



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

Rapport van het inspectiebezoek aan Stichting  
Op Me Eigen te Lelystad op 20 en 28 augustus  
2013

Den Haag, augustus 2013

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
<b>2</b>	<b>Bevindingen onaangekondigd Quick Scan bezoek 5</b>
2.1	Categorie 1. Veiligheid 6
2.2	Categorie 2. Toepassen van vrijheidsbeperking (Niet van toepassing) 8
2.3	Categorie 3. Uitvoering van het ondersteuningsplan 9
2.4	Categorie 4. Kwaliteit van personeel en organisatie 10
<b>3</b>	<b>Oordeel 12</b>
<b>4</b>	<b>Herstelmaatregelen en handhaving 14</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Overzicht wetten, veldnormen en rapporten 14</b>

## 1 Inleiding

Op 20 augustus 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Op Me Eigen (hierna OMEI) te Lelystad.

Aanleiding voor dit bezoek was de instelling van Verscherpt Toezicht op 14 mei 2013. Het rapport van het bezoek d.d. 13 maart 2013 op basis waarvan het Verscherpt Toezicht is ingesteld, is op 15 mei gepubliceerd op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

Conclusies in het rapport waren:

- De zorgplannen zijn niet op orde. Onduidelijk is op welke wijze de zorgaanbieder de gestelde doelen wil bereiken en wie er verantwoordelijk is voor de zorg;
- De beschikbaarheid en deskundigheid van het personeel is niet in overeenstemming met de zorgzwaarte van de doelgroep en het ontbreekt aan permanent toezicht op de cliënten;
- Er is geen functionerend kwaliteitssysteem;
- De bezochte woningen zijn slecht onderhouden en vervuild.

Op basis van deze conclusies beoordeelt de inspectie de vorderingen van Stichting OMEI in het verbeterproces dat bij het einde van de termijn van het Verscherpt Toezicht moet leiden tot een aanbod van verantwoorde, veilige en cliëntgerichte zorg. Hiertoe wordt onderzocht of er bij Stichting OMEI nog steeds sprake is van normoverschrijding, waardoor risico's ontstaan voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. Op 25 juni 2013 heeft de inspectie een tussentijds aangekondigd bezoek gebracht. De bevindingen zijn gepubliceerd in een afzonderlijk rapport.

### **Werkwijze**

Om tot een verantwoord oordeel te komen heeft de inspectie:

- Een onaangekondigd bezoek gebracht aan de hoofdvestiging;
- gesprekken gevoerd met een begeleider, gedragskundige en leidinggevende, voor zover beschikbaar tijdens het bezoek;
- zorgplannen en dossiers ingezien.

De inspecteurs gebruiken tijdens het toezichtbezoek hetzelfde instrument als tijdens het bezoek op 25 juni 2013. Het instrument is gebaseerd op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.<sup>1</sup>

Niet alle onderwerpen uit het instrument zijn in het bezoek uitputtend aan de orde gekomen. De inspectie heeft vooral gekeken naar de wijze waarop Stichting OMEI werkt aan de tekortkomingen die tot de instelling van het Verscherpt Toezicht hebben geleid. De beoordeling op basis van het instrument geeft aan hoe Stichting OMEI scoort op alle domeinen zoals hieronder benoemd.

Tijdens het bezoek kijken de inspecteurs naar de aanwezigheid van risico's op vier domeinen (zie onderstaande opsomming) die betrekking hebben op de

---

1 Zie bijlage 1

randvoorwaarden voor het bieden van veilige en verantwoorde zorg en ondersteuning.

- Veiligheid;
- Vrijheidsbeperking;
- Ondersteuningsplan;
- Kwaliteit van personeel en organisatie.

De inspectie toetst een aantal minimumnormen. Daar waar de instelling niet voldoet aan deze minimumnormen, geeft de inspectie een toelichting. Als de norm niet van toepassing is, dan is de kolom nvt (niet van toepassing) aangevinkt. Indien de norm niet is beoordeeld, dan staat in deze kolom 'nb' (niet beoordeeld) vermeld.

In hoofdstuk 4 van dit rapport staat vermeld welke maatregelen Stichting OMEI, binnen welke termijn, moet nemen.

## Bevindingen onaangekondigd Quick Scan bezoek

<b>Naam instelling</b>	Stichting Op Me Eigen	
<b>Adresgegevens</b>	Dukaatpassage 153	
<b>Bezochte locatie</b>	Twee woonlocaties in Almere en één in Lelystad	
<b>Korte beschrijving van de bezochte locatie:</b> Doelgroep, aantal cliënten en omschrijving van de geboden zorg.	<p>Stichting OMEI biedt zorg aan (momenteel) 57 cliënten met een verstandelijke beperking en psychische- en/of gedragsproblemen. De cliënten zijn ondergebracht in huurwoningen in Lelystad en Almere.</p> <p>Bij het vinden van woonruimte maakt Stichting OMEI gebruik van een bureau dat bemiddelt tussen eigenaar en huurder.</p> <p>Stichting OMEI heeft 12 medewerkers in dienst, die de begeleiding van de cliënten verzorgen. Daarnaast zijn een gz-psycholoog, een pedagoog/ verpleegkundige, een zorgcoördinator en een operationeel manager in dienst. De raad van bestuur bestaat momenteel uit twee bestuurders a.i.</p> <p>Er heeft een ingrijpende wisseling van personeel plaatsgehad, waardoor 80% van de medewerkers kort tot zeer kort in dienst is. Het is duidelijk dat er sinds het inspectiebezoek op 25 juni 2013 een verdere ontwikkeling heeft plaatsgevonden op het gebied inrichting van de organisatie. Er is meer structuur aangebracht door procedures te beschrijven. Deze procedures zijn wel besproken met de medewerkers maar de verdere implementatie is nog niet aantoonbaar. Het bezoek aan de willekeurig gekozen locaties geeft echter een beeld van ontreddering. Medewerkers hebben vanuit de organisatie weinig ondersteuning en rugdekking bij de begeleiding van de jongeren waardoor de begeleiding meer het karakter heeft van "oppassen".</p>	
	<b>ja</b>	<b>nee</b>
<b>Bopz aanmerking</b>		✓
Binnen de locatie worden fixatiebanden, zoals bijvoorbeeld Zweedse-, bratex- of posey banden, gebruikt om cliënten vast te binden.		✓
Binnen de locatie worden separeerruimtes, afzonderingsruimtes of andere ruimtes gebruikt waar cliënten worden ingesloten.		✓

## 2.1

## Categorie 1. Veiligheid

	Norm	Aanwezig		
		ja	nee	nvt
1.1	Er is een intern meldingsstelsel voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is. Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team.		√	
1.2	Apparatuur zoals tillift, thermostaatkraan, zuurstofapparaat, elektrische rolstoel etc. is voorzien van een gebruiksaanwijzing en wordt structureel onderhouden en gekeurd.			√
1.3	De middelen (bijvoorbeeld Zweedse band, afzonderingsruimte, separeerruimte) ter toepassing van vrijheidsbeperking, worden met regelmaat gecontroleerd en verkeren in goede staat.			√
1.4	Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.		√	
1.5	Ontruimingsoefeningen worden minimaal eenmaal per jaar gehouden, brandblusapparatuur is aanwezig en er is een vrije doorgang naar de nooduitgangen.		√	
1.6	Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van seksueel misbruik.		√	
1.7	Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.		√	
1.8	Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld.	√		
1.9	Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen'.			√
1.10	Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. <i>Score alleen ja als alle onderstaande elementen aanwezig zijn:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen;</li> <li>- in een afgesloten medicijnkast;</li> <li>- Opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;</li> <li>- Sleutelbeheer is adequaat geregeld;</li> <li>- Houdbaarheidsdata actueel.</li> </ul>			√

1.11	Voor iedere cliënt is een actueel, door een apotheker verstrekt en geprint medicatieoverzicht en een toedienlijst (of deellijst).			✓
1.12	Per medicijn is op de toedienlijst afgetekend nadat de medicatie is verstrekt.			✓
1.13	Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering, vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.			✓

### **Toelichting**

- 1.1. De MIC-procedure is in het team besproken en volgens zeggen operationeel. Er moet nog wel in coachende zin de nodige aandacht zijn voor een goed gebruik van de formulieren. Tot nu toe zijn er nog geen meldingen gedaan terwijl er wel incidenten zijn geweest volgens de dagrapportage.
- 1.4. Inmiddels is een bedrijf gecontracteerd voor de uitvoering van het onderhoudsplan voor de woningen. Medewerkers stimuleren met wisselend succes bewoners om gezamenlijk de gemeenschappelijke ruimtes op te knappen. Tijdens de bezoeken op locatie troffen de inspecteurs de woningen in een staat van lichte tot verregaande verwaarlozing aan. In een van de woningen was (volgens de bewoner een half jaar geleden) brand geweest in de keuken. De keuken was op het moment van inspectie nog onbruikbaar en het plafond nog zwart geblakerd. In een tweede woning werd in de woonkamer materiaal voor het gebruik van drugs aangetroffen (aluminiumfolie, lege verpakkingen van drugs e.d.) en volgens een van de bewoners werd er nog tot een week geleden (daarna is de verantwoordelijke bewoner elders ondergedoken) gedeald vanuit de woning.
- 1.5. De woningen zijn voorzien van brandblussers. In de bezochte woningen waren trappen en gangen slecht begaanbaar door draden (internet, tv) die kriskras door de woning waren aangebracht en rondslingerend materiaal (kleding, huisraad etc.). De inspecteurs constateerden dat er in twee woningen sprake is geweest van brand. De cliënten zijn niet geïnstrueerd wat in zo'n geval te doen. Omdat de begeleiding lang niet altijd aanwezig is als er cliënten thuis zijn kan er in geval van brand of andere calamiteit een zeer onveilige situatie voor de cliënten ontstaan.
- 1.6 en 1.7. Er is geen beleid rond vriendschap en seksualiteit beschreven. Medewerkers geven vanuit hun eigen inzicht begeleiding aan de cliënten. Tijdens de inspectie op locatie werden in meerdere woningen bezoekers van cliënten aangetroffen, die naar eigen zeggen regelmatig in de woning aanwezig waren en daar ook overnachtten. In een van de woningen troffen de inspecteurs op zolder een tweetal logeermatrassen die daar door de cliënt waren neergelegd. Medewerkers hebben daar weinig zicht en grip op.
- 1.9 Alle cliënten die momenteel medicatie gebruiken doen dat in eigen beheer. Niet beschreven is op welke manier en door wie wordt bepaald dat cliënten medicijnen in eigen beheer kunnen houden en innemen. In de praktijk gebeurt dit door de huisarts. Hierdoor is de norm 1.9 niet van toepassing verklaard.

**Categorie 2. Toepassen van vrijheidsbeperking (Niet van toepassing)**

		Aanwezig		
		ja	nee	nvt
	<b>Norm</b>			
2.1	De medewerkers zijn bekend met het beleid en visie rondom vrijheidsbeperking.			
2.2	De medewerkers kunnen aantonen dat zij bijdragen aan preventie en afbouw van vrijheidsbeperkingen.			
2.3	De toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in de ondersteuningsplannen opgenomen en beargumenteerd.			
2.4	Uit het ondersteuningsplan blijkt dat bij de toepassing van de vrijheidsbeperking minder ingrijpende alternatieven zijn overwogen.			
2.5	De inbreng van de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger ten aanzien van vrijheidsbeperking en de evaluatie daarvan is in het ondersteuningsplan zichtbaar.			
2.6	De inbreng van betrokken disciplines en/of externe deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking is in het ondersteuningsplan zichtbaar.			
2.7	Alle toepassingen van middelen of maatregelen, dwangbehandelingen en vrijheidsbeperkende maatregelen (ook WGBO gerelateerd) worden op locatieniveau geregistreerd.			
2.8	Individuele uitvoeringsafspraken voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn beschreven.			
2.9	Informatie en/of diagnostiek over preventie (bijvoorbeeld signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.			
2.10	Er is een afbouwplan voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen aanwezig, ofwel beargumenteerd niet aanwezig.			
2.11	Bij het gebruik van onrustbanden is er voor elke individuele cliënt een afbouwplan en er is aantoonbaar externe deskundigheid geraadpleegd.			

**Toelichting**

Binnen OMEI wordt geen gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen. Eén cliënt gebruikt zelf Diazepam bij een dreigende psychose. Dit is vermeld in het zorgplan.



## 2.2

**Categorie 3. Uitvoering van het ondersteuningsplan**

	Norm	Aanwezig		
		ja	nee	nvt
3.1	Alle cliënten hebben een actueel ondersteuningsplan. - Er is een persoonsbeeld beschreven; - Er is een lange termijn perspectief geformuleerd; - Er zijn concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) geformuleerd die binnen een PDCA-cyclus vallen; - Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of uit een document blijkt dat de cliënt/cliëntvertegenwoordiger instemt met het ondersteuningsplan; - Uit de evaluatiecyclus blijkt dat het ondersteuningsplan jaarlijks wordt geëvalueerd. De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd; - De verantwoordelijke behandelaar (indien van toepassing vanaf ZZP5) staat vermeld.		√	
3.2	Het is zichtbaar dat de cliënt of zijn/haar cliëntvertegenwoordiger actief betrokken is bij het opstellen van het ondersteuningsplan.	√		
3.3	De inbreng van het multidisciplinaire team is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	√		
3.4	Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	√		
3.5	De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.		√	
3.6	De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).		√	
3.7	De uitvoering van de afspraken over de zorg en ondersteuning zijn zichtbaar in de rapportage.		√	

**Toelichting**

3.1. Iedere cliënt heeft een zorgplan, maar deze zijn nog niet allemaal actueel. In het zorgplan is een anamnese en een actueel persoonsbeeld opgenomen en er zijn algemene doelen geformuleerd. Momenteel wordt voor iedere cliënt in een addendum de doelen uitgewerkt in smart-geformuleerde werkdoelen. Er zijn voor iedere cliënt 3-maandelijks evaluaties gepland. De werkdoelen kunnen dan zo nodig worden bijgesteld. Een maal per jaar vindt een evaluatie van het ondersteuningsplan plaats en wordt door de persoonlijk begeleider een nieuw ondersteuningsplan met de cliënt opgesteld. Bij dit proces is ook de geragskundige betrokken. Op dit moment is voor 11 van de 57 cliënten deze procedure op orde. De overige zijn nog in bewerking. Gepland is dat deze operatie in week 37 is afgerond en dat iedere cliënt dan beschikt over een addendum. Ieder cliënt heeft hetzelfde overkoepelende doel: binnen

anderhalf jaar zelfstandig kunnen wonen. Gezien de indicaties is het zeer de vraag of dit doel haalbaar is voor alle cliënten. De organisatie heeft wel de intakeprocedure zo aangepast dat vanaf nu alleen cliënten worden aangenomen waarvoor dit doel haalbaar is.

- 3.5. Hoewel een aantal cliënten een bij de zorgaanbieder bekend risico loopt voor de veiligheid van zichzelf en/of anderen, wordt door de zorgaanbieders (nog) geen signaleringsplan opgemaakt of op enig andere wijze begeleidingsafspraken op basis van de risico-analyse gemaakt. Tijdens de inspectie op locatie hebben de inspecteurs geconstateerd dat in meerdere woningen door de cliënten drugs gebruikt werden. De begeleiders hebben daar alleen controle op wanneer zij op de woning aanwezig zijn en de cliënten geven ook toe dat zij alleen gebruiken wanneer de begeleiding niet aanwezig is. Een aantal cliënten zijn bekend met agressieve uitbarstingen waarbij in het verleden o.a. sprake is geweest van een steekpartij. Met betrekking tot deze risico's zijn geen begeleidingsafspraken aangetroffen.
- 3.6. In de onderzochte ondersteuningsplannen zijn geen afspraken rond dagbesteding gevonden. Niet alle cliënten hebben een vorm van dagbesteding. Medewerkers geven wel aan dat met de dagbesteding contact wordt onderhouden. Hierover wordt echter niets vastgelegd.
- 3.7. Hoewel er nu smart doelen zijn geformuleerd zijn er geen afspraken gemaakt over op welke wijze daarover gerapporteerd moet worden. In de rapportage is dan ook moeilijk terug te vinden of er vorderingen gemaakt wordt op de doelen.

## 2.3

### Categorie 4. Kwaliteit van personeel en organisatie

	Norm	Aanwezig		
		ja	nee	nvt
4.1	Er is voldoende personeel aanwezig om de gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan na te komen.		√	
4.2	De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.		√	
4.3	De organisatie heeft een klachtenregeling voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers die niet getrapt is en gemakkelijk vindbaar op de website, waar ook het adres van de commissie vermeld staat.		√	
4.4	De organisatie heeft aantoonbaar medezeggenschap van cliënten geregeld.		√	
4.5	Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkertevredenheids-		√	

	onderzoeken) zijn zichtbaar.			
4.6	De locatie beschikt over een gedragscode voor medewerkers.	✓		
4.7	Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag overlegd.	✓		
4.8	Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).		✓	
4.9	De bekwaamheid van medewerkers in voorbehouden en risicovolle handelingen wordt met voldoende regelmaat getoetst en geregistreerd.			✓
4.10	Er zijn structureel feedbackmomenten, gericht op het eigen handelen van de medewerkers in de leefwereld van de cliënt.	✓		
4.11	Er vindt structureel afstemming plaats over uitvoering van de zorg tussen betrokken disciplines, zowel intern als extern.	✓		

#### **Toelichting**

- 4.1. Er is sinds het vorige bezoek (25 juni 2013) veel veranderd. Het aantal cliënten met indicatie VG 06 is drastisch verminderd waardoor het probleem van de 24-uurs nabijheid enigszins is gereduceerd. Het toezicht in de nachtelijke uren wordt verzorgd door een nachtwacht die rondes loopt en een achterwacht. Momenteel is er volgens de leiding nog een geringe onderbezetting. Komende week wordt die opgelost door het oprichten van een flexpool. Medewerkers geven echter aan dat zij onvoldoende aanwezig kunnen zijn op de woningen. Dit is niet te realiseren omdat en per woning slechts maximaal 4 cliënten geplaatst zijn en de woningen zeer verspreid liggen. Duidelijk is dat de cliënten continu toezicht wel nodig hebben.
- 4.3. Op de website is inmiddels een klachtenregeling geplaatst. Deze regeling is echter niet conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Ook zijn het klachtenreglement en het klachtformulier niet op de site te vinden. In de overhandigde map met stukken is een overeenkomst met Quasir aangetroffen over de afname van diensten van een klachtencommissie. Niet duidelijk is of deze overeenkomst al rechtsgeldig is.
- 4.4. Stichting OMEI begeleidt meer dan 50 cliënten en moet daarmee formeel beschikken over een medezeggenschapsraad. Momenteel is er geen cliëntenraad actief. Wel zijn er (onregelmatig) overlegmomenten per woning en is er een reglement voor de cliëntenraad opgesteld.
- 4.5. Stichting OMEI heeft naar aanleiding van het inspectiebezoek op 25 juni 2013 aangegeven het cliënttevredenheidsonderzoek zo snel mogelijk te gaan houden. Of dit inmiddels is gebeurd is niet duidelijk.
- 4.8. Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in ontwikkeling waarin kwaliteitsindicatoren worden benoemd en gemonitord.

### 3 Oordeel

In hoofdstuk 2 staan de bevindingen van de inspectie tijdens het Quick Scan bezoek op 20 en 28 augustus 2013 aan OMEI. Daar waar de instelling niet aan de norm voldoet, is door de inspectie een toelichting gegeven.

Op basis van deze bevindingen is de inspectie van oordeel dat OMEI niet voldoet aan de getoetste minimum normen. De situatie in de bezochte locaties is voor de cliënten en voor de medewerkers zowel fysiek als psychisch zeer onveilig. Deze conclusie is gebaseerd op de volgende waarnemingen op het gebied van veiligheid, continuïteit en kwaliteit van zorg:

- Veiligheid:
  - o er is geen continu toezicht in de locaties zodat cliënten niet gecorrigeerd worden in geval van risicovol gedrag (drugsgebruik, dealen, bovenmatig alcoholgebruik, onderlinge conflicten). Dit heeft geleid tot bedreigende situatie zoals een steekpartij tussen cliënten onderling.
  - o het ontbreekt de medewerkers aan middelen, vaardigheden en mogelijkheden om jongeren adequaat en effectief aan te spreken op hun gedrag en daarmee gedragsverandering in gang te zetten. Dit leidt tot ontduikgedrag bij jongeren zoals drugsgebruik als de begeleider niet aanwezig is.
  - o er is geen systeem voor het melden van incidenten operationeel, waardoor er van incidenten niet geleerd kan worden. Hierdoor is er sprake van herhaling van incidenten.
  - o risicotaxaties van cliënten leiden niet tot afspraken voor de begeleiders waardoor medewerkers geen kader hebben om escalatie van gedrag te voorkomen. Hierdoor komt het regelmatig tot uitbarstingen.
  - o Ondanks dat er twee maal brand is uitgebroken in de laatste tijd zijn cliënten niet nader geïnstrueerd wat te doen in geval van een calamiteit. Er worden geen ontruimingsoefeningen gehouden. Er is geen aandacht voor het vrijhouden van vluchtwegen. Trappen geblokkeerd door rommel en loshangende draden.
- Continuïteit:
  - o Cliënten melden dat zij in het laatste jaar geconfronteerd zijn met verschillende wisselingen van begeleider met tussenposen van 1 2 maanden. Daardoor is met de cliënten geen basis opgebouwd. Bij elke wisseling werd weer met een "schone lei" begonnen. Maatregelen die door de vorige begeleider waren getroffen t.a.v. een cliënt werden door de leiding teruggedraaid. Hierdoor kon een cliënt die vanwege haar gedrag allang naar een andere hulpverlener had moeten worden overgedragen steeds opnieuw beginnen en in hetzelfde gedrag vervallen.
- Kwaliteit:
  - o medewerkers zijn onvoldoende toegerust voor het werk met de doelgroep die OMEI in huis heeft. Bij de doelgroep is sprake van psychiatrische problematiek en/of verslavingsproblematiek. Hier is de begeleiding van Stichting Op me Eigen niet op gericht.
  - o OMEI heeft geen klachtenprocedure zoals beschreven in de WKCZ. In de commissie zitten werknemers van OMEI. Een cliënt die een klacht indiende heeft daarna niets meer vernomen.

In hoofdstuk 4 staat welke maatregelen OMEI, binnen welke termijn, moet nemen.

## 4 Herstelmaatregelen en handhaving

### 4.1 Te nemen maatregelen

Op basis van haar oordeel heeft de inspectie besloten over te gaan tot het geven van een bevel. Dit voornemen is op 29 augustus kenbaar gemaakt aan het bestuur van OMEI. Volgens de procedure heeft OMEI op vrijdag 30 augustus haar zienswijze kunnen inbrengen. Van deze mogelijkheid is gebruik gemaakt. De zienswijze is vervolgens betrokken bij het opstellen van het definitieve bevel dat op 30 augustus is uitgestuurd en op maandag 2 september openbaar gemaakt wordt.

### 4.2 Handhaving

Gelet op het zeer grote aantal normoverschrijdingen / de geconstateerde onveilige situaties heeft de inspectie een bevel gegeven. Het bevel heeft de volgende inhoud:

1. OMEI dient de zorgverlening aan en huisvesting van de huidige cliënten die van de Organisatie zorg en begeleiding ontvangen per direct te beëindigen. Aangezien cliënten het recht hebben op een zorgvuldige overdracht naar een andere zorgaanbieder, moet de Organisatie de overdracht aan de andere zorgaanbieder binnen 7 werkdagen realiseren. Tot die overplaatsing is gerealiseerd blijft u verantwoordelijk voor de cliënten.
2. OMEI dient alle cliënten en belangenbehartigers/contactpersonen binnen 24 uur na deze berichtgeving op de hoogte te stellen van dit besluit en hen alle benodigde hulp te bieden bij een zorgvuldige overgang naar een ander zorgaanbieder.
3. OMEI mag vanaf heden geen nieuwe cliënten aan- of opnemen, totdat voldaan is aan de eisen van de artikelen 2, 3 en 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Niet onder de eigen naam en niet onder een andere naam.

Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen. Het bevel gaat in op 30 augustus 2013, en duurt tot 6 september 2013 en kan door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden verlengd.

## Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

De onderstaande beoordelingsaspecten zijn gebaseerd op de wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

### *Wetgeving:*

- Kwaliteitswet zorgzorgaanbieders;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- Wet medezeggenschap cliënten zorgzorgaanbieders;
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

### *Veldnormen:*

- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, maart 2007;
- Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ);
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, Igz, 2012
- Veilige principes in de medicatieketen Taskforce medicatieveiligheid Care;
- Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg mei 2011.

### **Domeinen**

#### Domein Veiligheid

- De zorgplansystematiek voorziet in een PDCA-cyclus voor verschillende risicoaspecten zoals subjectieve veiligheid, meldsysteem en medicatie.
- Informatie en/of diagnostiek over preventie (bijvoorbeeld signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.
- Apparatuur is voorzien van gebruiksaanwijzing en wordt structureel onderhouden/ gekeurd. (Te denken valt aan bijvoorbeeld tillift, elektrische rolstoel, zuurstofapparaat, uitzuigapparatuur etc)
- De middelen ter toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in goede staat en worden regelmatig gecontroleerd.
- Gebouw en inventaris zijn schoon en onderhouden.
- Er worden minimaal 1 maal per jaar ontruimingsoefeningen gehouden, er is brandblusapparatuur binnen de locatie en er is een vrije doorgang van de nooduitgangen
- De locatie heeft aandacht voor vriendschap, relaties en seksualiteit, medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van seksueel misbruik.
- De organisatie/ locatie hanteert een meldcode huiselijk geweld.
- Er is sprake van verantwoord medicijn beheer en verstrekking;
  - Alle medicatie staat op naam van cliënten (geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen).
  - Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden.

- In de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen.
- In een afgesloten medicijnkast.
- Opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie.
- Sleutelbeheer is adequaat geregeld.
- Houdbaarheidsdata actueel.
- Voor iedere cliënt is een actueel, door apotheker verstrekt en geprint medicatieoverzicht in het ondersteuningsplan en een toedienlijst (of deellijst).
- Per medicijn is op de toedienlijst afgetekend nadat de medicatie is verstrekt.

#### Domein Vrijheidsbeperking

- De medewerkers zijn bekend met het beleid en visie rondom vrijheidsbeperking en dragen bij aan het beleid en de visie rondom preventie en afbouw van vrijheidsbeperkingen.
- De toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in de ondersteuningsplannen opgenomen en beargumenteerd, de overwogen minder ingrijpende alternatieven zijn zichtbaar.
- De wensen van de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger over vrijheidsbeperking zijn aantoonbaar meegenomen in afspraken, doelen en evaluatie.
- De inbreng van betrokken disciplines en/of extern deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking is in het ondersteuningsplan zichtbaar.
- Alle toepassingen middelen of maatregelen, dwangbehandelingen en vrijheidsbeperkende maatregelen (ook Wgbo gerelateerd), worden lokaal/centraal geregistreerd.
- Voor de toepassing zijn individuele uitvoeringsafspraken beschreven en er is een afbouwplan aanwezig.
- Informatie en/of diagnostiek op het gebied van preventie van vrijheidsbeperking (signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.
- De inspectie constateert een extra risico voor de zorg indien er fixatie banden in gebruik zijn en als er binnen de locatie separeerruimtes en of afzonderingsruimtes aanwezig zijn.

#### Domein Ondersteuningsplan

- Er is voor iedere cliënt een actueel ondersteuningsplan opgesteld op basis van multidisciplinaire beeldvorming waarin in ieder geval de volgende onderdelen beschreven zijn:
  - Er is een persoonsbeeld;
  - Er is een lange termijn perspectief geformuleerd;
  - Er zijn concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) geformuleerd die binnen een PDCA-cyclus vallen;
  - Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of uit een document blijkt dat de cliënt/cliëntvertegenwoordiger instemt met het ondersteuningsplan;
  - De datum van de eerst volgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd; Het ondersteuningsplan wordt tenminste eenmaal per jaar methodisch geëvalueerd.
  - De verantwoordelijke behandelaar (indien van toepassing vanaf ZZP5) staat vermeld.
- Cliënt en cliëntvertegenwoordiger worden actief ( in dialoog) betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan.
- De inbreng van het multidisciplinaire team is zichtbaar in het ondersteuningsplan.
- Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op de 'kwaliteit van leven'- domeinen (lichamelijk welbevinden; psychisch welbevinden; inter-persoonlijke relaties; deelname aan de samenleving; persoonlijke ontwikkeling; materieel welzijn; zelfbepaling; belangen) die voor de betreffende cliënt van toepassing zijn.
- De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.



- De uitvoering van de afspraken over de zorg en ondersteuning zijn zichtbaar in de rapportage.
- De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).

Domein Kwaliteit van personeel en organisatie

- Er worden structureel voldoende medewerkers ingezet om de gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan na te komen.
- Het is voor de medewerkers duidelijk hoe de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden geregeld is.
- Er is een klachtenregeling aanwezig die voldoet aan de eisen die de WKCZ daaraan stelt en cliënten en diens vertegenwoordigers worden over het klachtenreglement geïnformeerd.
- De organisatie heeft medezeggenschap geregeld.
  - Bij **minder dan 10 cliënten** zorgt de zorgaanbieder voor enige vorm van medezeggenschap bijv. in de vorm van huiskameroverleg. Voorwaarden zijn: er is sprake van een structureel karakter, er staat hiervan iets op schrift en voor cliënten moet duidelijk zijn waarover ze mogen mee praten.
  - Bij **10 tot 50 cliënten** zorgt de zorgaanbieder voor een vorm van medezeggenschap waarin de cliënten kunnen meedenken over het beleid van de instelling. Voorwaarden zijn: er is sprake van een structureel karakter, er staat hiervan iets op schrift en voor cliënten moet duidelijk zijn waarover ze mogen mee praten.
  - Bij **meer dan 50 cliënten** heeft de zorgaanbieder een cliëntenraad of kan de zorgaanbieder een bewijs van inspanning overleggen.
- Klachten en tevredenheidsonderzoeken (cliënt en medewerkers) leiden tot een verbeterplan in uitvoering.
- De locatie beschikt over een gedragscode medewerkers.
- Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag overlegd.
- Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).
- De bekwaamheid van medewerkers voor voorbehouden en risicovolle handelingen wordt met voldoende regelmaat getoetst en geregistreerd. De locatie heeft een opleidingsplan.
- Er zijn structureel feedbackmomenten die gericht zijn op het eigen handelen in de leefwereld van de cliënt georganiseerd.
- Er vindt structureel afstemming plaats over de uitvoering van de zorg tussen de betrokken disciplines (intern en extern betrokken disciplines).