



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Omring, locatie Sorghvliet
in Andijk op 20 juni 2017

Utrecht,
september 2017

V1015673

Inhoud

| | |
|------------------|---|
| 1 | Inleiding 4 |
| 1.1 | Aanleiding bezoek 4 |
| 1.2 | Beschrijving locatie 4 |
| 2 | Conclusie 7 |
| 2.1 | Overzicht van de resultaten 7 |
| 2.2 | Wat gaat goed 7 |
| 2.3 | Wat kan beter 7 |
| 2.4 | Wat moet beter 7 |
| 2.5 | Conclusie bezoek 7 |
| 3 | Wat zijn de vervolgacties 9 |
| 3.1 | De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 9 |
| 3.2 | Vervolgacties van de inspectie 9 |
| 4 | Resultaten 10 |
| 4.1 | Thema Persoonsgerichte zorg 10 |
| 4.1.1 | Resultaten 10 |
| 4.2 | Thema Deskundige zorgverlener 12 |
| 4.2.1 | Resultaten 13 |
| 4.3 | Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15 |
| 4.3.1 | Resultaten 15 |
| Bijlage 1 | Methode 18 |
| Bijlage 2 | Beoordeelde documenten 20 |

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bracht op 20 juni 2017 een aangekondigd bezoek met onaangekondigde elementen aan Stichting Omring (hierna: Omring) woonzorgcentrum Sorghvliet (hierna: Sorghvliet) in Andijk. Het bezoek is aangekondigd omdat de inspectie het bezoek bracht met ervaringsdeskundigen (zie uitleg hieronder).

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](#).

De IGZ onderzoekt of zij ervaringsdeskundigen kan betrekken bij het toezicht. In 2017 gaan enkele ervaringsdeskundigen mee met 20 inspectiebezoeken in de ouderenzorg. Tijdens dit bezoek zijn twee ervaringsdeskundigen betrokken. De inspecteur verwerkt de bevindingen van de ervaringsdeskundigen – voor zover van toepassing – in dit rapport. Deze bevindingen beïnvloeden alleen het oordeel van de inspectie als ook uit twee of meer andere door de inspectie gebruikte bronnen (bijvoorbeeld gesprekken met zorgverleners of observaties van de inspecteur) overeenkomstige bevindingen naar voren komen. Citaten uit gesprekken met cliënten zijn soms opgenomen ter illustratie.

1.1 Aanleiding bezoek

Aanleiding voor het inspectiebezoek is dat de inspectie locaties van de Omring de afgelopen jaren niet heeft bezocht. De inspectie wil met dit bezoek meer zicht krijgen op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg die Omring biedt. Sorghvliet is een willekeurig gekozen locatie.

1.2 Beschrijving locatie

Stichting Omring

Omring biedt zorg en behandeling in de regio West Friesland, Kop van Holland en Texel. Omring heeft 25 woonzorgcentra en biedt geriatrische revalidatiezorg en thuiszorg aan. Omring biedt daarnaast (para)medische zorg vanuit een advies- en behandelcentrum.

Locatie Sorghvliet

Sorghvliet is van oorsprong een verzorgingshuis. Sorghvliet heeft 41 intramurale plekken en 55 aanleunwoningen. Op de begane grond liggen tien appartementen. Op de eerste en tweede etage liggen respectievelijk 18 en 13 appartementen voor cliënten met een somatische en/of psychogeriatrische (PG-)aandoening. De appartementen liggen aan een lange gang. Aan het ene eind van iedere gang bevindt zich een huiskamer met open keuken. Aan het andere eind is een doorgang naar aanleunwoningen waar inwoners van Andijk zelfstandig wonen. Indien nodig kunnen zij

thuiszorg krijgen van zorgverleners van Sorghvliet. Dit wordt gefinancierd met de Wet Langdurige Zorg (WLZ) of de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Op de eerste etage is een zorgpost. Op de begane grond bevinden zich onder andere een winkeltje en een restaurant. Er is een receptie die een groot deel van de dag en de avond bemenst is.

Sorghvliet beschikt over een groot terras dat toegankelijk is voor haar bewoners. Het huis ligt in een groene omgeving.

Sorghvliet heeft geen Bopz-aanmerking. De locatie wordt over drie jaar afgebroken. Er komt nieuwbouw. De nieuwbouw is onder ander bestemd voor zwaardere pg-cliënten. De nieuwbouwplannen zijn tot stand gekomen in overleg met bewoners van Andijk.

Cliënten

In het verzorgingshuis van Sorghvliet wonen tijdens het inspectiebezoek voornamelijk cliënten met een zorgzwaartepakket ZZP 4 (26), ZZP 5 (4) en ZZP 6 (6). Ook biedt Sorghvliet intramurale zorg aan een cliënt met een ZZP 8, één cliënt met pakket voor de geestelijke gezondheidszorg en aan zes cliënten met lichtere zorgarrangementen. Sorghvliet biedt daarnaast extramurale zorg aan 25 cliënten. Zij krijgen zorg op basis van verschillende zorgarrangementen.

Personeel

Een locatiemanager stuurt de locatie integraal aan, onder regie van de directeur Wonen en Zorg. Teamcoaches bieden ondersteuning aan de teams. Sorghvliet heeft sinds drie maanden een kwaliteitsverpleegkundige. Zij zorgt voor de inhoudelijke ondersteuning van medewerkers. Zij richt zich op begeleiding van medewerkers en de borging van de kwaliteit en veiligheid van de zorg, waaronder methodisch werken. Ze ondersteunt zorgverleners onder andere bij het goed leren werken met het elektronische cliëntdossier (ECD) en het opstellen van zorgplannen.

Op de afdelingen werken zorgverleners van verschillende niveaus: verpleegkundigen niveau 4, verzorgenden niveau 3, helpenden niveau 2 en gastvrouwen. Op iedere verdieping werkt een vast team van zorgverleners. Zij verlenen ook zorg aan cliënten in de aanleunwoningen. De dagdienst bestaat op iedere etage uit twee zorgverleners. In de avonddienst zet Sorghvliet vier zorgverleners in voor de drie etages. De gastvrouwen zijn dagelijks aanwezig op de huiskamers. Zij zorgen voor toezicht en doen activiteiten met de cliënten. Een activiteitenbegeleider organiseert de centrale activiteiten. Sorghvliet heeft ruim 100 vrijwilligers. Een vrijwilligerscoördinator stuurt hen aan. Ieder zorgteam werkt met aandachtsfunctionarissen voor zorginhoudelijke thema's, zoals medicatie, hygiëne en dementie.

Behandeling

Cliënten in Sorghvliet krijgen medische zorg via de huisarts. Sorghvliet werkt hiervoor samen met twee huisartspraktijken. Ook werkt Sorghvliet samen met twee apotheken. De huisarts kan een beroep doen op de specialist ouderengeneeskunde van Omring en op vrijgevestigde paramedici. Ook kunnen de huisarts of zorgverleners Geriant inschakelen voor cliënten met psychogeriatrische problematiek. Geriant biedt diagnostiek, behandeling en casemanagement voor deze doelgroep.

Ontwikkelingen

Sorghvliet maakt een omslag door van een verzorgingshuis naar een verpleeghuis. Het management vertelt dat Sorghvliet te maken heeft met een toenemende complexiteit van de zorgvraag van haar cliënten. De zorgverlening is hier volgens hen onvoldoende in meegegroeid. Sorghvliet is om die reden proactief bezig de personeelssamenstelling optimaal te laten aansluiten bij de doelgroep. Ze trekt hoger opgeleid personeel aan en schoolt haar medewerkers.

Het management vertelt dat het gebouw niet meer voldoet aan de eisen. Omring heeft dit zelf in beeld en is bezig met de herontwikkeling van deze locatie. Omring is

van plan de huidige locatie op termijn te vervangen voor nieuwbouw. Zij betreft hierbij de lokale gemeenschap, de gemeente en de cliënten in zorg. Ruim twee jaar geleden is Sorghvliet gestart met zelforganiserende teams. Dit zorgt voor een platte organisatiestructuur. Het management wil zorgverleners zelf regelruimte geven, ondersteund door de teamcoaches en de locatiemanager. Sorghvliet heeft sinds kort een elektronisch cliëntdossier (ECD). Het management vertelt dat zorgverleners hier nog goed mee moeten leren werken.

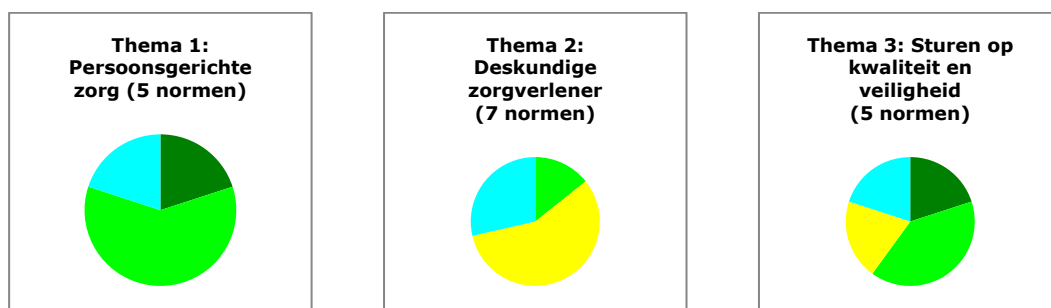
2 Conclusie

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 Sorghvliet. 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

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



2.2 Wat gaat goed

Cliënten zijn tevreden over de zorg en de persoonlijke aandacht die ze krijgen van zorgverleners. Zorgverleners stemmen de zorg af op de wensen en behoeften van de cliënten. Ook hebben ze veel aandacht voor de eigen regie. Sorghvliet heeft een groot aanbod van activiteiten. De sfeer in het huis is goed.

Het management heeft een goed beeld van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Sorghvliet verzamelt kwaliteitsinformatie en gebruikt deze voor verbeteringen in de zorg. Omring heeft een heldere visie over persoonsgerichte zorg.

2.3 Wat kan beter

De dossiervoering kan beter. Zorgverleners leggen nog niet alle informatie vast die belangrijk is voor een methodische werkwijze. Ook benutten ze persoonsgebonden informatie in het ECD onvoldoende als onderdeel van de dagelijkse zorg.

Daarbij is in de dossiervoering te weinig aandacht voor welzijn en welbevinden. Een ander aandachtspunt betreft de informatie die zorgverleners aanleveren bij MIC-meldingen. Deze gaan onvoldoende in op de basisoorzaken, waardoor verbetermaatregelen mogelijk niet passend zijn.

2.4 Wat moet beter

De deskundigheid van het personeel sluit nog onvoldoende aan bij de doelgroep. De kennis over persoonsgerichte zorg en het omgaan met mensen met dementie moet nog verder verbeterd worden. Ook is meer deskundigheid noodzakelijk voor het maken van professionele afwegingen in de zorg en het tijdig raadplegen van andere disciplines.

2.5 Conclusie bezoek

Sorghvliet zit in de overgang van een verzorgingshuis naar een verpleeghuis. Uit de resultaten van het inspectiebezoek blijkt dat Sorghvliet in het begin staat van dit veranderproces. Het management onderkent wat er nodig is voor deze omslag. Diverse verbetertrajecten zijn ingezet. Sorghvliet heeft echter meer tijd nodig om te voldoen aan alle normen voor een kwalitatief goede zorg. De inspectie heeft wel

vertrouwen in het management. Zij laten een open en transparante houding zien. Ook ziet de inspectie verbeterkracht in de organisatie. Medewerkers staan positief ten opzichte van de veranderingen die nodig zijn. Dit leidt nu al tot zichtbare resultaten. De organisatie heeft veel van het verbetertraject op papier uitgewerkt. De volgende stap is om dit in de dagelijkse praktijk toe te passen.

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 gaat ervan uit dat u het door uzelf ingezette verbetertraject verder doorzet. Daarbij verwacht de inspectie dat u op 28 december 2017 voldoet aan de normen waaraan u tijdens het inspectiebezoek grotendeels niet voldoet. Hierbij ligt de nadruk op het vergroten van de deskundigheid van zorgverleners.

De inspectie gaat er daarnaast van uit dat u verbetermaatregelen zo nodig ook treft op andere locaties.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie concludeert dat de zorg op deze locatie op dit moment nog niet voor alle thema's van voldoende kwaliteit is en verwacht dat deze op orde komt.

De inspectie zal door middel van een nieuw inspectiebezoek op een andere locatie de vorderingen van de ingezette verbeteringen toetsen. Op basis daarvan bepaalt de inspectie of een vervolgbezoek bij Sorghvliet nodig is.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De IGZ scoorde tijdens het bezoek of Sorghvliet 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.

Sorghvliet **voldeet grotendeels** aan deze norm. Sorghvliet betreft cliënten en/of cliëntvertegenwoordiger bij afspraken over zorg en behandeling. Met behulp van het meetinstrument Resident Assessment Instrument (RAI) brengt een zorgverlener in een gesprek met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger de problemen en mogelijkheden van de bewoner in kaart. De uitkomsten van de RAI bespreekt men met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger. De uitkomsten zijn de basis voor het cliëntplan (= zorgplan). Zorgverleners bespreken het cliëntplan twee keer per jaar met de cliënt(vertegenwoordiger). De huisarts is ten minste éénmaal per jaar aanwezig bij de cliëntplanbespreking. De huisarts beschikt over de uitkomst van de RAI. Zorgverleners vertellen ook tussentijdse wijzigingen in de zorg te bespreken met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.

In de geraadpleegde dossiers is de instemming van de cliënt(vertegenwoordiger) met het cliëntplan niet altijd aantoonbaar. De reden die zorgverleners hiervoor geven is dat zij een achterstand hebben door het vertrek van twee eindverantwoordelijke verzorgenden (EVV-ers).

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.

Sorghvliet **grotendeels** aan deze norm. Tijdens de rondleiding en observatie ziet de inspectie dat zorgverleners hun cliënten kennen. Ze weten te vertellen wat de voorkeuren zijn van enkele cliënten, wat hun achtergrond is en welke zorg ze nodig hebben. Tijdens de rondleiding is bijvoorbeeld te zien dat een cliënt zonder rollator naar het toilet gaat. Een zorgverlener ziet dat en gaat meteen de rollator halen omdat de cliënt al een paar keer is gevallen. Ze vertelt dat de cliënt soms snel iets wil doen zonder de rollator te gebruiken. Een cliënt vertelt aan een ervaringsdeskundige dat zorgverleners weten dat ze graag leest. Ze zorgen er voor dat ze altijd iets te lezen heeft. Een andere cliënt vertelt dat zorgverleners hem waarschuwen als er activiteiten zijn die hij leuk vindt.

In de geraadpleegde cliëntdossiers is te zien dat over cliënten uitgebreide persoonsgebonden informatie beschikbaar is. Zorgverleners maken voor iedere cliënt een ik-profiel. De inspectie ziet in de ECD's dat ik-profielen aanwezig zijn. Alle informatie is geformuleerd in de ik-vorm, vanuit het perspectief van de cliënt.

Het gaat om informatie over de levensgeschiedenis, hobby's, wensen en behoeften van cliënten. Ook ziet de inspectie een omgangsadvies op basis van deze informatie. Hierin staat hoe de cliënt benaderd wil worden.

In gesprekken met medewerkers hoort de inspectie echter ook dat zorgverleners de beschikbare persoonsgebonden informatie niet altijd gebruiken. Zo vertellen zorgverleners dat zij niet altijd de beschikbare informatie in de cliëntplannen lezen. Enkele cliënten vertellen in gesprekken met ervaringsdeskundigen dat zorgverleners niet altijd goed op de hoogte zijn van hun wensen voor dagbesteding. Een van de cliënten voelt zich eenzaam. Zij zegt dat dit niet bekend is bij de zorgverleners.

Norm 1.3

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

Sorghvliet **voldoet grotendeels** aan deze norm. Zorgverleners vertellen tijdens de zorg rekening te houden met de eigen regie van cliënten. Ze laten cliënten zoveel mogelijk zelf doen en stimuleren eigen keuzes. Zo kunnen cliënten kiezen waar ze willen eten, in de huiskamer, op de eigen kamer of in het restaurant. Een cliënt vertelt een ervaringsdeskundige dat ze in de avond op haar kamer eet. Ze haalt dan zelf haar eten in het restaurant. Als ze later thuiskomt, bewaren zorgverleners haar eten en krijgt ze het later. Zorgverleners respecteren de privacy van cliënten als ze hieraan behoefte hebben. Cliënten kunnen zelf kiezen welke activiteiten ze willen doen. Sorghvliet heeft een groot activiteiten aanbod, op de huiskamers en in de centrale ruimte. Sorghvliet heeft veel vrijwilligers. Zij kunnen cliënten ondersteunen bij het voeren van de eigen regie. Cliënten die dat willen kunnen naar buiten gaan. Een zorgverlener vertelt dat zij afspraken maken met familie als cliënten buiten kunnen verdwalen. Een cliënt kreeg in het verleden bijvoorbeeld een GPS mee. Cliënten die dat willen, kunnen een kerkdienst volgen in het huis.

Tegelijkertijd blijkt uit gesprekken met zorgverleners dat het voor hen niet altijd inzichtelijk is wat eigen regie inhoudt. Zo staat in een cliëntplan bij het doel 'cliënt voert eigen regie' als actie dat de cliënt structuur nodig heeft. Als enige concrete actie voor deze cliënt noemen zorgverleners structuur in het rookgedrag.

Ook in gesprekken met ervaringsdeskundigen komt naar voren dat het zorgverleners niet altijd lukt om zorg te bieden die de eigen regie bevordert. Zo vertellen twee cliënten dat zij tegen hun wens in maar twee keer per week kunnen douchen op het door hen gewenste tijdstip. Een andere cliënt noemt dat zorgverleners niet altijd haar privacy respecteren. Ze komen dan zonder te kloppen bij haar binnen. Dit gebeurt ook tijdens het gesprek met een ervaringsdeskundige.

De cliënt vindt dit erg vervelend. Een andere cliënt vertelt in een gesprek met een ervaringsdeskundige dat hij geen inspraak heeft in het huidige activiteiten aanbod. Dit aanbod sluit niet aan bij zijn behoeften. Wel attenderen medewerkers hem als er activiteiten zijn die hij wel leuk vindt.

Norm 1.4

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

Sorghvliet **voldoet** aan deze norm. Tijdens de rondgang en observatie is te zien dat zorgverleners cliënten op een respectvolle manier benaderen. Meerdere cliënten vertellen zich prettig te voelen in het huis. Zorgverleners gaan op een prettige manier met hen om. Ze bieden een luisterend oor en helpen hen als dat nodig is. Zorgverleners zijn volgens cliënten altijd vriendelijk en geïnteresseerd. Tijdens de observatie op een huiskamer ziet de inspectie dat cliënten zich vermaken met een spelletje. De zorgverlener op de huiskamer geeft cliënten complimenten tijdens het spel. Een cliënt ligt te slapen tijdens het spel. De zorgverlener weet te vertellen dat hij erg moe is. Op andere dagen doet hij wel mee met het spel.

In gesprekken met ervaringsdeskundigen vertellen cliënten zich veilig en prettig te voelen in het huis. Ze zijn vol lof over de betrokkenheid en zorgzaamheid van zorgverleners. Een cliënt ervaart veel gezelligheid in het huis. Vooral in het restaurant en op het buitenterras. De leden van de cliëntenraad zijn van mening dat zorgverleners warme zorg verlenen. Ze werken volgens hen met hart en ziel voor hun cliënten. Een cliënt vertelt aan de inspectie dat ze erg tevreden is over de zorg. Ze zegt: 'die meiden verdienen een 10'.

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 zorgverleners 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 zorgverleners. 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 opleveren.
- 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.

Sorghvliet **voldoet grotendeels niet** aan de norm. In de gesprekken komt naar voren dat zorgverleners nog niet goed in staat zijn professionele afwegingen te maken over de zorg op basis van zorgbehoeften van cliënten. Het management vertelt dat klinisch redeneren voor een groot deel van de zorgverleners moeilijk is. Sorghvliet is wel aantoonbaar bezig dit punt op te pakken

(zie 2.5). Zorgverleners van Sorghvliet verzamelen informatie over de cliënt tijdens de afname van de RAI. Maar deze informatie is niet in alle cliëntplannen terug te vinden. Ook vertellen enkele zorgverleners niet in de cliëntplannen te kijken omdat ze dat niet nodig vinden. Uit gesprekken komt naar voren dat zorgverleners niet altijd op de hoogte zijn van psychosociale behoeften van cliënten. Uit gesprekken en rapportages blijkt dat zorgzorgverleners nog erg gericht zijn op het uitvoeren van ADL-handelingen. In de rapportages staat met name informatie over uitgevoerde taken en over waar de cliënt geweest is. Informatie over welzijn en welbevinden ontbreekt. Uit gesprekken blijkt ook dat zorgverleners meer kennis nodig hebben over dementie om professionele afwegingen te maken.

In de dossiers is wel te zien dat zorgverleners twee keer per jaar een risico-evaluatie uitvoeren en de zorg op basis hiervan aanpassen. Als er sprake is van risico's dan verwerken zij dit in het cliëntplan. Een cliënt heeft een groot risico op blaasontsteking. Het is belangrijk dat zorgverleners dit op tijd signaleren. In het cliëntplan staat precies beschreven welke verschijnselen de cliënt krijgt bij een blaasontsteking en wat zorgverleners dan moeten doen. Zorgverleners vertellen dat zij ook hiernaar handelen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen komen zelden voor in Sorghvliet. Sommige cliënten gebruiken een bedhek op eigen verzoek. Als cliënten buiten kunnen verdwalen, maakt men afspraken met de familie. Deze informatie staat aantoonbaar in het ECD. Voorafgaand aan de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel gebruikt Sorghvliet een beslisboom. Evaluaties vinden volgens afspraak plaats.

Norm 2.2

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

Sorghvliet **voldoet grotendeels niet** aan de norm. De inspectie ziet dat het methodisch werken niet goed zichtbaar is in de cliëntdossiers. De aandachtspunten, doelen en acties in het cliëntplan bestaan uit standaardteksten. Zorgverleners kunnen zelf passende acties toevoegen. Dat gebeurt vaak niet. Een cliënt heeft bijvoorbeeld een zorgdoel over haar depressieve gevoelens. Volgens een zorgverlener helpt het om deze cliënt alleen te laten. Dit staat niet als actie in het cliëntplan. De inspectie ziet geen rapportage over dit onderwerp.

Een medewerker vertelt dat andere disciplines hun bevindingen en opdrachten noteren op het rapportageformulier. In een rapportage van Geriant in maart 2017 staat dat de cliënt medicatie krijgt voor onrust in haar hoofd. In het dossier staat niet waaruit die onrust bestaat. Ook rapporteren zorgverleners hier niet over. Het management vertelt dat Sorghvliet bezig is met een verbetertraject voor het methodisch werken. Zorgverleners volgen hiervoor een training en krijgen 'coaching on the job' door de kwaliteitsverpleegkundige. De inspectie ziet dat in een aantal dossiers wel een aanzet voor methodische werkwijze zichtbaar is.

Norm 2.3

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

Sorghvliet **voldoet grotendeels niet** aan de norm. Gesprekspartners vertellen dat systematische reflectie over de geboden zorg binnen Sorghvliet niet plaatsvindt. Daarbij benutten zorgverleners niet alle mogelijkheden voor het krijgen van een goed beeld van de cliënt. De inspectie krijgt te horen dat gezamenlijke overleggen tussen zorgmedewerkers, gastvrouwen en medewerkers in de huishouding niet meer plaatsvinden. Daarin wisselde men voorheen informatie over de cliënt met elkaar uit. Ook komt naar voren dat zorgmedewerkers weinig op de huiskamer zijn. Hierdoor hebben zij minder zicht op het dagelijkse functioneren van cliënten. Wel vertellen zorgverleners dat het binnen Sorghvliet gebruikelijk is dat zorgverleners elkaar aanspreken als er zaken zijn die niet goed lopen in de zorg.

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.

Sorghvliet **voldoet grotendeels** aan de norm. Het management vertelt dat Sorghvliet bezig is de deskundigheid van haar zorgverleners te vergroten om in te spelen op de toenemende zorgzwaarte. Sorghvliet neemt hiervoor hoger opgeleid personeel aan. Ook schoolt ze haar eigen zorgverleners en stimuleert ze deze zich verder te ontwikkelen in hun vak.

De huidige scholing is gericht op het werken in zelforganiserende teams, methodisch werken, klinisch redeneren en persoonsgerichte zorg. Medewerkers die dat willen kunnen de opleiding volgen tot begeleider kleinschalige dementiezorg. Tot nu toe hebben drie zorgverleners dit gedaan.

Het management geeft aan klinische lessen te organiseren als er signalen zijn dat zorgverleners hier behoefte aan hebben. Zo kregen zorgverleners in oktober 2016 een klinische les over dementie van Geriant. Geriant verzorgt regelmatig klinische lessen over ziektebeelden als daar behoefte aan is. Ook bestaat voor zorgverleners de mogelijkheid om e-learning te volgen over bepaalde ziektebeelden.

Sorghvliet heeft aandacht voor de bevoegd- en bekwaamheid van haar zorgverleners voor voorbehouden en risicovolle handelingen. Medewerkers volgen hiervoor verplichte bijscholingen. Sorghvliet heeft een overzicht van de bevoegdheid en bekwaamheid van alle medewerkers en handelt hiernaar.

Het management vertelt dat de basisbezetting op orde is. Sorghvliet werkt met een intern uitzendbureau. Dit zorgt ervoor dat zoveel mogelijk bekende zorgverleners komen invallen. De afgelopen periode zijn een paar zorgverleners vertrokken. Het is nog niet gelukt de formatie aan te vullen met vaste krachten. Sorghvliet is hier wel actief mee bezig.

Gesprekspartners vertellen wel dat het niveau van medewerkers niet optimaal aansluit bij de toenemende zorgzwaarte van de cliënten. Zo blijkt uit gesprekken dat nog niet alle medewerkers voldoende kennis hebben over dementie en andere ziektebeelden die veel voorkomen op de locatie. Ook komt in een gesprek met een

zorgverlener naar voren dat het voorkomt dat zorgverleners in de huiskamer met elkaar kletsen. De zorgverlener vertelt dat cliënten hier onrustig van worden. In gesprekken met ervaringsdeskundigen vertellen twee cliënten dat ze niet vaker dan twee keer in de week kunnen douchen omdat er te weinig personeel is. Een van deze cliënten is van mening dat zorgverleners soms snel en onzorgvuldig werken omdat ze het te druk hebben. Een andere cliënt vertelt aan een ervaringsdeskundige dat ze veel te maken heeft met invalkrachten. Dat vindt ze vervelend. Daarbij zegt ze dat haar EHV-er weinig aanwezig is. Hierdoor heeft ze geen aanspreekpunt. Een andere cliënt vertelt de ervaringsdeskundige wel tevreden te zijn over de bezetting. Als ze belt is er altijd binnen vijf of tien minuten iemand bij haar.

Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

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.

Sorghvliet **voldoet grotendeels niet** aan deze norm. In gesprekken met zorgverleners komt naar voren dat zij zich nog onvoldoende bewust zijn van wanneer zij externe expertise in moeten schakelen. Binnen Sorghvliet vinden geen omgangs- of gedragsoverleggen plaats. Voor de zorgverleners die de inspectie spreekt, is het niet gebruikelijk om andere disciplines in te schakelen. Een zorgverlener vertelt dat zij bij onbegrepen gedrag meestal haar collega's raadpleegt. Of ze neemt contact op met de familie. Het management vertelt dat de samenwerking met de huisartsen en apothekers goed verloopt. Binnen Sorghvliet zijn wekelijks artsensites met de huisarts en de verpleegkundige. Zorgverleners werken met triagekaartjes over wanneer ze de huisarts kunnen inschakelen. De huisarts is minimaal een keer per jaar aanwezig bij de bespreking van het cliëntplan in een MDO. De inspectie krijgt te horen dat de huisarts niet in het ECD kan werken. De huisarts en zorgverlener gaan daarom samen achter de Ipad zitten om bevindingen en opdrachten goed op te schrijven. Dit gaat volgens de zorgverleners goed. Het management geeft in een reactie op feitelijke onjuistheden aan dat Sorghvliet voor cliënten externe expertise inzet als dat nodig is. De verpleegkundigen op de locatie zijn volgens hen goed op de hoogte van wie ze waar voor moeten inschakelen en schakelen zondig externe ondersteuning in.

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.

Sorghvliet **voldoet grotendeels** aan deze norm. Omring heeft een visie op persoonsgerichte zorg, waarin staat dat zorgverleners persoonsgerichte zorg moeten leveren. Omring heeft een implementatieplan en is aantoonbaar bezig de visie in praktijk te brengen. Zorgverleners krijgen trainingen over het toepassen van persoonsgerichte zorg. Sorghvliet houdt audits gericht op het herkennen van de cliënt in de zorgdossiers. Ook stimuleert Sorghvliet zorgverleners om te achterhalen wat de cliënt wil en daarop in te spelen. Dit gebeurt onder andere door het stellen van prikkelende vragen aan zorgverleners over of wat zij doen past bij wat de cliënt graag wil. De inspectie ziet terug in de praktijk dat de betrokkenheid van zorgverleners groot is. Zij doen er alles aan om cliënten zich zo prettig mogelijk te laten voelen. Dit horen de ervaringsdeskundigen ook terug in de gesprekken met cliënten.

Tijdens de rondleiding is te zien dat Sorghvliet aandacht heeft voor de veiligheid van cliënten. Zo staan er paaltjes boven aan de trap zodat cliënten niet met de rollator of rolstoel maar beneden kunnen vallen. Op de huiskamers is altijd een zorgverlener aanwezig die toezicht houdt op de cliënten. Een receptionist is dag en nacht aanwezig. Cliënten vertellen aan de ervaringsdeskundigen dat ze zich veilig voelen in het huis. Ze waarderen de 24-uurs bereikbaarheid en zorgverleners reageren snel bij alarmering.

Een van de ervaringsdeskundige ziet wel dat er grote messen in het zicht liggen op een huiskamer met pg-bewoners. Ook constateert zij dat de vloerbedekking bij een cliënt op meerdere plekken los zit. Een andere cliënt vertelt aan een ervaringsdeskundige zich zorgen te maken over de brandveiligheid. Dit geeft deze cliënt een onveilig gevoel. Het management vertelt dat Sorghvliet recent een informatieavond verzorgde voor haar bewoners. Hierin kwam dit punt aan de orde. De bedoeling is om cliënten zoveel mogelijk bij de ontwikkelingen in het huis te betrekken.

In gesprekken met ervaringsdeskundigen geven cliënten met een somatische aandoening aan dat de samenstelling van de cliënten op de verdiepingen te verschillend is. Zij wonen op een verdieping met veel pg-clieënten. Hierdoor vinden zij dat ze te weinig aansluiting hebben met hun medebewoners.

Norm 3.2

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

Sorghvliet **voldoet grotendeels niet** aan deze norm. De reden hiervoor is dat de analyse van de MIC-meldingen onvoldoende aansluit bij de basisoorzaken. Zo ziet de inspectie in de analyse van MIC-meldingen van mei 2017 dat het 'vergeten te geven' de belangrijkste oorzaak is van medicatie-incidenten. De reden dat zorgverleners de medicatie vergeten te geven, is niet genoemd. Zorgverleners voeren MIC-meldingen in via een formulier in het ECD. Op een ingediende MIC-melding ziet de inspectie dat zorgverleners beperkt informatie geven over de oorzaak van een incident.

Uit gesprekken blijkt wel dat Sorghvliet dit onderkent. De kwaliteitsverpleegkundige ondersteunt medewerkers bij het in kaart brengen van de oorzaken van een incident hierbij. Zo nodig vraagt zij bij zorgmedewerkers aanvullende informatie op. Een zorgverlener vertelt dat MIC-meldingen van meerdere valincidenten bij een cliënt, hebben geleid tot aanpassingen in de zorg. Deze cliënt heeft nu aangepaste schoenen en andere medicatie. Sinds die tijd is ze niet meer gevallen.

In een gesprek met een ervaringsdeskundige vertelt een cliënt dat Sorghvliet klachten serieus neemt en op basis hiervan zonnodig actie onderneemt.

Norm 3.3

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

Sorghvliet **voldoet** aan deze norm. Uit documenten en gesprekken met het management blijkt dat Sorghvliet verschillende kwaliteitsinformatie verzamelt en gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Sorghvliet is bezig met het ontwikkelen van een kwaliteitsdashboard. Dit is nu nog alleen beschikbaar voor de directie en het locatiemanagement. Binnenkort kunnen ook de teams deze informatie inzien en gebruiken ter verbetering van de zorg op de eigen afdeling. De kwaliteitsverpleegkundigen hebben samen met teams een analyse gemaakt van de kwaliteit van zorg op de afdelingen. Op basis hiervan maken zij verbeterplannen. De voorzitter en een lid van de cliëntenraad vertellen dat zij goed geïnformeerd en gehoord worden door het locatiemanagement. Ook verzorgt Sorghvliet bijeenkomsten voor cliënten, waarbij ook de cliëntenraad aanwezig is. Cliënten krijgen informatie en hebben inspraak in zaken die spelen. De bestuurder werkt soms mee op de werkvloer.

Binnen Sorghvliet vinden met regelmaat in- en externe audits plaats. Bijvoorbeeld voor hygiëne en medicatieveiligheid. Op basis van de bevindingen neemt Sorghvliet aantoonbaar verbetermaatregelen.

Het management weet goed wat er speelt op de werkvloer en neemt op basis hiervan verbetermaatregelen. Zo weet het locatiemanagement dat zorgverleners het cliëntdossier nog niet goed gebruiken. Op basis hiervan volgen zorgverleners scholing over methodisch werken, aangevuld met 'coaching in the job'. Ook speelt het management in op de toenemende zorgzwaarte van haar bewoners door hoger opgeleid personeel aan te nemen en door haar medewerkers te scholen.

Norm 3.4

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

Sorghvliet **voldoet grotendeels** aan deze norm. Gesprekspartners vertellen dat er binnen Sorghvliet een open cultuur heerst, waarin zorgverleners zich veilig voelen. Zorgverleners vertellen dat ze elkaar kunnen aanspreken als er zaken niet goed gaan. Daarbij ervaren ze dat er ruimte is om te leren van fouten. Ze gaven aan dat het locatiemanagement hen hierin ondersteunt. Binnen Sorghvliet heerst een positieve verandercultuur. Het management loopt vooruit op de te verwachten toename van de zorgzwaarte van de cliënten in zorg. Zorgverleners zien de noodzaak en stellen zich open voor de benodigde veranderingen.

Uit de gesprekken komt echter ook naar voren dat Sorghvliet te weinig voorwaarden schept voor een cultuur waarin zorgverleners reflecteren op de geboden zorg en op elkaars handelen. Daar komt bij dat zorgverleners vertellen dat het gezamenlijke overleg tussen zorgmedewerkers, gastvrouwen en medewerkers in de huishouding niet meer plaatsvindt. Hierdoor mist de mogelijkheid om informatie over cliënten met elkaar uit te wisselen en de zorg af te stemmen.

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 inspecteur 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 Sorghvliet 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:

- gesprekken door ervaringsdeskundigen met vier cliënten met een somatische aandoening;
- gesprekken met enkele cliënten en een cliëntvertegenwoordiger tijdens de rondleiding;
- observatie van een aantal cliënten op de huiskamer, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met een aantal uitvoerende zorgverleners;
- observatie bij de afname van een RAI;
- gesprekken met het management(team);
- inzage van een aantal cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door de locatie.

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 vrijheidsbepalende 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 ZZP's van cliënten van Sorghvliet;
- Overzicht van personele bezetting op de afdelingen;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop;
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de zorgverleners van deze locatie en de planning voor het lopende jaar;
- Overzicht van bevoegd en bekwaamheid van zorgverleners voor voorbehouden en risicovolle handelingen;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties Sorghvliet;
- Jaardocument 2016, Stichting Omring;
- De besturing van kwaliteit binnen Omring, onderdeel kwaliteitsplan 2017;
- Projectgroep Persoonsgerichte zorg, Wonen en Welzijn en gebruik van informatie, Omring, juni 2017;
- A3 Jaarplan 2017, Sorghvliet;
- Plan van aanpak locatie Sorghvliet 2017-2018;
- Projectplan Veiligheid, Omring, juni 2017;
- Kwaliteitsdashboard Omring, Tertaal 2017;
- Kwaliteitscan locatie Sorghvliet concept 08-05-2017;
- Rapportage teamevaluaties kwaliteitszorg Sorghvliet, voorjaar 2017.