunnen.

De inspectie zal de ontwikkelingen in de sector blijven volgen. Aan de organisaties die op een of meerdere risicoaspecten een matig tot hoog risico scoorden, is gevraagd om verbeterplannen. Daar waar sprake was van hoog tot zeer hoog risico zijn al acties tot verbetering ondernomen. Door middel van tussentijdse rapportages en vervolgbezoeken zal de inspectie op de feitelijke uitvoering van die plannen toezien en maatregelen nemen bij het uitblijven van de gewenste resultaten.





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

In 2006 en 2007 voerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek uit naar de intramurale 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. In 2008 werd deze toezichtronde gevolgd door een vervolgonderzoek waarin getoetst werd of de noodzakelijke verbeteringen waren doorgevoerd.

In deze periode heeft de inspectie weinig aandacht kunnen geven aan de andere sectoren van de gehandicaptenzorg. In 2002/2003 verrichtte de inspectie voor het laatst onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking. Met een nieuw onderzoek wil de inspectie een actueel beeld krijgen van de mogelijke risico's in de intramurale (24-uurs)zorg voor mensen met een auditieve/communicatieve en/of visuele beperking en waar nodig maatregelen (laten) nemen ter vermindering van die risico's.

## 1.2 Onderzoeksvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek is: Wat zijn mogelijke risico's in de intramurale (24-uurs)zorg voor mensen met een auditieve/communicatieve en/of visuele beperking?

## 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

De intramurale zorg<sup>[1]</sup> aan mensen met een zintuiglijke beperking wordt geboden door drie grote (landelijke) zorgaanbieders, met meerdere vestigingen met samen 1810 plaatsen en drie kleine, regionaal werkende organisaties met samen ongeveer 100 intramurale plaatsen. Daarnaast is er nog een organisatieonderdeel van de Stichting Philadelphia dat met ongeveer 50 plaatsen intramurale zorg biedt aan mensen met een zintuiglijke beperking. In het totaal gaat het om ongeveer 1960 plaatsen.

Om een zo compleet mogelijk beeld van dit deel van de sector te krijgen, zijn alle organisaties bezocht. Van de drie grotere, landelijk werkende, organisaties werden elk vier werkeenheden<sup>[2]</sup> bezocht en van de overige vier organisaties elk een. In het totaal werden in mei en juni 2009 zestien bezoeken afgelegd<sup>[3]</sup>.

Bij het selecteren van de te bezoeken werkeenheden is gekeken naar de omvang, terreingebonden of kleinschalig (kleine wooneenheden in een woonwijk), de populatie, enkelvoudige of meervoudige beperking, leeftijd en het wel of niet hebben van een Bopz-aanmerking. Er is een zo gevarieerd mogelijke selectie gemaakt.

Iedere werkeenheden werd beoordeeld op de aanwezigheid van risico's voor de cliënt op gezondheids- en/of welzijnsschade. Hiervoor gebruikte de inspectie de werkwijze en de ontwikkelde instrumenten van het gefaseerd toezicht voor de 24-uurs verblijfszorg.<sup>[4]</sup> Het risicoprofiel dat gebruikt is voor de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking werd aangepast aan de doelgroep.<sup>[5]</sup>

---

[1] De focus lag op de gehandicaptenzorg. Organisaties voor verzorging en verpleging zijn niet in het onderzoek betrokken.

[2] In het vervolg wordt het begrip werkeenheden gebruikt als het gaat om die (kleine) organisaties of onderdelen van de grotere organisaties die door de inspectie bezocht zijn. Over organisatie wordt gesproken wanneer we expliciet de 'moederorganisatie' c.q. het 'concern' bedoelen.

[3] Zie bijlage 1.

[4] Zie bijlage 2 en [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

Op basis van dit risicoprofiel worden acht risicoaspecten onderscheiden<sup>[6]</sup>:

- 1 Zelfbepaling en medezeggenschap.
- 2 Individuele planning en ondersteuning.
- 3 Individuele planning dagbesteding.
- 4 Deskundigheid personeel.
- 5 Diagnostiek en signalering.
- 6 Veiligheid.
- 7 Continuïteit van zorg.
- 8 Vrijheidsbeperkende maatregelen.

De inspectie beoordeelde bij alle bezochte werkeenheden, per risicoaspect, of sprake was van: afwezig tot gering risico, gering tot matig risico, matig tot hoog risico of hoog tot zeer hoog risico. Deze beoordeling baseerde de inspectie op het wettelijke kader en de veldnormen die op dit risicoaspect van toepassing zijn. Dit normenkader is te vinden op de website van de inspectie<sup>[7]</sup>.

Bij een beoordeling (score) afwezig tot gering (1) en gering tot matig (2) wordt gesproken van een 'acceptabel risico'. Met acceptabel wordt niet bedoeld dat de geconstateerde tekortkomingen niet hoeven worden aangepakt. Een score matig tot hoog (3) en hoog tot zeer hoog (4) vraagt om onmiddellijke actie van de werkeenheid en daarom vraagt de inspectie in die gevallen ook om een plan van aanpak. Van iedere bezochte werkeenheid is de beoordeling in een instellingsrapport vastgelegd en toegelicht. Deze rapporten zijn openbaar gemaakt op de website van de inspectie.

De instellingsrapporten gebruikte de inspectie voor het maken van een beoordeling van de risico's in de sector als geheel.

In deze eindbeoordeling is ook betrokken of en in hoeverre deze risico's verband houden met de aanbevelingen die in 2003 ten aanzien van de positie van de cliënten, de klachtenregeling, de ontwikkelingen van de zorg- en ondersteuningsplannen en de multidisciplinaire samenwerking<sup>[8]</sup> zijn gedaan.

In dit eindrapport geeft de inspectie een totaalbeeld van de risico's in de sector intramurale (24-uurs)zorg aan mensen met een visuele en/of auditieve/communicatieve beperking.

---

[5] Zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

[6] Zie bijlage 3.

[7] Zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

[8] *Gezien en gehoord. Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking*. Den Haag, februari 2003. Zie ook bijlage 4 voor het hoofdstuk 'Conclusies en aanbevelingen' uit dit rapport.

## 2 Conclusies

### 2.1 Risico's binnen acceptabele grenzen

In de intramurale zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking is geen sprake van structurele sectorbrede risico's of van extreem risicovolle organisaties.

Een totaaloverzicht van de scores van de zestien werkeenheden op de acht risico-aspecten (128 scores in het totaal) laat zien dat in 75 procent van de gevallen sprake is van een acceptabel risico. Het oordeel afwezig tot gering of gering tot matig risico werd 96 maal gegeven, het oordeel matig tot hoog 30 maal en het oordeel hoog tot zeer hoog risico 2 maal.

De 30 scores hoger dan gering tot matig risico zijn redelijk gelijkmatig verdeeld over de verschillende risicoaspecten en over de werkeenheden. Een opvallende uitzondering hierop zijn de scores matig tot hoog risico op het aspect 'individuele planning en ondersteuning' (zie §2.2 en §2.3). Ook opvallend is dat de drie kleine zelfstandige werkeenheden<sup>[9]</sup> op geen enkel risicoaspect hoger dan gering tot matig risico scoorden (zie ook §2.7).

### 2.2 Verbeteren was en is nog steeds noodzakelijk

Hoewel de sector al veel zaken goed op orde heeft, zijn verdere verbeteringen noodzakelijk. Van de zestien werkeenheden scoorden er elf op één of meer van de risicoaspecten een matig tot hoog risico, twee werkeenheden scoorden op één van de risicoaspecten een hoog tot zeer hoog risico.

De inspectie heeft oog en oor voor de inspanningen die geleverd zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, maar is kritisch over het tempo waarin dit bij de 'concerns' gebeurt. Uit het relatief hoge aantal scores matig tot hoog risico op risicoaspecten die verband houden met de aanbevelingen uit 2003, blijkt dat de toen al gewenste verbeteringen<sup>[10]</sup> niet of maar gedeeltelijk zijn doorgevoerd. Dit geldt in de eerste plaats voor de zorg- en ondersteuningsplannen (§2.3), maar ook voor de medezeggenschap van de cliënten en hun vertegenwoordigers en de klachtenregeling (§2.4).

### 2.3 Zorg- en ondersteuningsplannen nog niet in orde

Ondanks de aanbevelingen in 2003 zijn bij meer dan de helft van de bezochte werkeenheden de zorg- en ondersteuningsplannen niet in orde.

Nog steeds voldoen veel behandelplannen niet aan de daaraan te stellen eisen. Zorgvuldige (multidisciplinaire en geïntegreerde) formulering van het persoonsbeeld en de zorgvraag ontbreekt, er is geen duidelijkheid over het uiteindelijke perspectief of einddoel, er zijn geen duidelijke, weinig concrete, te veel of te weinig (werk)doelen, de relatie tussen perspectief en (werk-)doelen ontbreekt, er is onduidelijkheid over de taakverdeling. Verantwoordelijkheid voor de uitvoering en momenten en criteria voor evaluatie zijn niet vastgesteld.

---

[9] Zie §1.3

[10] Zie bijlage 4.

Het management van de werkeenheden die op dit aspect matig tot hoog risico scoren, erkent de tekortkomingen en de noodzaak tot verbetering. De 'concerns' waarvan deze werkeenheden deel uitmaken, zijn bezig met een organisatiebrede implementatie van een nieuwe zorgplansystematiek. Bij werkeenheden van één van deze 'concerns' waar deze implementatie in een verder gevorderd stadium is, heeft de inspectie al verbetering kunnen zien.

Dat ook deze 'concerns' werk maken van de invoering van een betere zorgplansystematiek, is positief. De inspectie is echter van mening dat verdere implementatie met meer voorrang moet en kan worden aangepakt. De noodzaak van invoering van dit onmisbare sturingsinstrument voor kwaliteitszorg is al enige jaren bekend en ook de mogelijkheden voor invoering ervan zijn, zo blijkt uit good practices in de eigen sector en zelfs in het eigen concern, binnen handbereik.

#### **2.4 Positie van de cliënt: regie over eigen leven goed, medezeggenschap kan beter**

Over de mogelijkheden voor regie over eigen leven en de invloed die cliënten kunnen uitoefenen op de dagelijkse gang van zaken en hun zorg- en ondersteuningsplan, zijn de cliënten van de meeste werkeenheden tevreden. Zij voelen zich gehoord en serieus genomen.

De medezeggenschap is echter volgens de cliënten en cliëntvertegenwoordigers in meer dan de helft van de bezochte werkeenheden niet optimaal geregeld. Zij zijn van mening dat zij te weinig informatie krijgen over en invloed kunnen uitoefenen op beleidszaken.

Bij een aantal werkeenheden ontbreekt een cliëntenraad. Het vinden van cliënten die daarin kunnen of willen deelnemen zou onmogelijk zijn, maar ook blijken cliënten en hun verwanten onvoldoende op de hoogte te zijn van hun rechten en mogelijkheden op het gebied van medezeggenschap.

Cliënten en hun vertegenwoordigers worden eveneens onvoldoende, onzorgvuldig of onvoldoende begrijpelijk over de aanwezige klachtenregeling en de rol en de beschikbaarheid van een vertrouwenspersoon geïnformeerd.

Ook op deze punten zijn de aanbevelingen uit 2003 nog steeds van kracht.

#### **2.5 Behoud van deskundigheid vraagt om actie**

De kwaliteit maar ook de continuïteit van de zorg komt onder druk te staan door een dreigend tekort aan deskundig personeel. Veel werkeenheden hebben problemen bij het op peil houden van hun personele bezetting.

De oudere, vaak meest ervaren, krachten vertrekken en nieuwe, vaak onvoldoende opgeleide, medewerkers komen hiervoor in de plaats. Dit leidt niet alleen soms tot communicatieproblemen, bijvoorbeeld door het ontbreken van kennis van gebarentaal bij medewerkers, maar ook tot het gevaar voor ondersignalering, bijvoorbeeld door het ontbreken van enige medische basiskennis. De noodzaak van intensieve scholing van deze nieuwe medewerkers leidt tot knelpunten in de bezetting en verminderde scholingsmogelijkheden voor het 'oude' personeel. Organisaties worden hierdoor voor moeilijke keuzes gesteld tussen het garanderen van voldoende kwantiteit of in kwaliteit van de bezetting.

## **2.6 Vrijheidsbeperkende maatregelen blijven aandacht vragen; de sector beweegt zich in de goede richting**

Wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet, gebeurt dat over het algemeen conform wet- en regelgeving. Veel waardering heeft de inspectie voor de toenemende aandacht in de gehele sector voor het verminderen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Toch zijn er nog werkeenheden waar de rechtspositie van de cliënt in deze onvoldoende is gewaarborgd. Dit is niet acceptabel.

De in het verleden als vanzelfsprekend ervaren vormen van vrijheidsbeperking, zoals afgesloten deuren en onneembare obstakels voor rolstoelers of slechtzienden, staan volop ter discussie. Medewerkers worden uitgedaagd na te denken over wat ze doen en waarom ze het doen en samen met de cliënten en hun vertegenwoordigers te zoeken naar alternatieven. Als sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen, in de breedste zin van het woord, worden deze eerst na toestemming van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan en wordt het gebruik ervan op vaste momenten op nut en noodzaak getoetst. Ook wordt bij moeilijk verstaanbaar gedrag en agressie steeds vaker een signaleringsplan opgesteld om escalatie, en zodoende de noodzaak voor het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen, te voorkomen.

Met deze ontwikkeling sluit de sector aan bij het richtinggevend kader voor vrijheidsbeperking dat de staatsecretaris vooruitlopend op de nieuwe Wet zorg en dwang heeft geformuleerd. Hierin staan een zorgvuldige multidisciplinaire besluitvorming bij het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen, de opname van de vrijheidsbeperkende maatregelen in het zorg- en ondersteuningsplan, het zoeken naar alternatieven en de evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregelen centraal.

## **2.7 Lagere risicoscores bij de kleine en kleinschalig werkende organisaties**

De werkeenheden die onderdeel uitmaken van de kleine, zelfstandige organisaties, scoren minder en (gemiddeld) lagere risico's dan werkeenheden die onderdeel uitmaken van een 'concern'.

De werkeenheden van de kleine organisaties scoren op alle aspecten minder dan matig risico. De hogere risicoscores komen alle op het conto van (elf) werkeenheden die onderdeel zijn van een 'concern'.

Eenzelfde beeld wordt zichtbaar als de gemiddelde scores van de 'grootschalig' c.q. 'terreingebonden' en 'kleinschalig' ('kleine wooneenheden in een woonwijk') werkende organisaties met elkaar worden vergeleken. De werkeenheden die als kleinschalig werkend kunnen worden getypeerd, laten op alle risicoaspecten een gemiddeld lagere score zien.

Op basis van de resultaten van het nu door de inspectie verrichte onderzoek kan en mag niet geconcludeerd worden dat het beter presteren het gevolg is van de zelfstandigheid, de omvang en/of de kleinschalige wijze van werken van deze werkeenheden. De omvang van de steekproef was daarvoor te beperkt en ook de indeling in categorieën te arbitrair. Wel is opmerkelijk dat de bevindingen uit het onderzoek overeenkomen met de tendens in een in 2007 verschenen onderzoek van het Trimbos-

instituut over kleinschalig wonen voor mensen met dementie (Depla e.a.: 2007). Een vergelijkbare constatering werd ook gedaan in het rapport *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk* dat de inspectie in 2007 uitbracht.

## 3 Handhaving

### 3.1 Maatregelen: organisaties moeten de risico's aanpakken

De inspectie verwacht dat:

- Voor 1 november 2009 alle werkeenheden die op één of meer risicoaspecten matig tot hoog en/of hoog tot zeer hoog risico scoorden, een plan van aanpak voor deze risicoaspecten bij de inspectie hebben aangeleverd. (Dit is inmiddels gebeurd. De inspectie beoordeelt de plannen en bespreekt die met de Raad van Bestuur of directie.)
- Voor 1 juli 2010 voor alle cliënten een zorg- en ondersteuningsplan beschikbaar is, afgestemd met de betreffende cliënt en/of diens vertegenwoordiger, dat ook feitelijk sturing geeft aan de uitvoering van de zorgactiviteiten.
- Voor 1 juli 2010 in iedere organisatie de medezeggenschap naar behoren is georganiseerd en zichtbaar wordt in de aanwezigheid van een cliëntenraad voor alle niveaus van de organisatie.
- Begin 2011 de effecten van het in 2010 door de organisatie gerealiseerde scholingsbeleid zichtbaar zijn.

### 3.2 Aanbevelingen

#### 3.2.1 Gezamenlijk scholingsbeleid gewenst

De deelsector zintuiglijk gehandicaptenzorg doet er goed aan de dreigende personeelsproblemen gezamenlijk aan te pakken. Op dit moment wordt de urgentie van dit probleem vooral zichtbaar in de werkeenheden die zorg bieden aan mensen met een auditieve en/of communicatieve beperking. Verwacht kan worden dat ook andere werkeenheden op korte termijn met dit probleem te maken zullen krijgen.

Meerdere organisaties hebben hun eigen antwoord ontwikkeld op dit probleem. Ze investeren structureel in scholing en leveren de nodige inspanningen voor het behouden en werven van medewerkers. De inspectie doet de aanbeveling dat alle werkeenheden gebruikmaken van de kennis, ervaring en *good practices* in de eigen sector.

De intramurale zorg aan mensen met vaak complexe meervoudige beperkingen vraagt om specifieke specialistische kennis, zowel bij het maken als het uitvoeren van de zorg- en ondersteuningsplannen. De sector beschikt over die kennis en kan en moet die kennis sectorbreed overdragen. Gezamenlijke investering van de sector in scholing en deskundigheidsbevordering ligt voor de hand.

#### 3.2.2 Onderzoek de samenhang tussen kleinschaligheid en kwaliteit

De resultaten uit het onderzoek doen een mogelijke samenhang vermoeden tussen de kwaliteit van de zorg en de grootte van de organisatie en/of de kleinschalige wijze van werken. Deze bevindingen komen overeen met de tendens die uit eerdere onderzoeken, ook in andere sectoren van de zorg, zichtbaar werd.<sup>[11]</sup>

---

[11] Zie het 2007 verschenen onderzoek van het Trimbos-instituut over kleinschalig wonen voor mensen met dementie (Depla e.a.: 2007) en het rapport *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk* dat de inspectie in 2007 uitbracht.

Nader onderzoek naar de vraag of er echt een verband is tussen kwaliteit en kleinschaligheid en/of de omvang van de organisatie en welke elementen daarin eventueel werkzaam zijn, is nodig. De inspectie adviseert de staatssecretaris in verband met toekomstig beleid dergelijk onderzoek te laten verrichten.

### **3.3 Vervolgacties inspectie**

#### **3.3.1 Toezicht op verbeteringen**

De instellingsrapporten zijn openbaar gemaakt door plaatsing op de website van de inspectie ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)).

De inspectie beoordeelt voor 15 december 2009 de plannen van aanpak die door de werkeenheden zijn aangeleverd en ziet toe op de feitelijke uitvoering ervan. Dit gebeurt zowel door het opvragen van voortgangsrapportages als door het brengen van vervolfbezoeken. Aan de verbeteringen worden termijnen gesteld en bij het niet of niet tijdig realiseren van feitelijke verbeteringen wordt zonodig het toezicht verscherpt of worden andere, strengere, handhavingsmiddelen ingezet.

De inspectie onderzoekt medio 2010 via steekproeven of voor alle cliënten een zorgen- en ondersteuningsplan beschikbaar is en op alle niveaus van de organisatie een cliëntenraad functioneert.

Over de effecten van het te realiseren scholingsbeleid wil de inspectie begin 2011 door de organisaties geïnformeerd worden.

#### **3.3.2 Integratie in gefaseerd toezicht**

Voor de gehele gehandicaptenzorg is een kwaliteitskader ontwikkeld waaraan alle veldpartijen een bijdrage hebben geleverd. In 2007 is het visiedocument vastgesteld en vanaf september 2009 is de bijbehorende indicatorenset operationeel. De indicatoren zijn geoperationaliseerd in twee instrumenten: een zorginhoudelijke vragenlijst die met ingang van 2009/2010 jaarlijks door alle zorgaanbieders wordt ingevuld, en het cliënt-ervaringsonderzoek dat eens in de drie jaar wordt uitgevoerd.

Vanaf juni 2010 is voor de eerste keer sectorbrede informatie beschikbaar uit de zorginhoudelijke vragenlijsten. Voorzien is dat voor een deel van de sector ook informatie over de cliëntervaringen beschikbaar is.

De inspectie gebruikt deze informatie om het toezicht risicogestuurd en gefaseerd verder vorm te geven.

De voortgang van de verbeteringen in de zintuiglijk gehandicaptenzorg integreert de inspectie in deze werkwijze.



## 4 Resultaten

De inspectie bezocht zestien organisaties of organisatieonderdelen ('werkeenheden') die intramurale (24-uurs)zorg bieden aan mensen met een auditieve/communicatieve en/of visuele beperking.

Per werkeenheden werd beoordeeld of en in welke mate sprake was van risico op een of meer van de in het beoordelingskader beschreven aspecten<sup>[12]</sup>. Deze beoordeling resulteerde in een uiteindelijke 'score' per risicoaspect: afwezig tot gering risico (1), gering tot matig risico (2), matig tot hoog risico (3) of hoog tot zeer hoog risico (4). Van iedere bezochte werkeenheden is deze beoordeling in een inspectierapport vastgelegd en toegelicht. Deze rapporten zijn openbaar gemaakt op de website van de inspectie<sup>[13]</sup>.

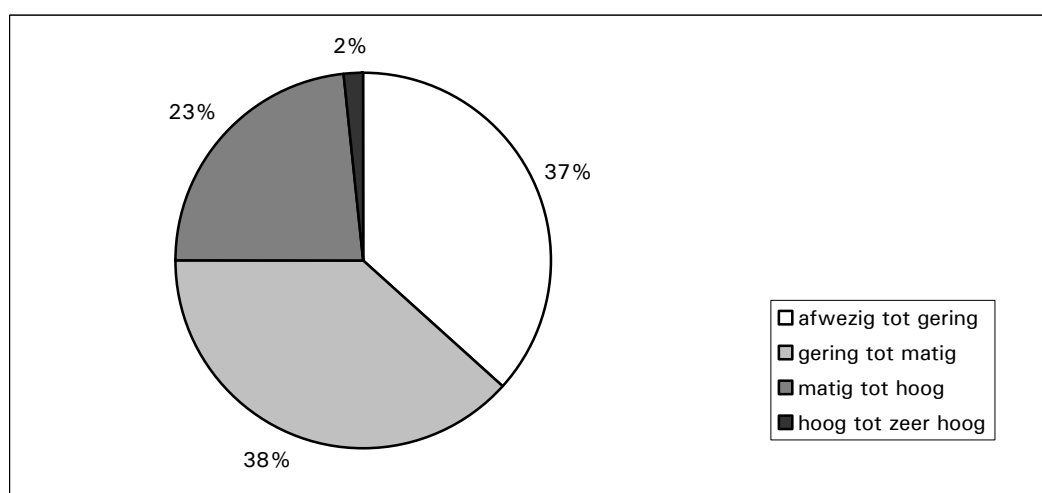
Om een antwoord te kunnen geven op de vraag of en zo ja in welke mate sprake is van risico's in de sector als geheel, zijn de beoordelingen<sup>[14]</sup> van de bezochte werkeenheden verwerkt tot een eindbeoordeling. Daar waar van toepassing zijn per risicoaspect ook de knelpunten beschreven zoals geconstateerd in 2002/2003<sup>[15]</sup>.

In paragraaf 4.1 en 4.2 worden de verdeling van de beoordelingsscores over de risicoaspecten en de werkeenheden beschreven en in paragraaf 4.3 de resultaten per risicoaspect. In paragraaf 4.4 worden de risico's in verschillende categorieën van zorgeenheden met elkaar vergeleken.

### 4.1 Driekwart van de risicoscores acceptabel

De inspectie gaf tweemaal de score hoog tot zeer hoog risico, 30 maal de score matig tot hoog risico, 49 maal gering tot matig risico en 47 maal de score afwezig tot gering risico.

In 75 procent van de gevallen werd geoordeeld dat sprake was van een acceptabel risico. In figuur 1 is de verdeling (in percentages) weergegeven.



Figuur 1: Oordeel van inspecteurs over acht risicoaspecten (n = 128)

[12] Zie bijlagen 2 en 3.

[13] [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

[14] Zie bijlage 5 voor een overzicht van de scores van alle werkeenheden.

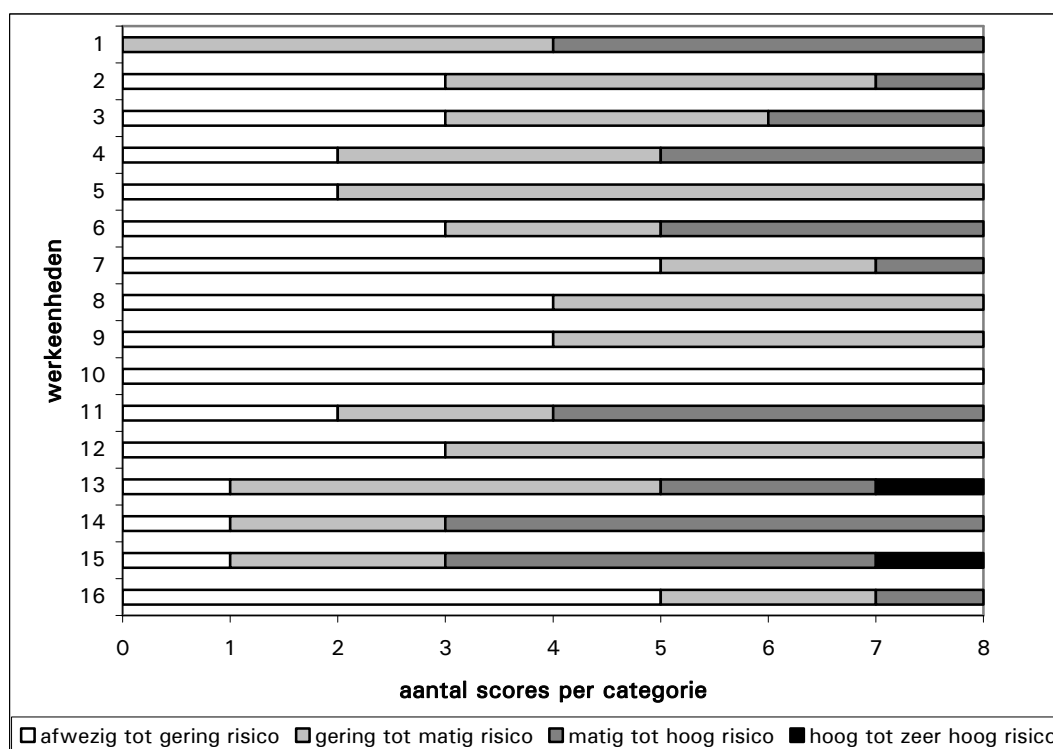
[15] Zie bijlage 4.

## 4.2 Elf van de zestien werkeenheden scoren matig tot hoog risico op één of meer risicoaspecten

Bij elf van de zestien bezochte werkeenheden werd, één of meer malen, de score matig tot hoog risico gegeven. Bij twee werkeenheden werd daarnaast ook, bij ieder op één aspect (respectievelijk op continuïteit en op vrijheidsbeperkende maatregelen) de score hoog tot zeer hoog risico gegeven.

Van de zestien bezochte werkeenheden scoorden er vijf op geen enkel aspect hoger dan gering tot matig risico. Aan drie werkeenheden werd een score hoger dan gering tot matig risico gegeven op één risicoaspect, aan één werkeenheden werd deze score gegeven op twee aspecten en aan drie werkeenheden op drie aspecten. Telkens twee werkeenheden scoorden op vier en op vijf aspecten hoger dan gering tot matig risico.

In figuur 2 wordt de verdeling van de risicoscores over de zestien werkeenheden weergegeven (zie ook bijlage 5).

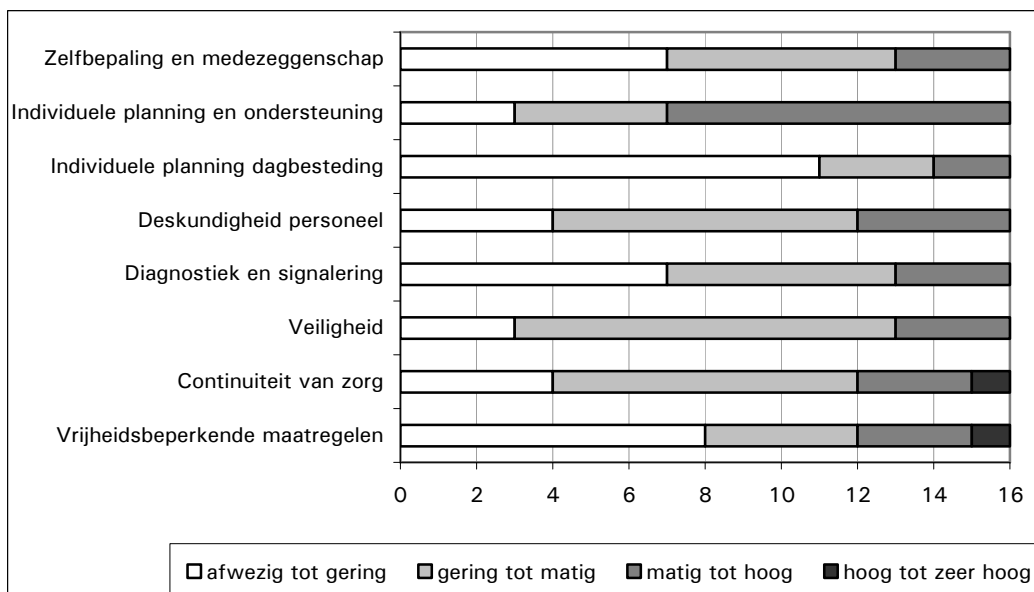


Figuur 2: Verdeling van de scores over de werkeenheden

## 4.3 Hogere risicoscores verspreid over alle aspecten; individuele planning en ondersteuning vaker niet in orde

Op het aspect individuele planning en ondersteuning was bij negen werkeenheden sprake van matig tot hoog risico. De overige scores matig tot hoog risico waren redelijk gelijkmatig verdeeld over de overige risicoaspecten. Per risicoaspect werd door minimaal twee tot maximaal vier werkeenheden een hoger dan matig risico gescoord. Op het aspect vrijheidsbeperkende maatregelen en op het aspect continuïteit van zorg werd in het totaal driemaal matig tot hoog en éénmaal hoog tot zeer hoog risico gescoord.

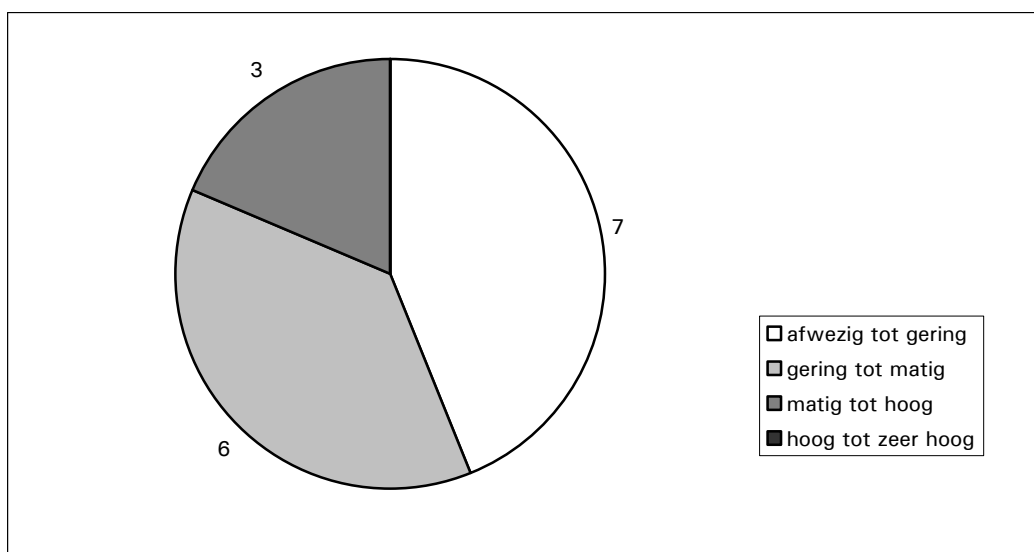
In figuur 3 wordt een overzicht gegeven van de verdeling van de scores per risicoaspect.



Figuur 3: Verdeling van de scores over de risicoaspecten

In de navolgende paragrafen worden de scores van de werkeenheden per risicoaspect besproken.

#### 4.3.1 Zelfbepaling redelijk in orde; medezeggenschap matig



Figuur 4: Oordeel over risicoaspect zelfbepaling en medezeggenschap (n = 16)

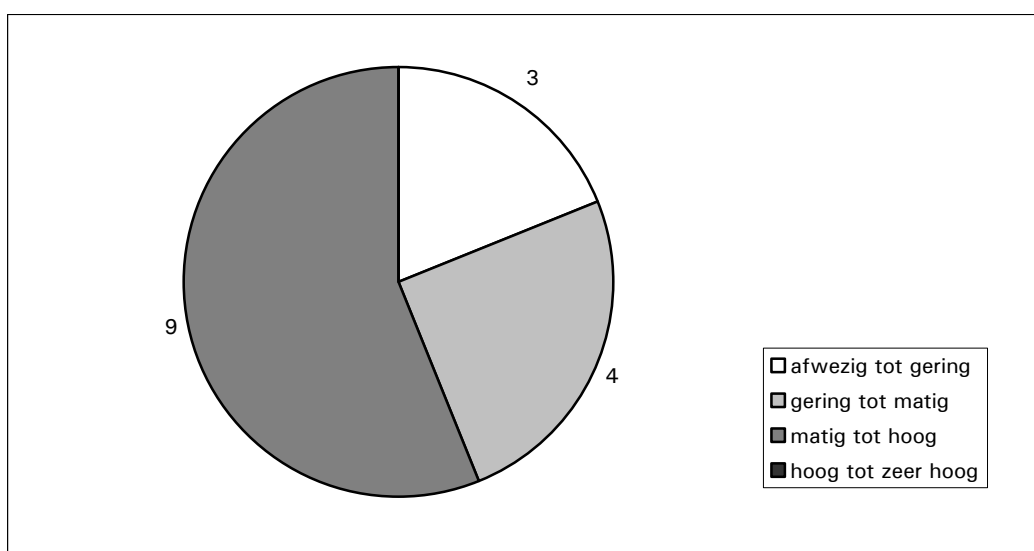
Van de zestien bezochte werkeenheden kregen er zeven op het aspect *zelfbepaling en medezeggenschap* de score afwezig tot gering risico. Bij deze werkeenheden waren cliënten en cliëntvertegenwoordigers over het algemeen positief over de mogelijkheden voor zelfbepaling en medezeggenschap. Cliënten en/of hun vertegenwoordigers waren aanwezig bij het 'zorgoverleg' en hadden invloed op de invulling daarvan. De wensen en vragen van de cliënten stonden centraal en de medewerkers leverden inspanning op de zelfbepaling zo goed mogelijk vorm te geven. De cliëntvertegenwoordigers werden betrokken bij de zorgverlening en de medezeggenschap. Cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers werden goed geïnformeerd en geraadpleegd bij ontwikkelingen. Signalen van cliënten en vertegenwoordigers werden serieus genomen.

Zes werkeenheden scoorden een gering tot matig risico omdat of cliënten en cliënt-vertegenwoordigers onvoldoende geïnformeerd werden, de medezeggenschap niet goed geregeld was of onvoldoende ruimte werd geboden voor de individuele wensen van de cliënten.

Drie werkeenheden scoorden op dit aspect een matig tot hoog risico. De mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het 'zorg- en ondersteuningsplan' en daarin eigen keuzes te maken, bestond bij deze werkeenheden over het algemeen wel, maar was naar de mening van de inspectie toch vaak nog beperkt. 'Huiskameroverleg' vond niet of incidenteel plaats en de dialoog met bewoners werd nog te weinig gezocht. Cliënten waren vaak niet vertegenwoordigd in de cliëntenraad. Het management van de werkeenheden gaf te kennen dat het moeilijk was leden, vooral cliënten, te vinden die konden of wilden participeren in de cliëntenraad. Dit was ook het geval voor cliënt-vertegenwoordigers in de centrale medezeggenschapsorganen van de grote 'concerns'.

Geen van de werkeenheden scoorde een hoog tot zeer hoog risico op dit aspect.

#### 4.3.2 Individuele planning en ondersteuning bij meer dan de helft niet goed



Figuur 5: Oordeel over risicoaspect individuele planning en ondersteuning (n = 16)

Drie werkeenheden scoorden op het aspect *individuele planning en ondersteuning* een afwezig tot gering risico. Voor iedere cliënt was een individueel zorg- of ondersteuningsplan beschikbaar dat aansloot bij zijn of haar zorg c.q. ondersteuningsvragen. Het bevatte een werkplan met concreet geformuleerde doelen en was tot stand gekomen in samenwerking met de cliënt en samenspraak met zijn of haar vertegenwoordiger. Relevante disciplines hadden hun bijdrage geleverd aan een geïntegreerd beeld van de cliënt, zijn behoeften en zijn mogelijkheden. Acties, termijnen, verantwoordelijken, evaluatiedata, etc., waren in de werkplannen opgenomen. Rapportage en evaluatie vonden structureel en systematisch plaats en leidden tot vervolgactie.

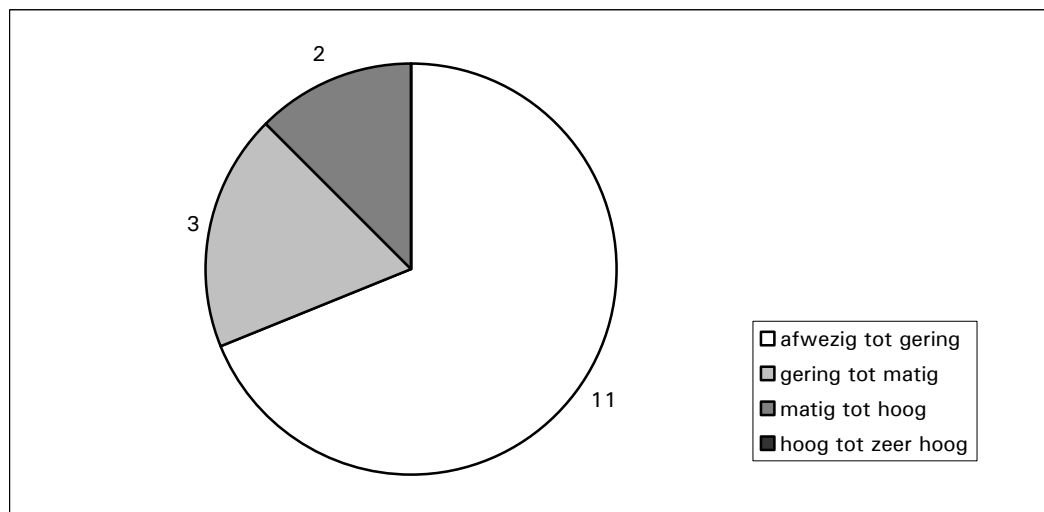
Vier werkeenheden scoorden op dit aspect een gering tot matig risico. De overzichtelijkheid van het dossier en de afstemming tussen de disciplines was onvoldoende, de (werk)doelen waren niet voldoende concreet geformuleerd of evaluatiecriteria en perspectief ontbraken. Ook was onvoldoende duidelijk wie verantwoordelijk was voor de uitvoering en vond er geen gerichte rapportage over de uitvoering plaats.

Van de zestien bezochte werkeenheden kregen er negen op dit risicoaspect de score matig tot hoog risico. In de gebruikte zorg- en ondersteuningsplannen stonden de doelen niet cliëntgericht en SMART omschreven, een helder perspectief ontbrak en er was onvoldoende toetsing op de uitvoering. De dossiers waren vaak onoverzichtelijk en disciplinegericht opgebouwd. Goede integratie van de inbreng van de verschillende disciplines en risicotaxaties ontbraken. Verbinding tussen het 'handelingsplan' en de werkdoelen was niet geborgd. De afspraken over en met cliënten werden niet structureel vastgelegd in het handelingsplan of in een ander document. Er werd niet of onvoldoende over doelen gerapporteerd. Ook was vaak niet duidelijk wie verantwoordelijk was voor (het tot stand komen van) het plan als zodanig en (het bereiken van) de werkdoelen.

Daarnaast was er bij drie van deze werkeenheden te weinig aandacht voor medische aspecten die geen relatie hebben met de specifieke beperking van de cliënten.

Geen van de werkeenheden scoorde een hoog tot zeer hoog risico op dit aspect.

#### 4.3.3 Individuele planning en dagbesteding meestal goed geregeld



Figuur 6: Oordeel over risicoaspect individuele planning dagbesteding (n = 16)

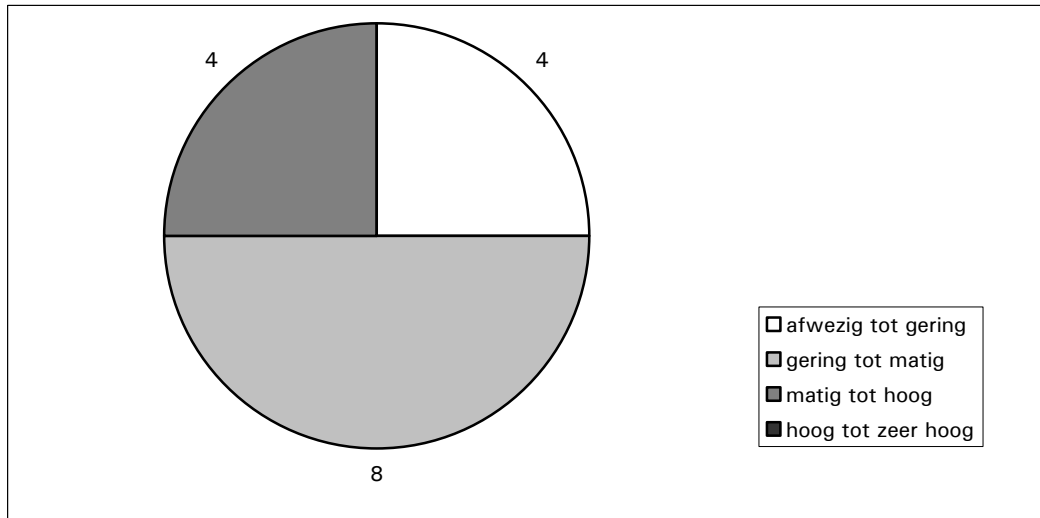
Elf werkeenheden scoorden op het aspect *individuele planning dagbesteding* een afwezig tot gering risico. De dagbesteding sloot aan bij de behoeften van de cliënten en er waren voldoende keuzemogelijkheden. Er was een goede samenwerking tussen wonen en dagbesteding, school of werk. Er vond regelmatig en structureel overleg plaats tussen de verschillende disciplines.

Drie werkeenheden scoorden een gering tot matig risico. Het vinden van prettig en passend werk bleek voor sommige cliëntgroepen erg moeilijk.

Twee werkeenheden scoorden op dit aspect een matig tot hoog risico. Beide werken met jongeren. Er was onvoldoende keuzemogelijkheid in het te volgen onderwijs. De plannen van school en/of dagbesteding waren niet op elkaar afgestemd. Daar waar geen gebruikgemaakt kon worden van een passend onderwijsaanbod waren weinig alternatieven voorhanden.

Geen van de werkeenheden scoorde een hoog tot zeer hoog risico op dit aspect.

#### 4.3.4 Deskundigheid personeel niet goed onderhouden



Figuur 7: Oordeel over risicoaspect deskundigheid personeel (n = 16)

Vier werkeenheden scoorden op het aspect *deskundigheid personeel* een afwezig tot gering risico. Deskundigheidsbevordering kreeg veel aandacht en over het algemeen waren er voldoende scholingsmogelijkheden. Een introductie cursus en daaraan gekoppeld *training on the job* was meestal verplicht en voorwaarde voor het verkrijgen van een vaste aanstelling. De deskundigheid van de medewerkers werd door cliënten en cliëntvertegenwoordigers over het algemeen als (ruim) voldoende beoordeeld. Daar waar in de eigen werkeenheden bepaalde specialistische expertise niet beschikbaar was, maakte men gebruik van kennis uit andere organisaties.

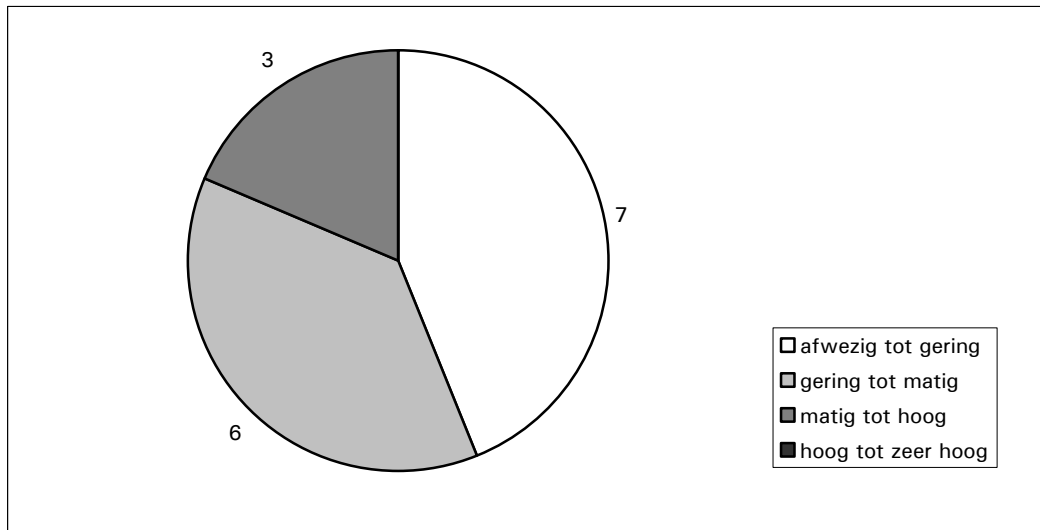
Acht werkeenheden scoorden gering tot matig risico. Hoewel ook deze werkeenheden aandacht besteedden aan het onderhouden van de voor de zorg aan hun doelgroep noodzakelijke deskundigheid, gebeurde dat minder systematisch. Het al dan niet volgen van deskundigheidsbevordering was te afhankelijk van het initiatief van de medewerkers zelf. Ook was het scholingsaanbod voor 'oude' medewerkers te beperkt.

Vier werkeenheden scoorden een matig tot hoog risico op het aspect deskundigheid. Kennis en scholingsmogelijkheden waren voorhanden, maar leidden niet tot scholing en training die aansloot bij de behoefte van de medewerkers. Nieuwe medewerkers gingen aan het werk zonder te beschikken over voldoende basiskennis en vaardigheden, zoals kennis van gebarentaal. Ook op het medische vlak was soms, gezien de specifieke doelgroepen, te weinig expertise voorhanden. Medewerkers beschikten veelal niet over enige basiskennis op dit gebied en niet altijd was een voor de doelgroep gespecialiseerd arts beschikbaar.

Het behouden van kennis in de vorm van ervaren medewerkers was voor een aantal werkeenheden een punt van zorg. Vooral werkeenheden die zorg verleenden aan mensen met een stoornis op het autistisch spectrum, kampten met het vertrek van goed opgeleide medewerkers.

Geen van de werkeenheden scoorde een hoog tot zeer hoog risico op dit aspect.

#### 4.3.5 Diagnostiek en signalering meestal in orde



Figuur 8: Oordeel over risicoaspect diagnostiek en signalering (n = 16)

Op het aspect *diagnostiek en signalering* scoorden zeven van de zestien werkeenheden een afwezig tot gering risico. Diagnostiek vond bij deze werkeenheden deskundig en gericht, afgestemd op problematiek en vraagstelling, plaats. De diagnostische gegevens waren bruikbaar voor en werden ook gebruikt bij het tot stand komen van de zorg- of ondersteuningsplannen. In specifieke diagnostische deskundigheid op het gebied van de visuele of auditief/communicatieve beperking was door de organisatie voorzien. Indien nodig werd extern advies ingewonnen.

Er werd gewerkt met signaleringsplannen die meestal onderdeel uitmaakten van het zorg- en ondersteuningsplan. Signalen werden tijdig door begeleiders opgemerkt en leidden tot actie.

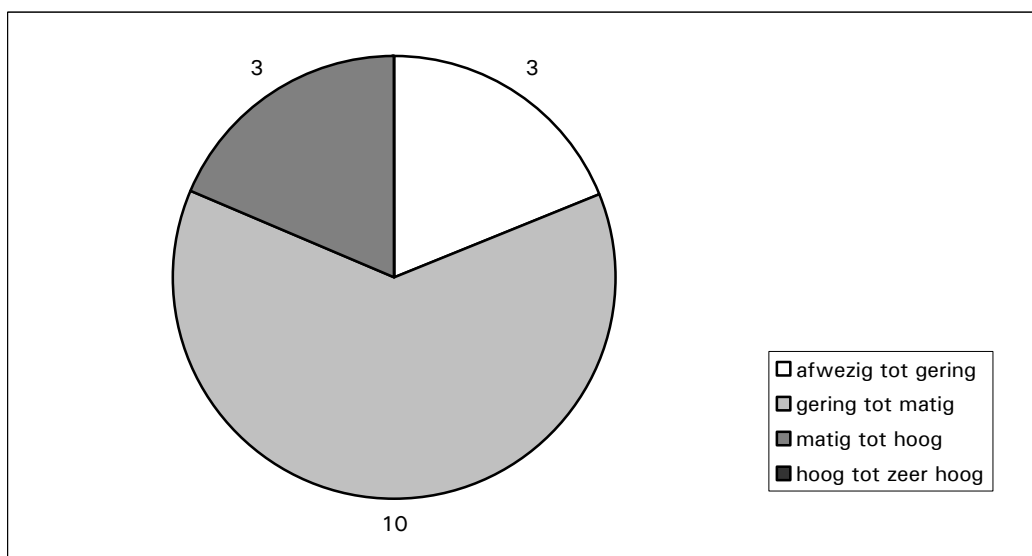
Bij zes werkeenheden was sprake van een gering tot matig risico. Diagnostiek en signalering in deze werkeenheden waren veelal (monodisciplinair) in orde, de multidisciplinaire bundeling en integratie ervan in de dossiers en de ondersteuningsplannen was echter onvoldoende. Niet duidelijk was op welke gronden en met welk doel het diagnostisch onderzoek werd uitgevoerd.

Door de beperkt beschikbare medische kennis was er kans op mogelijke onderdiagnostiek en onvoldoende signalering van medische problemen (zie ook §4.3.4).

Drie werkeenheden scoorden een matig tot hoog risico. In de dossiers was geen actuele diagnostiek aanwezig. Ook beleid ten aanzien van diagnostiek ontbrak.

Geen van de werkeenheden scoorde een hoog tot zeer hoog risico op dit aspect.

#### 4.3.6 Veiligheid niet optimaal



Figuur 9: Oordeel over risicoaspect veiligheid (n = 16)

Van de zestien werkeenheden scoorden er op het aspect *veiligheid* drie een afwezig tot gering risico en tien werkeenheden een gering tot matig risico .

Cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers van deze werkeenheden voelden zich veilig. De cultuur werd omschreven als warm, veilig en open en men voelde zich met respect bejegend en vrij om zaken te bespreken. Men had vertrouwen in begeleiding en management.

De meldingsbereidheid bij incidenten en (bijna)fouten was over het algemeen goed en werd door het management gestimuleerd. Er waren heldere procedures over de wijze waarop meldingen werden verwerkt en tot actie leidden. Protocollen waren beschikbaar, veelal op intranet van de werkeenheden, en werden regelmatig bijgesteld en met de medewerkers besproken. Ook het medicatiebeleid was conform de geldende wet- en regelgeving.

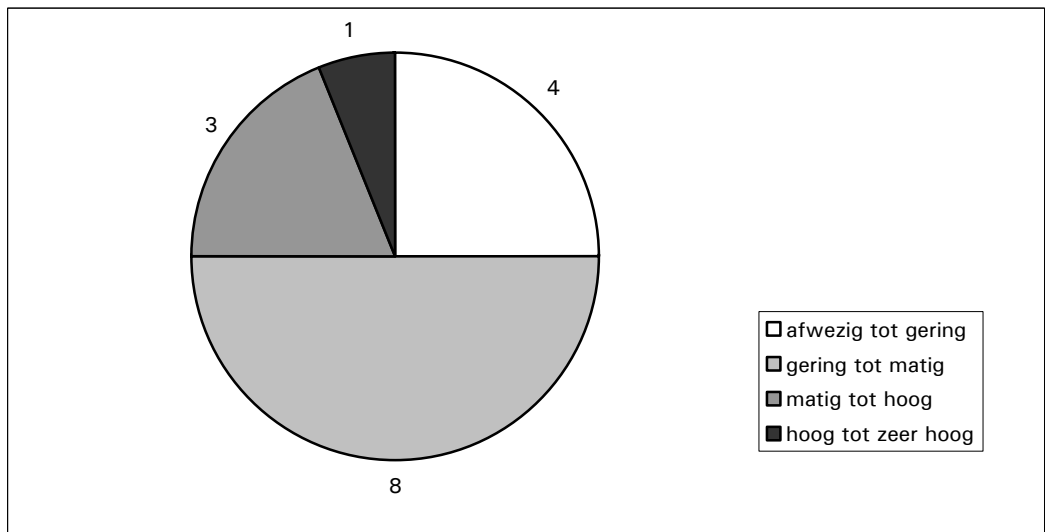
Dat voor tien werkeenheden toch een gering tot matig risico werd gescoord had te maken met de veiligheidsrisico's die de cliëntvertegenwoordigers zagen als gevolg van te krappe bemensing, het gebruik van uitluisterapparatuur in de nacht en/of de toegankelijkheid van het terrein door derden. Bovendien bleken veel cliënten en hun vertegenwoordigers niet op de hoogte te zijn van het bestaan van een klachtencommissie en/of vertrouwenspersoon en was in sommige gevallen de meldingenprocedure niet optimaal.

Bij drie werkeenheden werd op dit aspect een matig tot hoog risico gescoord. Bij twee van deze werkeenheden was de privacy, vooral in de badruimte, onvoldoende gewaarborgd. Ook was er of sprake van kapotte, gevaar opleverende materialen en/of van krappe bezetting met als gevolg onvoldoende toezicht of onvoldoende zorgvuldigheid bij het verstrekken van medicijnen. Bij de derde werkeenheden werd er geen arts geraadpleegd bij de risicobeoordeling van de cliënten. Hierdoor ontstond het gevaar dat, ondanks het gebruik van risicokaarten, risico's niet of niet tijdig (kunnen) werden onderkend.

Geen van de werkeenheden scoorde een hoog tot zeer hoog risico op dit aspect.



#### 4.3.7 Continuïteit van zorg niet altijd gegarandeerd



Figuur 10: Oordeel over risicoaspect continuïteit van zorg (n = 16)

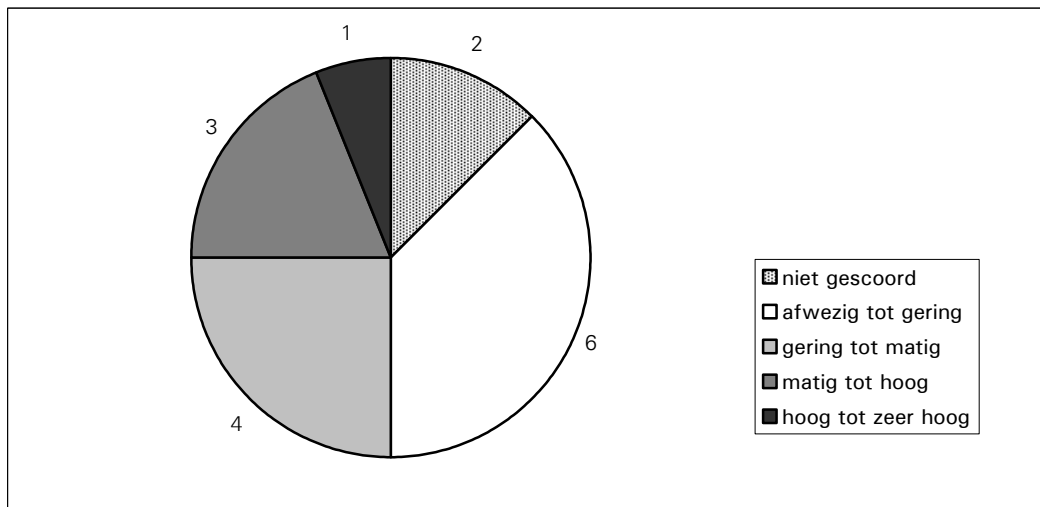
Op het aspect *continuïteit van zorg* scoorden vier van de zestien werkeenheden een afwezig tot gering risico. Het verloop van personeel en het ziekteverzuim in deze werkeenheden was laag en er was voldoende tijd voor teamoverleg en overleg met dagbesteding en/of onderwijs. Communicatie verliep via korte lijnen. Er werd samen- gewerkt met andere organisaties en er werd, waar nodig, gebruikgemaakt van de expertise van anderen.

De overige werkeenheden ervoeren problemen bij het op peil houden van de personele bezetting. Acht werkeenheden scoorden een gering tot matig risico of door hoger ziekteverzuim en/of door een groot verloop van personeel. Hierdoor maar ook in afwachting van duidelijkheid over de effecten van de zorgzwaartebekostiging werden geen nieuwe contracten aangeboden en werden invallers ingezet. Negatieve effecten van het inzetten van invallers werden zoveel mogelijk voorkomen door te werken met een stabiel kernteam en/of 'vaste', invallers en/of het gebruik van 'invalmappen' met de belangrijkste cliëntgegevens.

Bij drie werkeenheden was daarnaast ook sprake van onvoldoende afstemming tussen medewerkers onderling en tussen de zorgvoorziening en de school of dagbesteding. Deze werkeenheden scoorden een matig tot hoog risico.

Eén werkeenheden scoorde een hoog tot zeer hoog risico omdat ook de doorplaatsing van een aantal cliënten al geruime tijd, bij één cliënt oplopend tot enkele jaren, op zich liet wachten.

#### 4.3.8 Vrijheidsbeperkende maatregelen meestal zorgvuldig ingezet



Figuur 11: Oordeel over risicoaspect vrijheidsbeperkende maatregelen (n = 16)

Van de zestien bezochte werkeenheden hadden er vijf een Bopz-aanmerking. Eén van de elf werkeenheden zonder Bopz-aanmerking had een aanvraag voor een Bopz-aanmerking ingediend.

Op het aspect *vrijheidsbeperkende maatregelen* scoorden zes werkeenheden een afwezig tot gering risico. Deze werkeenheden hadden alle zes geen Bopz-aanmerking, maar besteedden wel veel aandacht aan vrijheidsbeperkende maatregelen of hadden op dit gebied beleid geformuleerd. Vrijheidsbeperkende maatregelen zoals veiligheidsbanden en stoel- en tafelbladen werden pas toegepast wanneer deze noodzakelijk waren voor de veiligheid van de cliënt en pas nadat alternatieven waren onderzocht. Het gebruik werd regelmatig geëvalueerd en waar mogelijk aangepast. Bij twee werkeenheden heeft op dit aspect geen beoordeling plaatsgevonden, omdat geen sprake was van vrijheidsbeperkende maatregelen en de werkeenheden geen Bopz-aanmerking had. De bezoekende inspecteurs hebben dit aspect niet nader besproken. In de totaaloverzichten is deze 'beoordeling' als score afwezig tot gering risico meegenomen.

Vier werkeenheden scoorden een gering tot matig risico. Alle vier de werkeenheden hadden een Bopz-aanmerking en handelden over het algemeen conform wet- en regelgeving. Op een aantal punten waren echter verbeteringen nodig. In een aantal werkeenheden was de nota BOPZ verouderd of niet voldoende in overeenstemming met het gevoerde (preventieve) beleid van dit moment, was de kennis van medewerkers op het gebied van de Wet Bopz onvoldoende onderhouden of was de registratie niet op orde.

Bij drie andere werkeenheden, waarvan er één met een Bopz-aanmerking, één zonder Bopz-aanmerking en een ander die een Bopz-aanmerking had aangevraagd, was sprake van matig tot hoog risico.

Aan de werkeenheden met Bopz-aanmerking was geen Bopz-arts verbonden en werd geen arts geraadpleegd bij het vaststellen van de genomen vrijheidsbeperkende maatregelen.

Bij de werkeenheden zonder Bopz-aanmerking vond op het grensvlak van de Wet Bopz vrijheidsbeperving plaats. Het bestaan van een time-out ruimte bracht echter het risico met zich mee dat cliënten daar, met de deur op slot, afgezonderd werden.

Door de werkeenheid die een Bopz-aanmerking had aangevraagd, werd - hoewel dus (nog) niet Bopz-aangemerkt - zorgvuldig conform de Wet Bopz gehandeld en was er een volledig beeld van de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregelen. Melding aan de inspectie vond echter (nog) niet plaats. Omdat zodoende de rechtspositie van de cliënten ook hier niet gewaarborgd was, werd de score matig tot hoog risico gegeven.

Eén werkeenheid scoorde hoog tot zeer hoog risico. Bij deze werkeenheid werden vrijheidsbeperkende maatregelen (Zweedse band en afzonderen) toegepast zonder dat deze werkeenheid een Bopz-aanmerking had of had aangevraagd. Er was ook geen Bopz-arts aangesteld en was er geen (Bopz-)commissie actief voor toetsing en evaluatie van de maatregelen.

#### **4.4 Verdeling van de scores op basis van organisatiekenmerken**

Door fusies is een sector ontstaan bestaande uit drie grote (landelijke) organisaties, met meerdere vestigingen met samen 1810 intramurale plaatsen en drie kleine, regionaal werkende organisaties met samen ongeveer 100 intramurale plaatsen. Daarnaast is er nog een organisatieonderdeel van de Stichting Philadelphia dat met ongeveer 50 plaatsen intramurale zorg biedt aan mensen met een zintuiglijke beperking. Ruim 90 procent van de totale intramurale zorg in de sector wordt dus geboden door de drie grote organisaties samen. De intramurale plaatsen zijn verdeeld over meer dan 130 locaties variërend in grootte van 4 tot 300 plaatsen.

Tweederde deel (66 procent) van de totale intramurale capaciteit wordt gebruikt voor zorg aan mensen met een visuele beperking, een derde deel (34 procent) voor zorg aan mensen met een auditieve en/of communicatieve beperking.

De intramurale zorg wordt geboden aan mensen met een enkelvoudige (26 procent) maar voor het merendeel (74 procent) aan mensen met een meervoudige beperking<sup>[16]</sup>. Bij de zorg aan mensen met een visuele beperking is deze verdeling respectievelijk 17 en 83 procent en bij de zorg aan mensen met een auditieve/communicatieve beperking 43 en 57 procent.<sup>[17]</sup>

De bezochte werkeenheden zijn op basis van een aantal kenmerken zoals doelgroep, aantallen cliënten, zelfstandig of concernonderdeel, kleinschalig/in een woonwijk of grootschalig/terreingebonden (zie §4.4.2), in categorieën in te delen. Omdat het vaak om 'mengvormen' gaat (bijvoorbeeld zowel cliënten met als cliënten zonder verstandelijke beperking) blijft iedere indeling in zekere mate arbitrair. Statistische bewerking van de scoreverdeling over de verschillende 'categorieën' van werkeenheden is daarom niet alleen vanwege de kleine aantallen in de steekproef, maar ook vanwege de vaak grove en arbitraire indeling, niet goed mogelijk. Daar waar wel een enigszins betrouwbaar onderscheid mogelijk was, is een voorzichtige vergelijking gemaakt.

---

[16] Van een meervoudige beperking wordt in dit verband gesproken als naast een visuele of auditief/communicatieve beperking ook sprake is van een verstandelijke beperking.

[17] Onder de categorie mensen met een enkelvoudige beperking worden hier ook mensen met een stoornis op het autistisch spectrum gerekend.

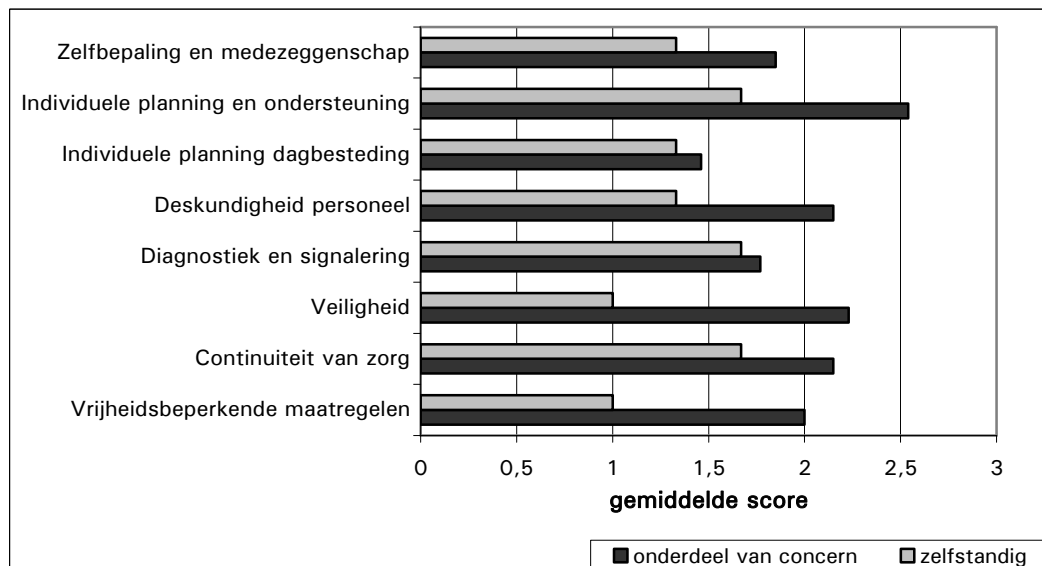
#### 4.4.1 Verschillen tussen concerns en kleine organisaties

Of een werkeenheid onderdeel is van een 'kleine zelfstandige organisatie' of onderdeel is van een groot landelijk werkend 'concern' was eenduidig vast te stellen.

De drie werkeenheden die onderdeel zijn van een kleine zelfstandige organisatie en twee werkeenheden die onderdeel zijn van een 'concern' scoorden op alle aspecten een minder dan matig risico. Eén kleine organisatie scoorde over de gehele linie een afwezig tot gering risico.

De overige elf werkeenheden, die alle deel uitmaken van een 'concern', scoorden op één of meer aspecten hoog tot matig risico. Tweemaal werd hoog tot zeer hoog risico gescoord.

In figuur 12 zijn de gemiddelde scores op de verschillende risicoaspecten van de zorgonderdelen die deel uitmaken van een concern en de gemiddelde scores van de werkeenheden van de kleine organisaties met elkaar vergeleken. De gemiddelde scores van de laatste groep zijn op alle risicoaspecten lager.



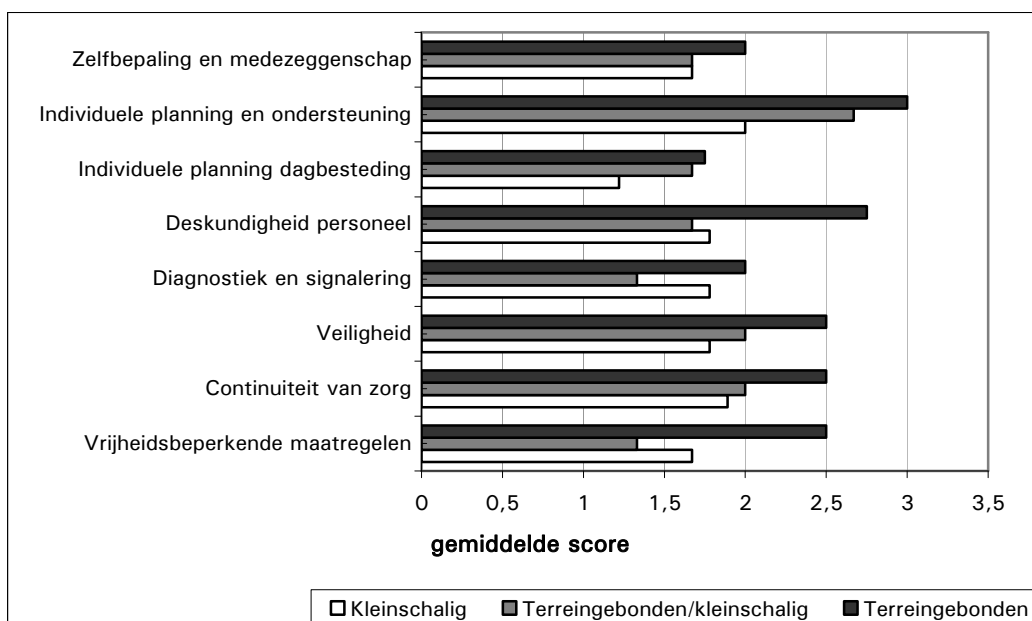
Figuur 12: Gemiddelde score per risicoaspect bij zorgonderdelen die deel uitmaken van een 'concern' (n = 13) en kleine zelfstandige werkeenheden (n = 3)

#### 4.4.2 Verschillen tussen kleinschalig werkende en terreingebonden werkeenheden

Ongeveer 60 procent van de intramurale plaatsen waren te typeren als 'grootschalige' c.q. 'terreingebonden' plaatsen, gelokaliseerd in meerdere paviljoens bij elkaar op 'eigen' terrein. De overige 40 procent waren plaatsen in kleine wooneenheden in een woonwijk, hier getypeerd als 'kleinschalig'.

Op basis van de door de zorgeenheden aangeleverde informatie kon een redelijk betrouwbaar onderscheid gemaakt worden naar werkeenheden die kleinschalig (in kleine 'wooneenheden' in een woonwijk) en werkeenheden die overwegend terreingebonden (een aantal 'paviljoens' bij elkaar op 'eigen' terrein) zorg aanbieden. Omdat bij een aantal werkeenheden van beide vormen sprake was, is een derde categorie gemaakt. Een vergelijking van de gemiddelde scores van de kleinschalig werkende werkeenheden met werkeenheden die terreingebonden of 'gemengd werken'

(figuur 13) laat zien dat de 'kleinschalige werkeenheden' op alle aspecten beter scoorden dan de 'terreingebonden werkeenheden'.

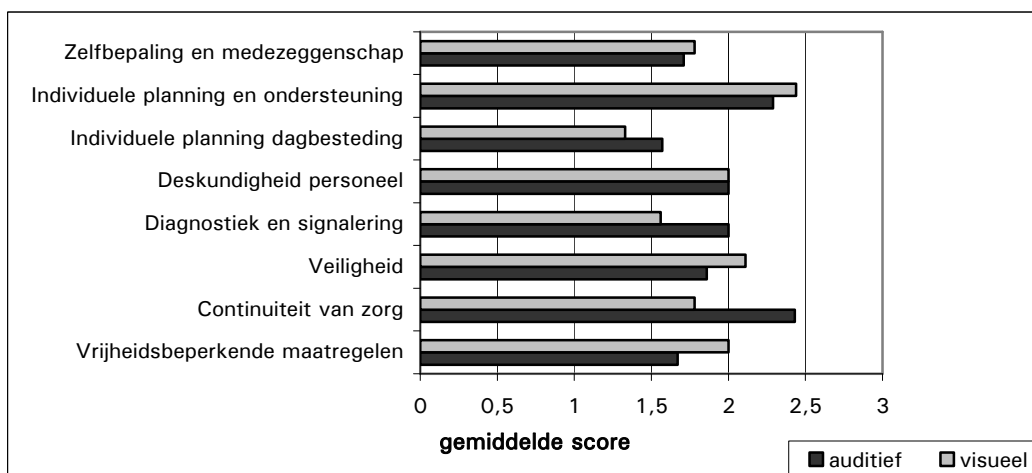


Figuur 13: Gemiddelde score per risicoaspect terreingebonden ( $n=9$ ), terreingebonden/kleinschalige ( $n=3$ ) en kleinschalige werkeenheden ( $n=4$ )

#### 4.4.3 Verschillen op basis van doelgroep

Een indeling naar cliëntenpopulatie was, wat betreft de aard van de zintuiglijke beperking, eenduidig te maken. Een verdere indeling was gegeven de diversiteit van de doelgroep per werkeenheden en tussen de werkeenheden onderling niet mogelijk of gezien de beperkte onderlinge vergelijkbaarheid niet zinvol.

Er waren geen opmerkelijke verschillen in de risico's bij de werkeenheden die intramurale zorg bieden aan mensen met een visuele beperking en de werkeenheden die zorg bieden aan mensen met een auditief en/of communicatieve beperking. De verschillen op de risicoaspecten waren erg klein en wisselend van richting. Het totaalbeeld in beide deelsectoren komt sterk overeen (zie figuur 14).



Figuur 14: Gemiddelde score per risicoaspect bij werkeenheden voor mensen met een visuele beperking en werkeenheden voor mensen met een auditieve beperking

## 5 Summary

The Health Care Inspectorate conducted its most recent study of the quality of care for persons with a sensory disability in 2002/2003. In 2009, it conducted a further investigation of intramural (full-time residential) care for this patient group with a view to gaining a more up-to-date picture. The segment provides places for 1,960 particularly vulnerable patients. The Inspectorate visited all organizations offering this form of care and, using an instrument developed specifically for the purpose, assessed whether any risks exist, and if so the extent of those risks regarding one or more of the risk aspects identified.

The study reveals that, overall, intramural care for patients with a visual and/or auditory/communicative disability is of acceptable quality. There would appear to be no sector-wide risks and the study identified no organizations with a particularly high level of risk. Nevertheless, there is some room for improvement.

In particular, improvements must be pursued by the large 'concerns' which operate on a national basis. Those units which form part of a small organization (fewer than 50 places) and/or offer small-scale care generally achieve lower 'risk scores' than those which are part of a large organization (more than 350 places) and which provide large-scale care at each of several locations.

The required improvements are mostly in those areas which were identified as problematic by the 2002/2003 study, the final report of which presented a number of recommendations. For example, the care providers were called upon to strengthen the position of their patients ('patient empowerment'). They were also advised to develop care plans and support plans to form a 'fully embedded management instrument', and to do so in a suitably proactive manner. The recommendations further called for information about the formal complaints procedures to be provided to patients or their representatives, for greater multidisciplinary cooperation, and for the division of rights and responsibilities between professionals to be more clearly defined.

The 2009 study reveals that too little progress has been made in some areas, notably the implementation of adequate care and support plans.

The sector once again faces a number of challenges. They include the recruitment and retention of qualified staff, efficient deployment of those staff, pursuing patient empowerment and, not least, ensuring that the care and support provided is always appropriate to the needs of the individual patient.

The Inspectorate notes that considerable time and energy has been devoted to organizational development in recent years. It now wishes to see similar effort expended in seeking appropriate responses to the challenges set out above. The findings of the recent study show that there are enough best practice examples within the sector on which to base such responses.

The Inspectorate will continue to monitor developments in the sector. Those organizations which were found to have a moderate to high risk level in one or more aspects have been asked to produce improvement plans. Where a high to extremely high risk level was noted, action has already been implemented. The Inspectorate will

closely monitor the implementation of the improvement plans by means of interim reports and follow-up visits. Where progress is deemed unsatisfactory, more stringent measures will be applied.

**BIJLAGE 1 Bezochte werkeenheden**

1	Bartiméus	Bartiméus cluster Nieuwe Heuvelrug Doorn	Oude Arnhemsebovenweg 3	3941 XM	Doorn
2	Bartiméus	Bartiméus cluster zorg- en begeleidings intensief wonen Doorn	Oude Arnhemsebovenweg 3 Hydeparklaan 9	3941 XM 3971 KT	Doorn Driebergen
3	Bartiméus	Bartiméus Wonen Ermelo	Henriette van Heemstralaan 2 Jeanne Diepenhorstlaan	3851 WB	Ermelo
4	Bartiméus	Bartiméus, locatie Zeist	Utrechtseweg 84	3702 AD	Zeist
5	VisioSensisDeBrink	De Brink, Vries	Veenweg 20	9481 TJ	Vries
6	VisioSensisDeBrink	Sensis, De Blauwe Kamer	Galderseweg 65	4836 AC	Breda
7	VisioSensisDeBrink	Sensis, locatie Woon- en dagcentrum Grave	Elisabethstraat 4	5361 HK	Grave
8	VisioSensisDeBrink	Visio, Noord-Nederland			Haren, Hoogeveen en Ruinen
9	Robert Coppes stichting	Robert Coppes Stichting	Taalstraat Aloysiusstraat en Steenweg		Vught
10	Stichting Odion	Odion, locatie Ismailiastraat en Sonnevanc	Sonnevanc 13 Ismailiastraat 16	1462 EK 1448 MR	Middenbeemster Purmerend
11	Stichting Philadelphia Zorg	Philadelphia, Regio Haaglanden, Hagehorst en Lienhorst	Denenburg 65 Duinmeierij 52 a, b, c	2591 AA 2264 LC	Den Haag Leidschendam
12	De Noorderbrug	Noorderbrug, locatie Groningen	Moesstraat 8-24	9717 JW	Groningen
13	KEG Viataal Groep	Koninklijke Effatha Guyot Groep regio Noord	Bordewijklaan 117a	9721 WD	Groningen
14	KEG Viataal Groep	Koninklijke Effatha Guyot Groep regio randstad Zuid	Zijberg 25 en 69 Zalkerbos 330	2716NA 2716KS	Zoetermeer
15	KEG Viataal Groep	Sint Marie	Castilielaan 8	5611 BD	Eindhoven
16	KEG Viataal Groep	Viataal regio Zuidwest volwassenen	Theerestraat 42 Laagstraat 1	5271 GD 5261 LB	St. Michielsgestel Vught



## BIJLAGE 2 Werkwijze en instrumenten

De inspectie heeft een gefaseerde aanpak van het algemene toezicht. Tot nog toe wordt gewerkt met een instrument dat de inspectie zelf heeft ontwikkeld in 2005 en 2006 voor een deel van de gehandicaptensector: de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Dit instrument bestaat uit acht risicoaspecten en is gebaseerd op een risicoprofiel.

Om een beeld te krijgen van de kwaliteit en de risico's in de intramurale zorg aan mensen met een visuele en/of auditief/communicatieve beperking is nog gebruikgemaakt van de werkwijze en de ontwikkelde instrumenten van het gefaseerd toezicht voor de 24-uurs verblijfszorg. Het risicoprofiel dat gebruikt is voor de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking is hiertoe aangepast (zie de website van de Inspectie voor de Gezondheidszorg: [www.igz.nl](http://www.igz.nl)).

Op basis van het risicoprofiel worden acht risicoaspecten onderscheiden:

- 1 Zelfbepaling en medezeggenschap.
- 2 Individuele planning en ondersteuning.
- 3 Individuele planning dagbesteding.
- 4 Deskundigheid personeel.
- 5 Diagnostiek en signalering.
- 6 Veiligheid.
- 7 Continuïteit van zorg.
- 8 Vrijheidsbeperkende maatregelen.

Bij deze werkwijze wordt gekeken naar de aanwezigheid van risico's voor de cliënt op gezondheids- en/of welzijnsschade op elk van deze aspecten. Zie voor de uitwerking van deze risicoaspecten bijlage 4.

### De bezoeken

Aan alle organisaties is voorafgaande aan het bezoek gevraagd om nadere informatie, zoals het jaarplan 2009 van de organisatie en/of werkeenheid, gegevens over de doelgroep en het aantal cliënten, ziekteverzuim, personeel (opbouw en verloop), opleiding/scholing (beleid en feitelijke uitvoering daarvan), klachten (beleid en klachtafhandeling), vrijheidsbeperkende maatregelen (registratie en beleid), (bijna) fouten en/of ongelukken (registratie en beleid) en cliënttevredenheid / waardering. Deze informatie is door de inspecteurs gebruikt ter voorbereiding op het bezoek en de beoordeling op de verschillende risicoaspecten.

De bezoeken zijn afgelegd in mei en juni 2009. Tijdens de bezoeken hebben de inspecteurs gesproken met cliënten, cliëntvertegenwoordigers, medewerkers, zowel begeleiders als behandelaars (gedragswetenschappers, artsen en therapeuten/ paramedici), het management van de werkeenheid en de Raad van Bestuur. De inspecteurs kregen een korte rondleiding, bij voorkeur door cliënten. Daarnaast hebben zij dossieronderzoek gedaan. De inspectie heeft apart met de cliënten gesproken en apart met de cliëntvertegenwoordigers/verwanten. Indien dit voor het kunnen communiceren met cliënten nodig of wenselijk was, is hiervoor op verzoek van de inspectie door de organisatie ondersteuning georganiseerd.

De verschillende groepen gesprekspartners (vier tot zes personen) waren op verzoek van de inspectie zo samengesteld dat zij een representatieve vertegenwoordiging vormden.

Bij de gesprekken is door de inspecteurs gebruikgemaakt van de zogenoemde aandachtspuntenlijsten (zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl)). Er zijn aandachtspuntenlijsten voor de gesprekken met de verschillende gesprekspartners. Hierin wordt per risicoaspect een aantal gesprekspunten en/of vragen gegeven gericht op het verkrijgen van informatie op dat aspect. Beoordeling van de dossiers gebeurt met behulp van een checklist en ZIP care vragenlijsten

### **De beoordeling**

De bevindingen van ieder bezoek zijn vastgelegd in een eindrapport. Ieder risicoaspect is beoordeeld op een vier-puntschaal (afwezig tot gering risico, gering tot matig risico, matig tot hoog risico en hoog tot zeer hoog risico). Naast de eisen van wetgeving en veldnormen is ook de waardering van de cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers meegewogen bij het bepalen van het totaaloordeel.

Om tot een zo uniform mogelijke beoordeling te komen, is per risicoaspect de normering beschreven (zie bijlage 4). In deze normering wordt aan de verschillende elementen uit het wettelijk kader en de veldnormen die betrekking hebben op dit risicoaspect, een relatief gewicht toegekend.

Ieder rapport is meegelezen door een collega-inspecteur, de accounthouder van de inspectie van de betreffende organisatie en de projectleider.

Voor definitieve vaststelling van het eindrapport werd het concept voorgelegd aan de gesprekspartners van de betreffende organisatie. Aan hen is de gelegenheid geboden eventuele feitelijke onjuistheden te corrigeren. Als dat nodig was dan werden deze wijzigingen in het rapport aangebracht. Na definitieve vaststelling wordt het eindrapport op de website van de inspectie geplaatst.

## BIJLAGE 3 Toetsings- en beoordelingskader

### De risicoaspecten voor cliënten van intramurale zorg

Op basis van de in het risicoprofiel beschreven afwegingen worden voor beoordeling van kwaliteit en risico's van de intramurale (24-uurs)zorg de volgende risicoaspecten onderscheiden:

- 1 Zelfbepaling en medezeggenschap.
- 2 Individuele planning en ondersteuning.
- 3 Individuele planning van dagbesteding.
- 4 Deskundigheid personeel.
- 5 Diagnostiek en signalering.
- 6 Veiligheid.
- 7 Continuïteit van zorg.
- 8 Vrijheidsbeperkende maatregelen.

Voor de beoordeling van de individuele werkeenheden op de verschillende risicoaspecten wordt informatie verzameld over een aantal elementen. Deze elementen worden niet ieder op zich beoordeeld, maar worden in een onderlinge afweging samengevoegd tot een totaaloordeel per risicoaspect. De beoordeling gebeurt op basis van een normenkader dat is gebaseerd op wet en regelgeving en veldnormen<sup>[18]</sup>.

Bij deze beoordeling wordt ook betrokken hoe cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers de geboden zorg- en dienstverlening ervaren en waarderen. Daarnaast worden de relevante werkprocessen beoordeeld op de vraag of er beleid is en of dit beleid operationeel en geborgd is.

De mate waarin het risico zich voordoet wordt gescoord in één van de vier risicocategorieën: afwezig tot gering risico, gering tot matig risico, matig tot hoog risico of hoog tot zeer hoog risico.

In het onderstaande beoordelingskader wordt per risicoaspect eerst de omschrijving van het betreffende risicoaspect gegeven (de norm) gevolgd door de beoordeelde elementen per risicoaspect in volgorde van belangrijkheid en de daaraan gekoppelde beoordelingsscore (het gewicht). Naast de genoemde elementen kan de inspecteur feiten aantreffen die aanleiding geven om een hoger of lager risico te scoren. Indien dit gebeurt dan wordt dat verantwoord in het individuele instellingsrapport.

---

[18] Zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

## 1 Zelfbepaling en medezeggenschap

### Norm

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

### Gewicht

Inspecteurs beoordeelden 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 (waar van toepassing) 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 waar van toepassing een aparte decentrale cliëntvertegenwoordigersraad aanwezig. In dat geval is er 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 (waar van toepassing) 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.

<i>Geen tot gering risico</i>	<i>Gering tot matig risico</i>	<i>Matig tot hoog risico</i>	<i>Hoog tot zeer hoog risico</i>
<p>Gericht op vergroten zelfbepaling en eigen regie.</p> <p>Aantoonbare inspanningen ten aanzien van zelfbepaling.</p> <p>Wensen en ondersteuningsvragen vragen centraal en terug te vinden in het ondersteuningsplan.</p> <p>Aantoonbaar invloed van cliënten op ondersteuningsplan.</p> <p>Medewerkers kennen wensen cliënten.</p> <p>Cliëntvertegenwoordiger betrokken bij ondersteuningsplan en weten wat daarin staat.</p> <p>Cliënten hebben inspraak op het niveau van de eigen locatie.</p> <p>Cliëntenraad voelt zich goed geïnformeerd en wordt tijdig geraadpleegd.</p> <p>Cliëntenraad heeft zichtbaar invloed.</p>	<p>Gericht op zelfbepaling en eigen regie maar geen actief beleid om cliënten te helpen bij het maken van keuzes.</p> <p>Wensen en ondersteuningsvragen vragen beperkt terug te vinden in het ondersteuningsplan.</p> <p>Invloed van cliënten op ondersteuningsplan wisselend aantoonbaar.</p> <p>Medewerkers kennen wensen cliënten.</p> <p>Cliëntvertegenwoordiger betrokken bij ondersteuningsplan en weten wat daarin staat.</p> <p>Cliënten hebben enige inspraak op het niveau van de eigen locatie.</p> <p>Cliëntenraad voelt zich geïnformeerd en wordt geraadpleegd.</p> <p>Cliëntenraad heeft enige invloed.</p>	<p>Beperkte mogelijkheden eigen keuze.</p> <p>Geen structureel overleg met cliënten en cliëntvertegenwoordigers over ondersteuningsplan.</p> <p>Geen actief zoeken naar mogelijkheden voor vergroten zelfbepaling en eigen regie.</p> <p>Cliënten hebben enige inspraak op het niveau van de eigen locatie.</p> <p>Geen cliënten in de cliëntenraad.</p> <p>Cliëntenraad voelt zich beperkt geïnformeerd en wordt te laat geraadpleegd.</p> <p>Cliëntenraad heeft enige invloed.</p>	<p>Geen mogelijkheden eigen keuze.</p> <p>Geen structureel overleg met cliënten en cliëntvertegenwoordigers over ondersteuningsplan.</p> <p>Vergroten zelfbepaling en eigen regie spelen geen rol.</p> <p>Cliënten hebben enige inspraak op het niveau van de eigen locatie.</p> <p>Geen cliënten in de cliëntenraad.</p> <p>Cliëntenraad voelt zich niet geïnformeerd en wordt nauwelijks geraadpleegd.</p> <p>Cliëntenraad heeft nauwelijks invloed.</p>

## 2 Individuele planning en ondersteuning

### Norm

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.

### Gewicht

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 teruggekomen.

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.

<i>Geen tot gering risico</i>	<i>Gering tot matig risico</i>	<i>Matig tot hoog risico</i>	<i>Hoog tot zeer hoog risico</i>
<p>Elke cliënt heeft een ondersteuningsplan dat aansluit bij zijn perspectief en ondersteuningsvraag.</p> <p>Plan is multidisciplinair tot stand gekomen en bevat risicotaxatie.</p> <p>Plan bevat concrete doelen, acties, termijnen, verantwoordelijkheidstoeiding en evaluatiecriteria en -data.</p> <p>Rapportage en evaluatie vinden structureel en systematisch plaats.</p> <p>Evaluatie leidt tot vervolgactie.</p> <p>Plan bevat begeleidingsstijl gerelateerd aan persoonsbeeld en doelen.</p> <p>De afspraken zijn duidelijk en worden aantoonbaar uitgevoerd.</p> <p>De verantwoordelijkheidstoedeling is duidelijk.</p> <p>Het dossier is overzichtelijk.</p>	<p>Elke cliënt heeft een ondersteuningsplan dat aansluit bij zijn perspectief en ondersteuningsvraag.</p> <p>Bij totstandkoming van het plan is een discipline betrokken.</p> <p>Risicotaxatie niet structureel aanwezig.</p> <p>Doelen niet concreet genoeg om te kunnen evalueren.</p> <p>Geen evaluatiecriteria.</p> <p>Geen gerichte rapportage.</p> <p>Evaluatie wel structureel maar niet systematisch.</p> <p>Niet altijd vervolgactie na evaluatie.</p> <p>De afspraken zijn globaal opgenomen en worden over het algemeen uitgevoerd.</p> <p>De verantwoordelijkheidstoedeling is niet altijd duidelijk.</p> <p>Het dossier is overzichtelijk.</p>	<p>Ondersteuningsplan sluit onvoldoende aan op perspectief van de cliënt. Bij de plannen zijn niet structureel andere disciplines betrokken.</p> <p>Onvoldoende toets op uitvoering.</p> <p>Plan bevat geen risicotaxatie.</p> <p>Doelen zijn niet SMART. Er zijn geen evaluatiecriteria en er is geen gerichte rapportage.</p> <p>Evaluatie vindt ad hoc plaats.</p> <p>De afspraken zijn niet duidelijk en worden globaal uitgevoerd.</p> <p>De verantwoordelijkheidstoedeling is niet duidelijk.</p> <p>Het dossier is onoverzichtelijk.</p>	<p>Ondersteuningsplan sluit onvoldoende aan op perspectief van de cliënt.</p> <p>Bij de plannen zijn geen andere disciplines betrokken.</p> <p>Geen toets op uitvoering.</p> <p>Plan bevat geen risicotaxatie.</p> <p>Doelen zijn niet SMART.</p> <p>Er zijn geen evaluatiecriteria en er is geen gerichte rapportage.</p> <p>Evaluatie vindt niet plaats.</p> <p>De afspraken zijn niet duidelijk en ten aanzien van de uitvoering is niets te vinden.</p> <p>De verantwoordelijkheidstoedeling is niet duidelijk.</p> <p>Het dossier is onoverzichtelijk.</p>

### 3 Individuele planning en dagbesteding

#### Norm

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).

#### Gewicht

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.

<i>Geen tot gering risico</i>	<i>Gering tot matig risico</i>	<i>Matig tot hoog risico</i>	<i>Hoog tot zeer hoog risico</i>
<p>Wensen ten aanzien van dagbesteding en werk worden methodisch nagegaan.</p> <p>Activiteitenplan is gebaseerd op persoonsbeeld en wensen.</p> <p>Er is voldoende keuze en voorkeuren worden zoveel mogelijk gerealiseerd.</p> <p>Het activiteitenplan wordt structureel en systematisch geëvalueerd.</p> <p>Er is goed overleg en afstemming tussen wonen en dagbesteding op basis van structurele contacten.</p> <p>Vrije tijdsbesteding is onderdeel van het ondersteuningsplan en concreet uitgewerkt.</p>	<p>Wensen ten aanzien van dagbesteding en werk worden nagegaan.</p> <p>Activiteitenplan is gebaseerd op persoonsbeeld en wensen.</p> <p>Er is beperkte keuze en binnen de mogelijkheden worden voorkeuren zoveel mogelijk gerealiseerd.</p> <p>Het activiteitenplan wordt structureel maar niet systematisch geëvalueerd.</p> <p>Er is goed overleg en afstemming tussen wonen en dagbesteding maar niet op basis van structurele contacten.</p> <p>Vrije tijdsbesteding is onderdeel van het ondersteuningsplan maar niet concreet uitgewerkt.</p>	<p>Beperkte mogelijkheden eigen keuze.</p> <p>Geen structureel overleg met cliënten en cliënt-vertegenwoordigers over ondersteuningsplan.</p> <p>Geen actief zoeken naar mogelijkheden voor vergroten zelfbepaling en eigen regie.</p> <p>Het activiteitenplan wordt niet structureel en niet systematisch geëvalueerd.</p> <p>Er is beperkt overleg en afstemming tussen wonen en dagbesteding en niet op basis van structurele contacten.</p> <p>Vrije tijdsbesteding is geen onderdeel van het ondersteuningsplan</p>	<p>Geen mogelijkheden eigen keuze.</p> <p>Geen structureel overleg met cliënten en cliënt-vertegenwoordigers over ondersteuningsplan.</p> <p>Vergroten zelfbepaling en eigen regie spelen geen rol.</p> <p>Het activiteitenplan wordt niet geëvalueerd.</p> <p>Er is nauwelijks overleg en afstemming tussen wonen en dagbesteding.</p> <p>Vrije tijdsbesteding is geen onderdeel van het ondersteuningsplan.</p>



## 4 Deskundigheid personeel

### Norm

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.

### Gewicht

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

Medewerkers hebben specifieke kennis en beschikken over specifieke vaardigheden vooral wat betreft (het omgaan met) de specifiek doelgroep i.c. mensen met een visuele en/of communicatieve/auditieve beperking, maar ook (indien aan de orde) wat betreft 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.

<i>Geen tot gering risico</i>	<i>Gering tot matig risico</i>	<i>Matig tot hoog risico</i>	<i>Hoog tot zeer hoog risico</i>
<p>Scholingsbeleid en –aanbod sluit aan bij aard ondersteuningsvragen ten aanzien van de doelgroep; daardoor hebben medewerkers specifieke kennis en beschikken over specifieke vaardigheden ten aanzien van de doelgroep.</p> <p>Scholingsbeleid is geïmplementeerd en geborgd.</p> <p>Diverse vormen van scholing worden ingezet, ook intervisie.</p> <p>Scholingsbeleid is zowel individueel als team gericht.</p> <p>Scholing is een structureel onderdeel van werk medewerkers.</p> <p>Medewerkers voelen zich gesteund door het management en door de deskundigen.</p>	<p>Scholingsbeleid en -aanbod sluit grotendeels aan bij aard ondersteuningsvragen ten aanzien van de doelgroep; daardoor hebben medewerkers kennis en beschikken over vaardigheden ten aanzien van de doelgroep.</p> <p>Scholingsbeleid is geïmplementeerd.</p> <p>Niet alle vormen van scholing worden ingezet.</p> <p>Scholingsbeleid is zowel individueel als team gericht.</p> <p>Scholing is een structureel onderdeel van werk medewerkers.</p> <p>Medewerkers voelen zich meestal gesteund door het management en door de deskundigen.</p>	<p>Scholingsbeleid en –aanbod sluit onvoldoende aan bij aard ondersteuningsvragen; daardoor hebben medewerkers te weinig specifieke kennis en beschikken over onvoldoende specifieke vaardigheden ten aanzien van de doelgroep.</p> <p>Scholingsbeleid is aanwezig maar niet geïmplementeerd.</p> <p>Niet alle vormen van scholing worden ingezet.</p> <p>Scholing is afhankelijk van interesse individuele medewerker.</p> <p>Medewerkers voelen zich onvoldoende gesteund door het management en door de deskundigen.</p>	<p>Er is geen bewust scholingsbeleid.</p> <p>Scholingsaanbod is ad hoc en sluit niet aan bij aard ondersteuningsvragen.</p> <p>Daardoor hebben medewerkers geen specifieke kennis en beschikken over onvoldoende specifieke vaardigheden ten aanzien van de doelgroep.</p> <p>Scholing is geen onderdeel van werk medewerkers.</p> <p>Medewerkers voelen zich niet gesteund door het management en door de deskundigen.</p>

## 5 Diagnostiek en signalering

### Norm

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.

### Gewicht

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.

<i>Geen tot gering risico</i>	<i>Gering tot matig risico</i>	<i>Matig tot hoog risico</i>	<i>Hoog tot zeer hoog risico</i>
<p>Diagnostische gegevens staan in ondersteuningsplan.</p> <p>Signaleringsplan is onderdeel ondersteuningsplan.</p> <p>Het multidisciplinair team is betrokken en gericht op probleem en vraagstelling</p> <p>Specifieke diagnostische deskundigen worden ingezet.</p> <p>Ten aanzien van diagnostiek en signaleren is beleid ontwikkeld, geïmplementeerd en geborgd.</p>	<p>Diagnostische gegevens staan in ondersteuningsplan.</p> <p>Signaleringsplan is niet structureel onderdeel van het ondersteuningsplan.</p> <p>Een discipline van het multidisciplinair team is betrokken en gericht op probleem en vraagstelling.</p> <p>Specifieke diagnostische deskundigen worden ingezet.</p> <p>Ten aanzien van diagnostiek en signaleren is beleid ontwikkeld en geïmplementeerd.</p>	<p>Actuele diagnostiek ontbreekt.</p> <p>Signaleringsplan is geen onderdeel van het ondersteuningsplan.</p> <p>Diagnostiek en signalering wordt ad hoc wel gedaan maar beleid ten aanzien van diagnostiek en signalering ontbreekt.</p>	<p>Er is geen diagnostiek. Er is geen signaleringsplan.</p> <p>Er is geen beleid ten aanzien van diagnostiek en signalering.</p>

## 6 Veiligheid

### Norm

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.

### Gewicht

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.

<i>Geen tot gering risico</i>	<i>Gering tot matig risico</i>	<i>Matig tot hoog risico</i>	<i>Hoog tot zeer hoog risico</i>
<p>Subjectief</p> <p>Cliënten voelen zich veilig.</p> <p>Cliëntvertegenwoordigers en medewerkers hebben de indruk dat cliënten zich veilig voelen.</p> <p>Respectvolle en goede bejegening.</p> <p>Voldoende privacy.</p> <p>Cliënten hebben vertrouwen in begeleiders.</p> <p>Communicatie ervaren cliënten als goed.</p> <p>Seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag zijn thema's waarover gesproken wordt.</p>	<p>Subjectief</p> <p>Cliënten voelen zich over het algemeen veilig.</p> <p>Cliëntvertegenwoordigers en medewerkers hebben de indruk dat cliënten zich over het algemeen veilig voelen.</p> <p>Respectvolle en goede bejegening, voldoende privacy.</p> <p>Cliënten hebben meestal vertrouwen in begeleiders.</p> <p>Communicatie ervaren cliënten over het algemeen als goed.</p> <p>Seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag zijn bespreekbare thema's.</p>	<p>Subjectief</p> <p>Cliënten voelen zich vaak ongemakkelijk en niet helemaal veilig.</p> <p>Cliëntvertegenwoordigers hebben de indruk dat cliënten zich vaak ongemakkelijk en niet helemaal veilig voelen.</p> <p>Bejegening sluit niet altijd aan bij cliënt.</p> <p>Onvoldoende privacy.</p> <p>Cliënten hebben weinig vertrouwen in begeleiders.</p> <p>Communicatie ervaren cliënten als redelijk.</p> <p>Het is moeilijk om over seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag te spreken.</p>	<p>Subjectief</p> <p>Cliënten voelen zich onvoldoende veilig.</p> <p>Cliëntvertegenwoordigers hebben de indruk dat cliënten zich niet veilig voelen.</p> <p>Bejegening sluit niet aan bij cliënt, onvoldoende privacy.</p> <p>Cliënten hebben weinig vertrouwen in begeleiders.</p> <p>Communicatie ervaren cliënten als slecht.</p> <p>Over seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag wordt niet gesproken.</p>
<p>Objectief</p> <p>Meldcultuur is goed: er wordt veel gemeld.</p> <p>Meldingen volgen gerichte acties op basis van analyses.</p> <p>Medicatiebeleid is geïmplementeerd en geborgd.</p> <p>Protocollen worden nageleefd.</p> <p>Klachtencommissie is bekend.</p> <p>Er is een up to date overzicht van BIG-registraties.</p> <p>Er is een gebruikersvergunning en er is een ontruimingsplan dat regelmatig wordt geoefend.</p>	<p>Objectief</p> <p>Meldcultuur is goed: er wordt veel gemeld.</p> <p>Op basis van meldingen volgen niet altijd acties.</p> <p>Analyse vindt ad hoc plaats.</p> <p>Medicatiebeleid is geïmplementeerd.</p> <p>Protocollen zijn bekend maar worden niet altijd nageleefd.</p> <p>Klachtencommissie is niet altijd bekend.</p> <p>Er is een overzicht van BIG-registraties.</p> <p>Er is een gebruikersvergunning en er wordt geoefend.</p>	<p>Objectief</p> <p>Meldcultuur is onvoldoende: er wordt wel gemeld maar op basis van meldingen volgen nauwelijks acties.</p> <p>Analyse vindt niet plaats.</p> <p>Medicatiebeleid is aanwezig.</p> <p>Protocollen zijn niet altijd bekend en worden niet altijd nageleefd.</p> <p>Klachtencommissie is niet altijd bekend.</p> <p>Er is geen overzicht van BIG-registraties.</p> <p>Er is een gebruikersvergunning.</p> <p>Er wordt nauwelijks geoefend</p>	<p>Objectief</p> <p>Meldcultuur is onvoldoende: er wordt weinig gemeld en op basis van meldingen volgen geen acties. Geen analyse van meldingen.</p> <p>Medicatiebeleid is afwezig.</p> <p>Protocollen zijn onbekend .</p> <p>Klachtencommissie is niet bekend.</p> <p>Er is geen overzicht van BIG-registraties.</p> <p>Er is een gebruikersvergunning.</p> <p>Er wordt niet geoefend</p>

## 7 Continuïteit van zorg

### Norm

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 consulenten van binnen of buiten de eigen organisatie. Dit geldt ook voor overdracht van gegevens bij een volgtijdelijke bemoeienis van een andere zorgverlener bijvoorbeeld 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.

### Gewicht

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 consulenten van binnen en buiten de organisatie.

Bij de bezoeken aan de verschillende werkeenheden heeft de inspectie zich vooral laten informeren over de beschikbaarheid van voldoende en geschikt personeel, het personeelsverloop en ziekteverzuim.

<i>Geen tot gering risico</i>	<i>Gering tot matig risico</i>	<i>Matig tot hoog risico</i>	<i>Hoog tot zeer hoog risico</i>
<p>Ziekteverzuim en verloop lager dan gemiddeld.</p> <p>Vaste pool van deskundige en ingewerkte invalkrachten.</p> <p>Duidelijke invalmappen.</p> <p>Voldoende tijd voor overdracht en overleg zowel in- als extern.</p> <p>Goede samenwerking/afstemming tussen wonen en dagbesteding.</p> <p>Voldoende personeel beschikbaar.</p> <p>Samenwerkingsverbanden met andere (zorg-) organisaties.</p>	<p>Ziekte verzuim en verloop gemiddeld.</p> <p>Vaste invalkrachten.</p> <p>Duidelijke invalmappen.</p> <p>Wel aandacht maar niet voldoende tijd voor overdracht en overleg zowel in- als extern.</p> <p>Samenwerking/afstemming wonen en dagbesteding niet structureel.</p> <p>Over het algemeen voldoende personeel beschikbaar.</p> <p>Samenwerkingsverbanden met andere (zorg-) organisaties.</p>	<p>Ziekteverzuim boven gemiddeld.</p> <p>Verloop boven gemiddeld.</p> <p>Geen vaste invalkrachten.</p> <p>Samenwerking/afstemming wonen en werken persoonsafhankelijk.</p> <p>Niet altijd voldoende personeel beschikbaar.</p> <p>Contacten met andere (zorg)organisaties.</p>	<p>Ziekteverzuim hoog.</p> <p>Verloop hoog.</p> <p>Geen vaste invalkrachten.</p> <p>Geen samenwerking/afstemming wonen en dagbesteding.</p> <p>Regelmatig onvoldoende personeel beschikbaar.</p> <p>Ad hoc contacten met andere (zorg)organisaties.</p>

## 8 Vrijheidsbeperkende maatregelen

### Norm

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle maatregelen die tegen de wil van de cliënt worden toegepast en de vrijheid van cliënten beperken, zoals 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.

### Gewicht

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.



<i>Geen tot gering risico</i>	<i>Gering tot matig risico</i>	<i>Matig tot hoog risico</i>	<i>Hoog tot zeer hoog risico</i>
<p>Voordat besloten is om vrijheidsbeperkingen op te leggen is naar alternatieven gezocht.</p> <p>De cliënt of cliëntvertegenwoordiger heeft toestemming gegeven voor de vrijheidsbeperkende maatregelen met instemming.</p> <p>De vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in ondersteuningsplannen.</p> <p>De vrijheidsbeperkende maatregelen worden regelmatig geëvalueerd en er wordt naar alternatieven gezocht.</p> <p>Medewerkers zijn geschoold in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>Deskundigen worden betrokken bij het toepassen en evalueren van de vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>De bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van het toepassen zijn duidelijk.</p>	<p>Voordat besloten is om vrijheidsbeperkingen op te leggen is naar alternatieven gezocht.</p> <p>De cliënt of cliëntvertegenwoordiger heeft toestemming gegeven voor de vrijheidsbeperkende maatregelen met instemming.</p> <p>De vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in ondersteuningsplannen.</p> <p>De vrijheidsbeperkende maatregelen worden regelmatig geëvalueerd en er wordt niet structureel naar alternatieven gezocht.</p> <p>Medewerkers zijn geschoold in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>Deskundigen worden ad hoc betrokken bij het toepassen en evalueren van de vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>De bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van het toepassen zijn duidelijk.</p>	<p>Voordat besloten is om vrijheidsbeperkingen op te leggen is niet naar alternatieven gezocht.</p> <p>De cliënt of cliëntvertegenwoordiger heeft niet altijd toestemming gegeven voor de vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>De vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet altijd allemaal opgenomen in ondersteuningsplannen.</p> <p>De vrijheidsbeperkende maatregelen worden niet regelmatig geëvalueerd en er wordt niet naar alternatieven gezocht.</p> <p>Medewerkers zijn onvoldoende geschoold in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>Deskundigen worden niet betrokken bij het toepassen en evalueren van de vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>De bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van het toepassen zijn niet duidelijk.</p>	<p>Voordat besloten is om vrijheidsbeperkingen op te leggen is niet naar alternatieven gezocht.</p> <p>De cliënt of cliëntvertegenwoordiger heeft geen toestemming gegeven voor de vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>De vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet opgenomen in ondersteuningsplannen.</p> <p>Medewerkers zijn niet geschoold in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>De toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregelen wordt niet geëvalueerd.</p> <p>De bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van het toepassen ontbreken.</p>

## **BIJLAGE 4    Aanbevelingen uit het inspectierapport *Gezien en gehoord***

### **Inspectierapport *Gezien en gehoord***

**Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking.  
Den Haag, februari 2003.**

#### **Organisatie van de zorg**

- 1 De centralisatie door fusies enerzijds en de decentralisatie in regionale centra anderzijds vergen een heroverweging van de functie van de regionale expertisecentra. Een verdere uitbouw tot regionale expertisecentra voor mensen met een visuele of auditieve/communicatieve beperking ligt voor de hand.
- 2 De instellingen in het segment voor zorg aan mensen met een auditieve/communicatieve én een visuele beperking moeten op landelijk niveau de samenwerking intensiveren en formaliseren.
- 3 De instellingen moeten een eenduidig registratiesysteem voor extramurale zorgverlening ontwikkelen.
- 4 De positie van de audiologische centra in relatie tot de Regionale Indicatie Organen (RIO's) en het LCIG dient te worden verduidelijkt.
- 5 De indicatiestelling voor mensen met een zintuiglijke beperking moet eenduidiger en onafhankelijker worden. De samenwerkingsverbanden moeten daarvoor criteria ontwikkelen en concrete afspraken maken met het LCIG.

#### **Aanbod en vraag**

- 1 De instellingen moeten de positie van de cliënten versterken. Dit betekent versterking van de participatie en regie over eigen leven op het individuele niveau, maar ook op het niveau van de cliëntenraden.
- 2 De instellingen moeten de klachtenregeling zo vormgeven en uitleggen dat wordt voorkomen dat cliënten en/of vertegenwoordigers al bij voorbaat afhaken.
- 3 De samenwerkingsverbanden van de instellingen moeten met de landelijke cliëntenorganisaties afspraken maken over de te gebruiken instrumenten voor cliëntenraadpleging en voeren deze uit.
- 4 De instellingen voor mensen met een zintuiglijke beperking moeten de keuzemogelijkheden binnen het zorgaanbod inzichtelijker maken voor cliënten en de keuzemogelijkheden vergroten.
- 5 De screening van mensen met een verstandelijke beperking op zintuigstoornissen moet zo snel mogelijk worden uitgevoerd. De sector zelf dient een plan van aanpak op te stellen. Het plan dient te worden afgestemd met de zorgkantoren en partijen, zoals VGN, CvZ, Zorgverzekeraars Nederland en de overheid.
- 6 De sector voor zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking dient zich ook present te stellen voor ouderen met zintuigstoornissen in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg. Een gezamenlijk actieplan in samenwerking met brancheorganisaties, regionale expertisecentra, verzekeraars en overheid is ook hier nodig.

#### **Kwaliteitsborging**

- 1 De ontwikkeling van de zorgplannen tot een geborgd sturingsinstrument dient door de instellingen met kracht ter hand te worden genomen.

- 2 Interdisciplinaire samenwerking dient gedefinieerd te worden en wederzijdse taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de professionals binnen het team moeten beter worden beschreven.
- 3 De samenwerking tussen de verschillende kwaliteitscommissies in de instelling moet verbeterd worden om meer eenduidigheid en samenhang te krijgen in het kwaliteitsbeleid.

## BIJLAGE 5 Overzicht risicoscores van de bezochte werkeenheden

*In onderstaand overzicht wordt de stand van zaken weergegeven van de risicoscores van de bezoeken in 2009. Op de website van de inspectie zullen de follow-up rapporten van deze werkeenheden te vinden zijn met daarin de actuele stand van de risicoscores.*

<i>naam werkeenheden</i>	<i>zelfbepaling en medezeggenschap</i>	<i>individuele planning en ondersteuning</i>	<i>individuele planning dagbesteding</i>	<i>deskundigheid personeel</i>	<i>diagnostiek en signalering</i>	<i>veiligheid</i>	<i>continuïteit van zorg</i>	<i>vrijheidsbeperkende maatregelen</i>
Bartimeus Cluster Nieuwe Heuvelrug	3	3	2	3	2	3	2	2
Bartimeus Cluster zorg- en begeleidingsintensief wonen	1	3	1	2	1	2	2	2
Bartimeus Ermelo 2	2	3	1	2	3	2	1	1
Bartimeus Zeist	3	2	3	1	2	2	3	1
VisioSensisDeBrink, De Brink,	2	2	1	2	1	2	2	2
VisioSensisDe Brink, Sensis De Blauwe Kamer	1	3	1	2	1	3	2	3
VisioSensisDeBrink, Sensis, locatie Grave	1	3	1	2	1	2	1	
VisioSensisDeBrinkVisio, Noord-Nederland	2	1	1	2	1	2	1	2
Robert Coppes Stichting	1	2	1	2	2	1	2	
Stichting Odion, locatie Ismailiastraat en Sonnevank	1	1	1	1	1	1	1	1
Stichting Philadelphia Zorg, regio Haaglanden, Hagehorst, Lienhorst	3	3	1	2	3	2	3	1
De Noorderbrug, locatie Groningen	2	2	2	1	2	1	2	1
KEG Viataal Groep, KEG regio noord	2	3	1	3	2	2	2	4
KEG ViataalGroep, KEG regio randstad Zuid	1	3	2	3	2	3	3	3
KEG viataal Groep, Sint Marie	2	3	3	3	3	2	4	1
Keg Viataal Groep, Viataal regio Zuidwest Volwassenen	1	1	1	1	1	2	2	3

### Legenda

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