



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

Rapport van het
vervolginspectiebezoek aan
Stichting Alerimus, locatie De Open Waard
in Oud Beijerland op 6 augustus

Utrecht, november 2019

V012692

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Alerimus en de Open Waard 3
2	Conclusie 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
3	Wat zijn de vervolgacties 9
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Alerimus 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 14
4.2.1	Resultaten 14
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 19
4.3.1	Resultaten 19
4.4	Medicatieveiligheid 22
Bijlage 1	Methode 23
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 25

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 6 augustus 2019 een onaangekondigd vervolgspectiebezoek aan Stichting Alerimus (Alerimus), locatie De Open Waard (De Open Waard) in Oud-Beijerland. Dit bezoek richt zich niet op de tien plaatsen eerstelijns verzorging (ELV).

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. Als 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 in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een verklarende [woordenlijst](#).

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid. En één norm van het thema medicatieveiligheid. Tijdens dit bezoek kijkt de inspectie binnen de drie thema's ook naar andere normen.

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

1.1 Aanleiding bezoek

Dit vervolgspectiebezoek brengt de inspectie naar aanleiding van het eerdere bezoek dat zij bracht op 16 oktober 2018 aan deze locatie.

De inspectie constateerde dat de geboden zorg op de Open Waard niet voldeed aan alle getoetste normen. Vijf van de tien getoetste normen voldeden (grotendeels) niet. De inspectie concludeerde dat Alerimus het jaar daarvoor een aantal verbeteringen in gang had gezet. Binnen De Open Waard kon echter op alle vier de getoetste thema's de borging en evaluatie beter vorm gegeven worden. De inspectie ontving op 18 juni 2019 een resultaatverslag van Alerimus.

Dit rapport is niet los te zien van het rapport van het bezoek op 16 oktober 2018. Zie hiervoor de website van de inspectie (www.igj.nl) onder [publicaties](#).

1.2 Beschrijving Alerimus en de Open Waard

Alerimus:

Alerimus biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg, huishoudelijke hulp en dagactiviteiten. Alerimus heeft locatie De Buitensluis in Numansdorp en locatie De Open Waard in Oud-Beijerland.

Het managementteam bestaat uit de bestuurder, de hoofden front- en backoffice en de bestuurssecretaris. Alerimus heeft een raad van toezicht bestaande uit vijf leden. Binnen de raad zijn verschillende commissies. Waaronder de commissie kwaliteit en veiligheid.

De Open Waard

De Open Waard heeft in april 2018 een nieuwbouwlocatie in gebruik genomen. Het gebouw heeft 63 zorgappartementen.

Voor het hele gebouw is in december 2018 een aanmerking voor bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz aanmerking) afgegeven. Op de eerste verdieping zijn éénkamer, tweekamer en driekamerappartementen aanwezig. Op de tweede verdieping twee- en driekamerappartementen. Binnen deze appartementen wonen 37 cliënten met een zorgprofiel VV4 tot en met VV6. Alle 37 cliënten hebben een indicatie verblijf zonder behandeling. Vijf driekamerappartementen zijn bedoeld voor eerstelijnsverzorging, logeerszorg en een pilot logeerszorg WMO. Hier is plaats voor tien cliënten. Op elke verdieping is een huiskamer aanwezig. Op de derde verdieping is plaats voor 24 cliënten met een psychogeriatrisch ziektebeeld. De meeste cliënten hebben een zorgprofiel VV5, 21 cliënten met behandeling en 3 cliënten zonder behandeling. Op deze verdieping zijn twee huiskamers waar cliënten kunnen verblijven.

De teams

Binnen Alerimus is gekozen om de verschillende afdelingen te verbinden middels kwadranten. Binnen een kwadrant zijn de aandachtsgebieden en medewerkers van zorg, welzijn, voeding en huishouding ondergebracht. Aangevuld met (para) medici indien van toepassing.

Per locatie is er een kwadrant zwaar en licht.

Aansturing van deze kwadranten vindt plaats door een (zorg) coördinator.

De Open Waard kent twee kwadranten (afdelingen). Een afdeling lichte zorg voor etage een en twee, en de afdeling zware zorg voor etage drie.

De teams op een afdeling bestaan uit verpleegkundigen, verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG), verzorgenden niveau drie, helpenden, welzijnsmedewerkers niveau twee en facilitair medewerkers. Zorgmaatjes (niveau drie zorgverleners) zijn eerste aanspreekpunt voor de cliënt (vertegenwoordigers).

Een manager frontoffice stuurt locatie de Open Waard, locatie Buitensluis en de thuiszorg aan.

Behandeling.

Alerimus heeft een samenwerkingsverband met een andere zorgorganisatie in de regio voor het leveren van de behandel functie. Een specialist ouderengeneeskunde (SO) is eindverantwoordelijk voor de cliënten die een indicatie hebben met behandeling. Ook kunnen andere disciplines betrokken worden, zoals een psycholoog en een ergotherapeut.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de cliënten die een indicatie hebben zonder behandeling. Zo nodig kan de huisarts een SO in consult roepen. Andere disciplines zijn betrokken vanuit de eerste lijn. Binnen de Open Waard werken acht huisartsenpraktijken.

Sinds kort is een SO voor 12 uur in de week aangesteld als adviseur van de raad van bestuur.

Verdere informatie en ontwikkelingen

Bij de ingang van De Open Waard is een huisartsenpraktijk en apotheek aanwezig. Daarnaast is er een wijkplein waar de welzijnsmedewerkers van De Open Waard en bewoners uit de wijk activiteiten organiseren. Ook kan hier in de middag en avond de maaltijd gebruikt worden. Vanuit de Open Waard levert een thuiszorgteam de thuiszorg in de directe omgeving.

Het afgelopen jaar heeft een wisseling plaats gevonden in de aansturing. De toenmalige coördinatoren zijn vertrokken.

De nieuwe coördinatoren zijn in oktober 2018 en april 2019 aangesteld. Deze coördinatoren vallen nu rechtstreeks onder de manager frontoffice en niet meer onder de projectleider zorgontwikkeling.

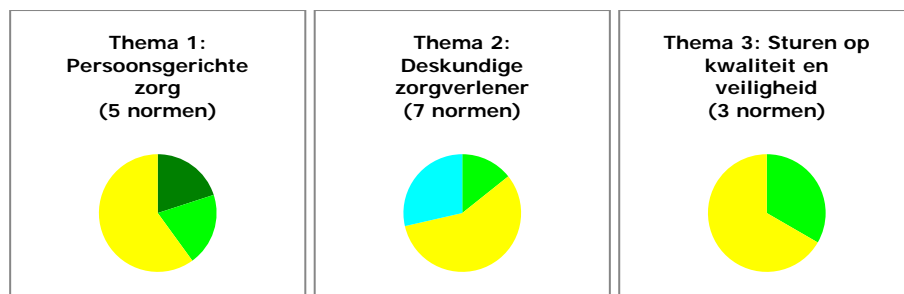
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Open Waard Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft. Een toelichting op de scores er norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft. In hoofdstuk 4 ziet u ook het oordeel op normniveau terug van het bezoek van 16 oktober 2018.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaand diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie de Open Waard beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4. Naast deze drie thema's heeft de inspectie nog twee normen getoetst over medicatie veiligheid.

Op persoonsgerichte zorg zijn van de vijf getoetste normen drie normen geel, één norm lichtgroen en één norm groen. Op deskundigheid personeel zijn van de vijf getoetste normen vier normen geel en één norm licht groen. En op het thema sturen op kwaliteit en veiligheid zijn twee normen geel en een norm licht groen. Tot slot zijn de twee getoetste normen op medicatieveiligheid respectievelijk licht groen en groen.



2.2 Wat gaat goed

De inspectie ziet dat de bewegingsvrijheid van de cliënten binnen de Open Waard is verbeterd. Door gebruik te maken van informele netwerken zijn cliënten in staat gesteld om contacten te leggen. Dit is vooral terug te zien in het brede aanbod van groepsactiviteiten die voor de cliënten, de buurtbewoners en voor de dag verzorging gezamenlijk zijn opgepakt.

2.3 Wat kan beter

Zorgverleners reflecteren op de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Deze reflectie kan echter pro actiever. Er is een verbetering te zien in de aanspreekcultuur maar een verdere cultuuromslag van taakgericht naar cliënt gericht werken is van belang om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden

2.4

Wat moet beter

Op alle vlakken is onvoldoende de plan-do-check-act cyclus terug te zien. Het ontbreekt aan een concreet plan van aanpak met duidelijk gestelde doelen. Ook in de dossievoering en in de praktijk is een methodische werkwijze onvoldoende terug te zien. De voorwaarden om kwalitatief persoonsgerichte, goede en veilige zorg te kunnen leveren moeten beter. Dit vraagt onder andere om een concreet scholingsplan, goede afspraken over de bezetting van de zorgverleners en de behandelaren. En ook een duidelijke visie hoe de samenwerking met de huisartsen vorm gegeven moet worden. Maar vooral om een concreet verbeterplan met daarin duidelijke resultaten en termijnen benoemd. Het vraagt organisatie breed een organisatie die in staat is om te leren en te verbeteren om de verbeterslag op alle tekortkomingen te kunnen maken.

Conclusie bezoek

Op de thema's persoonsgerichte zorg, deskundigheid personeel en sturen op kwaliteit en veiligheid ziet de inspectie tekortkomingen binnen de Open Waard. De inspectie concludeert dat het Alerimus niet is gelukt om binnen de Open Waard de noodzakelijke verbeteringen door te voeren binnen de door de inspectie gegeven verbetertermijn. De inspectie ziet wel dat verbeteringen in gang zijn gezet. Deze verbeteringen zijn echter onvoldoende of te laat op gang gekomen om voldoende zichtbare resultaten te kunnen laten zien in de praktijk. De inspectie concludeert dat het urgentiebesef en de verbeterkracht van Alerimus laat op gang is gekomen waardoor er onvoldoende verbeterd is. Daardoor zijn de tekorten in de veiligheid en kwaliteit nog steeds aanwezig op beide locaties. Het ontbreekt aan de juiste voorwaarden voor de zorgverleners om het werk goed te kunnen uitvoeren. De inspectie ziet dat de cultuur waarbinnen geleerd en verbeterd kan worden in de hele organisatie onvoldoende is. Het ontbreekt aan een reële kwaliteitsfoto met daaraan gekoppeld een verbeterplan met een duidelijke planning, prioritering en borging van de verbeteringen. Het ingestuurde resultaatverslag geeft onvoldoende vertrouwen dat de organisatie een reëel beeld heeft van de tekortkomingen. Het geschetste beeld komt niet overeen met de daadwerkelijk door de inspectie aangetroffen situatie. Ook blijken de benodigde verbetermaatregelen naar aanleiding van het bezoek aan de Open waard in oktober 2018 onvoldoende te zijn opgepakt binnen de Open Waard en Buitensluis. Ondanks het verzoek van de inspectie om de verbetermaatregelen breed binnen Alerimus door te voeren. Tijdens het gesprek op 29 oktober 2019 reflecteren de raad van toezicht en de raad van bestuur op de periode tussen het bezoek in 2018 en de twee bezoeken in 2019. De inspectie hoort dat de intentie er is bij de raad van bestuur en de raad van toezicht om te verbeteren en dat er nu een plan van aanpak ligt.

Na het bezoek aan de Open Waard in 2018 is wel een verbetertraject in gang gezet maar daarin is onvoldoende gekeken naar de basisoorzaken van de tekortkomingen. Hierdoor zijn de juiste voorwaarden om kwalitatief goede persoonsgerichte en veilige zorg te kunnen leveren onvoldoende aanwezig. Er is op dit moment nog onvoldoende kennis en kunde aanwezig op alle niveaus in de organisatie. De inspectie ziet door het ontbreken van voldoende kennis, het laat op gang komen van het urgentiebesef, de achterblijvende resultaten en het ontbreken van een cultuur om systematisch te kunnen leren en verbeteren aanleiding om de verbeteringen nauwlettend te volgen.

Gelet op het voorgaande heeft de inspectie op dit moment niet voldoende vertrouwen in de verbeterkracht van Alerimus. Het urgentiebesef is toegenomen maar het ontbreekt nog aan voldoende kennis en focus om de basisoorzaken van de verbeteringen aan te pakken. De inspectie verwacht niet dat het Alerimus, zonder interventie van de inspectie, zal lukken om binnen afzienbare tijd de benodigde verbeteringen door te voeren en de geconstateerde tekortkomingen weg te nemen binnen De Buitensluis.

De inspectie wil de voortgang van de verbeteringen intensief volgen en stelt Alerimus daarom onder verscherpt toezicht voor een periode van zes maanden.

Op 29 oktober 2019 had de inspectie een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek heeft de inspectie niet tot een ander besluit gebracht. De inspectie ziet wel dat de raad van bestuur veel inzet toont om verbeteringen in gang te zetten.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Alerimus verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van Alerimus verwacht**

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

De inspectie verwacht van Alerimus dat zij binnen zes maanden na het ingaan van het verscherpt toezicht de geconstateerde tekortkomingen binnen de Open Waard wegneemt en ten minste voldoet aan de normen die (grotendeels) niet voldoen.

De inspectie verwacht van Alerimus een resultaatsverslag, van alle geconstateerde tekortkomingen, na drie maanden en na vijf en een halve maand na het instellen van het verscherpt toezicht.

In dit resultaatverslag neemt u de volgende informatie op:

- welke aanpak en acties u heeft ingezet om aan de norm te voldoen;
- hoe u weet dat u aan de norm voldoet;
- als u per de datum van het resultaatsverslag nog niet aan de norm voldoet per welke datum dit wel het geval zal zijn.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

In de periode van het verscherpt toezicht kan de inspectie Alerimus zowel aangekondigd als onaangekondigd bezoeken. Voor het einde van de periode van het verscherpt toezicht zal de inspectie, op grond van haar bevindingen en conclusies naar aanleiding van een (on)aangekondigd inspectiebezoek(en) en de resultatenrapportages, oordelen of het verscherpt toezicht kan worden opgeheven of dat er verdere stappen genomen moeten worden in de vorm van (bestuursrechtelijke) maatregelen.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens het bezoek van 16 oktober 2018 beoordeelde. Vervolgens ziet u hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt ten tijde van dit bezoek.

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

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

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij¹ zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1

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

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

Een Multidisciplinair overleg (MDO) heeft binnen De Open Waard nog niet bij alle cliënten plaats gevonden. Ook de betrokkenheid van cliënt(vertegenwoordigers) is nog wisselend bij het maken van afspraken van doelen in de zorg. Wel zijn alle vastgestelde zorgplannen ter ondertekening voorgelegd aan de cliënt(vertegenwoordiger). Dit blijkt vanuit gesprekken, observaties en dossier inzage.

De cliënt(vertegenwoordigers) kunnen bij het MDO aanwezig zijn. Als dit niet lukt vindt niet in alle gevallen vooraf een overleg plaats over de wensen en de behoeften van de cliënt vertellen de gesprekspartners. De inspectie hoort dat elke cliënt een zorgmaatje heeft. Het zorgmaatje is het eerste aanspreekpunt van de cliënt. Tegelijk hoort de inspectie van de gesprekspartners dat niet altijd duidelijk is wie het zorgmaatje is van de cliënt.

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

Een voorbeeld is dat een cliënt een jaar lang geen zorgmaatje heeft gehad en de vertegenwoordiger daardoor geen vast aanspreekpunt had. Door het ontbreken van een zorgmaatje, geeft gesprekspartner aan, kreeg de cliënt niet altijd de zorg volgens afspraak. De cliënt ondervond daar zichtbaar nadeel van volgens gesprekspartner.

Daarentegen zijn de vastgestelde zorgplannen wel met de cliënt (vertegenwoordigers) besproken. Een reactie hierop verwerken de zorgverleners in het zorgplan.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldeed De Open Waard** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

De inspectie zag dat cliënten eigen keuzes konden maken.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldeed De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

Bij elke cliënt is een levensgeschiedenis aanwezig in het dossier maar deze is niet in alle gevallen overgenomen in het zorgplan. Activiteit gericht op de individuele cliënt is nog niet aanwezig. Wel beschikt de zorgaanbieder over een breed aanbod van activiteiten. Dit blijkt uit gesprekken en dossierinzage.

In het cliënt(dossier) en het zorgplan ziet de inspectie niet terug hoe de levensgeschiedenis ondersteunend kan zijn voor de directe zorgverlening en het welzijn van de cliënt. De inspectie hoort ook meerdere malen terug dat het afhangt van de zorgverlener hoe de cliënt eigen keuzes kan maken. Een voorbeeld is dat de inspectie ziet dat cliënten één soort soep krijgen aangeboden. Terwijl er wel een keus is uit twee verschillende soorten soep.

De mogelijkheid om de cliënt gericht een activiteit aan te bieden is nog zeer beperkt hoort de inspectie.

Wel hebben de zorgmaatjes twee uur per cliënt per maand beschikbaar om met de cliënt wat extra's te doen. Het cliëntdossier is nog niet compleet genoeg om de cliënt goed te kennen. De zorgmaatjes zorgen voor het compleet maken van de cliëntdossiers. Gesprekspartners geven aan dat het nog wisselend is hoe de zorgverleners zichzelf de tijd gunnen om iets met de cliënt te gaan doen. Het up to date maken en houden van het cliëntdossiers kost nu nog veel tijd geven gesprekspartners aan.

Daarentegen ziet de inspectie dat er een breed aanbod is van activiteiten. Deze activiteiten bieden de welzijnsmedewerkers aan beneden op het wijkplein en in de huiskamers. Ook de cliënten van de dag verzorging maken hier gebruik van. De cliënten kunnen zelf bepalen in welke huiskamer ze willen deelnemen aan de activiteiten. De inspectie ziet een overzichtelijk schema waarop staat in welke ruimte welke activiteit plaatsvindt.

Een voorbeeld is dat de zorgverleners met een groep cliënten hebben gearbeid.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldeed De Open Waard tijdens het vorige bezoek grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverleners beperkten de cliënten in hun vrijheid. Daarentegen zag de inspectie dat de eigen regie werd versterkt.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard grotendeels** aan deze norm.

De zorgverleners beperken de cliënt zo min mogelijk in zijn vrijheden. Daarentegen benutten de zorgverleners de eigen regie van de cliënt wisselend. Dit blijkt vanuit gesprekken, observaties en dossier inzage.

De liften zijn op alle afdelingen tijdens dit bezoek toegankelijk voor alle cliënten. Alle trappenhuisen zijn wel afgesloten. De zorgaanbieder geeft aan dat dit vanuit veiligheidsoverwegingen in stand is gehouden. Voor cliënten die niet meer veilig zelfstandig naar buiten kunnen is een vrijheidsbeperkende maatregel ingezet. De cliënt krijgt dan een gps-systeem waardoor als de cliënt bij de buitendeur is er een alarm afgaat, op het belsysteem van de zorgverleners. Op deze manier kan de cliënt zich wel vrij door het gebouw bewegen.

Als er voldoende vrijwilligers zijn, dan koken vrijwilligers de warme maaltijd in de keuken van de huiskamer. Als een cliënt het wil kan de cliënt helpen bij het koken. Ook hoort inspectie dat als de cliënten een keer iets anders willen eten of drinken, de zorgverleners dit regelen. Bijvoorbeeld het halen van een zak patat bij de plaatselijke frietboer. Ook ziet de inspectie in sommige cliëntdossiers het stimuleren van de eigen regie terug. Zo leest ze bijvoorbeeld dat een cliënt zichzelf kan wassen van boven, en dat de zorgverlener dit moet stimuleren.

Daarentegen ziet de inspectie in de huiskamer van de derde etage dat bij cliënten tijdens de maaltijd de eigen regie niet altijd gestimuleerd wordt. Tijdens de broodmaaltijd ziet de inspectie dat zorgverleners voor de cliënt het brood klaar maken en geen keus bieden wat zij willen eten of drinken. De zorgverleners scheppen de soep op in de keuken. De zorgaanbieder geeft aan dat dit bij sommige cliënten een bewuste keus is om de cliënt niet te overvragen. De inspectie ziet hier echter in de cliëntdossiers niet iets over terug. Ook ziet de inspectie een zorgverlener een stoel verplaatsen waar een cliënt in zit. De zorgverlener stimuleert de cliënt niet om mee te helpen. Bij navraag blijkt dat cliënt dit wel kan, maar dat het niet altijd makkelijker is om cliënt te vragen om actief mee te helpen.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldeed De Open Waard tijdens het vorige bezoek grotendeels** aan deze norm.

De zorgverleners boden nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Ze toonde wisselend respect voor de normen en waarden van de cliënt.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverleners bieden wisselend nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Ook benaderen de zorgverleners de cliënten wisselend met respect voor de cliënten. Dit blijkt uit observaties en gesprekken.

Tijdens de observatie op de 3e etage ziet de inspectie dat van de tien cliënten die in de woonkamer aanwezig zijn er negen slapen. In het voorbijgaan hebben de zorgverleners weinig aandacht voor de slapende cliënten.

In de reactie op de feitelijke onjuistheden geeft de zorgaanbieder aan dat de genoemde cliënten eerder op de dag een activiteit aangeboden hebben gekregen. Door de vermoeidheid rusten en slapen deze cliënten. In samenspraak gebeurt dit in de huiskamer zodat wel een gezamenlijke maaltijd gegeten kan worden. De inspectie ziet dat zorgverleners de tafels dekken en de cliënten nog laten slapen. Als de zorgverleners de soep vanuit de keuken serveren, ziet de inspectie dat een zorgverlener een cliënt wakker maakt. Ze geeft een tikje op de wang en pakt hem zachtjes bij de schouders en roept zijn naam en zegt 'tomatensoep'. Ze gaat niet op ooghoogte zitten bij de cliënt. De cliënt zegt dat hij dit niet wil, en valt opnieuw in slaap. De zorgverlener gaat door naar de volgende cliënt. Ze biedt geen andere soep aan. Een bezoeker van een andere cliënt heeft een hond bij zich. Deze hond snuffelt aan de slapende cliënt. Als de cliënt wakker wordt stimuleert de bezoeker de cliënt om de hond te knuffelen. De cliënt vrolijk zichtbaar op van het contact met de hond. Maar de zorgverleners hebben hier weinig aandacht voor. Ook ziet de inspectie dat op beide huiskamers op de derde etage naast de zorgverleners enkele vrijwilligers aanwezig zijn. Door de dag heen zijn de vrijwilligers en de zorgverleners vooral functioneel bezig met het uitvoeren van de benodigde werkzaamheden. Zoals bijvoorbeeld de maaltijd voorbereiden voor het avondeten. De inspectie ziet dat er veel overleg plaats vindt over de hoofden van de cliënten heen. Tijdens de middagmaaltijd is veel te doen rondom de tafels waar de cliënten aan de maaltijd deelnemen. De zorgverleners en de vrijwilligers nemen geen tijd om rustig aan de tafel plaats te nemen om de cliënten bij de maaltijd te begeleiden en een gesprek aan te gaan.

Op de eerste en tweede etage kunnen de cliënten in één van de vier huiskamers eten. Zij doen dit gezamenlijk met de cliënten van de ELV-afdeling en de dagbehandeling. De cliënten kunnen zelf bepalen in welke huiskamer zij zich het best thuis voelen. De inspectie zag een gemoedelijke en rustige sfeer. Cliënten geven aan dat het altijd gezellig is. De zorgverleners en de vrijwilligers nemen zichtbaar de tijd voor de cliënten.

Norm 1.5

Zorgverleners ondersteunen cliënten om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard** aan deze norm.

De zorgaanbieder en de zorgverleners creëren voorwaarden om hun informele netwerk in stand te houden. Blijkt vanuit gesprekken.

De warme maaltijd in de avond komt in principe vanuit de centrale keuken van Alerimus. Op enkele dagen in de week verzorgen enkele vrijwilligers en mantelzorgers de maaltijd. Zij bereiden de maaltijd voor en koken voor de cliënten. Deze vrijwilligers en mantelzorgers zijn veel aanwezig in de verschillende huiskamers. Ook hoort de inspectie dat veel vrijwilligers werkzaam zijn op het wijkplein. De cliënten kunnen ook daar gebruik maken van een maaltijd en activiteiten. Zij komen hierbij in contact met de bewoners uit de wijk. Dit zijn veelal de bewoners die zij nog kennen van vroeger. Ook hoort de inspectie dat sommige cliënten samen met de zorgverleners, de mantelzorgers en de vrijwilligers naar Rotterdam willen gaan. De zorgverleners onderzoeken hiervoor de mogelijkheden.

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 zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch 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 zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

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

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

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldeed De Open Waard tijdens het vorige bezoek grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverleners maakten de professionele afwegingen veelal zelf en betrokken de cliënt hier onvoldoende bij. Daarnaast was bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (multidisciplinaire) besluitvorming onvoldoende navolgbaar. Ook vond voor de cliënten zonder behandeling in het algemeen geen multidisciplinaire besluitvorming plaats (zie norm 2.7).

Tijdens dit vervolgbezoek **voldeet De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverleners maken wisselend hun professionele afwegingen over de benodigde zorg op basis van gesignaleerde risico's, wensen en behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Zij doen dit voor een deel zelf. De inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen is wisselend navolgbaar. Wel ziet de inspectie in alle gevallen voor de vrijheidsbeperkende maatregelen de multidisciplinaire besluitvorming terug. Dit blijkt uit gesprekken, dossierinzage en observaties.

De inspectie ziet in cliëntdossiers een risico-inventarisatie terug. Het valt de inspectie op, dat er een lijst is ingevuld maar dat er geen uitkomst is. Als er bijvoorbeeld bij een risico drie keer 'ja' is gesignaleerd, dan is er geen vervolggactie te lezen. De inspectie hoort van een zorgverlener dat dit de papieren lijsten zijn, die zijn overgenomen in het elektronische dossier. Bij de papieren versie hiervan, stond een uitleg over welke actie je bij welke uitkomst moest ondernemen. Dit ontbreekt in het huidige systeem. De inspectie hoort dat bij de update van het elektronisch cliënten dossier (ECD) een andere manier van risico scoren komt, waarin wel een

vervolgactie komt. Nu moeten zorgverleners dus zelf de conclusie trekken als er een vervolgactie nodig is. De inspectie ziet niet altijd ingezette acties vanuit de gesignaleerde risico's terug in het zorgplan. Zo ziet de inspectie dat bij een cliënt een risico is op vallen. In het zorgplan zijn geen concrete acties uitgezet waardoor rapportages op dit onderwerp ontbreken. Ook is niet inzichtelijk of multidisciplinair gekeken is naar de risico's. De inspectie ziet alleen een beperkte rapportage van de betrokken SO in een cliëntdossier terug. Maar ziet daarin niet hoe risico's zijn afgewogen.

Ook ziet de inspectie bij een andere cliënt dat deze in een half jaar tijd 6 kilo is afgevallen. Een doel voor deze cliënt is maandelijks wegen. Het bespreken van de weegresultaten ziet de inspectie niet terug in de rapportage van de visite van de arts.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregel is inzichtelijk dat er een multidisciplinaire besluitvorming heeft plaats gevonden. Echter de afwegingen en de afweging van alternatieven zijn niet benoemd. Gesprekspartners geven aan dat de afwegingen in de praktijk wel plaats vinden. Ook ziet de inspectie de structurele evaluatie momenten niet terug.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldeed De Open Waard tijdens het vorige bezoek niet** aan deze norm.

De cliënten hadden de niet de beschikking over een compleet cliëntdossier. Ook was in het cliëntdossier geen methodische werkwijze te zien.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

De voorwaarden om methodisch te kunnen werken zijn niet verbeterd. De zorgverleners passen in hun dagelijkse werk nog wisselend een methodische werkwijze toe. Het methodisch vastleggen van doelen, acties en rapportages in de cliëntdossiers is wisselend. Dit blijkt uit gesprekken en dossierinzage.

In een projectgroep Alerimus breed komen verbeteringen van het systeem aan de orde. Een koppeling tussen de verschillende documenten is echter ten tijde van het bezoek nog niet mogelijk. Dit betekent dat de zorgverleners informatie zelf in de verschillende formulieren moeten opnemen. In het huidige cliëntdossier zijn geen aanpassingen aangebracht ten opzichte van vorig jaar. Gesprekspartners geven aan dat in oktober 2019 de meeste verbeteringen gaan plaatsvinden.

De inspectie hoort van zorgverleners dat binnen De Open Waard de verbeteringen in het cliëntdossier in gang zijn gezet met de komst van de nieuwe coördinatoren een krap half jaar geleden. De zorgmaatjes zijn verantwoordelijk om de cliëntdossiers compleet te maken met de juiste informatie. De coördinatoren coachen de zorgverleners in dit verbeterproces. Zorgverleners zijn niet gewend om in hun dagelijkse werkzaamheden een methodische werkwijze toe te passen. En passen het daardoor ook niet toe in de cliëntdossiers geven gesprekspartners aan. Zij geven echter ook aan dat de afgelopen tijd het voor veel collega's steeds duidelijker gaat worden wat er verwacht wordt. Een van de gesprekspartners geeft aan dat ze veel over de methodische werkwijze van de coördinator heeft geleerd. De zorgverleners zijn buiten hun beroepsopleiding, nooit geschoold in het methodisch werken. Vanuit Stichting Alerimus zijn daar geen duidelijke richtlijnen voor. Bij de komst van de

nieuwe versie van het cliëntdossier krijgen alle zorgverleners een vier uur durende knoppencursus aangeboden en vier uur om de methodische werkwijze eigen te maken. En zijn de zorgmaatjes uitgebreider geschoold over de methodische werkwijze in het cliëntdossier.

Als in oktober de aanpassingen in het cliëntdossier zijn gerealiseerd krijgen alle overige zorgverleners / welzijnsmedewerkers een scholing over het cliëntdossier. Alle zorgverleners/ welzijnsmedewerkers kunnen gebruik maken van het cliëntdossier.

De inspectie ziet wisselende beelden in de cliëntdossiers die zij heeft ingezien. In alle cliëntdossiers is de meest relevante informatie terug te vinden. Echter de formulering van de doelen, de daaruit voortkomende acties is niet altijd aanwezig of niet concreet. De inspectie ziet bijvoorbeeld in meerdere cliëntdossiers terug dat cliënten angstig zijn. Verdere uitwerking van deze constatering en besprekingen in een MDO op dit onderwerp ziet de inspectie in geen van de gevallen terug. De cliëntdossiers bevatten veel doelen. Gemiddeld twintig doelen die vaak ook niet cliënt specifiek zijn gemaakt. Bijvoorbeeld 'u leeft in een schone leefomgeving of u bent altijd schoon'. De doelen zijn vooral geformuleerd vanuit lichamelijk problemen of ongemakken. Het valt de inspectie ook op dat de rapportages weinig over gedrag gaan, en met name gericht zijn op somatische observaties en klachten. Dit valt op in zowel de rapportages van de verzorgenden/verpleegkundigen als in de visites van de arts. Ook in de verslaglegging van de MDO's ziet de inspectie weinig aandacht voor welzijn terug. Gesprekspartners geven aan dat dit niet een standaard onderwerp van gesprek is. In de cliëntdossiers ontbreekt het aan doelen over het welzijn of welbevinden van de cliënt. Ook is de navolgbaarheid van gesignaleerde problemen niet terug te zien. De inspectie ziet dat bij een cliënt met de huisarts is afgesproken om de katheter na twee weken te verwisselen. Gesprekspartner vertelt dat inmiddels de afspraak is gemaakt om de katheter pas na vier weken te verwisselen. Dit is in het cliëntdossier niet terug te vinden.

Wel ziet de inspectie een ADL kaart die kloppend is met de gemaakte afspraken in de cliëntdossiers. De zorgverleners hebben de beschikking over een iPad om bij de cliënt te kunnen rapporteren. De rapportages zijn soms wel en soms niet doelgericht.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Vanuit de reflectie kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst.**

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard grotendeels** aan deze norm.

De zorgaanbieder zorgt dat de zorgverleners nu meer ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en goede zorg blijkt uit gesprekken en documenten

Het afgelopen jaar is de organisatiestructuur aangepast om meer continuïteit te brengen in de aansturing. Zo hebben de nieuwe coördinatoren nu meer bevoegdheden en een duidelijke coachende rol gekregen. De coördinatoren werken de helft van hun tijd mee op de afdeling en coachen de zorgverleners bij de verlening van de zorg. Sinds een half jaar zijn er binnen alle afdelingen maandelijks teamoverleggen. Deze overleggen zijn voor een deel praktisch van aard. Maar ook de samenwerking tussen bijvoorbeeld de zorgverleners en de welzijnsmedewerkers

is een onderwerp van gesprek leest de inspectie terug in een notulen van het teamoverleg. Daarnaast zijn binnen de 1e en 2e etage casuïstiek besprekingen gestart. Deze zijn bedoeld om van elkaar te leren. Deze bespreking is met de zorgverleners en de coördinator.

Binnen de 3e etage vinden omgangsoverleggen plaats. Deze vinden alleen plaats als er daadwerkelijk al wat aan de hand is. Bij dit overleg is naast de zorgverleners de psycholoog aanwezig. De psycholoog kijkt niet proactief mee naar verbeteringen in de benadering van de cliënten om onbegrepen gedrag bij cliënten voor te zijn.

Norm 2.4

Zorgverleners houden relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst.**

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek **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 **voldeed De Open Waard tijdens het vorige bezoek grotendeels** aan deze norm.

De bezetting van de zorgverleners was nog kwetsbaar. Ook sloot de deskundigheid van de zorgverleners nog onvoldoende aan op de gevraagde zorg.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldeed De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

De bezetting van de zorgverleners blijft kwetsbaar. Ook sluit de deskundigheid nog onvoldoende aan op de gevraagde zorg.

Bezetting

Het ziekteverzuim ligt tussen de 10,8% en de 21,45 %. Het verzuim bestaat vooral door langdurig niet werk gerelateerd verzuim. Het kortdurende verzuim is organisatie breed 3%.

Door het hoge verzuim geven gesprekspartners aan dat er veel inzet nodig is van flex-medewerkers, uitzendkrachten en ZZP'ers. Het streven is wel dat dit zoveel mogelijk vaste gezichten zijn maar dit lukt niet altijd. Ook vaste zorgverleners werken extra uren. De coördinator geeft echter aan alert te zijn dat dit niet te vaak gebeurt. In documenten ziet de inspectie echter terug dat de inzet van flex-medewerkers en uitzendkrachten op de 3e etage van de totaal 14,42 fte het afgelopen half jaar 0,62 fte is geweest. Op de 1e en 2e etage is dat van de 21,09 fte het afgelopen half jaar 0,98 fte geweest. Gesprekspartners geven aan dat het invullen van de diensten niet altijd lukt of het niet met het juiste deskundigheidsniveau lukt. De coördinator verricht op dat moment veel hand- en spandiensten binnen de zorg. De zorgverleners en de welzijnsmedewerkers helpen elkaar over en weer. Ook geven de gesprekspartners aan dat de afdelingen daar waar mogelijk elkaar helpen. Desondanks lukt het regelmatig niet om op een afdeling meer dan één VIG's of hoger in te zetten. Gesprekspartners geven aan dat deze zich dan vooral bezighoudt met het verzorgen van de medicatie en het coördineren en aansturen van de zorg. Ook hoort de inspectie terug dat het ontbreken van de continuïteit in de bezetting gevolgen heeft voor de continuïteit in

de zorgverlening. De zorg verlenen de zorgverleners niet altijd op de afgesproken manier hoort de inspectie terug.

Deskundigheid

De Open Waard beschikt niet over een scholingsplan waarin opgenomen is welke scholingen nodig zijn om goede zorg nu en in de toekomst te kunnen (blijven) leveren. Ook hoort de inspectie terug dat scholingen naar aanleiding van de tekortkomingen bij het vorige inspectiebezoek niet hebben plaatsgevonden. Zo heeft er geen scholing plaatsgevonden over bijvoorbeeld het methodisch, professioneel handelen en is het bij de zorgverleners deels bekend wat Alerimus verwacht in de persoonsgerichte zorg. Wel hebben de zorgmaatjes een overleg c.q. scholing gehad door de projectleider zorgontwikkeling waarbij aan de orde is geweest: De ADL kaart, de levensgeschiedenis en het zorgplan. Dit alles in relatie tot het methodisch werken.

Daarentegen hoort de inspectie terug dat het afgelopen jaar een Bopz scholing is geweest. Ook zijn scholingen aangeboden over de voorbehouden en risicovolle handelingen. Alerimus beschikt over een leerwijzer waarin scholingen in modules worden aangeboden. Gesprekspartners geven aan dat als je iets aanvraagt het eigenlijk altijd mogelijk is. Maar dat het ook afhankelijk is van eigen initiatief. Zij geven aan nu zelf de opleiding te gaan volgen voor Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP) en een vervolgopleiding tot verpleegkundige niveau 4. De inspectie ziet geen visie op scholing terug in de aangeleverde documenten. Ze hoort van de zorgcoördinatoren wel, dat er de wens is om een meer vastgelegd scholingsplan te maken.

Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgbezoek is deze norm **niet getoetst**

Wel hoort de inspectie dat binnen Alerimus de zorgverleners de Vilans protocollen gebruiken. Deze protocollen zijn opgenomen in het kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in vanbinnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

De multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners is wisselend. Daarentegen verloopt de samenwerking tussen de verschillende disciplines op individueel niveau goed. En is op organisatieniveau de samenwerking verbeterd.

Binnen De Open Waard zijn acht huisartsenpraktijken verantwoordelijk voor de medische zorg bij de cliënten met een indicatie zonder behandeling. Het is afhankelijk van de huisarts of deze één of tweemaal per week visite loopt of alleen op afroep komt. De huisartsen kunnen de SO of de psycholoog in consult roepen als

zij dit nodig vinden. Ook kunnen de huisartsen een advies vragen aan een collega huisarts met de kaderopleiding Ouderengeneeskunde. In de praktijk komt dit nog maar weinig voor geven gesprekspartners aan.

De besluitvorming vindt nog niet multidisciplinair plaats bij de cliënten die vallen onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. De afspraak is dat de zorgmaatjes halfjaarlijks overleg hebben met de cliënt (vertegenwoordiger). De betrokkenheid van de huisarts of andere disciplines is wel mogelijk maar op afroep. Ondanks dat de inspectie hoort en ziet dat ook op de 1e en 2e etage steeds meer cliënten wonen met een dementieel ziektebeeld en de zorgzwaarte toeneemt. Proactieve betrokkenheid van bijvoorbeeld een psycholoog of SO is niet vormgegeven.

Voor de cliënten waar de SO verantwoordelijk is voor de medische zorg is een start gemaakt met het vorm geven van de MDO's en daarmee de multidisciplinaire besluitvorming. Hier heeft nog niet bij alle cliënten een MDO plaatsgevonden. In de reactie op feitelijke onjuistheden geeft de zorgaanbieder aan dat een jaarplanning aanwezig is op de locatie voor de MDO's. De inspectie heeft deze echter niet gezien of iets over terug gehoord.

De psycholoog of andere disciplines zijn betrokken bij dit overleg op afroep. Echter heeft het de afgelopen tijd ontbroken aan continuïteit in de beschikbaarheid van een SO en psycholoog. Gesprekspartners geven aan dat de afgelopen drie/ vier maanden geen psycholoog beschikbaar is geweest. Ook hoort de inspectie dat er wisselingen hebben plaats gevonden bij de SO. Hier is sinds kort verbetering in gekomen. Dit kan mogelijk gevolgen hebben gehad bij cliënten waarbij de psycholoog nieuw in consult had moeten komen. Desbetreffende gesprekspartner geeft echter aan dat dit voor zover bekend niet het geval is geweest. Wel kon de Open Waard altijd een beroep doen op een SO.

De inspectie ziet in sommige dossiers dat de fysiotherapeut uitgebreid rapporteert. Zij heeft ook 'eigen' doelen geformuleerd. Tegelijkertijd ziet de inspectie echter ook, dat zorgverleners niet altijd de vraag die de fysiotherapeut neerlegt bij hen, beantwoordt. Zo leest de inspectie dat er gerapporteerd moet worden bij een cliënt over het mobiliseren. Gedurende een periode van 2,5 maand is dit door twee zorgverleners gedaan. Bij een andere cliënt is de rapportage gestopt van de fysiotherapeut. De inspectie kan niet terugvinden waarom de fysiotherapeut niet meer langs komt. Bij navraag kan een zorgverlener dit ook niet aangeven.

Daarentegen geven de zorgverleners aan dat de samenwerking tussen de verschillende disciplines goed verloopt. Gesprekspartners geven aan dat afspraken over het algemeen nagekomen worden. Maar dat dit ook afhangt van de zorgverlener en de drukte op de afdelingen.

Met de komst van de nieuwe coördinatoren is er meer contact met de huisartsenpraktijken om te komen tot afspraken.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1

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

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open waard grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgaanbieder heeft een visie op persoonsgerichte zorg, echter de inspectie ziet in deze visie niet terug hoe de veiligheid van de cliënt is geborgd. Ook blijkt in de praktijk dat zorgverleners wisselend de visie tot uitvoer brengen. Dit blijkt uit gesprekken, document inzage en observaties.

In de visie op persoonsgerichte zorg ziet de inspectie terug dat de cliënt zijn eigen regie en zelfstandigheid zolang mogelijk kan behouden. De zorgaanbieder geeft aan dat warme zorg en de samenwerking van de cliënt hierin belangrijk is, met als doel een tevreden cliënt.

De inspectie ziet in deze visie niet terug hoe de zorgaanbieder de veiligheid van de cliënt borgt. En is niet duidelijk hoe de zorgaanbieder de visie uitdraagt naar de cliënt (vertegenwoordigers), de zorgverlener en vrijwilligers. De zorgverleners en vrijwilligers passen de visie in de praktijk niet in alle gevallen toe (zie de eerder beoordeelde normen). Wel ziet de inspectie terug dat een SO als adviseur is aangetrokken om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren, Ook is aandacht voor medicatieveiligheid.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldeed De Open Waard tijdens het vorige bezoek grotendeels** aan deze norm.

De zorgaanbieder werkte met een terugkerend patroon van planning, uitvoering en control. De evaluaties waren nog onvoldoende en het systeem van melden van incidenten was niet sluitend.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgaanbieder beschikt weliswaar over een kwaliteitssysteem en een systeem van melden maar de plan do check act cyclus is niet aanwezig. Concrete verbeterplannen ontbreken.

De zorgaanbieder heeft een kwaliteitsplan waarin op hoofdlijnen beschreven staat wat de plannen zijn. De plannen zijn Alerimus breed algemeen geformuleerd en gaan niet in op de situatie in de Open Waard. Een concreet verbeterplan om verbeteringen in gang te zetten, met duidelijke termijnen en doelen, heeft de inspectie niet ontvangen. De inspectie ziet dit ook terug in het aangeleverde resultaatverslag naar aanleiding van het vorige bezoek. Het resultaatverslag komt niet overeen met de bevindingen van de inspectie. De Open Waard geeft aan grotendeels te voldoen aan de normen. Het resultaatverslag laat zien welke acties zijn ondernomen maar niet bij alle normen hoe het resultaat in de praktijk is gemeten. De inspectie ziet dat op de cliëntdossiers audits zijn uitgevoerd. Deze audits geven echter beperkt informatie en komen niet overeen met de bevindingen van de inspectie. Ook is een audit uitgevoerd op het thema welzijn. Daarin staan weliswaar verbeterpunten die voor een deel overeenkomen met de bevindingen van de inspectie maar zijn niet concreet per afdeling in acties uitgezet.

De plannen die de inspectie leest van Alerimus zijn niet smart (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) geformuleerd. Hierdoor ziet de inspectie niet, hoe en wanneer de gestelde doelen gerealiseerd zijn en hoe Alerimus weet dat de doelen behaald zijn.

In bijvoorbeeld het document 'het verhaal van de klant, ons verhaal 2019-2021' staat beschreven dat in het dossier bijgehouden wordt hoe de klant de dag beleeft. In de dossiers ziet (zoals ook genoemd onder norm 2.2) de inspectie dit echter niet terug. In het plan van aanpak 'persoonsgericht cliëntdossier' ziet de inspectie ook veel voornemens staan. De inspectie leest echter niet in het plan van aanpak terug, hoe deze plannen tot uitvoer komen. Bijvoorbeeld hoe Alerimus gaat werken aan de taakvolwassenheid van medewerkers om betekenis te geven aan de visie ECD, en wanneer deze taakvolwassenheid dan bijvoorbeeld voldoende is. Er staat wel in de planning dat de verwachte uitkomsten geëvalueerd gaan worden. De inspectie leest echter niet terug wat de verwachte uitkomsten zijn.

Meldingen bespreken teamleden in het teamoverleg. De inspectie leest in de notulen van het teamoverleg dat dit vooral gaat over aantallen. Ook in het verslag van de meldingencommissie ziet de inspectie bijvoorbeeld bij medicatie incidenten als actie het aanspreken van zorgverleners en dat zorgverleners zorgvuldig moeten werken. Een diepere analyse waar mogelijk ook menselijke, organisatorische of technische basisoorzaken naar voren komen, ontbreekt echter. Ook ziet de inspectie geen verbeterplan terug met concrete doelen naar aanleiding van meldingen.

Daarentegen geven de coördinatoren aan dat het wel de wens is om op korte termijn op afdelingsniveau een concreet jaarplan te maken per team. Ook krijgen zij door de meer coachende rol een steeds beter beeld op de kwaliteit van de zorg.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldeed De Open Waard tijdens het vorige bezoek grotendeels niet** aan deze norm.

Binnen De Open Waard was nog onvoldoende sprake van een aanspreekcultuur en vond het reflecteren op de geboden zorg onvoldoende. Het reflecteren op de zorg heeft de inspectie nu beoordeeld in norm 2.3.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open waard grotendeels** aan deze norm.

Binnen de Open Waard is de aanspreekcultuur nog wisselend en kunnen zorgverleners het lerend netwerk nog niet optimaal benutten.

Gesprekspartners geven aan dat met de komst van de nieuwe coördinatoren de aanspreekcultuur is verbeterd. Het blijft echter nog niet voor alle zorgverleners een vanzelfsprekendheid om elkaar aan te spreken hoort de inspectie terug. Echter zoals in het vorige rapport benoemd kost deze cultuuromslag nog meer tijd geven gesprekspartners aan.

De zorgaanbieder maakt deel uit van een lerend netwerk. Binnen dit netwerk probeert de zorgaanbieder een uitwisseling tot stand te brengen voor de zorgverleners. Gesprekspartners geven aan dat dit vooral gebeurt tijdens de verschillende stages die binnen de opleidingen plaats vinden. De uitwisseling kan nog beter, geven gesprekspartners aan. Maar door de tekorten van de zorgverleners is dit nog niet gelukt.

4.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Open Waard grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverleners beschikten niet voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet De Open Waard grotendeels** aan deze norm.

De zorgverleners beschikken altijd over een actuele toedienlijst. Echter een actueel medicatieoverzicht laat vaak langer op zich wachten geven gesprekspartners aan. Deze is niet binnen 24 uur beschikbaar. Zeker in de weekenden lukt dit niet maar ook op doordeweekse dagen gebeurt het bij regelmaat dat een actueel medicatie overzicht niet binnen 24 uur beschikbaar is geven gesprekspartners aan. Er kunnen meerdere dagen overheen gaan.

4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldeed De Openwaard** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

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. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Vervolgens beoordeelt de inspectie of de door de Open Waard 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 met cliënten op de 1^e, 2^e en 3^e etage
- Gesprekken met cliëntvertegenwoordigers van de 3^e etage;
- Observatie op 2^e en 3^e etage, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers en vrijwilligers;
- Gesprekken met één huisarts;
- Gesprekken met de coördinatoren en de manager frontoffice
- Zes cliëntdossiers in gezien
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door de locatie.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. De inspecteurs passen zich zo veel mogelijk aan het ritme van de dag op de locatie aan. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs zo mogelijk met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats zodat de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Verder 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. Hiervoor gebruiken zij de observatiemethode SOFI (zie de uitleg hieronder). Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is.

De inspecteurs voeren door de dag heen, waar mogelijk, gesprekken met managers, zorgverleners, cliënten, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Zij zien ook cliëntdossiers en documenten in.

De inspecteurs kunnen overlegvormen zoals bijvoorbeeld een MDO of een overdrachtmoment bijwonen.

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? Praten zorgverleners met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. 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 'de zorgprofielen van cliënten van de te bezoeken locatie(s);
- Overzicht van fte's van zorgverleners op de bezochte locatie;
- Kwaliteitsjaarplan 2019
- Notulen van teamoverleggen
- Resultaat verslag n.a.v. het inspectiebezoek op 16 oktober 2018
- Vervolg Reis van Alerimus 2019-2021 versie 2.0 1 juli 2019
- Plan van Aanpak persoonsgerichte cliëntdossier ONS als visie-instrument
- Voortgangsrapportage ECD verbeteren en verdiepen jan-jun 2019
- Beleidsnota Stuurgroep kwaliteit Door Leren verbeteren, bijdragen aan persoonsgerichte zorg – v.4
- Thema audit Welzijn en zingeving
- Thema audit cliëntdossier 1e en 2e etage Open Waard
- Thema audit cliëntdossier 3e etage Open Waard
- Fona MIC OW 1e en 2e kwartaal 2019
- Ziekteverzuim t/m juni 2019
- Personeelsgroei incl. in- en uitstroom 2018/ 2019
- Overlegvormen locatie de Open Waard 07082019
- Personeelssamenstelling kwaliteitskader versie nov. 2018