



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Conceptrapport van het inspectiebezoek
aan Fundashon Kuido Pa Personanan
Desabilita
op 30 september 2021

Utrecht, oktober 2021

V2033904

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Beschrijving FKPD 4
1.3	Overzicht van de resultaten 5
1.4	Wat gaat goed 5
1.5	Wat kan beter 6
1.6	Wat moet beter 6
1.7	Eindconclusie bezoek 6
2	Wat zijn de vervolgacties 8
2.1	De vervolgactie die de inspectie van FKPD verwacht 8
2.2	Vervolgacties van de inspectie 8
3	Resultaten 9
3.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
3.2	Thema Deskundige zorgverlener 10
3.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 13
3.4	Thema Medicatieveiligheid 15
Bijlage 1:	Methode 17
Bijlage 2:	Wettelijk kader en richtlijnen 18
Bijlage 3:	Overzicht documenten zorgaanbieder 19
Bijlage 4:	Toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) bracht op 30 september 2021 een aangekondigd bezoek aan Fundashon Kuido Pa Personanan Desabilita (hierna: FKPD) te Bonaire.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. De inspectie gebruikt hiervoor een toetsingskader. Dit toetsingskader staat op de website van de inspectie ([toetsingskader](#)).

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen onder meer de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

De begrippen die de inspectie gebruikt in dit rapport, zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

1.1 Aanleiding bezoek

Naar aanleiding van de gesprekken die hebben plaatsgevonden in de afgelopen maanden tussen FKPD en de inspectie en zoals reeds aangekondigd in mei 2021 tijdens de kennismaking bezoekt de inspectie FKPD om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving.

1.2 Beschrijving FKPD

FKPD bestaat 42 jaar en heeft verschillende locaties. De GVT-hoofdlocatie (gezinsvervangend tehuis), een activiteitscentrum, een dagbesteding en twee locaties voor woongroepbegeleiding waar zelfstandigheidstrainingen worden gegeven. FKPD heeft ongeveer 80 cliënten, waarvan ongeveer 15 tot 20 kinderen van 0 tot 18 jaar.

De doelgroepen van FKPD zijn:

- cliënten met een lichamelijke beperking;
- cliënten met een verstandelijke beperking;
- cliënten met een bijkomende psychiatrische aandoening;
- cliënten met een bijkomende psychogeriatrische aandoening of beperking;
- cliënten met een bijkomende somatische aandoening of beperking;
- cliënten met een bijkomende zintuigelijke handicap of communicatieve stoornis.

Governance

De dagelijkse leiding op de verschillende locaties is op papier vastgesteld in een organogram. FKDP kent een éénhoofdig bestuur. Bij FKDP zijn twee unitleiders werkzaam (wonen en dagbesteding waarvan voor dagbesteding een vacature is). Onder de unitleiders werken meewerkend coördinatoren. De raad van toezicht kent momenteel vijf leden. Naar aanleiding van inzage in documentatie en vanuit de gesprekken werd duidelijk dat de Governancecode Zorg¹ binnen het FKPD niet in zijn geheel wordt

1 [Governancecode Zorg - Governance Zorg](#)

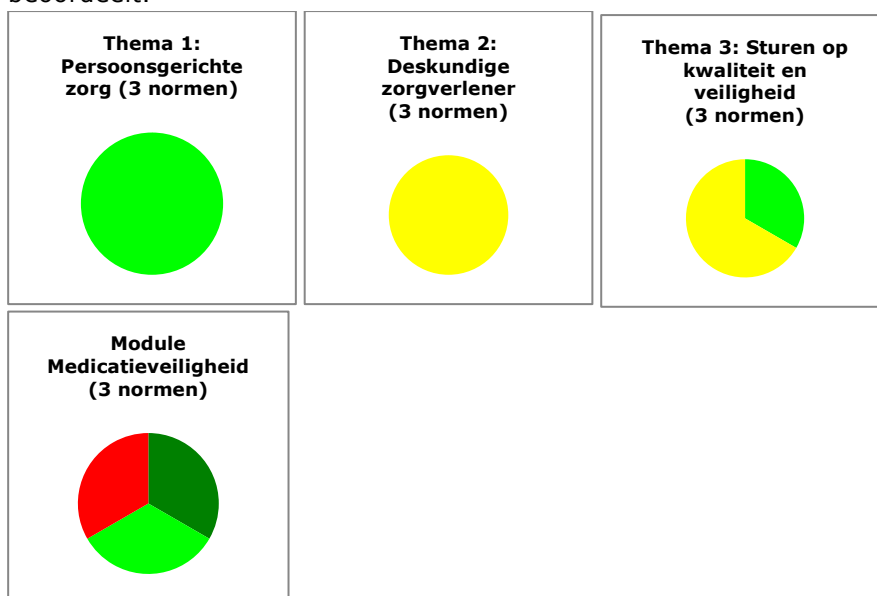
toegepast. Bijvoorbeeld ten aanzien van de uitvoering van de zittingstermijnen van de raad van toezicht, zoals vermeld in de statuten van de FKPD.

Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over FKPD. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

1.3 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie locatie FKPD beoordeelt.



Oordeel	Thema 1	Thema 2	Thema 3	Thema 4
voldoet	0	0	0	1
voldoet grotendeels	3	0	1	1
voldoet grotendeels niet	0	3	2	0
voldoet niet	0	0	0	1
niet getoetst	0	0	0	0

1.4 Wat gaat goed

- De zorgverleners kennen de cliënten goed en ondersteunen hen waar nodig. De bewoners die met de inspectie hebben gesproken, geven aan dat leuke activiteiten worden georganiseerd en dat men ruimte ervaart voor eigen inbreng.
- Zorgprofessionals geven aan dat het steeds gemakkelijker wordt om casuïstiek bespreekbaar te maken en het gevoel van een veilige cultuur is groeiende.
- Na wisselingen van de directeur wordt de laatste paar maanden gebouwd aan een organisatie die volgens de gesprekspartners ruimte biedt voor het doorvoeren van verbeteringen. Ondanks dat nog sprake is van veel uitdagingen, zijn de meeste medewerkers gemotiveerd en enthousiast.

- Zorgverleners geven niet alleen aan waar ze trots op zijn, maar ook wat verbeterd kan worden.
- Voor de diverse functies zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op papier uitgewerkt. Tevens zijn protocollen voor de meeste processen de laatste maanden geüpdatet en beschreven. Daarnaast is een format ontwikkeld voor de opbouw van het patiëntendossier.

1.5 Wat kan beter

FKPD is op dit moment bezig met een professionaliseringsslag. Hierdoor is de verwachting dat kwaliteitsverbeteringen worden doorgevoerd.

Zorgverleners zijn zich bewust van het belang om verbeterlagen met elkaar te maken. Desondanks vinden structurele teamoverleggen nog niet plaats. Ook wordt weinig initiatief genomen om individuele casuïstiek binnen het team te bespreken.

Het melden van incidenten kan beter. Dit wordt nog door een te kleine groep binnen de organisatie gedaan. Hierdoor kunnen ontwikkelingen (bij de cliënten) gemist worden.

1.6 Wat moet beter

- Soms kan het nodig zijn om, buiten overdrachten of teambesprekingen, contact te hebben met collega's over cliënten of bewoners. Het gebruik van WhatsApp is hiervoor geen veilig middel. Patiëntinformatie moet op een veiligere manier met elkaar worden gedeeld.
- Tijdens de rondgang over de groepen werd duidelijk dat bij één bewoner gedwongen separatie toegepast werd. Tijdens het bezoek is voor de inspectie niet duidelijk geworden welke (on-)mogelijkheden daarvoor zijn bij FKPD. Zorg voor duidelijke protocollen over gedwongen separatie en organiseer scholing omtrent dit onderwerp zodat de zorg aansluit bij de richtlijnen en wetgeving.
- De cliënten zijn voor hun medicatie afhankelijk van de zorgverleners. Daarom is het van belang dat de medicatie goed bewaard wordt en dat de medicatie op de juiste manier wordt gegeven en afgetekend. De medicatieveiligheid moet in lijn worden gebracht met de Handreiking medicatiebeleid (VGN 2019). De inspectie heeft dit onderdeel met de kwaliteitsfunctionaris besproken.

1.7 Eindconclusie bezoek

De inspectie concludeert dat de geboden zorg bij FKPD voor de helft van de door de inspectie getoetste normen (grotendeels) voldoet. Op de zes normen is extra inspanning nodig.

Uit het bezoek van de inspectie blijkt dat FKPD van ver komt. Niet alleen moet het kwaliteitssysteem een professionaliseringsslag maken, ook moet nauwlettend worden gekeken naar de taken, de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden van de medewerkers. Belangrijk hierbij is om als organisatie ervoor zorg te dragen dat medewerkers aangesloten blijven en dat regelmatig wordt geëvalueerd. Personeelstekorten zijn een uitdaging, evenals het zorg op maat geven aan de cliënten en de bewoners. Teambesprekingen zijn nog weinig aanwezig. Het multidisciplinair overleg heeft nu overigens wel onderwerpen op de agenda staan die kwaliteitsbevorderend werken. De individuele zorgmedewerkers voelen zich grotendeels gehoord en kunnen bouwen aan een teamgevoel. Bewoners geven aan dat ze het fijn hebben. Wanneer ze iets willen, wordt meestal naar hen geluisterd. FKPD moet werken aan een aantal punten om de veiligheid van de zorg nog verder te verbeteren. Hierbij is te denken aan bijvoorbeeld het verder ontwikkelen van het kwaliteitssysteem zodat sturingsinformatie kan worden gegenereerd. Dit is niet

altijd gemakkelijk omdat de dagelijkse intensieve zorg veel aandacht vraagt. FKPD probeert nu door samenstelling van een kwaliteitsteam samen met de kwaliteitsfunctionaris issues op papier te zetten, te implementeren en te borgen. Zorgverleners geven aan hieraan mee te willen werken. Dit geeft de inspectie op dit moment voldoende vertrouwen dat FKPD de huidige tekortkomingen in de zorg gaat verbeteren.

2 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van FKPD verwacht en binnen welke termijn. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

2.1 **De vervolgactie die de inspectie van FKPD verwacht**

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

FKPD voldoet (grotendeels) aan zes van de twaalf door de inspectie getoetste normen. Op zes normen is een extra inspanning nodig.

2.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De terugkoppeling van het bezoek werd gegeven aan de directeur in aanwezigheid van de kwaliteitsmedewerker. De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij FKPD en heeft de indruk dat de gesprekken op transparante wijze hebben plaatsgevonden. Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Afgesproken wordt dat via Webex op structurele wijze contact wordt gehouden. Op een later moment zal FKPD opnieuw een inspectiebezoek krijgen om de voortgang te toetsen op de beschreven onderwerpen. Half december 2021 volgt een voortgangsgesprek tussen de inspectie en de bestuurder van FKPD.

Maatregelen

- Maak een SMART geformuleerd plan van aanpak ten aanzien van onderwerpen die niet of grotendeels niet aan de normen voldoen en voer dit uit. Tijdens de voortgangsgesprekken met de inspectie zal het plan van aanpak onderdeel uitmaken van de gesprekspunten.
- Integreer een auditjaarplan in het plan van aanpak en voer minimaal twee audits uit op basis van een risico-inventarisatie.

3 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de normen, het oordeel en de bevindingen.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis:

Donker groen	De locatie/afdeling voldoet aan de norm . De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
Licht groen	De locatie/afdeling voldoet grotendeels aan de norm . De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
Geel	De locatie/afdeling voldoet grotendeels niet aan de norm . De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
Rood	De locatie/afdeling voldoet niet aan de norm . De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

3.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

Resultaten

Norm 1

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn/haar wensen en zijn/haar behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels** aan deze norm.

In elke huis van FKPD is een huisinstructie aanwezig. Hierin staat wat de individuele benadering voor basiszorg voor de cliënten is. Als voorbeeld wordt genoemd dat iemand wil douchen zonder slippers. Medewerkers zijn betrokken, ze komen ook in hun vrije tijd om te helpen bij bijvoorbeeld het zwemmen, de bingo of feestjes. De inspectie heeft in de observaties gezien dat er liefdevolle zorg wordt gegeven, bijvoorbeeld hurkend naast iemand de moeite nemen om duidelijk te krijgen wat bedoeld wordt.

In november 2021 komt een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG-arts) om de eerste groep cliënten te onderzoeken welke geselecteerd zijn tijdens het MDO. Men verwacht dat dit een enorme voortuitgang gaat geven in de kwaliteit van zorg. De AVG-arts komt voor het eerst naar FKPD. AVG-artsen zijn schaars. De medische zorg wordt door de huisarts uitgevoerd, maar de specifieke verstandelijk beperkte diagnoses nu door AVG-arts. De kwaliteitsbevordering ligt in de samenwerking tussen AVG-arts, de huisarts en de MDO-discipline.

Norm 2

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over hun leven en hun welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels** aan deze norm.

Bewoners mogen hun wensen aangeven, daar wordt rekening mee gehouden. Ze krijgen zakgeld (daar mogen ze van kopen wat ze willen) en ze hebben een koelkast. Op de groep zijn vaste eetmomenten, maar bewoners kunnen aangeven indien ze wat extra willen.

De inspectie ziet in de dossiers staan welke activiteiten de cliënt leuk vindt om te doen. Ook staat hier beschreven wat de cliënt in de begeleiding prettig vindt en waarbij hij geholpen moet worden. De cliënten hebben allemaal een eigen mentor. De norm scoort deze score, omdat mogelijk nog meer aansluiting gevonden kan worden bij de belevingswereld en behoeften na consultatie van de AVG-arts en bespreking in het MDO.

Voor de rechtspositie van de cliënten is nog niks vastgelegd in een beleid. In het gesprek, welke de inspectie met de bewoners heeft gehad, wordt wel aangegeven dat men mag zeggen wat men wel of niet wilt. Afhankelijk van vraag wordt het al dan niet toegekend.

Norm 3

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zorgverleners behandelen hen met respect.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels** aan deze norm.

Op de vraag aan de bewoners waar ze trots op waren, werd aangegeven dat ze werken, gewaardeerd worden, complimenten krijgen en dat ze graag goed willen doen. Wel hangt het af van de begeleider hoeveel aandacht je krijgt.

Bewoners gaven in het gesprek aan dat goed voor hen wordt gezorgd en dat het gezellig is. Ze kunnen aan sport doen en hebben vaste taken. Kaarsen maken, in de tuin werken en mooie souvenirjes maken om te verkopen aan de toeristen. Bijna elke vrijdag worden activiteiten gepland. Regelmatig gaat men met elkaar naar het strand en wordt samen gezwommen in de zee. In november 2021 komen nieuwe meubels voor de bewoners om het leefklimaat en het zitcomfort te bevorderen. De directeur geeft aan dat de huidige meubels niet voldoende ruimte bieden voor alle bewoners. De nieuwe meubels moeten het leefklimaat en het zitcomfort bevorderen.

Wel wordt door medewerkers aangegeven dat collega's soms grensoverschrijdend gedrag vertonen. Dit uit zich door verbaal geweld tegen bewoners of het stevig vastpakken van een cliënt. Aangegeven wordt dat dit cultureel bepaald is; kinderen worden thuis ook met regelmaat streng aangepakt. Aangezien dit aspect wel aandacht verdient, voldoet FKPD niet volledig aan de norm.

3.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. De zorgaanbieder schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

Resultaten

Norm 4

Zorgverleners maken een professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning. Zij doen dit op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels niet** aan de norm.

Doordat een groot deel van de bewoners nog niet getest is en het dus niet geheel duidelijk is wat wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen zijn van de cliënten scoort deze norm geel. Tijdens overdrachten overleggen zorgprofessionals wel met elkaar maar structurele teamoverleggen waarbij individuele cliënten besproken worden zijn niet aanwezig. Volgens de medewerkers komt dit deels door de Covid-pandemie maar ook door gebrek aan initiatief van de zorgprofessionals. Een MDO-richtlijn waar de betrokkenheid van mentoren, familie en cliënten van toepassing is, is ontwikkeld. Door de extern deskundigen wordt aangegeven dat met de komst van meer gekwalificeerd personeel meer begrip en uitvoering komt van adviezen. Vertrouwen is daarbij belangrijk. Hoe meer vertrouwen men heeft in experts, hoe meer vragen worden gesteld. Volgens gesproken medewerkers zit elkaar aanspreken niet in de cultuur van het eiland. Doordat nu meer waardering is vanuit de top is het vertrouwen van individuele medewerkers toegenomen, aldus geïnterviewden. Het MDO-team komt maandelijks bij elkaar, dit was eerder ook zo maar dan meer op het niveau van cliëntbespreking. Nu wordt het MDO-team ook betrokken bij het ontwikkelen van de plannen wat naar zeggen nieuwe energie geeft. Het MDO en de cliëntbesprekingen zijn aparte overleggen. Bij de cliëntbesprekingen kunnen ook ouders en/of ketenpartners aansluiten. Iedere cliënt wordt nu periodiek besproken.

Gedwongen separatie komt wel voor bij één bewoner. Hiertoe is een plan opgesteld in samenspraak met de psychiater en de orthopedagoog. De bewoner krijgt één-op-één-begeleiding wat tot goede resultaten lijkt te leiden. Na separatie wordt het team geïnformeerd, voornamelijk via WhatsApp. Van een echte evaluatie kan niet gesproken worden. Eén van de geïnterviewden gaf in een eerder gesprek aan dat gedwongen separaties niet werden toegepast, dit bleek op de groep later wel het geval te zijn.

Norm 5

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels niet** aan deze norm.

Het FKPD is op dit moment drukdoende om de inhoud van de dossiers vorm te geven. Hiervoor zijn formats gemaakt zodat alle dossiers op dezelfde wijze ingericht worden.

Uit het dossieronderzoek blijkt dat nog veel inhoud mist en uit de dossiers blijkt dat er niet doelgericht gewerkt wordt. Iedere mentor houdt nu zelf een (papieren) dossier bij. Hierdoor kan de inhoud van de dossiers sterk verschillen. De wens is om in de toekomst digitaal te gaan werken. De dagrapportages worden nu al wel in Microsoft Word verwerkt. De cliëntendossiers worden elke drie maanden bijgewerkt. De mentoren gaan in de nabije toekomst ook deelnemen aan het multidisciplinaire overleg. De inspectie heeft vier dossiers ingezien. De inspectie heeft gekeken naar de aanwezigheid van een zorg-/ondersteuningsplan en of het dossier compleet was. Hierbij werden verschillen in opbouw en compleetheid gezien. De inspectie heeft mooie voorbeelden gezien met recente informatie over bijvoorbeeld karakter, medicijnen, verzorging, mobiliteit, voeding en bijvoorbeeld afspraken over bezoek. Ook werden verslagen over afstemmingsoverleggen en/of gesprekken met familie ingezien. Verslagen in het Papiaments konden door de inspectie niet gelezen worden. Daarnaast zijn ook dossiers die (nog) niet compleet zijn aanwezig, waarbij bijvoorbeeld geen zorgplan of diagnostiek of evaluaties zijn opgenomen. Ook werd in enkele dossiers verouderde informatie aangetroffen of informatie zonder datum.

Norm 6

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels niet** aan deze norm.

De directeur geeft aan dat bekwaamheid van personeel nog niet voor alle medewerkers is vastgesteld of vastgelegd. Medewerkers zonder geldige diploma's zijn werkzaam en de deskundigheid is nog niet overal in de organisatie op orde, aldus de directeur. Dit is de hoofdreden waarom deze norm zo scoort. Ook bestaat de mogelijkheid dat de actuele zorgvragen nog onvoldoende in beeld zijn. Recent zijn volgens de bestuurder wel goed geschoolde mensen aangenomen (doorgegroeid en nieuw aangenomen). De organisatie heeft de wens om meer goede opgeleide mensen aan te nemen. De taak en functieomschrijvingen zijn beschreven in een functieboek. De implementatie van een inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers bestaat sinds augustus 2021. Een scholingsplan is aanwezig. Het is een bewuste keuze van de bestuurder om op dit moment niet alle vacatures in te vullen omdat nog keuzes gemaakt moeten worden op operationeel, tactisch en strategisch niveau. De bestuurder heeft de afgelopen periode veel veranderingen doorgevoerd. Dit wordt door alle geïnterviewden als een positieve ontwikkeling gezien. Tegelijkertijd wordt ook meer verantwoordelijkheid en initiatief van medewerkers gevraagd waarbij de uitdaging is om iedereen mee te krijgen om veranderingen blijvend vorm te kunnen geven. Bij aanname van nieuwe medewerkers wordt gecontroleerd op deskundigheid en bekwaamheid. De screening vooraf middels een Verklaring Omtrent Gedrag wordt met de werving en de selectie meegenomen. Met de academie van Fundashon Mariadal wordt samengewerkt voor een traject basiszorg op maat (hier nemen elf medewerkers van FKPD aan deel). De medewerkers wordt mogelijkheid tot scholing geboden, zo heeft recent iemand een scholing over Alzheimer gevolgd bij de FM-academie. Scholingen worden bijvoorbeeld ook door de orthopedagoog gegeven (hoe om te gaan met gedragsproblemen en seksualiteit). De logopedist en de maatschappelijk werker geven aan in de gelegenheid te worden gesteld om leermaterialen aan te vragen. De maatschappelijk werker is verantwoordelijk voor de opnameprocedure, daarna is haar rol beperkt. De logopedist is voornamelijk aanwezig voor uitleg en coaching over de communicatie met cliënten en sliksproblemen in relatie tot hun stoornis en is minder individueel cliënt gericht. De mentor (zorgprofessional van FKPD) van een cliënt is verantwoordelijk voor de

compleetheid van het dossier, daarnaast zijn de taken van een mentor voor het zorgen van persoonlijke artikelen, de doktersvisite en het contact met de familie. Geïnterviewden gaven aan dat sinds de komst van de nieuwe directeur FKPD meer op samenwerking is gericht. Intern komt ook meer samenwerking binnen het multidisciplinaire team (logopedist, maatschappelijk werker, orthopedagoog, ergotherapeut, fysiotherapeut en straks ook een AVG-arts) tot stand. Hierbij moet aangemerkt worden dat de leden van het MDO-team geen FKPD-medewerkers zijn, maar extern ingehuurd zijn. In de nabije toekomst worden de mentoren van de cliënten ook betrokken bij de MDO's. Een samenwerking met Mental Health Caribbean voor intervisie en behandelplannen van bewoners met een specifieke hulpvraag is aanwezig. Met Expertisecenter Onderwijs Zorg Bonaire is een samenwerking ten aanzien van aanmelding van cliënten en ondersteuning met screening. Met Zorg en Jeugd Caribisch Nederland bestaat een samenwerking voor de bespreking van kinderen die een ondertoezichtstelling hebben en bij nieuwe aanmeldingen van kinderen. Met Zorg en Welzijn Groep vindt sinds kort structureel overleg plaats over gezamenlijke bereiding van maaltijden. Door de diverse samenwerkingen wordt steeds meer gekeken naar het netwerk rond de cliënt.

3.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze goed houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

Resultaten

Norm 7

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels** aan deze norm.

Tijdens de rondgang in de diverse ruimtes trof de inspectie schone en overzichtelijke ruimtes aan. De verschillende huisjes en het terrein zien er goed verzorgd uit. De cliënten zien er verzorgd uit en dragen schone kleding. Het terrein is afgeschermd middels hekken en voldoende personeel is aanwezig op de groepen. Voor twee bewoners zijn aparte woningen gebouwd. Hierdoor is een reductie van agressiemomenten en tijdelijke plaatsingen op Curaçao meetbaar. FKPD voldoet nog niet volledig aan de norm omdat cliënten nog niet geheel getest zijn.

Norm 8

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels niet** aan deze norm.

FKPD beschikt niet over een volledig geïmplementeerd kwaliteitssysteem. De bestuurder geeft aan dat hier wel al het een en ander aan wordt gedaan, maar dit moet meer vorm en structuur gaan krijgen. De grootste risico's zijn in kaart gebracht. Momenteel wordt nog niet gestuurd op kwaliteit en veiligheid van zorg middels KPI's. Rondom de directeur is nu een team van geformeerd (vijf mensen, inclusief de directeur en de kwaliteitsmedewerker) ten behoeve van het gezamenlijk bespreken en uitwerken van kwaliteitsverbeteringen. Sinds 1 september 2021 kent FKPD een kwaliteitsmedewerker.

De focus van de kwaliteitsmedewerker op dit moment is de basiszorg, de rapportages, de dossiervoering en de medicijnkamer, waarbij afspraken vastgelegd en geïmplementeerd worden. FKPD is sinds kort met een pilot van een audit gestart (medicatie ruimte). Hiervoor is een plan van aanpak beschreven.

Drie zorgprofessionals zijn verantwoordelijk gemaakt voor het uitwerken en het implementeren van de protocollen. De protocollenmap is ingezien door de inspectie. De zorgprofessionals gaven aan dat het nu de uitdaging is om deze protocollen, middels scholing, learning on the job en teach the teacher te borgen. Protocollen zijn onderverdeeld in vier groepen:

- Protocollen verzorging (onder andere aan- en uitkleden/bijzondere mondverzorging/handen wassen/nat scheren).
- Protocollen calamiteiten en incidenten (onder andere handelen bij een vergiftiging/omgaan met agressie/seksueel misbruik bij cliënten met een verstandelijke beperking/melding incidenten cliënten).
- Protocollen maatregelen en middelen (onder andere gebruik fixatiemiddelen/fixatie/ongewild toedienen van vocht en/of voedsel).
- Protocollen algemeen (hygiëne algemeen/zwemmen/cliëntenvervoer).

Medewerkers geven aan dat het niet altijd duidelijk is wie welke verantwoordelijkheid heeft. Wel is duidelijk aan wie men moet rapporteren. Met de komst van de nieuwe directeur vindt momenteel een reorganisatie plaats, waarbij gekeken wordt naar de communicatielijnen en de juiste implementatie van de functieomschrijvingen. Een format is ontwikkeld voor de structurele overlegmomenten. FKPD kent zes dimensies van overleggen: managementoverleggen (tussen raad van toezicht en directie en tussen zorgmanager en directie), unitoverleggen (tussen zorgmanager-unitleider-meewerkend coördinatoren), teamoverleggen (van de diverse locaties Pasadia/DVO, WT, ATV en GVT), zorgoverleggen (huisartsensite, cliëntenbespreking, MDO), overleggen projectgroepen (zoals protocollen, uniformen, medicatie en dergelijke) en bilaterale overleggen (functionerings- en beoordelingsgesprekken). Functioneringsgesprekken hebben plaatsgevonden, maar niet conform een HR-cyclus.

Norm 9

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels niet** aan deze norm.

FKPD beschikt niet over een gestructureerd systeem van calamiteitenmelden. Een beschreven procedure met betrekking tot het melden van calamiteiten is niet aanwezig. FKPD beschikt wel over een MIP-systeem voor het melden van incidenten. Over het veilig melden van incidenten wordt door geïnterviewden aangegeven dat de meldcultuur en de werksfeer veiliger kan en moet worden. Medewerkers geven daarnaast aan weinig feedback te krijgen na een MIP-melding. Incidenten/klachten/meldingen worden niet structureel onderzocht en niet gebruikt om de zorg te verbeteren. De directeur geeft aan dat de aanpak en verdere uitwerking naar aanleiding van incidenten volgens een gestructureerde systematiek moet gaan plaatsvinden. Medewerkers weten dat ze bij een onveilige situatie moeten melden. Wel wordt cliënt- en teaminformatie, ten behoeve van informeren maar ook om te overleggen, gedeeld via WhatsApp. Door de directeur wordt aangegeven dat daar een andere en veiligere route voor moet worden gecreëerd. Recent zijn interne scholingen, onder meer over rapporteren volgens SOAP, feedback geven, omgaan met Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag, gegeven. Het onderwerp

seksualiteit is gevoelig, seksuele voorlichting vindt niet plaats. Begeleiders van het FKPD geven aan het lastig te vinden om over seksualiteit te praten en weten niet hoe ze daar mee om moeten gaan.

3.4 Thema Medicatieveiligheid

Voor een goede medicatieveiligheid moet een zorgaanbieder een geneesmiddelendistributiebeleid hebben geborgd. De zorgaanbieder heeft daarmee duidelijke afspraken over verstrekken en bewaren van medicatie. De inspectie kijkt bij haar onderzoek of zorgverleners medicatie verstrekken aan de hand van actuele medicatieoverzichten. Ook kijkt de inspectie of zorgverleners na het verstrekken van de medicatie, aftekenen op lijsten die de apotheek aanlevert.

Resultaten

Norm 10

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatie overzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD grotendeels** aan deze norm.

De dossiers die zijn ingezien door de inspectie bevatten allen een actueel medicatieoverzicht vanuit de apotheek. Op het overzicht staat geen datum; de actualiteit moet worden herleid naar aanleiding van laatste einddatum van het medicijn.

Norm 11

Veilig klaarmaken en toedienen van medicatie. De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD** aan deze norm.

De toe te dienen medicatie wordt samen met een apothekersassistente uitgezet. Een overzichtelijke aftekenlijst, waarbij de dubbelcheck zichtbaar naar voren komt, is aanwezig. Dit gebeurt in een airco gekoelde rustige ruimte die een schone en overzichtelijke indruk maakte tijdens het inspectiebezoek. De medicatie wordt bewaard in een afgesloten kast; de uitgezette medicatie in een medicatiekar die afgesloten is. Een medicatiekoelkast welke voldoet aan de DIN-norm is aanwezig. De verpleegkundige, de Sociaal Pedagogisch Werkers niveau drie en vier en de ziekenverzorgers mogen medicatie uitzetten. Bij het rondbrengen van de medicatie over de verschillende huizen wordt een geel hesje door de medewerker gedragen zodat het duidelijk is dat die persoon niet gestoord kan worden. De medicatiekar is nieuw; voorheen liep men rond met bakken die zwaar en onhandig te dragen waren. Het lopen met de kar wordt nog wel als zwaar ervaren omdat het terrein onregelmatig is met veel steentjes.

Norm 12

De zorgaanbieder registreert de (werk) voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid hiervan.

Volgens de inspectie **voldoet FKPD niet** aan de norm.

In september 2021 heeft een audit van de medicijnenkamer plaatsgevonden. De inspectie heeft de resultaten van deze audit ingezien, evenals het verbeterplan over de constatering. De uitkomst van de audit is breed gedeeld. Men heeft hard gewerkt om

de verbetermaatregelen uit de audit te borgen. Een aantal punten viel nog wel op tijdens het bezoek aan de medicatieruimte. Bij sommige medicamenten mistte een datum van openen (Nizoral, Bisolvon, oogdruppels in koelkast en vitamine C). Er stonden dozen op de (medicatie-) kast die administratie bevatten en de naaldencontainer was overvol. Er is geen medicatie aangetroffen die over de datum was. FKPD maakt gebruik van het first in, last out-systeem.

Bijlage 1: Methode

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft volgens de geldende wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Koraalgeboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen.

Tijdens het bezoek aan FKPD heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- gesprek met de bestuurder
- gesprek met begeleiders;
- gesprek met zorgprofessionals (mentor);
- gesprek met de MDO-disciplines;
- gesprek met de staf (unitleider);
- gesprek met meewerkend coördinator;
- gesprekken met bewoners;
- documenten genoemd in bijlage 2;
- inzage in vier patiëntendossiers.

Bijlage 2: Wettelijk kader en richtlijnen

De inspectie heeft haar toetsing onder meer gebaseerd op de volgende wetten en richtlijnen:

- Wet zorginstellingen BES (Wz BES)
- Wet op de geneesmiddelenvoorziening BES (WOG BES)
- Opiumwet 1960 BES
- Besluit Geneeskunde BES
- Besluit uitoefenen medisch beroep BES
- Governancecode Zorg, 2017
- De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO BES)
- IGJ Kader 'Toezicht op goed bestuur' (2020)
- KNMG Richtlijn "Omgaan met incidenten, fouten en" (2007)
- WIP-richtlijn ziekenhuis 'persoonlijke hygiëne medewerker' (2014)
- En onderliggende wetten en richtlijnen ten behoeve van het 'Toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben van de IGJ' (2018)

Voor zover het richtlijnen/beroepsnormen betreft die door een beroepsvereniging in Europees Nederland zijn vastgesteld, geldt dat de inspectie in toenemende mate ervan uitgaat dat zowel zorgaanbieders als individuele beroepsbeoefenaren deze in de praktijk toepassen. Wel geldt dat de inspectie rekening houdt met de specifieke omstandigheden en ontwikkelingen in Caribisch Nederland en geldt het principe: 'pas toe of leg uit'. Voor BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren geldt het beginsel dat zij, bij het ontbreken van een vastgestelde Caribisch-Nederlandse veldnorm, aan de Europees Nederlandse veldnorm dienen te voldoen.

Bijlage 3: Overzicht documenten zorgaanbieder

- Kwaliteitsrapportage 2019 (november 2020)
- BHV-plan voor FKPD op terrein GVT (2020)
- ATV arbeidstraining- en vormingscentrumplan (september 2020)
- Groepsplan ATV
- MDO FKPD-richtlijnen voor het MDO (september 2021)
- Project vriendschap, relatie en seksualiteit
- Collectieve arbeidsovereenkomst 2018-2020
- Organogram
- Intern audit rapport 15 juli 2021. Audit van de medicijnenkamer bij GVT
- Klachtenregeling juli 2019
- Beleidsplan 2021-2025 (juli 2021)
- Doelenmatrix beleidsplan 2021-2025 (27 september 2021)
- Statuut 27 september 2002
- Naar een toekomstbestendige organisatie van dagbesteding en beschut werken op Bonaire (30 april 2021)
- Bouwproject (20 november 2020)
- Taakomschrijving kwaliteitsfunctionaris
- FKPD-functie: financieel administratief medewerker
- FKPD-functie: secretarieel medewerker
- FKPD-functie: zorgmanager
- FKPD-functie: unitleider GVT
- Competentieprofiel unitleider
- FKPD-functie: begeleider niveau 4 GVT
- Competentieprofiel begeleider niveau 4
- FKPD-functie: begeleider niveau 2 GVT
- FKPD-functie: begeleider niveau 3 GVT
- Competentieprofiel begeleider niveau 2
- Competentieprofiel begeleider niveau 3
- FKPD-functie: begeleider niveau 2 dagbesteding
- FKPD-functie: zorghulp GVT
- FKPD-functie: meewerkend coördinator Pasadia
- FKPD-functie: begeleider niveau 3 dagbesteding
- FKPD-functie: begeleider niveau 4 dagbesteding
- FKPD-functie: meewerkend coördinator ATV
- FKPD-functie: huishoudelijk medewerker
- FKPD-functie: chauffeur/bode
- Competentieprofiel chauffeur
- FKPD-functie: tuinman
- Competentieprofiel tuinman
- Inwerkplan
- Overlegstructuur binnen het FKPD (september 2021)

Bijlage 4: Toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben

Utrecht, oktober 2018

'Toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurig zorg nodig hebben'

1. Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de naleving van een groot aantal wettelijke- en veldnormen. Om transparant te zijn over *wat* de inspectie toetst, maakt de inspectie toetsingskaders voor onderdelen van de gezondheidszorg. Een toetsingskader bestaat uit een aantal normen² en daarbij horende toetsingscriteria³. Die zijn gebaseerd op wet- en regelgeving, en zogeheten 'veldnormen' die beroepsorganisaties van zorgverleners hebben opgesteld. Hier toetst de inspectie op.

De wettelijke en veldnormen in dit toetsingskader zijn het uitgangspunt voor het toetsen van zorgaanbieders die zorg leveren aan mensen die langdurig zorg nodig hebben. De inspectie gebruikt dit toetsingskader met ingang van maart 2017. Het toetsingskader heeft een aantal onderwerpen ('thema's'). Inspecteurs beoordelen deze onderwerpen altijd tijdens een onderzoek. Of ze ook andere onderdelen van de zorg beoordelen, is afhankelijk van de situatie. Als er aanleiding voor is, neemt de inspectie ook die andere wettelijke en veldnormen mee in haar toezicht.

Per thema is een aantal normen beschreven. Deze gaan over de belangrijkste risico's. Bij de selectie van de normen is verder gekeken naar normen die de betrokken beroepsgroepen, brancheorganisatie(s) en cliënt vertegenwoordigers belangrijk vinden. De normen en toetsingscriteria zijn gebaseerd op wet- en regelgeving en veldnormen die in de kwaliteitskaders gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg zijn beschreven ter invulling van de - veelal open - wettelijke normen. Omdat zowel veldnormen als wet- en regelgeving voortdurend in ontwikkeling zijn, zal het toetsingskader worden aangepast wanneer er relevante wijzigingen zijn.

Uitgangspunten voor dit toetsingskader zijn of de zorg van voldoende kwaliteit én persoonsgericht is. De drie thema's van het toetsingskader zijn daarom:

- persoonsgerichte zorg
- deskundigheid van medewerkers
- hoe zorgen leidinggevenden ervoor dat medewerkers goede en veilige zorg kunnen leveren

De inspectie heeft het toetsingskader met de zorgaanbieders en brancheorganisaties afgestemd.

Met het openbaar maken van dit toetsingskader wil de inspectie bijdragen aan:

- transparantie over haar werkwijze,
- het stimuleren van goede zorg en minder presterende zorgaanbieders aansporen tot verbeteringen.
- het informeren van zorgaanbieders, patiënten, cliënten, burgers en zorgverzekeraars over de uitkomsten van haar toezicht.

² Erkende afspraken, specificaties of criteria over een product, een dienst of een methode (bron: Thesaurus Zorg en Welzijn).

³ De operationalisatie van een norm die wordt gebruikt om te toetsen of deze norm wordt nageleefd.

2. Toetsingskader

Thema Persoonsgerichte Zorg		
<p>Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij⁴ zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.</p>		
Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>1.1 Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Wlz artikel 8.1.1⁵ - Wlz besluit, artikel 6.1.1 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt hoe de zorgaanbieder de cliënt betreft bij de manier waarop de zorg wordt gegeven. Bijvoorbeeld door te kijken of de afspraken sámen met de cliënt en zijn vertegenwoordigers worden gemaakt. Mag een cliënt of zijn vertegenwoordiger bij een overleg aanwezig zijn waar de zorg van de cliënt wordt besproken? Hoe gaan de zorgverleners om met de wensen die de cliënt heeft?</p>

⁴ Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

⁵ Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Dit geldt voor het hele document. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

<p>1.2 Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Wkkgz artikel 2, lid 2, artikel 3 jo 6- WLZ artikel 3.2.1 en 8.1.1 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013)- Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de cliënt écht kennen. Kennen ze zijn levensgeschiedenis en zijn gedrag? Weten ze waar hij blij van wordt, wat hij plezierig vindt en wat hij niet prettig vindt?</p> <p>Zorgverleners kennen de voorkeuren van de cliënt en houden daar rekening mee: bijvoorbeeld bij wat de cliënt graag eet, drinkt, hoe hij haar dag invult, bedtijd, sociale contacten, seksualiteit, ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid, geestelijke verzorging. Ook weten ze hoe de cliënt lichamelijk verzorgd wil worden. Wil hij wekelijks douchen of dagelijks? Kan hij de kleding dragen die hij zelf uitkiest?</p> <p>Maar ook kan de cliënt zijn kamer inrichten zoals hij dat zelf wil en past dat bij de zorgvraag die de cliënt heeft.</p> <p>Daarnaast hebben de zorgverleners aandacht voor de levensvragen die de cliënt bezighouden, zoals eenzaamheid, depressie, rouw en invulling laatste levensfase.</p>
--	--	---

Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>1.3 Cliënten voeren binnen hun mogelijkheden zelf regie over hun leven en welbevinden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners weten wat de cliënt zelf kan en of hij hem deze dingen ook zelf laten doen. Weten de zorgverleners wat de cliënt wil? Ondersteunen de zorgverleners de cliënt alleen als het nodig is of als hij er om vraagt? Geven de zorgverleners de cliënt voldoende keuzemogelijkheden voor bijvoorbeeld de dagbesteding? Hoe worden veiligheidsrisico's in relatie tot de keuze van cliënten afgewogen tegen kwaliteit van leven? Bijvoorbeeld als een cliënt graag wil meehelpen met eten koken of naar buiten wil; is dat dan mogelijk? Heeft de cliënt zoveel mogelijk vrijheid? Is er aandacht voor wat de cliënt wil in zijn laatste levensfase?</p>
<p>1.4 Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de normen en waarden van de cliënt kennen en toepassen. Bejegenen ze bijvoorbeeld de cliënt zoals hij dat graag heeft? Spreken ze iemand aan zoals hij dit graag wil? Wordt de cliënt gezien en gehoord, ook als hij een stiller/rustiger karakter heeft? Draagt dit alles bij aan de kwaliteit van het leven van de cliënt?</p>
<p>1.5 Zorgverleners ondersteunen cliënten om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden (officiële norm GZ, stimulerende norm V&V).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de cliënt ondersteunen om de relatie met zijn familie en vriendschappen te onderhouden of nieuwe vriendschappen te sluiten. Kennen de zorgverleners het informele netwerk en de familie van de cliënt? En weten de zorgverleners wat de behoefte is van de cliënt? Geven zorgverleners naasten gelegenheid om mee te helpen in de zorg als de cliënt en de naasten dit willen?</p>

Thema Deskundige Zorgverlener		
<p>De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel. De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. Zorgverleners kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zij in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.</p> <p>Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus: -</p> <p>Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.</p> <p>Do: de verbeteringen uitvoeren.</p> <p>Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert. - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.</p> <p>Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.</p>		
Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>2.1 Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.</p>	<p>Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3</p> <p>Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, V&VN Kwaliteitskader V&V 2017</p> <p>GZ: Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013 Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022</p>	<p>De inspectie kijkt hoe zorgverleners als professional beoordelen welke zorg iemand nodig heeft. Daarnaast kijkt de inspectie hoe zorgverleners afwegingen maken tussen de eigen regie van de cliënt en mogelijke risico's die daarmee samengaan. Worden de wensen en behoeften en de regie van de cliënt hierin goed meegewogen? Worden risico's goed in beeld gebracht? En worden deze goed afgewogen? Ook kijkt de inspectie bijvoorbeeld hoe de zorgaanbieder ervoor zorgt dat iedere zorgverlener op de hoogte is van deze risico's. Een belangrijk aandachtspunt voor de inspectie is hoe de keuze wordt gemaakt om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten. Hoe wordt dit overlegd met de cliënt of met zijn naasten? En hoe, wanneer en hoe vaak worden deze keuzes gemaakt, geëvalueerd en aangepast? Daarnaast let de inspectie erop of de zorg die is afgesproken op het juiste moment wordt gegeven en past bij de behoefte van de cliënt op dat moment.</p>

<p>2.2 Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.</p>	<p>Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 Wlz besluit, artikel 6.1.1</p> <p>Richtlijn verpleegkundige en verzorgende vastlegging, V&VN Kwaliteitskader V&V 2017</p> <p>GZ: Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013 Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022</p>	<p>De inspectie kijkt of zorgverleners methodisch werken. Daarnaast kijkt de inspectie onder meer of het cliëntdossier en het zorgleefplan is gemaakt volgens de regels die de zorgsector zelf heeft afgesproken</p>
--	--	--

Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>2.3 De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Vanuit de reflectie kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2, artikel 3 en 7, lid 1 - Kwaliteitskader V&V - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners tijd en ruimte krijgen om regelmatig te kunnen stilstaan bij de kwaliteit van de zorg die zij geven. Wat is de kwaliteit van de geleverde zorg? Is de zorg persoonsgericht of kan dat volgens de zorgverlener nog beter? Daarnaast is een belangrijk punt voor de inspectie: een veilig werkklimaat. De inspectie kijkt onder andere of de zorgverleners zich voldoende veilig voelen om open terug te kijken op de manier waarop ze zorg leveren.</p>

<p>2.4. Zorgverleners houden relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 Wet BIG Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (2015) - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) Kwaliteitskader V&V (2017) - Competentieprofielen VGN - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007) - Competentieprofiel AVG (2016) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners naar bijscholingscursussen, klinische lessen en congressen gaan. Ook kijkt de inspectie of de zorgverleners weten waar de grenzen van hun kennis en kunde liggen en welke scholing daarbij past. Zijn ze op de hoogte van ontwikkelingen binnen hun eigen vakgebied? Lezen zorgverleners vaktijdschriften? Wordt kennis uitgewisseld tussen bijvoorbeeld de arts, verpleegkundige, verzorgende en psycholoog?</p>
<p>2.5 De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2 lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Nadere duiding Kwaliteitskader verpleeghuiszorg , Hoofdstuk 6 Personeelssamenstelling (ZINL feb 2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgaanbieder voldoende deskundige zorgverleners inzet voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Is de deskundigheid afgestemd op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten en hun zorgbehoefte op dat moment? Ook kijkt de inspectie of er voldoende deskundige zorgverleners aanwezig zijn tijdens bijvoorbeeld intensieve zorgmomenten, bij de nachtzorg of bij acute zorgvragen. Wat vindt de zorgaanbieder zelf dat er nodig is? Worden cliënten en zorgverleners hierin gehoord? Hoe organiseert de zorgaanbieder dit? Hoe zorgt de zorgaanbieder ervoor dat de zorgverleners goed geschoold zijn én blijven? Binnen de verpleegzorg: nemen zorgverleners deel aan leernetwerken?</p>

Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>2.6 Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) - Competentieprofielen VGN - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007) - Competentieprofiel AVG (2016) 	<p>De inspectie kijkt of de protocollen, richtlijnen en handreikingen die nodig zijn voor de zorgverlening, actueel, makkelijk te vinden en bekend zijn bij de zorgverleners. Zorgverleners handelen volgens protocol en weten wanneer ze daarvan af kunnen wijken. De zorgaanbieder weet of de zorgverleners daadwerkelijk volgens protocol werken.</p>
<p>2.7 Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners duidelijke afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) - Kwaliteitskader V&V (2017) - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007) - Competentieprofiel AVG (2016) - Competentieprofielen VGN - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de cliënt wordt verzorgd door zorgverleners met de juiste kennis en vaardigheden. Schakelen de zorgverleners op tijd specifieke deskundigheid in? Bijvoorbeeld als zorgverleners gedrag van een cliënt niet goed begrijpen, maken ze dan in een multidisciplinair team afspraken t welke zorg passend is? Wie stelt de doelen op, houdt afspraken bij en wordt dit bijgehouden in het dossier? De inspectie kijkt ook op welke momenten en op welke wijze deze multidisciplinaire samenwerking plaatsvindt.</p>

Thema Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		
<p>Goede zorg en deze op niveau houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.</p>		
Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>3.1 De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo 3 - WLZ artikel 8.1.1¹ - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgaanbieder in een visie en missie heeft vastgelegd hoe de zorgverleners omgaan met de cliënten en hoe ze worden verzorgd en behandeld. De kwaliteit van leven van cliënten moet uitgangspunt zijn bij deze missie en visie. Ook is vastgelegd hoe de veiligheid van de cliënten is geborgd. De zorgaanbieder toetst regelmatig of zorgverleners op deze manier werken. In de visie en missie staat bijvoorbeeld ook hoe de zorgaanbieder omgaat met veiligheid en huisregels. Maar ook kan hierin staan hoeveel 'regelruimte' de zorgverleners hebben. De inspectie kijkt onder meer of de cliënten en de zorgverleners betrokken zijn geweest bij het maken van de missie en visie.</p>

<p>3.2 De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2, 7, 9, 13 jo 17 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgaanbieder een duidelijke 'kwaliteitsfoto' heeft van de organisatie. Heeft de zorgaanbieder een voldoende en actueel beeld wat wel en wat niet goed gaat in de dagelijkse zorg voor cliënten? Werkt de zorgaanbieder met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden? De inspectie kijkt verder hoe de zorgaanbieder omgaat met (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten. Durven zorgverleners erover te praten als de zorg anders loopt dan verwacht? Ondersteunt de zorgaanbieder de zorgverleners zodat ze kunnen leren van (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten? Is er een klachtenregeling en worden er maatregelen genomen naar aanleiding van de behandeling van klachten? Analyseert de zorgaanbieder (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten goed? Deze analyse maakt de zorgaanbieder om te bepalen of er verbeteringen mogelijk zijn. Dit kan de individuele cliënt betreffen, maar ook kunnen op afdelingsniveau verbetermaatregelen nodig zijn.</p>
<p>3.3 De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 - Beleidskader 'Goede zorg vraagt om goed bestuur' - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of bij de zorgaanbieder en bij het team van zorgverleners een cultuur is, die gericht is op continu leren en verbeteren. Maar ook of zorgverleners elkaar durven aan te spreken als iets niet goed gaat. Hebben de leidinggevenden een open houding waardoor zorgverleners ruimte voelen informatie te delen? En leert de organisatie ook van andere organisaties in bijvoorbeeld een lerend netwerk?</p>

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl