



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

Rapport van het inspectiebezoek aan
Stichting De Zorgboog, locatie Keijserinnedael
in Helmond op 11 september 2018

Utrecht, januari 2019

V2008468

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	De Zorgboog 3
1.3	Beschrijving Keijserinnedael 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
4.3.1	Resultaten 14
Bijlage 1	Methode 17
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 19
Bijlage 3	Overzicht van aan te leveren documenten 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) bracht op 11 september 2018 een onaangekondigd bezoek aan Stichting De Zorgboog, locatie Keijserinnedael (hierna: Keijserinnedael) in Helmond.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Mochten de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport. De inspectie schrijft haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.

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

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

1.1 Aanleiding bezoek

Keijserinnedael is lang niet bezocht door de inspectie. Het laatste bezoek vond plaats in het kader van een thematisch toezicht over de medicatieveiligheid. De inspectie wil een beeld krijgen van de kwaliteit van de zorg en behandeling in Keijserinnedael.

1.2 De Zorgboog

Keijserinnedael maakt deel uit van De Zorgboog. De Zorgboog levert een breed pakket aan diensten in wonen, welzijn en zorg. De website vermeldt verder dat De Zorgboog ongeveer 2.400 medewerkers heeft, 1.100 vrijwilligers, ruim 2.000 cliënten in de thuissituatie, ruim 1.000 cliënten met zorg en verblijf, bijna 10.000 nul tot vierjarigen en hun gezinnen met jeugdgezondheidszorg en ruim 1.800 cliënten met kraamzorg. Sinds juli 2018 is een nieuwe bestuurder aangetreden en sinds december 2017 een nieuwe directeur zorg.

1.3 Beschrijving Keijserinnedael

Locatie

Keijserinnedael is een locatie voor wonen, welzijn en zorg met een uitgebreid aanbod aan activiteiten en zorgverlening. Het zorgcentrum is in 2015 volledig gerenoveerd. Het ligt vlakbij het winkelcentrum van Helmond en biedt verzorging, verpleging en behandeling, WMO activiteiten en dagbehandeling. Er zijn twee groepswoningen op Keijserinnedael, deze zijn gericht op revalidatie van mensen met dementie of andere cognitieve problemen, screeningsvragen en crisisopnamen.

In ontmoetingsruimte Het Klaverblad kunnen cliënten samen met familie en vrienden terecht voor wat eten en drinken. In deze ruimte vinden ook activiteiten plaats zoals restaurantavonden, dansavonden met livemuziek en verschillende spelletjesavonden. De inspectie ziet op de locatie onder andere een kapel en een bioscoopruimte waar cliënten naar toe kunnen. Ook heeft de locatie meerdere, al dan niet afgesloten, tuinen waar cliënten kunnen zitten.

De locatie biedt veel bewegingsvrijheid voor cliënten met dementie. Zij kunnen zich door het hele huis vrij bewegen met behulp van domotica. In Keijserinnedaal zijn ook echtparenkamers aanwezig.

Aansturing

Aansturing van de locatie vindt plaats door een locatie coördinator en twee hoofden woonverpleging. Op de afdelingen werken zorgcoördinatoren die eindverantwoordelijk zijn voor de dagelijkse zorg aan de cliënten.

Cliënten

De inspectie bezocht de zes groepswoningen waar in totaal 60 cliënten wonen met psychogeriatrische problematiek. Per woning wonen 10 tot 11 cliënten. Twee huiskamers liggen elk rondom een centrale keuken waar zorgverleners en vrijwilligers een aantal dagen per week koken voor cliënten.

Op de zes groepswoningen wonen 36 cliënten met een ZZP 5, 23 met een ZZP 7 en 1 cliënt met een LG-indicatie.

Behandelaren

In Keijserinnedaal werken twee basisartsen onder supervisie van een specialist ouderengeneeskunde (SO). Verder werken er een psycholoog, en andere paramedische disciplines.

Zorgverleners

Bezetting per woning (10 cliënten): 2 verzorgenden die werken van zeven uur of halfacht tot halftwee. In de middag werkt er een zorgverlener van halftwee tot vier uur of halfvijf. Er is een zorgverlener tot tien uur werkt. Afhankelijk van de toezichtvraag van cliënten kijkt Keijserinnedaal of een extra zorgverlener kan worden ingezet. Er is een activiteitenbegeleider voor de zes woningen voor 24 uur per week. Per twee woningen is een verpleegkundige beschikbaar of een combinatie van een verpleegkundige met een eerste verpleegkundige. In de nacht is er een verzorgende IG en een helpende beschikbaar.

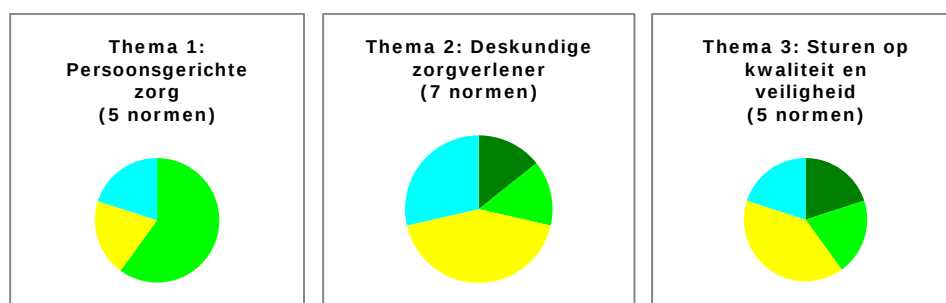
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Keijserinnedaal. 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.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaand diagrammen laten u per thema zien hoe de inspectie uw locatie beoordeelt.



2.2 Wat gaat goed

Medewerkers gaan op een betrokken en liefdevolle wijze om met de cliënten. Keijserinnedaal is een open organisatie en kent een goed leerklimaat voor haar medewerkers. De zorgverleners staan regelmatig stil bij hun handelen in verschillende overleggen die Keijserinnedaal organiseert. De cliënten kunnen erop rekenen dat zij inspraak hebben bij het opstellen van de doelen voor de zorg en behandeling. Cliënten hebben binnen Keijserinnedaal veel bewegingsvrijheid, doordat zij zich door het hele huis kunnen begeven.

2.3 Wat kan beter

Het vastleggen van de wensen en behoeften van cliënten kan beter net als het zorgdragen voor de aantoonbare instemming met het zorgplan. Zorgverleners en management van de locatie zijn zoekende naar een hernieuwde invulling van de persoonsgerichte zorg. De realisatie hiervan kan hen meer houvast geven bij het verder ontwikkelen van de persoonsgerichte zorg aan de cliënten.

2.4 Wat moet beter

Het sturen op het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit moet beter met behulp van een duidelijk aantoonbare PDCA-cyclus.

Het maken van bijvoorbeeld professionele afwegingen en het methodisch werken moet beter zodat de zorg voor de cliënt tijdig wordt bijgesteld. Zorgverleners hebben verder meer tijd nodig om voldoende aandacht te kunnen geven aan cliënten en benaderingsadviezen goed te kunnen uitvoeren. Het terugdringen van het ziekteverzuim verdient alle aandacht evenals de daarmee samenhangende inzet van flexwerkers, die de cliënten minder goed kennen. Zorgverleners evenals het management van de locatie, geven aan dat meer kennis en kunde nodig is van zorgverleners die passend is bij de steeds complexer wordende doelgroep.

2.5

Conclusie bezoek

Keijserinnedael voldoet grotendeels niet aan zes van de dertien getoetste normen. Management en zorgverleners ervaren problemen met een hoog ziekteverzuim, personeelstekorten en een voor de zorgverleners weinig ondersteunend dossier. Leiding van de locatie en zorgverleners zijn bevlogen en betrokken en zoeken met elkaar naar een vertaling van de visie op persoonsgerichte zorg in een veranderende tijd. Het systematische sturen op kwaliteit en veiligheid is hierbij noodzakelijk. De inspectie heeft vertrouwen in de leiding van de locatie en het lerend vermogen van de betrokkenen. De inspectie verwacht dat de organisatie passende maatregelen neemt om te voldoen aan de normen.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat we van u als zorgaanbieder verwachten. Daarna leest u wat de inspectie zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht**

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

De inspectie verwacht dat u **uiterlijk 28 juli 2019** voldoet aan de normen binnen de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige medewerker en sturen op kwaliteit en veiligheid. De inspectie vraagt u een resultaatsverslag op te stellen voor de normen waaraan u tijdens het inspectiebezoek 'grotendeels' of 'grotendeels niet' voldeed. Zie hiervoor hoofdstuk 4 van het rapport.

In het resultaatsverslag neemt u de volgende informatie op:

- Welke aanpak en acties u hebt ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- Hoe u heeft gemeten dat u volledig aan de norm voldoet;
- Als u per datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet geeft u aan wat u wel bereikt heeft en wanneer u verwacht aan de norm te voldoen.

Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie **uiterlijk 28 juli 2019**.

De inspectie verwacht dat verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties worden getroffen.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

Naar aanleiding van het resultaatsverslag zal de inspectie zich beraden of, en zo ja op welke vervolgstappen nog noodzakelijk zijn. De inspectie zal u hierover binnen vier weken na ontvangst van het resultaatsverslag berichten.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De inspectie scoorde tijdens het bezoek of Keijserinnedaal wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**

Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**

De instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**

De instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.

Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1¹

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Volgens de inspectie **voldoet Keijserinnedaal grotendeels** aan deze norm

De zorgcoördinator van De Zorgboog doet de intake indien mogelijk bij de cliënt thuis, eventueel in aanwezigheid van de familie. In sommige gevallen is dit niet mogelijk omdat de cliënt al binnen de zorgboog verblijft. Het transferbureau geeft de eerste schriftelijke en mondelingen informatie door aan Keijserinnedaal. Zorgverleners inventariseren de wensen en behoeften. Zorgverleners maken op basis daarvan een zorgplan. De inspectie ziet dat niet alle zorgplannen ondertekend zijn. De informatie over de wensen en behoeften verschilt per cliëntdossier. Zo ziet de inspectie bij een cliënt geen enkele achtergrondinformatie. De inspectie hoort dat deze cliënt al lang in Keijserinnedaal woont. Bij een cliënt die nog niet zo lang in Keijserinnedaal woont staat uitvoerige informatie beschreven over de geschiedenis van de cliënt. Zorgverleners bespreken het zorgplan minimaal twee keer per jaar met de cliënt en cliëntvertegenwoordiger. De familie en de cliënt hebben hierdoor inspraak in de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning. Het multidisciplinair overleg (MDO) is hier één overleg van.

¹ Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

Norm 1.2¹

Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.

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

De inspectie ziet in verschillende cliëntdossiers een beperkte levensgeschiedenis van de cliënt staan. Bij sommige cliënten staat helemaal geen levensgeschiedenis. Bij een enkele cliënt staat wel veel informatie. De inspectie hoort van zorgverleners dat het lastig is om te werken met flexwerkers die de cliënten niet goed kennen. De flexwerkers kennen de cliënt en zijn wensen en behoeften minder goed. In de cliëntdossiers ziet de inspectie geen aandacht terug voor specifieke levensvragen zoals eenzaamheid, rouw en invulling laatste levensfase.

Tijdens de observatie in de huiskamers ziet de inspectie dat cliënten die niet om aandacht vragen, geen aandacht krijgen van de zorgverlener. Een cliënt zit aan tafel met verschillende attributen voor zich om mee te spelen. De cliënt gebruikt deze attributen niet. De cliënt kijkt over de kast heen naar de televisie. De televisie staat meerdere meters van de cliënt vandaan. Zo kan zij eigenlijk niet goed televisiekijken.

Gastvrijheidsmedewerkers krijgen de informatie over de cliënten mondeling te horen van hun collega's.

Toch ziet de inspectie ook goede voorbeelden van zorgverleners die cliënten kennen. Tijdens de observaties ziet de inspectie dat zorgverleners cliënten aanspreken met hun naam en dat zij persoonlijke aspecten van de cliënt kennen. Zo weet een zorgverlener dat een cliënt vastgehouden wil worden en veel nabijheid nodig heeft. De inspectie ziet tijdens de observatie dat een cliënt onrustig is. De cliënt moet vervolgens huilen. De zorgverlener gaat met de cliënt naar de eigen kamer. Bij navraag van de inspectie geeft de zorgverlener aan dit bewust te doen. Op de eigen kamer van de cliënt kan deze tot rust komen. De inspectie ziet dat op de gangen en in de huiskamers aandacht is besteed aan de fysieke leefomgeving van de cliënten. Zo zijn op de gang verschillende mandjes geplaatst waar cliënten knuffels uit kunnen pakken.

Norm 1.3

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

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

Cliënten hebben alle bewegingsvrijheid binnen Keijserinnedaal. Het is een open instelling waar cliënten zich vrij kunnen bewegen door het huis. Met behulp van domotica krijgen zorgverleners een signaal als de cliënt het pand verlaat. Wel geven zorgverleners aan dat zij ervaren dat deze setting niet geschikt is voor iedere cliënt omdat er cliënten zijn die liever in de beslotenheid verkeren van een gesloten afdeling, zo is hun ervaring.

Tijdens de observatie ziet de inspectie dat cliënten zelf de keuze kunnen maken of ze willen drinken en wat ze willen drinken. De inspectie ziet dat en hoort de gastvrijheidsmedewerker dit met een open vraag aan cliënten stellen. De inspectie ziet ook dat deze medewerker een cliënt helpt met eten. De cliënt valt hierbij af en toe weg. De medewerker laat de cliënt het tempo bepalen. Zij neemt hier de tijd voor.

Op sommige afdelingen koken vrijwilligers voor cliënten. Zij bepalen het menu aan de hand van de jaargetijden. Volgens de vrijwilligers eten de cliënten alles. Een zorgverlener geeft aan dat op het moment dat de cliënt iets anders wil dit wel altijd mogelijk is. De inspectie hoort dat een cliënt graag meehelpt bij het koken. De cliënt helpt dan met het roeren in de soep.

De inspectie ziet dat zorgverleners wensen van een cliënt niet altijd kunnen respecteren. De inspectie ziet in een cliëntdossier dat een cliënt graag in de avond warm eet. Een zorgverlener geeft aan dat dit niet mogelijk is behalve in het weekend.

In de reactie op het conceptrapport geeft de bestuurder aan dat het voor cliënten mogelijk is om in de avond warm te eten en dit in de praktijk ook gebeurt. Buiten dat altijd in individuele situaties kan worden afgeweken kan worden van het groepsmoment van warm eten in de middag wordt er ook periodiek gekeken of dit groepsmoment in de middag moet plaats vinden of beter naar de avond kan schuiven.

Zorgverleners ervaren te weinig tijd om ook echt aandacht te kunnen besteden aan de eigen regie wensen van de cliënt terwijl zij dit wel graag willen. Zie hiervoor ook norm 2.5.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet Keijserinnedael grotendeels** aan deze norm. Zorgverleners gaan op een warme en liefdevolle manier om met cliënten. Zij bejegenen de cliënten met aandacht. De zorgverlener kijkt de cliënt aan voordat zij hem begeleidt met zijn rollator. De zorgverlener begeleidt de cliënt met aandacht van staan naar zitten. De inspectie ziet dat zorgverleners cliënten aanraken. De zorgverleners zijn respectvol naar cliënten toe. Wanneer een cliënt een beker op de grond laat vallen zegt een zorgverlener: "Het geeft niet".

De inspectie ziet dat een gastvrijheidsmedewerker complimenten geeft aan cliënten, bijvoorbeeld: "Mooie bloemen, die staan goed bij uw vestje". Wanneer een bewoner huilt geeft een zorgverlener aandacht aan deze cliënt. De zorgverlener geeft de cliënt eerst een kus en gaat met haar in gesprek.

De arts vertelt dat zorgverleners erg betrokken zijn, liefdevol met de cliënten omgaan maar ook een hoge werkdruk ervaren waardoor zij niet altijd toe komen aan individuele aandacht. De inspectie ziet dit terug tijdens de observatie. De inspectie hoort dat zorgverleners niet altijd de tijd kunnen geven aan een cliënt die deze nodig heeft. De beschikbare tijd gaat vooral naar de dagelijkse zorg die de cliënt nodig heeft.

Norm 1.5

Cliënten worden ondersteund om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

De norm is **niet getoetst**.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgverleners zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

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

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

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg, ondersteuning en risico's op basis van de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

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

Voor alle cliënten vindt een periodieke risico-inschatting plaats. De inspectie ziet deze risico-inschattingen terug in de cliëntdossiers. Het is niet duidelijk hoe en welke afweging plaats vindt voor het bepalen van het risico en/of een ingeschat risico leidt tot een doel in het zorgplan. Het is daardoor niet duidelijk of de risico's van een cliënt in beeld zijn. De bestuurder reageert in een reactie op het conceptrapport dat de risico-inschatting gebeurt op basis van de werkinstructie MDO, daarin is ook onder andere opgenomen het gebruik van de risico checklijst veilige zorg.

Tijdens de observatie ziet de inspectie dat een cliënt moeilijk tot geen contact maakt met de omgeving. De inspectie ziet dat dit ook in het dossier staat. Een bejegeningsplan ontbreekt.

De inspectie ziet dat een zorgverlener een cliënt medicatiedruppels in haar koffie geeft. De patiënt is hier niet over geïnformeerd. Hierover staan geen afspraken in het zorgplan. Een andere zorgverlener geeft ook aan dat de cliënt de druppels inneemt als je deze normaal aanbiedt.

De inspectie ziet in de cliëntdossiers dat de hoofdbehandelaar de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel (VBM) afweegt. In het formulier staat waarom deze inzet plaatsvindt. Zo ziet de inspectie dat bij de inzet van een bedsensor is gekeken naar het valrisico en de gevolgen. Ook staat een evaluatiedatum beschreven. Iedere drie maanden vindt een evaluatie plaats over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen waarbij behandelaren en zorgverleners betrokken zijn.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch, passend bij hun functieniveau. Dit hele proces wordt inzichtelijk vastgelegd in het cliëntdossier.

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

Keyserinnedael werkt met een elektronisch dossier. Zorgverleners geven aan dat het veel tijd kost om informatie te vinden. De zorgverleners moeten veel doorklikken om informatie op te zoeken of op te schrijven. Tijdens dossierinzage ziet de inspectie dat het niet lukt om doelrapportages in te zien. De inspectie ziet in meerdere cliëntdossiers dat zorgverleners veel schrijven onder de algemene rapportage. De inspectie ziet dat veel kennismakingsformulieren in verschillende cliëntdossiers niet zijn ingevuld. Evaluatiedata bij bijvoorbeeld de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet ingevuld. Een zorgverlener vertelt dat zij deze elke vier maanden evalueren. Het is niet terug te vinden of deze evaluatie aantoonbaar heeft plaatsgevonden.

Het zorgplan is ingevuld aan de hand van verschillende domeinen. Bij enkele cliënten zijn sommige domeinen uit het zorgplan weggehaald. Het zorgplan heet bij Keyserinnedael het werkplan. Daarnaast is er een pda-lijst (plan do act-lijst) met daarop alle punten die van belang zijn voor de dagelijkse gang van zaken. Het zorgplan komt niet altijd overeen met de actuele situatie rondom een cliënt. De inspectie leest bijvoorbeeld dat een cliënt zelfstandig loopt. In de praktijk blijkt de cliënt te vallen en met een rollator te lopen. De zorgverlener vertelt dat zij het zorgplan aanpassen na een MDO. Tussentijdse wijzigingen vinden niet plaats in het zorgplan.

De inspectie ziet dat de rapportages van zorgverleners uitgebreid zijn. De rapportages beschrijven niet altijd waarneembaar gedrag. Zo schrijven zorgverleners dat een cliënt onrustig is. Het is onduidelijk wat deze onrust inhoudt.

Bij een cliënt is op 18 juni 2018 afgesproken dat er een nieuw omgangsplan moet komen. Het plan is niet terug te vinden in het dossier. Bij een cliënt met complexe problematiek is de cliënttypering van de opname uit 2015 leeg. Een levensgeschiedenis is niet te vinden. De doelen op sociaal welbevinden zijn er niet.

Metingen bij cliënten staan aantoonbaar volgens opdracht in het dossier genoteerd. De inspectie ziet dat bij een cliënt met het risico op ondervoeding zorgverleners het gewicht periodiek moeten meten. In het dossier staat ook bij welke waarde de zorgverleners contact moeten opnemen met de arts.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.

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

Zorgverleners houden eenmaal per twee maanden bewonersbesprekingen waarin zij reflecteren op het gedrag van de bewoners en hun eigen reactie daarop. Bij deze besprekingen is de psycholoog aanwezig. De psycholoog voert indien nodig een video-interactiebegeleiding uit die zij vervolgens met zorgverleners bespreekt in het bewonersoverleg.

Eén keer in de twee weken vindt een kernteambespreking plaats. Aan dit kernteam nemen de arts, psycholoog, eerste verpleegkundige en de zorgcoördinator deel. In dit kernteamoverleg vindt ook de bespreking van het gedrag van de cliënt plaats.

Daarnaast is het teamoverleg één keer per twee maanden.

Norm 2.4

Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.5

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

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

De arts geeft aan dat de kennis van zorgverleners beter kan. Er is niet voldoende vast personeel beschikbaar. Het ziekteverzuim over de periode januari tot en met juli 2018 bedroeg gemiddeld 15,5%. Keijserinnedael maakt daarom gebruik van flexwerkers. De flexwerkers kennen de cliënten minder goed. Management, behandelaars en zorgverleners vinden dat de deskundigheid van de zorgverleners niet meer voldoende aansluit bij de cliëntengroep. Zorgverleners geven ook zelf aan dat hun kennis te kort schiet. De cliënten komen binnen met steeds complexer en onbegrepen gedrag. Alle medewerkers vinden dat het huidige scholingsbeleid niet meer aansluit. Management en medewerkers zijn zoekende naar andere vormen van scholing zodat zorgverleners beter zijn toegerust.

In een memo 'Scholingslijn' ziet de inspectie dat gekeken is naar de scholingsbehoefte van de zorgverleners voor de komende periode. Hieruit komt naar voren dat zorgverleners onder andere behoefte hebben aan 'omgaan met probleemgedrag'. In het scholingsplan voor eind 2018 en 2019 staan geplande scholingen voor omgaan met probleemgedrag en de scholingslijn 'basis op orde'. De inspectie ziet in het 'Scholingsplan Woonverpleging' scholingen staan voor verpleegkundigen. De inspectie hoort dat de scholing de afgelopen periode heeft stilgelegen. Dit komt door een hoog ziekteverzuim en personeelstekorten vertellen gesprekspartners. De zorgorganisatie reageert in de reactie op het conceptrapport dat er een scholing is stilgelegd van het scholingstraject 'Verdraaid'. Omdat het team in de fase van hun ontwikkeling niet toe waren aan het volgen van dit traject.

Op de afdelingen werkt per twee woningen een verpleegkundige. Voor de zes woningen is een activerend begeleider beschikbaar voor 24 uur per week. De coördinatie van de zorg rondom de cliënt is in handen van een zorgcoördinator (vergelijkbaar met een EEV-er). Keijserinnedael zet gastvrijheidsmedewerkers in voor een aantal uren per dag. Het proces hoe en wanneer Keijserinnedael deze medewerkers het best kan inzetten is nog lopende. De gastvrijheidsmedewerkers kunnen niet in het cliëntdossier. In de reactie op het conceptrapport geeft de bestuurder aan dat de inzet van gastvrijheid medewerkers een pilot is. De inzet en de werkwijze van deze medewerkers is nog in ontwikkeling en daarmee samenhangend de vraag of deze medewerkers ook toegang hebben tot het dossier.

Tijdens de observatie van de inspectie is een zorgverlener alleen op de huiskamer. Op dat moment zijn er tien cliënten in de huiskamer aanwezig. Eén cliënt loopt heen en weer. De zorgverlener maakt steeds contact met deze cliënt. In het dossier staat dat de cliënt bij onrust het best een fotoboek kan bekijken. Ook vindt de cliënt het fijn dat iemand zijn hand vasthoudt. De zorgverlener heeft hier geen tijd voor. De inspectie hoort van andere gesprekspartners dat zorgverleners nauwelijks tijd hebben om omgangsadviezen goed uit te voeren.

De psycholoog is structureel betrokken bij de cliënten. Zo is de psycholoog zowel bij het MDO als bij de bewonersbespreking. De psycholoog vertelt dat zij ook gedrag observeert op de huiskamers. De psycholoog is een vast lid van het kernteam. Zij is ook betrokken bij cliënten waar geen directe behandeldoelen zijn geformuleerd op psychologisch vlak

Norm 2.6

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie **voldoet Keijserinnedael grotendeels** aan deze norm. Eenmaal per jaar is een multidisciplinair overleg. In het MDO bespreken de deelnemers het zorgplan en de risicosignaleringen.

Keijserinnedael kent ook een zogenaamd klein MDO. Dit is een gesprek met de familie. In dat gesprek zijn verder geen andere disciplines betrokken. Dit klein MDO is niet multidisciplinair van aard omdat het gaat om stabiele cliëntsituaties. De inspectie hoort van andere gesprekspartners dat er een groot MDO is bij alle andere cliënt situaties. Daar waar nodig betreft Keijserinnedael externe expertise. Zo is het CCE betrokken bij een cliënt en een afdeling. De inspectie ziet op basis van dit advies een plan van aanpak.

De inspectie hoort dat bij een enkele cliënt een door de familie betaalde hulpverlener wordt ingezet voor extra dagbesteding. Zonodig helpt Keijserinnedael bij het zoeken van een hulpverlener als de cliënt dit wenst, voor activiteiten die Keijserinnedael niet zelf biedt. Dit is geen standaard beleid. De cliënten betalen deze extra zorg zelf. De inspectie hoort dat de psycholoog andere deskundigheden inschakelt. Na een analyse van bijvoorbeeld onrustig gedrag, schakelt de psycholoog de ergotherapeut in omdat de onrust voort kan komen uit de behoefte van de cliënt aan het voelen van het lichaam. De ergotherapeut zet dan bijvoorbeeld een verzwaringsjasje in om de cliënt zich beter bewust te maken van zijn lichaam.

Het MDO verslag is niet bij elke cliënt bijgewerkt. Afspraken naar aanleiding van het MDO staan op verschillende plekken in het dossier. Dit is lastig terug te vinden.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1¹

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

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

Bij Keijserinnedael zijn een missie en visie aanwezig. De missie is dat cliënten hun autonomie, eigenheid en geluk behouden. In de visie staat dat de wensen van de cliënt het uitgangspunt zijn. Het leven en welzijn van de cliënt staan centraal.

De cliënt beslist mee over de manier waarop zorgverleners ondersteunen en zorg leveren. Gesprekspartners, zowel management als zorgverleners geven aan dat zij een nieuwe visie ontwikkelen op persoonsgerichte zorg. Zij geven aan dat zij hierin nog zoekende zijn. De zorgaanbieder geeft in de reactie op het conceptrapport aan dat de organisatie zoekt naar een manier om persoonsgerichte zorg vorm te geven in een tijd van groeiende vergrijzing en krimpende arbeidsmarkt.

De inspectie hoort van gesprekspartners dat zij de cliënt zoveel mogelijk vrijheid willen geven en dat dit ook lukt. Gesprekspartners zijn hier trots op. Zij zien dat de behoeften van de cliënten veranderen en daar willen alle medewerkers van Keijserinnedaal op in spelen.

Keijserinnedaal heeft afgewogen welke risico's er zijn bij het openen van de afdelingen zodat cliënten zich vrij door het huis kunnen bewegen en zelf ook de lift kunnen gebruiken. Zij wijzen toekomstige cliënten en hun vertegenwoordigers op dit beleid. Voor sommige cliënten kan de vrijheid ook beangstigend zijn zo hoort de inspectie en dan kiezen cliënten en hun vertegenwoordiger een andere locatie uit.

Norm 3.2

De zorgaanbieder gebruikt (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten voor de verbetering van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Keijserinnedaal grotendeels niet** aan de norm. MIC-meldingen komen binnen bij het hoofd Zorg. Het hoofd Zorg koppelt de bevindingen naar aanleiding van de melding terug aan de betreffende medewerkers. Er vindt geen terugkoppeling plaats op teamniveau. Hoe de borging van verbetermaatregelen plaatsvindt naar aanleiding van analyses is onduidelijk.

Keijserinnedaal heeft het aantal meldingen op locatieniveau per categorie beschikbaar. Keijserinnedaal voert nagenoeg geen analyses op locatieniveau uit op MIC-meldingen. De inspectie ziet dat op één thema een analyse heeft plaatsgevonden. Naar aanleiding van meerdere meldingen over onbegrepen gedrag, gedragsproblematiek en agressie is een analyse uitgevoerd. Naar aanleiding hiervan is het CCE ingeschakeld om een begeleidingstraject van twee teams op te starten. Uiteindelijk is het de bedoeling een nieuwe scholingslijn op dit thema te ontwikkelen.

Zorgverleners geven aan veilig te kunnen melden.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Keijserinnedaal grotendeels niet** aan de norm omdat Keijserinnedaal niet volledig de PDCA-cyclus doorloopt. De inspectie ziet formulieren voor een in te vullen PDCA-cyclus om verbeteringen door te voeren. Verbeterpunten zijn niet altijd SMART geformuleerd. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld dat de PDA (plan-do-act-formulier) niet up-to-date is. Als actie staat vermeld inplannen en bespreken. Wat er besproken moet worden en wat het resultaat moet zijn staat niet vermeld.

In de periode van 2016-2018 zijn volgens de 'Kwaliteitsagenda' op Keijserinnedaal interne audits uitgevoerd op onder andere het gebied van voedselveiligheid, medicatie, hygiëne en het ECD. Het is onduidelijk of alle audits hebben plaatsgevonden. Het overzicht is niet volledig ingevuld. De inspectie ziet in documenten van de audits op medicatieveiligheid in 2018 dat de beoordeling op verschillende manieren plaatsvindt. Zo ziet de inspectie in de bevindingen van de audit dat niet dagelijks de temperatuurlijst van de koelkast is ingevuld.

De betreffende auditor scoort deze score toch als voldoet. De inspectie ziet dat Keijserinnedael naar aanleiding van de audits verbetermaatregelen opstelt. Het merendeel van deze maatregelen is niet SMART. Zo ziet de inspectie als verbetermaatregel: "bekendheid vergroten". Het is onduidelijk hoe de zorgaanbieder de bekendheid vergroot. Ook ziet de inspectie niet hoe de zorgaanbieder het effect van verbetermaatregelen monitort en hoe de borging plaatsvindt. De audits over mondzorg geven niet aan wat de kwaliteit is van de mondzorg. Audits op het gebied van persoonsgerichte zorg of methodisch werken vinden niet plaats binnen Keijserinnedael.

De afdelingen maken teamplannen, deze zijn echter niet SMART geformuleerd.

De inspectie ziet in de audits over medicatieveiligheid dat er wel verbeterpunten zijn geformuleerd. De Zorgboog heeft een kwaliteitsplan en kwaliteitsjaarverslag.

Norm 3.4

De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgverleners voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

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

De Zorgboog neemt deel aan een lerend netwerk. In 2018 is door De Zorgboog een symposium georganiseerd met verschillende workshops waaronder palliatieve zorg, onbegrepen gedrag en familieparticipatie en vrijwilligers.

De inspectie ervaart dat gesprekspartners tijdens het bezoek open en transparant zijn. In de gesprekken met het management geven de gesprekspartners aan dat zij op verschillende thema's in ontwikkeling zijn. De gesprekspartners geven aan waarop zij moeten verbeteren.

Binnen Keijserinnedael maakt elk team een ontwikkelplan. Zo ziet de inspectie in een ontwikkelplan uit juni 2018 dat het team wil verbeteren op het gebied van wensen en behoeften van cliënten tijdens het eten.

Norm 3.5¹

Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

De norm is **niet getoetst**.

Bijlage 1 Methode

De inspectie toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Keijserinnedaal geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- observatie van cliënten op afdelingen, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers van afdeling;
- gesprekken met behandelaars;
- gesprekken met het management(team);
- cliëntdossiers van afdeling, team, huiskamer;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats waardoor de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Daarna zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig. In verschillende huiskamers observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is. Verder kijken de inspecteurs waarom vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Wat valt op en waar hebben de inspecteurs vragen over?

De inspecteurs voeren door de dag heen gesprekken met zorgverleners, behandelaren, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadleden. Ook worden cliëntdossiers en documenten ingezien.

Overlegvormen kunnen bijgewoond worden zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie maakt gebruik van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij of zij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgverlener de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Wordt met de cliënten gepraat, een liedje gezongen, een spelletje gedaan, gewandeld? Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Overzicht van Zorgprofielen van cliënten;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop;
- Ontwikkelplan van een team en voor alle groepswoningen;
- Memo 'Scholingslijn';
- Overzicht van 'Verplichte Scholingen';
- 'Scholingsplan Woonverpleging';
- Onderwerpen workshops symposium;
- Overzicht interne audits in 'Kwaliteitsagenda';
- Interne audits op medicatie en mondzorg;
- Overzicht van MIC-meldingen en de daarvoor ingezette verbeteracties;
- Visie en kernwaarden uit het 'Kwaliteitsvenster'.
- Aanvullende informatie scholingsplan Keijserinnedael
- MDO werkinstructie

Bijlage 3 Overzicht van aan te leveren documenten

Overzicht ZZP's van cliënten

- Cliënten in zorg per ZZP KDH groepswonen a en b
- Cliënten in zorg per ZZP KDH groepswonen c en d
- Cliënten in zorg per ZZP KDH groepswonen e en f

Overzicht fte's zorgmedewerkers en behandelaars

- Betaalde zorgformatie 2018 KDH a en b
- Betaalde zorgformatie 2018 KDH c en d
- Betaalde zorgformatie 2018 KDH e en f

Overzicht ziekteverzuim en personeelsverloop

- Ziekteverzuim
- In en uit dienst KDH Groepswonen jan-jun 2018

Overzicht scholing in de afgelopen twee jaar en de planning voor het lopende jaar

- Symposium: onderwerpen waarop geschoold is
- Dagindeling symposium
- Lijst verplichte scholingen 2018
- Memo scholingslijn 2
- Scholingsplan Woonverpleging verbeterlag

MIC meldingen

- Kopie van Meldingen_MIC_MIM_DWV
- Verbetermaatregelen

Visie en kernwaarden zorgaanbieder

- Zie het kwaliteitsvenster op onze website:
<https://www.zorgboog.nl/over-ons/kwaliteitsvenster/leren-en-werken-aan-kwaliteit>
- Te raadplegen documenten op deze pagina:
 - o Strategische koers
 - o Missie en visie Woonverpleging

Visie op persoonsgerichte Zorg

- Zie het kwaliteitsvenster op onze website, is geformuleerd in de strategische visie en missie en visie Woonverpleging.
- Is een implementatie- en borgingsplan voor opgesteld, inclusief scholing. Zie scholingslijn 1 in scholingsplan Woonverpleging verbeterlag (in bijlage)

Kwaliteitsplan

- Voor 2018 is ons kwaliteitsplan opgesteld in de vorm van een inhoudsopgave (zie bijlage 'overzicht inhoud kwaliteitsplan 2018'), met verwijzingen naar documenten en verwijzingen naar ons kwaliteitsvenster op www.zorgboog.nl. Deze opzet van het kwaliteitsplan is besproken met het CZ zorgkantoor.
- Voor 2019 wordt wel een kwaliteitsplan opgesteld, inclusief locatiekwaliteitsplannen.

Interne audits

- Kwaliteitsagenda 2015-2018
- Medicatieaudit cluster 5
- Mondzorgaudit cluster 5

Overzicht rooster / basisbezetting

- Dagvenster GRW C&D

Notulen van teamoverleg

- Team Ontwikkel Plan gpw B juni 2018
- Juni 2018 Actieplan alle groepswoningen