



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

Rapport  
van het inspectiebezoek  
aan Rigter B.V. en R2  
in Nijmegen  
op 9 maart 2017

Utrecht,  
juli 2017

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving zorgaanbieder M. Neuféglise beheer B.V. 4
1.6	Beschrijving Rigter B.V. locatie de Paladijn 5
1.7	Beschrijving R2 locatie Haapsstraat 6
<b>2</b>	<b>Conclusie en onderbouwing 7</b>
2.1	Samenvatting van de scores per thema 7
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol 8
2.2.1	Inzet van deskundig personeel kan beter 8
2.2.2	Huidige werkwijze rondom medicatie onverantwoord 8
2.2.3	Visie en preventie over vrijheidbeperking ontbreekt 8
2.3	Cliëntgerichtheid staat centraal 8
<b>3</b>	<b>Handhaving 10</b>
3.1	Inleiding 10
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 10
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 11
3.4	Beoordeling van overige locaties 11
3.5	Vervolgacties inspectie 11
<b>4</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek 12</b>
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 12
4.1.1	Inleiding 12
4.1.2	Scores 13
4.2	Thema 2: cliëntdossier 17
4.2.1	Inleiding 17
4.2.2	Scores 18
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 21
4.3.1	Inleiding 21
4.3.2	Scores 21
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 26
4.4.1	Inleiding 26
4.4.2	Scores 26
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 31
4.5.1	Inleiding 31
4.5.2	Scores 31
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten 35</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 36</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 9 maart 2017 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Rigter B.V. (handelsnaam Rigtergroep) en R2 B.V. (beide hierna: Rigtergroep) in Nijmegen. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte de bevindingen.

### 1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. De zorgaanbieder stemt de zorg af op de reële behoefte van de cliënt en levert de zorg in overeenstemming met de professionele standaard. Hierbij neemt de zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht en borgt hij dat de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De inspectie vult haar taak in door erop toe te zien dat zorgaanbieders die onder toezicht staan, wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden naleven. Zij doet dit onder meer door het brengen van aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken. De inspectie oefent haar toezicht niet uit vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen een onontbeerlijk kader vormen voor goede zorg, en daarmee bijdragen aan de preventie van onnodige risico's voor cliënten. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

### 1.2 Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door Rigtergroep geboden zorg voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

### 1.3 Methode

Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelde de inspectie of de door Rigtergroep geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- cliënten;
- vertegenwoordiger van de cliëntenraad van de Rigtergroep;
- uitvoerende medewerkers;
- het management(team);
- cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door beide locaties.

Met dit instrument toetste de inspectie de geboden zorg aan de hand van de volgende thema's:

- sturen op kwaliteit en veiligheid;
- cliëntdossier;
- deskundigheid en inzet personeel;
- medicatieveiligheid;
- vrijheidsbeperking.

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Dit kan reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

#### **1.4 Toetsingskader**

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhavingnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

#### **1.5 Beschrijving zorgaanbieder M. Neuféglise beheer B.V.**

##### *Organisatiestructuur*

Rigtergroep, R2 en Rigterzorg zijn dochterondernemingen van het concern en rechtspersoon M. Neuféglise beheer B.V. De Rigtergroep, R2 en Rigterzorg zijn allen een besloten vennootschap. M. Neuféglise beheer B.V. koos voor de rechtsvorm van drie B.V.'s om op deze wijze onderscheid te maken tussen verschillende doelgroepen. Zo richt Rigtergroep zich vooral op GGZ-cliënten, richt R2 zich op cliënten met een ontwikkelperspectief en richt Rigterzorg zich op cliënten met een VG-achtergrond en een forensische achtergrond. Rigterzorg bestaat uit één locatie Bosweg in Arnhem waar 26 cliënten huisvesten.

De activiteiten van Rigtergroep bestaan volgens de beschrijving in het Handelsregister uit de uitoefening van een psychologiepraktijk. Dit komt niet overeen met de werkelijke activiteiten van Rigtergroep.

Per 1 maart 2017 is de eenhoofdige bestuurder van M. Neuféglise beheer B.V. tevens de algemeen directeur a.i. van deze drie dochterondernemingen (hierna: de directeur a.i.). Door het vertrek van de voormalige directeur neemt de bestuurder de taak als directeur tijdelijk waar. De directeur a.i. is gedragspsycholoog. Zij adviseert in bijzondere casuïstiek over zorginhoudelijke problematiek. Daarnaast houdt zij zich bezig met de organisatorische werkzaamheden.

Vanuit de Wet toelating zorginstelling (Wtzi) heeft de Rigterzorg een Wtzi-toelating. De Rigtergroep en R2 hebben echter geen toelating in het kader van de Wtzi. De reden is dat de Rigtergroep en R2 voornamelijk cliënten ondersteunen met een indicatie vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Rigterzorg heeft een Wtzi-toelating.

Gezien de Wtzi-toelating heeft Rigterzorg een toezichthoudend orgaan in de vorm van een raad van commissarissen. Deze raad bestaat momenteel uit twee leden. De raad van commissarissen ziet zowel toe op (het bestuur van) Rigterzorg als op de Rigtergroep en R2. De drie ondernemingen zijn niet aangesloten bij een brancheorganisatie.

##### *Zorgindicatie*

De Rigtergroep, R2 en Rigterzorg bieden onder andere zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz-cliënten met verstandelijke beperking hebben VG- indicaties, en de Rigtergroep heeft cliënten met een GGZ indicatie. Geen cliënten met verslavingszorg (als voorliggende problematiek) en geen reclassering (soms hebben cliënten nog reclassering aan zich gekoppeld, maar er zijn geen cliënten direct vanuit de reclassering).

De cliënten, die 18 jaar of ouder zijn, ontvangen een financiering (in Nijmegen) vanuit een persoonsgebonden budget (pgb) om daarmee zelf betalingen te doen voor de aan hen geleverde zorg en/of ondersteuning. Zij nemen via hun pgb bij Rigtergroep, R2 en Rigterzorg begeleiding (individueel en groepsbegeleiding) en persoonlijke verzorging af. Ten tijde van het inspectiebezoek waren er tien cliënten met Wlz zorg.

Naast de Wlz-zorg bieden de Rigtergroep, R2 en Rigterzorg ondersteuning aan cliënten op basis van de Wmo.

#### *Medewerkers*

De directeur a.i stuurt twee zorgmanagers aan. De ene zorgmanager geeft samen met twee teamleiders leiding aan R2 en met de derde teamleider leiding aan de Rigtergroep. De andere zorgmanager geeft samen met een zorgcoördinator en drie teamleiders leiding aan Rigterzorg. De Rigtergroep heeft medewerkers in dienst om op alle locaties van maandag tot en met vrijdag van 's morgens 08.00 uur tot 's avonds 22.00 uur en op locatie R2 tot 23.00 uur vaste begeleiders in te roosteren. In het weekeinde zijn er zorgmedewerkers (Paladijn, St. Annastraat en Bijleveldsingel) van 10.00 uur tot 18.00 uur. Op locatie R2 in weekeinde van 8.00 uur tot 23.00 uur. Avond en nachtdienst maken dagelijks ronde langs alle locaties en zijn 's nachts bereikbaar op afroep. De nachtdienst maakt gebruik van een gediplomeerde achterwacht die de hele nacht te bereiken is en binnen een half uur op locatie aanwezig kan zijn.

Uit het rooster van R2 bleek dat vanaf 23.00 uur een medewerker zonder zorgopleiding aanwezig was, een zogenoemde 'toezichthouder'. Deze medewerker was opgeleid als bewaker en oproepbaar voor alle locaties van de Rigtergroep.

*Reactie van Rigtergroep na lezing conceptrapport: "Weekeinde dienst R2 van 8.00 uur tot 23.00 uur. De nachtdienst is wakende dienst met als basisniveau helpende 2 met een gediplomeerde achterwacht stand-by."*

Daarnaast is een 24-uurs achterwacht oproepbaar voor advies en eventueel extra hulp. Deze achterwacht is telefonisch bereikbaar en wordt wisselend uitgevoerd door de kaderleden en gedragswetenschappers.

Bij zowel de Rigtergroep als bij R2 zijn een orthopedagoog, een psychiater en een psycholoog betrokken.

### **1.6 Beschrijving Rigter B.V. locatie de Paladijn**

De Rigter B.V. bestaat uit vier locaties voor 46 cliënten. Elf cliënten hebben een Wlz-indicatie waaronder VG03 en VG06. Alle cliënten hebben een eigen appartement met een keuken en eigen sanitair. De eerste locatie Oranjesingel/Bijleveld heeft woonruimte voor zes cliënten. De tweede locatie (St Annastraat 78) heeft woonruimte voor zes cliënten. Daarnaast wonen op de derde locatie (St. Annastraat 167) zes cliënten. Op de vierde locatie, de Paladijn wonen achttien cliënten. Hiervan hebben drie cliënten een VG03 en VG06 Wlz indicatie.

De Paladijn is een woonvoorziening van Rigter B.V. met appartementen die verspreid liggen binnen het appartementencomplex 'De Paladijn'. De visie van De Paladijn is om cliënten de mogelijkheid te bieden zo zelfstandig mogelijk te wonen in de maatschappij binnen een beschutte woonomgeving. De woningen hebben één of twee slaapkamers, eigen keuken, badkamer en een eigen ingang. Ook De Paladijn beschikt over een algemene ruimte waar gebruik gemaakt kan worden van koffie/thee momenten evenals dagbesteding.

Volgens het toegestuurd overzicht en dienstrooster bestond ten tijde van het inspectiebezoek de formatie van Rigter B.V. locatie De Paladijn, uit achttien medewerkers met zorggebonden functies.

Van deze achttien medewerkers hebben vijf medewerkers een HBO opleiding (SPH, MWD en inrichtingswerk), drie medewerkers hebben een MBO opleiding (pedagogische medewerker jeugdzorg 4 en persoonlijk begeleider specifieke doelgroep) waarvan twee stagiaires. Daarnaast is een orthopedagoog werkzaam.

In De Paladijn worden structureel vier dagdiensten ingepland. De late dienst wordt wisselend door één of twee personen ingevuld. In de weekenden is de bezetting bij Rigtergroep lager. Volgens het dienstrooster dat de inspectie heeft ingezien, is één medewerker van 10.00 tot 18.00 uur ingeroosterd. Vanaf 18.00 tot 08.00 uur is een medewerker beschikbaar voor meerdere locaties. Er is een 24-uurs schema met de bereikbaarheid van een achterwacht opgesteld. Volgens de bestuurder kan altijd iemand, na oproep, binnen korte tijd aanwezig zijn op iedere locatie.

### **1.7 Beschrijving R2 locatie Haapsstraat**

R2 bestaat uit twee locaties in Nijmegen, namelijk locatie Sionsweg voor vijf cliënten en locatie Haapsstraat voor elf cliënten. Op deze laatste locatie is een crisiskamer voor interne crisisplaatsingen binnen de Rigter.

R2 is gericht op jongeren vanaf 18 jaar die uit een behandelsetting of thuissituatie komen en behoefte hebben aan sturing, structuur en nabijheid in een 24-uurssetting. De diensten van R2 houden in: het leveren van zorg, ondersteuning, behandeling, begeleiding of andere vormen van dienstverlening aan cliënten met een Wlz of Wmo indicatie.

De locatie Haapsstraat is ingericht als woongroep waarbij de nadruk ligt op het trainen van vaardigheden om zelfstandiger te worden in een beschermde omgeving. Ten tijde van het inspectiebezoek wonen hier acht cliënten. Deze acht cliënten hebben een indicatie variërend van GGZ 4C, GGZ 5C, VG03 en VG06. Twee cliënten hebben een VG indicatie vanuit de Wlz.

De formatie van R2 bestaat uit negen medewerkers van wie zes met een zorgopleiding. Van deze zes personeelsleden, volgden drie medewerkers een HBO opleiding (MWD, SPH en Middenkader Zorg en Welzijn) en drie medewerkers volgden een MBO opleiding (maatschappelijke zorg niveau 4, pedagogische medewerker jeugdzorg 4, en persoonlijk begeleider specifieke doelgroep). De resterende drie medewerkers hadden geen zorgopleiding. Per 1 februari 2017 is een nieuwe teamleider gestart.

Overdag worden twee medewerkers ingeroosterd van 08.00 uur tot 16.00 uur. Ook hier wordt de avonddienst van 15.00-23.00 uur wisselend door één of twee personen ingevuld.

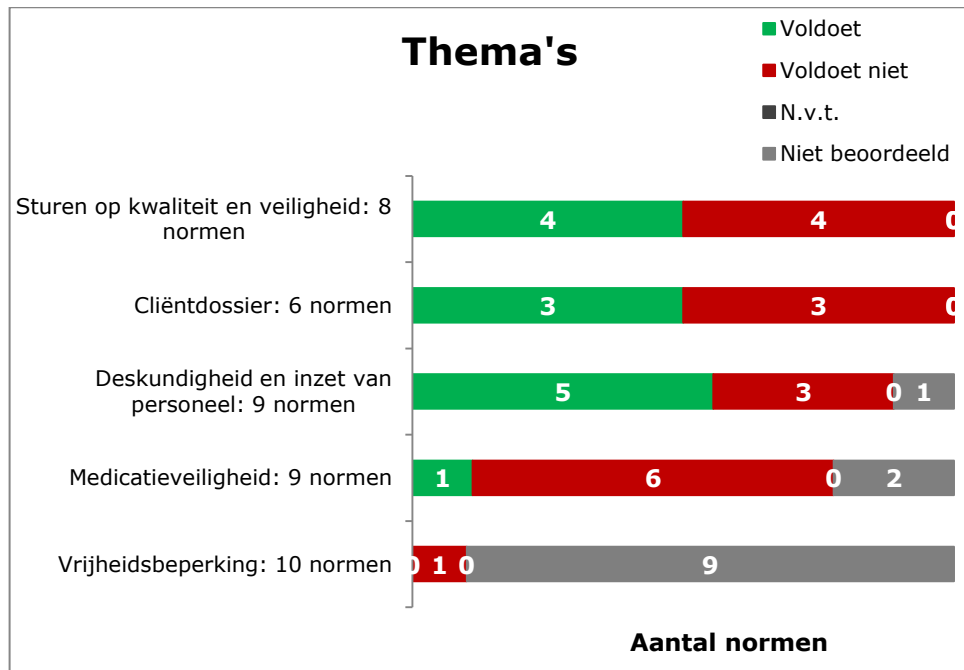
## 2 Conclusie en onderbouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

In alle thema's zit het onderwerp cliëntgerichtheid verweven. In dit 2<sup>e</sup> hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van Rigtergroep. De inspectie besteedt expliciet aandacht aan dit onderwerp, omdat goede zorg staat of valt met de mate waarin de cliënt invloed heeft op de invulling van deze zorg. In kwaliteitskaders en wetgeving krijgt cliëntgerichtheid een steeds prominentere plaats.

### 2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. Als de inspectie hierbij naast de geselecteerde normen ook andere normen heeft gehanteerd, zijn de bevindingen daarvan beschreven in hoofdstuk 4 en niet zichtbaar in deze tabel.



## **2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol**

De zorg die de Rigtergroep biedt, voldoet niet aan 18 normen. Het niet voldoen aan normen kan leiden tot onnodige risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert. Het gaat om verbeteringen op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

### *2.2.1 Inzet van deskundig personeel kan beter*

Op basis van de bevindingen concludeert de inspectie dat de inzet van deskundig personeel niet altijd is afgestemd op de zorgvraag van de cliënt. De doelgroep in relatie tot de deskundigheid van de medewerkers is op gezette tijden in bepaalde locaties niet passend. Zo is er niet altijd op locatie een medewerker met een zorg- of welzijn opleiding aanwezig, terwijl er cliënten met een VG06 verblijven. R2 heeft zestien cliënten die verspreid wonen over twee adressen waarvan vanaf 23.00 uur geen begeleiding op de locatie staat ingeroosterd. Hierdoor kan er sprake zijn van een kwetsbare situatie indien zich escalaties voordoen.

Het scholingsbeleid is niet helder en welke scholing daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Daarnaast is niet inzichtelijk of en welke scholing medewerkers na hun gevolgde zorg- en welzijnopleiding volgden. Binnen de Rigtergroep verblijven cliënten met complexe (gedrags)problematiek dat om deskundige begeleiding en bejegening vraagt. Deskundigheidsbevordering is van belang om zo kwaliteit van goede en veilige zorg te bieden.

### *2.2.2 Huidige werkwijze rondom medicatie onverantwoord*

Op basis van de bevindingen met de niet nageleefde normen rondom het thema Medicatieveiligheid, concludeerde de inspectie dat de farmaceutische zorg, op een onverantwoorde wijze werd uitgevoerd. Ondermeer het ontbreken van een medicatieoverzicht en toedienlijsten leiden tot onveilige en risicovolle zorg. Een noodzakelijke voorwaarde voor een goede zorg rond geneesmiddelen is een juiste werkwijze onder andere volgens de Handreiking 'Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg'. De inspectie dringt aan om voortvarend de farmaceutische zorg op een veilige en verantwoorde wijze uit te voeren.

### *2.2.3 Visie en preventie over vrijheidbeperking ontbreekt*

Tijdens het inspectiebezoek werd aangegeven dat er geen vrijheidsbeperkende maatregelen door de Rigtergroep werden toegepast. Beleid hierover was niet vastgelegd. Ook als sprake is van overplaatsing van cliënten bij wie vrijheidsbeperkende maatregelen bij nader inzien nodig blijken te zijn, is beleid op dit gebied noodzakelijk. Het ontbreken en instrueren van beleid op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen kan risico's voor de veiligheid van de zorg met zich meebrengen.

## **2.3 Cliëntgerichtheid staat centraal**

De zorgaanbieder zorgde dat zinvolle en passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig was. De dagbesteding was intern georganiseerd door een creatief ingerichte ruimte binnen de Paladijn. Daarnaast waren ook dagactiviteiten buitenhuis, zoals het werken binnen de groenvoorziening en de hondenuitlaat service. Deze dagbesteding was afgestemd op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënten.

De cliëntenraad van de Rigtergroep geeft aan dat de cliëntenraad niet altijd serieus wordt genomen en dat de directeur a.i. onvoldoende op de hoogte is van de rechten van een cliëntenraad zoals het adviesrecht over bepaalde beleidszaken.



Per januari 2016 is een kwaliteitsmanager aangesteld, hetgeen positief door de cliëntenraad wordt ervaren. Volgens de cliëntenraad is de communicatie naar cliënten toe matig tot onvoldoende. De instelling van de raad van commissarissen is een verbetering.

*Reactie van Rigtergroep na lezing conceptrapport: "De Directeur a.i. laat zich informeren door de kwaliteitsmanager en juristen op het gebied van de cliëntenraad en is daarmee altijd op de hoogte op het moment dat dit nodig is. De communicatie naar cliënten is voldoende; zij krijgen in het bewonersoverleg vanuit de teamleider informatie over de organisatie. De cliëntenraad is dermate vervreemd van de cliënten van Rigtergroep dat zij niet op de hoogte zijn van de ontwikkelingen in het afgelopen half jaar. Om deze reden pleit de Rigtergroep dan ook voor een meer representatieve cliëntenraad."*

## 3 Handhaving

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om te voldoen aan de normen in paragraaf 3.2.

### 3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

#### *Sturen op kwaliteit en veiligheid*

- 1.1 De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.
- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 1.4 De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.
- 1.7 De zorgaanbieder heeft geborgd beleid op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.

#### *Cliëntdossier*

- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.

#### *Deskundigheid en inzet personeel*

- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.6 Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.

#### *Medicatieveiligheid*

- 4.2 De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het zorgplan.
- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.

4.11 De arts en de apotheker verrichten tenminste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.

Vrijheidsbeperking

5.1 De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.

### **3.3 Vervolgacties zorgaanbieder**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie drie maanden na de datum van de begeleidende brief bij het vastgestelde rapport.

In dit resultaatsverslag staat per norm:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldoet aan de norm;
- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij volledig aan de norm voldoet;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag feitelijk heeft bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

### **3.4 Beoordeling van overige locaties**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de bij overige locaties of teams geboden zorg aan alle getoetste normen voldoet en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

### **3.5 Vervolgacties inspectie**

Op basis van het ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan de Rigtergroep behoort tot de mogelijke vervolgacties.

## 4 Bevindingen inspectiebezoek

Dit hoofdstuk bevat per thema een inleiding, de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt zo nodig een toelichting op de scores.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in de Rigtergroep nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in de Rigtergroep wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

### 4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

#### 4.1.1 *Inleiding*

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act-cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

4.1.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.1</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>		x		
a)	Eens in de drie jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal drie jaar oud.		x		
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				x
<b>1.2</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>		x		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.		x		
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		x		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		x		
<b>1.3</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving <sup>1</sup> .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				x

1 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.4</b>	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>		<b>x</b>		
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.		x		
c)	De zorgaanbieder heeft de cliëntenmedezeggenschap niet alleen op centraal niveau maar ook op het niveau van de locatie/groep georganiseerd.	x			
<b>1.5</b>	<b>De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.</b>	<b>x</b>			
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.	x			
<b>1.7</b>	<b>De zorgaanbieder heeft geborgd beleid op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.</b>		<b>x</b>		
a)	De zorgaanbieder heeft beleid beschreven over seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten en evalueert periodiek of bijstelling hiervan nodig is.		x		
b)	Medewerkers kennen het beleid en besteden aantoonbaar aandacht aan de onderwerpen intimiteit, vriendschap en seksualiteit onder cliënten.		x		
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.</b>	<b>x</b>			
a)	Alle cliënten hebben dagbesteding met als uitgangspunt negen dagdelen per week.	x			
b)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.9</b>	<b>De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.</b>	<b>x</b>			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.	x			

### Toelichting

- 1.1 Volgens de directeur a.i. was in februari 2017 een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd door een extern bureau. De inspectie trof geen informatie hierover aan. Wel had de Rigtergroep in 2016 een onderzoek laten verrichten onder de medewerkers naar de waardering als werkgever.
- 1.2 In de gesprekken kwam naar voren dat medewerkers (bijna) incidenten niet of weinig meldden. Een overzicht 'MIC-meldingen februari 2016 - februari 2017' was toegestuurd. Ook de ingezette actie op de meldingen was niet of summier beschreven. De gesprekpartners gaven aan dat er sprake was van een ondermelding binnen de Rigtergroep. Volgens de gesprekpartners werden de gedane meldingen besproken op casusniveau binnen het teamoverleg en door de teamleider ingezien. Uit de notulen van de overleggen binnen De Paladijn was terug te lezen dat de MIC-meldingen niet inhoudelijk werden besproken. Uit het overzicht van de MIC-meldingen bleek dat meldingen niet op locatie niveau werden geregistreerd. Ook de ingezette acties op de meldingen werden niet of summier beschreven. Een systematische analyse van de meldingen werd niet uitgevoerd door een persoon of een MIC-commissie. Daarnaast nam de zorgaanbieder op basis van de meldingenanalyse geen aantoonbare verbetermaatregelen.
- 1.4 De zorgaanbieder regelde een cliëntenraad waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen. Voor de Rigtergroep was een cliëntenraad aangesteld die bestaat uit drie leden. R2 en Rigterzorg hadden geen cliëntenraad. Binnen de verschillende locaties was de medezeggenschap op lokaal niveau geregeld. Op de diverse locaties vonden bewonersoverleggen plaats waar zaken door de cliënten werden besproken. De directeur a.i. dient echter zorg te dragen voor een cliëntenraad indien een zorgaanbieder een bestand met meer dan 50 cliënten heeft. Er dient sprake te zijn van een structureel karakter, er staat hiervan iets op schrift en voor cliënten moet duidelijk zijn waarover ze mogen mee praten.

*Reactie van Rigtergroep na lezing conceptrapport: "De stelling is subjectief waardoor je bij een verstoorde relatie, zoals die met onze cliëntenraad, daar mogelijk per definitie niet aan kan voldoen.*

*Wij zijn er wel van overtuigd dat wij ze voldoende en tijdig inlichten. Deze afspraken zijn vastgelegd in het instellingsbesluit en de samenwerkingsovereenkomst. Het laatste kwartaal 2016 zijn er in de aanwezigheid van twee advocaten aanvullende afspraken gemaakt met de cliëntenraad ten aanzien van dit punt waar wij ons tot op heden aan houden.”*

- 1.7 De zorgaanbieder had geen beleid ontwikkeld op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten. Medewerkers besteedden geen aantoonbaar aandacht aan de onderwerpen intimiteit, vriendschap en seksualiteit onder cliënten. In de ingeziene cliëntdossiers was dit geen onderdeel van de zorgafspraken.



## 4.2 Thema 2: cliëntdossier<sup>2</sup>

### 4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel ondersteuningsplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het ondersteuningsplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

<sup>2</sup> Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

4.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>2.1</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.<sup>3,4</sup></b>		x		
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een ondersteuningsplan vastgesteld.		x		
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het ondersteuningsplan.		x		
<b>2.2</b>	<b>De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.<sup>3</sup></b>	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.	x			
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>	x			
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			

3 Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdere handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

4 De Wkkgz hanteert voor het ondersteuningsplan de term zorgplan. Dit is op normniveau doorgevoerd. De beoordelingsaspecten vermelden de term ondersteuningplan, die in de gehandicaptenzorg gebruikelijk is.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.</b>		x		
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Probleem- of onbegrepen gedrag - Agressie - Seksualiteit, seksueel grensoverschrijdend gedrag - Problemen medicatiegebruik - Verslaving - Vallen - Syndroom en aandoeningspecifieke risico's - Mondzorg		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.		x		
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.<sup>3</sup></b>	x			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het ondersteuningsplan.	x			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.	x			
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het ondersteuningsplan.	x			

### **Toelichting**

- 2.1 Niet bij iedere nieuwe cliënt was binnen zes weken na de start van de zorgverlening een ondersteuningsplan vastgesteld. Volgens de gesprekspartners was de termijn van vaststelling binnen drie maanden. Eén van de redenen was dat men afhankelijk was van de informatievoorziening van externe partijen waardoor de tijd van zes weken niet haalbaar werd geacht. Uit de ingeziene cliëntdossiers bleek dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger niet altijd had ingestemd met de inhoud van het ondersteuningsplan. De inspectie trof een akkoord aan van een bewindvoerder die hiertoe niet bevoegd was. Ook was een persoonbeeld opgemaakt op 5 januari 2017 en ondertekend door de cliënt op de dag van het inspectiebezoek. De cliëntenraad gaf aan dat soms het zorgplan ook eenzijdig werd opgesteld.
- 2.4 In het cliëntdossier waren onvoldoende de relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Zo ontbrak het ondermeer aan risicosignaleringen op het gebied van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, medicatiegebruik en mondzorg. Hierdoor pasten de zorg-/ondersteuningsdoelen ook onvoldoende bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.
- 2.5 De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hadden een samenhang. Echter de rapportages waren niet altijd toegeschreven aan deze zorg-/ondersteuningsdoelen en acties. Bij de cliëntendossiers van R2 was deze rapportage wel gekoppeld aan de zorgdoelen en zorgacties, bij de cliëntendossiers van Rigter was dit deels niet het geval.

### 4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

#### 4.3.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

#### 4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht.</b>	x			
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.	x			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.</b>	x			
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	x			
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>	x			
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>		x		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		x		
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.		x		
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.		x		
<b>3.7</b>	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.			x	
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.8</b>	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.</b>	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	De zorgaanbieder heeft beleid over de behandelverantwoordelijkheid van vakinhoudelijke specialisten bij cliënten met (zeer) intensieve verzorging en/of gedragsregulering.	x			
c)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten gemakkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			
<b>3.9</b>	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>				x
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.				x
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.				x

### Toelichting

- 3.4 Binnen de Rigtergroep was een documentenkwaliteitssysteem aanwezig. Protocollen waren deels in ontwikkeling. Elke medewerker moest via een code inloggen om protocollen in te zien. Uit de gesprekken bleek dat medewerkers geen toegang in het systeem hadden en protocollen niet inzagen. De afgelopen periode was veel beleid ontwikkeld binnen de Rigtergroep waardoor medewerkers veel moesten lezen en de noodzakelijke tijd hiertoe ontbrak. Ook was niet bekend dat er beargumenteerd kon worden afgeweken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om zo af te stemmen op de individuele cliënt. Doordat de inlogcode niet werkte, borgde de zorgaanbieder onvoldoende dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werkten.
- 3.6 De Rigtergroep had twee overzichten met geplande scholingen opgesteld. Welke van deze twee overzichten geldend was, was niet duidelijk. Een scholingsplan voor 2017 en eventueel de aankomende jaren was niet ontwikkeld. In het gesprek gaf de bestuurder aan dat medewerkers van de Rigtergroep de mogelijkheid hebben om zich te laten scholen door een opleiding te volgen. In de twee overzichten stonden onderwerpen als 'Bekwaamheidsbevordering' en 'Ontwikkeling van handelingsvaardigheden'.



Het was niet inzichtelijk of deze geplande scholingen waren afgestemd op de doelgroep cliënten, welke geplande scholingen waren uitgevoerd en welke medewerkers weke scholing hebben gevolgd.

Wie geschoold was in het omgaan met medicatie, was ook niet aantoonbaar. De zorgaanbieder wist hierdoor onvoldoende welke kennis en kunde nodig was om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.

- 3.7 De zorgaanbieder borgde onvoldoende de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten. R2 heeft zestien cliënten die verspreid wonen over twee adressen onder wie cliënten met een LVG03 en VG06 indicatie. Uit het rooster van R2 bleek dat vanaf 23.00 uur geen begeleiding fysiek aanwezig was. Vanaf 23.00 uur werkte een medewerker zonder zorgopleiding, de zogenoemde 'toezichthouder'. Deze medewerker was opgeleid als bewaker en oproepbaar voor alle locaties van de Rigtergroep.

*Reactie Rigtergroep na lezing conceptrapport: "Op de locaties in Nijmegen zijn twee nachtwakers actief, één op de Paladijn die een slapende dienst heeft en beschikbaar is voor de locaties Paladijn, Bijleveld en de Sint Anna en één op R2 die wakker blijft. De kwaliteit van zorg wordt geborgd door de bereikbaarheidsdienst die 24 uur per dag, zeven dagen in week beschikbaar is."*

- 3.9 De zorgaanbieder had ziekteverzuim en personeelsverloop niet in beeld. De inzet van invalkrachten vanuit een vaste flexpool was wel inzichtelijk via de werkroosters.

#### 4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

##### 4.4.1 Inleiding

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

##### 4.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.1</b>	<b>De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.2</b>	<b>De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.		x		
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.		x		
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.	x			
<b>4.3</b>	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>		x		
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.		x		
b)	De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.		x		
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.		x		
<b>4.5</b>	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>5</sup> niet aan.</b>				x
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>5</sup> heeft uitgezet.				x

<sup>5</sup> GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.6</b>	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>		x		
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.		x		
b)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.				x
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.		x		
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.				x
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>		x		
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.		x		
<b>4.10</b>	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				x
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.11</b>	<b>De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</b>		x		
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.		x		
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.				x

### Toelichting

- 4.2 De zorgaanbieder maakte niet altijd samen met de cliënt afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie. Als een cliënt medicatie niet goed innam, was de Rigtergroep verantwoordelijk voor een juiste inname. Deze afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie stonden niet altijd in de ingeziene cliëntdossier. Soms ontbraken deze afspraken in het zorgplan.
- 4.3 Medewerkers beschikten niet voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. Tijdens de rondgang bleek dat er geen toedienlijsten aanwezig waren. Hierdoor maakten de medewerkers eigen toedienlijsten. Daarnaast ontvingen de medewerkers niet binnen vierentwintig uur na de start van de zorg een actueel medicatieoverzicht van de apotheek, aldus de gesprekspartners. Als er niet op de zelf gemaakte aftekenlijsten was geparafeerd voor gegeven, werd er verder geen actie ondernomen. Ook niet als het ging om anticonceptiepillen. Medewerkers gaven aan dat cliënten zelf verantwoordelijk waren voor inname. Op de vraag waarom cliënten de medicatie zelf dan niet beheerden, werd aangegeven dat dit was overgenomen omdat het anders misschien vergeten werd.
- 4.6 De medicatiekast en de opiatenkast waren afgesloten. Wie geschoold was in het omgaan met medicatie was niet duidelijk. Tevens was onduidelijk welke medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, toegang tot de medicatiekast hadden. De inspectie trof een open afvalbakje voor retourmedicatie aan.
- 4.7 De zorgaanbieder zorgde niet aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. Er was niet vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.
- 4.9 Op de zelfgemaakte toedienlijst schreven medewerkers een krul in plaats van een paraaf. Hierdoor was niet traceerbaar welke medewerker medicatie had aangereikt.

4.11 De arts en apotheker voerden niet aantoonbaar de jaarlijkse medicatiebeoordeling uit voor alle cliënten.

## 4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

### 4.5.1 Inleiding

Onder het begrip 'vrijheidsbeperking' verstaat de inspectie alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Dit begrip heeft voor de inspectie al jaren een grotere reikwijdte dan de vrijheidsbeperkende maatregelen die de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft.

Kwetsbare mensen zijn in hun dagelijkse leven afhankelijk van zorgverlening door professionals. Vrijheidsbeperking heeft een grote impact op hun kwaliteit van bestaan. Door langdurige en/of door onjuiste toepassing van vrijheidsbeperking kan bij hen grote fysieke en psychische schade ontstaan.

Binnen het thema vrijheidsbeperking beoordeelt de inspectie zowel maatregelen die leiden tot preventie en terugdringing van vrijheidsbeperking als de zorgvuldigheid waarmee besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking plaatsvinden.

Uit wetenschappelijk onderzoek en uit praktijksituaties blijkt dat terugdringing van het aantal vrijheidsbeperkingen in de ouderenzorg en in de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking mogelijk is. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is een structureel bewustzijn bij zorgaanbieders en medewerkers over de verschillende vormen van vrijheidsbeperking en de impact die het toepassen van vrijheidsbeperking op cliënten heeft. Ook is het van belang dat zorgaanbieders en medewerkers te allen tijde op de hoogte zijn van de actuele stand van de kennis over vrijheidsbeperking.

### 4.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.1</b>	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.		x		
b)	Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.		x		
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.			x	

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.2</b>	<b>Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.</b>				<b>x</b>
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.				x
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.				x
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.				x
<b>5.3</b>	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>				<b>x</b>
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.				x
<b>5.4</b>	<b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>				<b>x</b>
a)	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.				x
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.				x
<b>5.5</b>	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>				<b>x</b>
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.				x



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.6</b>	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>				<b>x</b>
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.				x
<b>5.7</b>	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>				<b>x</b>
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.				x
<b>5.8</b>	<b>Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.</b>				<b>x</b>
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.				x
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.				x
<b>5.9</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>				<b>x</b>
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.				x
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.				x
<b>5.10</b>	<b>De afzonderingsruimten en de separeerruimten voldoen aan de eisen.</b>				<b>x</b>
a)	De afzonderingsruimten en de separeerruimten voldoen aan de eisen.				x

### **Toelichting**

**5.1** De zorgaanbieder had geen vastgestelde visie en schriftelijk beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen. Tijdens het inspectiebezoek werd geen vrijheidsbeperking bij cliënten toegepast, aldus de gesprekspartners. Op de locatie van R2 was een zogenoemde crisiskamer ingericht. Volgens de zorgmanager was dit een 'time-out' kamer voor cliënten van alle locaties van de Rigtergroep. Hoe preventief om te gaan op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen, hoe om te gaan bij een crisisplaatsing en indien er sprake is van het vasthouden van cliënten, was niet vastgelegd. Ook werden medewerkers hierin niet geschoold. In geval van escalerende situaties of agressie incidenten schakelde de medewerker de achterwacht in of werd de politie gebeld.

## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De inspectie heeft de onderstaande documenten gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en bij het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in hun totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Voortgangsrapportage IGZ 2016, 12 september 2016
- Directiebeoordeling 2016, 8 maart 2017
- Factsheet MTO 2016 De Rigtergroep, 31 oktober- 12 december 2016
- Organigram, 27 februari 2017
- Overzicht MIC-meldingen februari 2016 – februari 2017
- Brief Rigter Zorg B.V. aangesloten Geschillen commissie, 16 december 2016
- Brief R2 B.V. aangesloten Geschillen commissie, 16 december 2016
- Locatiebeleid Nijmegen, versie 3, 1 maart 2017
- Overzicht medewerkers Rigter B.V.
- Weekrooster R2 30-01-2017 – 26-02-2017
- Weekrooster Paladijn 30-01-2017 – 26-02-2017
- Rooster nachtdienst februari 2017
- Schema bereikbaarheid Rigtergroep van de maand februari
- Scholingsplan 2016 – 2018, ongedateerd
- Overzicht met scholingsplan 2016 en scholingsplan 2017
- Notulen locatieoverleg Paladijn, 6 februari 2017
- Medicatiebeleid, versie 2, 3 maart 2017

## Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

### Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)<sup>6</sup>.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Competentiebox. Competentieprofielen VGN, 2009.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013.
- Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, mei 2011.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

<sup>6</sup> De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

- Veldnorm voor afzondering- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, TNO, 12 november 2012.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010.