



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Stichting Alerimus, locatie De Buitensluis  
**in Numansdorp op 17 september 2019**

Utrecht, november 2019

V2015527

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Alerimus en De Buitensluis 3
<b>2</b>	<b>Conclusie 5</b>
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 6
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 7</b>
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Alerimus verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
<b>4</b>	<b>Resultaten 8</b>
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 16
4.4	Medicatieveiligheid 18
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 19</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Geraadpleegde documenten 21</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 17 september 2019 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Alerimus (Alerimus), De Buitensluis in Nummanskamp.

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 twee normen van het thema medicatieveiligheid.

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

### 1.1 Aanleiding bezoek

Op 16 oktober 2018 bracht de inspectie een bezoek aan locatie De Open Waard van Alerimus. Tijdens dit bezoek constateerde de inspectie dat De Open Waard grotendeels niet voldeed aan alle getoetste normen. De inspectie vroeg De Open Waard om verbetermaatregelen te nemen. De inspectie bezocht De Open Waard opnieuw op 6 augustus 2019. Bij dit vervolgbezoek toetste de inspectie meer normen dan tijdens het bezoek van 16 oktober 2018.

Om een breder beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg binnen Alerimus, heeft de inspectie besloten om de andere locatie van Alerimus te bezoeken.

### 1.2 Beschrijving Alerimus en De Buitensluis

Alerimus biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg, huishoudelijke hulp, dagactiviteiten, individuele- en groepsbegeleiding. Alerimus heeft locatie De Buitensluis in Nummanskamp en locatie De Open Waard in Oud-Beijerland. Het managementteam bestaat uit de bestuurder, de hoofden front- en backoffice, de bestuurssecretaris en (sinds 1 juli 2019) de strategisch communicatieadviseur. Alerimus heeft een raad van toezicht bestaande uit vijf leden. Binnen de raad zijn verschillende commissies. Waaronder de commissie kwaliteit en veiligheid.

#### *De Buitensluis*

De Buitensluis is een verpleeghuis voor cliënten met een somatische en/of psychogeriatrische zorgvraag. Vanuit De Buitensluis levert een thuiszorgteam de zorg aan de cliënten in de wijk.

De Buitensluis heeft plaats voor 88 cliënten. Tijdens het inspectiebezoek ontvangen 84 cliënten zorg. In 2011 kreeg De Buitensluis een aanmerking in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) voor de verpleegafdeling. Sinds december 2018 is deze aanmerking uitgebreid voor de gehele locatie.

Alle cliënten hebben een eigen appartement (woon/slaapkamer) met een badkamer. Daarnaast zijn op elke etage huiskamers waar cliënten overdag kunnen verblijven.

Op de begane grond is de afdeling Meerzorg met plaats voor 25 cliënten. Ten tijde van het bezoek verblijven er 24 cliënten met een zorgprofiel VV 4 tot en met VV 6. Twintig cliënten met een indicatie verblijf zonder behandeling en vier cliënten met de indicatie verblijf met behandeling. Geen van de cliënten op de afdeling Meerzorg hebben een artikel 60 indicatie (Wet Bopz).

Op de eerste en tweede etage zijn de somatische afdelingen. Ten tijde van het bezoek verblijven hier 36 cliënten met een zorgprofiel VV 4, VV 5, VV 6 of VV 8 en één cliënt met ELV. Alle cliënten hebben een indicatie voor verblijf zonder behandeling.

Op de tweede etage van het voorgebouw, is de verpleegafdeling voor de cliënten met een psychogeriatrische problematiek. Ten tijde van het bezoek ontvangen 23 cliënten zorg met een zorgprofiel VV 5 of VV 7. Alle cliënten op de verpleegafdeling hebben een indicatie verblijf met behandeling en een artikel 60 indicatie (Wet Bopz).

Op de begane grond bevinden zich verder nog een afdeling van de bibliotheek, het restaurant (Amalia), het gemeentelijk serviceloket, het Wijk- en Jeugdteam gemeente Hoeksche Waard en een ruimte voor activiteiten (Bij de oma's). Dit zijn openbare ruimtes waar alle cliënten en de dorpsgenoten gebruik van kunnen maken.

#### *De teams*

Binnen Alerimus is gekozen om binnen de verschillende afdelingen kwadranten te maken met verschillende aandachtsgebieden. Er is een kwadrant zwaar (meerzorg en verpleegafdeling) en licht (somatische afdelingen). Aansturing van deze twee kwadranten vindt plaats door een (zorg)coördinator.

Medewerkers van de disciplines zorg, welzijn, voeding en huishouding, werken binnen een kwadrant samen.

De teams op een afdeling bestaan uit verpleegkundigen (niveau 4 en 5), verzorgenden (niveau 3) en verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG), helpenden (niveau 2) en huiskamer- of afdelingsassistenten (niveau 1). Daarnaast zijn er welzijnsmedewerkers, huishoudelijk medewerkers, leerlingen (verpleegkunde, HBO-V, VIG, GVP) en vrijwilligers. Bij ziekte of afwezigheid van vaste zorgverleners maakt De Buitensluis gebruik van (vaste) flex-medewerkers en ZZP'ers.

Zorgmaatjes (niveau drie zorgverleners) zijn eerste aanspreekpunt voor de cliënt (vertegenwoordigers). De Buitensluis heeft twee (zorg)coördinatoren die de teams aansturen. Eén voor het kwadrant licht en één voor het kwadrant zwaar.

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

#### *Behandeling.*

Alerimus heeft een samenwerkingsovereenkomst met een andere zorgorganisatie in de regio voor het leveren van de behandelfunctie. Een specialist ouderengeneeskunde (SO) is eindverantwoordelijk voor de cliënten die een indicatie hebben met behandeling. Ook kunnen andere disciplines betrokken worden, zoals een psycholoog, ergotherapeut, diëtist, fysiotherapeut, logopedist en maatschappelijk werk.

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

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 Buitensluis komen huisartsen van twee verschillende praktijken. In De Buitensluis is een artsenspreekkamer beschikbaar en hebben huisartsen vaste spreekuren.

## 2 Conclusie

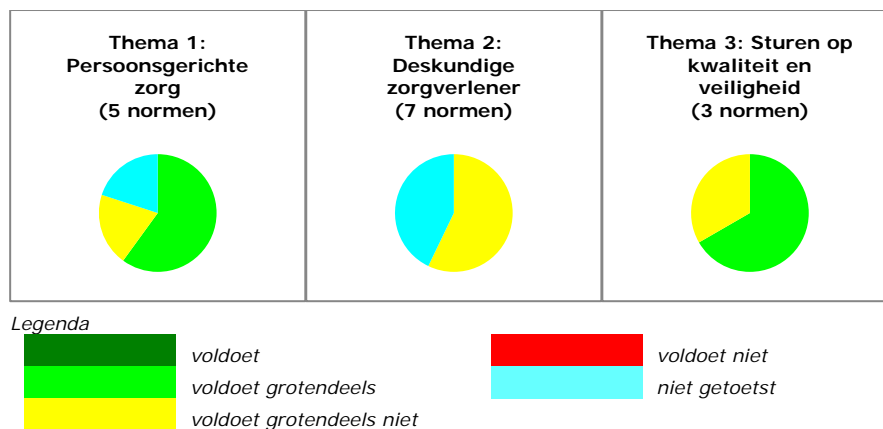
Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over de Buitensluis. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaand diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie Buitensluis beoordeelt.

Naast deze drie thema's heeft de inspectie nog twee normen getoetst over medicatie veiligheid.

Op persoonsgerichte zorg zijn van de vier getoetste normen drie normen licht groen en één norm geel. Op deskundigheid personeel zijn van de vier getoetste normen vier normen geel. 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 groen.



### 2.2 Wat gaat goed

Alerimus heeft een duidelijke cliëntgerichte visie opgesteld. Cliënten worden met respect en warmte benaderd door betrokken zorgverleners met hart voor de zorg. Zorgverleners kennen de cliënten en betrekken hen bij het maken van afspraken over de zorg. Ook de samenwerking tussen de zorgverleners van de verpleegafdeling en de SO en andere betrokken disciplines verloopt goed.

De verbouwing van de verpleegafdeling heeft een inrichting geschapen die gericht is op de doelgroep van deze afdeling. Het concept van Alerimus (buiten naar binnen en binnen naar buiten) is op deze afdeling duidelijk aanwezig.

### 2.3 Wat kan beter

De uitvoering van de visie op persoonsgerichte zorg in de praktijk kan nog verbeteren. Het aanbod van activiteiten is bijvoorbeeld meer groeps- dan individueel gericht. Ook werken sommige zorgverleners nog meer taak- dan persoonsgericht.

### 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.

## 2.5 Conclusie bezoek

Op de thema's persoonsgerichte zorg, deskundigheid personeel en sturen op kwaliteit en veiligheid ziet de inspectie tekortkomingen binnen de Buitensluis. De inspectie concludeert dat het Alerimus niet is gelukt om binnen de Buitensluis 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 Buitensluis wegneemt en ten minste voldoet aan de normen die (grotendeels) niet voldoen.

De inspectie verwacht van Alerimus een resultaatverslag, 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 resultaatverslag 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

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de normen, het oordeel en de bevindingen.

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 hij<sup>1</sup> 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.

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en de cliëntdossiers blijkt dat zorgverleners de cliënt(vertegenwoordigers) betreft bij het opstellen van de doelen van de zorg. Besluitvorming vindt echter niet in alle gevallen multidisciplinair plaats.

Zorgverleners van een afdeling vertellen dat de cliënt(vertegenwoordiger) aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO). De afspraken hieruit leggen zorgverleners vast in de rapportage. Zorgverleners van een andere afdeling geven aan dat zij twee keer per jaar overleg hebben over het zorgplan met de cliënt(vertegenwoordiger) en aan de hand hiervan het zorgplan bijstellen. Ook ziet de inspectie in de cliëntdossiers dat cliënt(vertegenwoordigers) de zorgplannen ondertekenen voor akkoord.

Daarentegen zijn de behandelaren niet altijd betrokken bij het opstellen van het zorgplan. Hierdoor vindt geen overleg plaats tussen cliënt(vertegenwoordigers) en behandelaren.

---

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



## Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat de meeste zorgverleners de cliënt kennen en weten wat de voorkeuren en behoeften zijn. Niet alle zorgverleners zijn echter op de hoogte van de afspraken die in het zorgplan staan van de cliënt.

De zorgmedewerkers vertellen uitgebreid over de achtergrond van de cliënt, wie de cliënt is, wat de cliënt graag wil en kan. Zo vertelt een zorgverlener over een cliënt die vroeger vrijwilliger was bij De Buitensluis. Zij helpt nog graag mee als 'vrijwilliger' en de zorgverleners geven haar hier alle gelegenheid voor (helpen met activiteiten, tafeldekken, afwassen). Van een andere cliënt vertellen de zorgverleners dat zij graag naar de bibliotheek gaat en houdt van zwemmen. De cliënt gaat één keer per week zwemmen met een zorgverlener en regelmatig even naar de bieb beneden. De inspectie ziet in het cliëntdossier levensgeschiedenissen. In het zorgplan ziet de inspectie ook de wensen en behoeften van de cliënt terug.

Tijdens de observaties ziet de inspectie echter dat niet alle zorgverleners benaderingsafspraken van de cliënten kennen of toepassen. Zo ziet de inspectie in een cliëntdossier dat bij een cliënt met ongewenst gedrag, de afspraak is deze cliënt hierop niet te corrigeren. Maar op een andere manier uit te leggen dat dit ongewenst is. De inspectie ziet echter een zorgverlener die de cliënt steeds wel corrigeert en dit niet volgens de afspraak doet.

## Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken, de cliëntdossiers en documenten inzage blijkt dat sommige cliënten beperkt zijn in hun vrijheid. De zorgverleners hebben aandacht voor de eigen regie van de cliënt maar kunnen hier in wisselende mate mee omgaan.

Op de afdeling Meerzorg zijn de cliënten beperkt in hun bewegingsvrijheid, doordat de afdeling afgesloten is met een codeslot. Boven het codeslot is de code uitgeschreven met de bedoeling dat cliënten die dit kunnen, de afdeling zelf kunnen verlaten. De cliënten die hier verblijven hebben geen artikel 60 indicatie (Wet Bopz). Ook ziet de inspectie geen afweging, risicoanalyse of multidisciplinaire besluitvorming over het wel- of niet (zelfstandig) kunnen verlaten van de afdeling. Daarnaast ziet de inspectie geen toestemming van de cliënt (die niet zelf de code kan invoeren), of indien de cliënt wilsonbekwaam hiervoor is van de cliëntvertegenwoordiger, in het cliëntdossier.

Daarnaast ziet de inspectie in de cliëntdossiers, dat zorgverleners de wensen en behoeften van cliënten in het zorgplan opnemen. Zo ziet de inspectie dat er individuele activiteiten voor cliënten in het zorgplan staan. In gesprekken met zorgverleners komt echter naar voren dat er over het algemeen geen tijd is om in de huiskamers individuele activiteiten met cliënten te doen.

Daartegenover ziet de inspectie dat sommige cliënten wel individuele activiteiten doen. Zoals een cliënt die regelmatig naar de bibliotheek gaat en elke week gaat zwemmen.

Ook is er een ruim aanbod aan groepsactiviteiten (spelletjes, muziek) waar cliënten aan kunnen deelnemen.

Daarnaast blijkt uit diverse gesprekken en observaties, dat zorgverleners weten wat de cliënt zelf kan en wil doen. Zorgverleners houden rekening met de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Zij vertellen dat zij de cliënten zoveel mogelijk zelf laten doen en zelf laten kiezen en hen daarbij zo nodig ondersteunen.

Cliënten kunnen aangeven hoe zij verzorgd willen worden (opstaan, naar bed gaan) en zorgverleners houden hier zoveel mogelijk rekening mee. Ook waar zij willen eten (op de kamer of in het restaurant) en waar en hoe zij de dag willen doorbrengen (somatische afdeling). Tijdens de observatie en in de cliëntdossiers ziet de inspectie dit ook terug.

#### Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier benaderen. Ook is bij de inrichting aandacht voor de doelgroep. Echter voor de juiste benadering is wisselend aandacht.

Tijdens de observatie hoort de inspectie dat zorgverleners de ene cliënt aanspreken met mevrouw en de ander bij de voornaam. Deze afspraken ziet de inspectie terug in de cliëntdossiers. Tijdens een observatie in een van de huiskamers ziet de inspectie dat zorgverleners praten met de cliënten, af en toe een grapje maken en er is ook fysiek contact (hand op de schouder, even de hand vastpakken).

De afdelingen zijn of worden binnenkort ingericht op de doelgroep. De verpleegafdeling is recent verbouwd. Zo zijn er in de huiskamers zithoeken, met knuffels, spelletjes en boekjes. De gangen van de verpleegafdeling hebben een uiterlijk gekregen van 'buiten'. De deuren van de kamers zijn de 'voordeur' van het appartement, de gangen zijn beschilderd met taferelen (bloemen, hekjes, poezen) en er staat hier en daar een bankje. De zorgverleners gaan voor de andere afdelingen zelf een nieuw plan maken. Zij doen dit in samenspraak met cliënt(vertegenwoordigers).

Daarentegen ziet de inspectie ook tijdens een observatie in een andere huiskamer dat zorgverleners vooral bezig zijn om zorg te verlenen en ervoor te zorgen dat alles goed loopt. Een vrijwilliger is aan het voorlezen, maar er is geen interactie met de cliënten. Er is bijvoorbeeld geen gesprek over het boek. Een aantal cliënten zitten erbij te slapen. Ook ziet de inspectie een zorgverlener die iets aan een cliënt duidelijk wil maken. Daarbij blijft zij staan en gaat bijvoorbeeld niet op ooghoogte met de cliënt in gesprek. In een andere huiskamer ziet de inspectie dat een cliënt in zijn trippelstoel van tafel wil trippelen. Een vrijwilliger begeleidt hem terug aan tafel en zet de rolstoel op de rem, met de opmerking dat hij eerst moet eten. Bij navraag had geen van de zorgverleners dit gezien. Tijdens een gesprek op weer een andere afdeling, geven zorgverleners aan dat zij meer tijd en aandacht zouden willen besteden aan de cliënt en/of activiteiten met een cliënt zouden willen doen. Door tijdgebrek komt het er niet van, zo zeggen zij.

#### Norm 1.5

Zorgverleners ondersteunen cliënten 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 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 gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken met zorgverleners en de geraadpleegde cliëntdossiers komt een wisselend beeld naar voren van de professionele afwegingen over de benodigde zorg. Zorgverleners doen dit voor een deel zelf. Daarnaast zijn de geconstateerde risico's niet in alle gevallen navolgbaar.

De inspectie hoort dat de zorgverleners bij de cliënten waarvoor de huisarts verantwoordelijk is, de professionele afweging voor de zorg zelf doen. Hier ziet de inspectie risicoanalyses terug waar vaak geen doel of acties uit voortkomen. Dit terwijl dit wel uit de analyse voortkomt. Ook wordt het zorgplan niet multidisciplinair besproken en is de huisarts niet altijd betrokken. Verder ziet de inspectie dat de acties wel cliëntgericht zijn beschreven, maar niet altijd concreet. Het is vaak niet duidelijk wat de afspraken zijn en hoe de zorg moet worden verleend. Daarnaast ziet de inspectie dat een zorgverlener zelf een omgangsadvies heeft geschreven voor een cliënt met onbegrepen gedrag. Zij heeft de cliënt geobserveerd en aan de hand hiervan een benaderingswijze gemaakt. Het is echter niet inzichtelijk hoe zij dit heeft afgewogen en of dit een juiste benaderingswijze voor deze cliënt is. Er is geen arts of psycholoog bij betrokken.

Ten aanzien van het afsluiten van de afdeling Meerzorg met een codeslot, ziet de inspectie geen enkele risicoanalyse, overweging of (multidisciplinaire) besluitvorming terug in de cliëntdossiers van de betreffende cliënten. Ook bij sommige ingezette VBM ziet de inspectie dat dit niet altijd juist is overwogen en/of besloten. Zo ziet de inspectie in een van de cliëntdossiers dat bij een cliënt een sensor is ingezet. Er staat bij 'de cliënt heeft geen last van de sensor, dus het is geen vrijheidsbeperking'.

Daartegenover staat dat de inspectie in een aantal andere geraadpleegde cliëntdossiers ziet, dat zorgverleners risicoanalyses maken op diverse onderwerpen. Zo ziet de inspectie onder andere risicoanalyses op vallen, medicatie, voeding en depressie in de cliëntdossiers. Hieruit volgen algemeen gestelde doelen en op de cliënt gerichte acties. Ook wensen en behoeften van cliënten ziet de inspectie terug in het zorgplan. Bijvoorbeeld welke activiteiten iemand wil doen of hoe iemand verzorgt wil worden tijdens de ADL. Ook vertellen zorgverleners dat, bij cliënten waar de SO eindverantwoordelijk voor is, zij het zorgplan bespreken in een MDO. Voor cliënten waarbij sprake is van onbegrepen gedrag schakelen zorgverleners de psycholoog in en wordt een omgangsadvies opgesteld. Voor de inzet van vrijheid beperkende maatregelen (VBM), zoals bedekken, ziet de inspectie over het algemeen een navolgbare afweging terug.

#### Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken en cliëntdossiers komt naar voren dat zorgverleners in hun dagelijkse werk nog wisselend een methodische werkwijze toepassen. Het methodisch vastleggen van doelen, acties en rapportages in de cliëntdossiers is wisselend.

Zo ziet de inspectie dat zorgverleners uitkomsten uit de risicoanalyses niet altijd omzetten in doelen en acties. Ook ziet de inspectie dat acties wel cliëntgericht zijn, maar niet altijd concreet gesteld. Hierdoor is het niet altijd duidelijk hoe zorgverleners de zorg moeten uitvoeren. Wensen en behoeften zoals activiteiten die cliënten doen, staan evenmin altijd concreet in het zorgplan. Daarnaast rapporteren zorgverleners veelal niet op doelen maar in het veld 'algemeen'. Ook is het in het cliëntdossier niet navolgbaar of zorgverleners het zorgplan systematisch (multidisciplinair) evalueren. Zorgverleners geven aan dat er twee keer per jaar een MDO of zorgplanbespreking met de cliënt (vertegenwoordiger) is. Er zijn echter geen verslagen van een MDO of zorgplanbespreking met de cliënt (vertegenwoordiger) in het cliëntdossier. Wel staan afspraken vanuit een MDO in de rapportage, maar dit is niet snel te vinden.

Verder ziet de inspectie in een van de dossiers dat er een omgangsadvies is gemaakt. Het omgangsadvies is in een rapportage vermeld. Een zorgverlener geeft aan dat er een mogelijkheid in het systeem is om dit op de voorpagina van het dossier te zetten. Ze zet een sterretje aan bij de rapportage en zo is het omgangsadvies duidelijk vermeld bij de afspraken. Ze vertelt hierbij dat dit een afspraak is, maar dat dit nog niet altijd door iedereen wordt opgevolgd. Daarnaast vertellen zorgverleners dat zij soms door tijdgebrek en drukte, de dossiers niet goed hebben bijgehouden de afgelopen tijd.

Daartegenover staat dat de inspectie ook goede voorbeelden ziet. Zo ziet de inspectie dat de levensgeschiedenis van de cliënt in het cliëntdossier is opgenomen. Wensen en behoeften vanuit de cliënt zijn in het zorgplan opgenomen. De inspectie ziet ook acties waar duidelijk staat wat een zorgverlener moet doen en waar een zorgverlener op moet letten bij het uitvoeren van de zorg. Ook ziet de inspectie diverse rapportages die wel op het doel zijn geschreven. Daarbij rapporteert de zorgverlener volgens de afgesproken SOEP-methode (Subjectief, Objectief, Evaluatie & Plan). In deze rapportages staat duidelijk vermeld wat er is gebeurd, hoe de zorgverlener heeft gehandeld en wat het effect hiervan is. Daarnaast ziet de inspectie omgangsadviezen waarbij ook duidelijk is aangegeven welke situatie voor kan komen, waarop de zorgverlener kan observeren en wat de zorgverlener kan doen. Hierop ziet de inspectie ook heldere rapportages terug. Verder ziet de inspectie ook een voorbeeld van opvolging van een incident. Een cliënt is op haar hoofd gevallen. De arts vraagt de zorgverlener de cliënt een aantal dagen te observeren en hierop te rapporteren. Deze rapportages ziet de inspectie een aantal dagen na het incident ook terug in het dossier. Sinds kort werken zorgverleners ook met een cliëntagenda. Hierdoor kunnen zij in één oogopslag zien welke (zorg- of activiteiten) afspraken voor welke cliënt er die dag in de planning staan.

#### 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.

De norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.4

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

De norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels niet** aan deze norm.

De bezetting van zorgverleners is kwetsbaar. Ook sluit de deskundigheid niet altijd aan op de gevraagde zorg.

#### *Bezetting*

Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners een hoge werkdruk ervaren. Met name door personele wisselingen en het ziekteverzuim. Het ziekteverzuim bedraagt ten tijde van het bezoek 9,01 procent, mede door een aantal langdurig zieke medewerkers. Zorgverleners vertellen dat de complexiteit van de zorg toeneemt en dat zij dit als zwaar ervaren. Verder geven zorgverleners aan dat zij het te druk hebben met de zorg aan cliënten om andere taken goed te kunnen vervullen. Zoals activiteiten met cliënten doen, meer aandacht kunnen geven aan cliënten en hun administratieve taken (zoals het cliëntdossier bijwerken).

Daarnaast geven gesprekspartners aan dat het invullen van de openstaande diensten niet altijd lukt of niet met het juiste deskundigheidsniveau. Het komt regelmatig voor dat er niet met de benodigde zes zorgverleners gestart wordt, maar met vier of zelfs drie.

Dit komt onder andere omdat de afgelopen tijd ingehuurde ZZP's niet op kwamen dagen. Ook vertellen zij dat zij regelmatig extra diensten draaien of invallen op andere afdelingen. Zij voelen zich zeer betrokken bij de cliënten en gaan daardoor vaak over hun formatie uren heen.

In de geraadpleegde documenten ziet de inspectie ook, dat diensten een aantal keren niet met een volledige bezetting zijn uitgevoerd.

Uit de toegezonden documenten komt verder naar voren dat de inzet van (de deskundigheid van) personeel op een van de afdelingen, niet helemaal is afgestemd op de aanwezige doelgroep. Zo ziet de inspectie dat De Buitensluis bij de somatische afdeling relatief minder personeel inzet als bij de andere afdelingen, terwijl de doelgroep groter is en voor het merendeel een zorgprofiel van VV 5 of hoger heeft. Deze afdeling heeft De Buitensluis het kwadrant 'licht' genoemd, maar de cliënten hebben veelal een complexe zorgvraag.

Het management geeft aan dat zij dit in beeld hebben. Zij hebben een aantal verbetermaatregelen hierop uitgezet. Zo is er een nieuw contract gesloten met het bedrijf waarvan zij de ZZP's inhuren, Het 'niet komen opdagen' zou niet meer voor moeten komen. Daarnaast werken zorgverleners één dienst per maand mee op een andere afdeling zodat het invallen op een andere afdeling beter kan verlopen. Ook heeft het management plannen gemaakt om meer mensen te werven. Daarnaast richt de zorgaanbieder zich op het behouden van het zittende personeel. Zij doen dit door samen met de arbodienst acties in te zetten voor gezonde leefstijl en het vinden van goede balans tussen werk en privé. Ook zijn de (zorg) coördinatoren meer betrokken bij de ziekteverzuim begeleiding.

#### *Deskundigheid*

De Buitensluis beschikt niet over een scholingsplan waarin is opgenomen welke scholingen nodig zijn om goede zorg nu en in de toekomst te kunnen (blijven) leveren. Gesprekspartners geven aan dat er een programmateam komt dat scholingen gaat ontwikkelen op aanvraag van de (zorg)coördinatoren. Naar aanleiding van de bevindingen van eerdere bezoeken heeft bijvoorbeeld geen scholing plaats gevonden over het methodisch professioneel handelen.

Daartegenover staat dat zorgverleners scholingen kunnen volgen via een digitale leerwijzer. Het afgelopen jaar hebben zorgverleners diverse scholingen gevolgd onder andere over vrijheidsbeperking, Bopz, onbegrepen gedrag, dementie, wondzorg, intern auditoren en het (gebruik van het) elektronisch cliëntdossier (ECD). Een aantal scholingen volgen zorgverleners via een e-learning module. In maart organiseerde Alerimus 'de week van de voorbehouden en risicovolle handelingen'. Waarmee zorgverleners hun bekwaamheden op dit gebied konden borgen. In oktober volgt weer zo'n week. Verder organiseerde De Buitensluis workshops (coaching, communicatie, conflictbeheersing, werkdruk) en trainingen (BHV, medicatie, tillen). Er staan ook nog een aantal scholingen in de planning. Zo is er in oktober a.s. een scholing over dementie, vrijheidsbeperking en de Bopz. In januari 2020 volgen de zorgmaatjes scholing over methodisch werken. Via de digitale leerwijzer kunnen zorgverleners scholingen volgen over onder andere onbegrepen gedrag, mondzorg, Parkinson en hygiëne + infectiepreventie. Zorgcoördinatoren houden bij wie welke scholing heeft gevolgd of nog moet volgen. Zij spreken zorgverleners hier ook op aan. In het teamoverleg komt het onderwerp 'scholing' ook regelmatig aan bod. Dit ziet de inspectie terug in de geraadpleegde notulen.

Daarnaast zijn er bij De Buitensluis diverse zorgverleners die aandachtvelder zijn op een bepaald gebied van de zorg (o.a. medicatie, VBM, wondzorg, MIC-meldingen). Deze aandachtvelders geven advies en coachen zorgverleners 'on the job'.

#### Norm 2.6

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

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 maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels niet** aan deze norm.

De multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners is wisselend. Binnen De Buitensluis zijn de huisartsen 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. Zorgverleners geven aan dat de huisarts niet betrokken is bij het opstellen van het zorgplan. Alleen als dit nodig is, consulteren zij de huisarts achteraf hierover. Huisartsen worden door zorgverleners altijd uitgenodigd voor de zorgplanbespreking, maar in de praktijk is een huisarts niet bij de bespreking aanwezig. Andere disciplines zoals fysiotherapeut of ergotherapeut wel. Zorgverleners geven aan dat huisartsen de cliënt eigenlijk niet goed kennen. Ook geven zij aan dat huisartsen nog weinig of geen deskundigheid op gebied van de doelgroep (zoals SO of psycholoog) inschakelen. Dit terwijl de toenemende zorgzwaarte van de doelgroep hier, volgens hen, wel om vraagt. Een voorbeeld is dat bij cliënten met onbegrepen gedrag geen psycholoog is betrokken, zo ziet en hoort de inspectie. De betrokken SO of psycholoog is nog niet in consult gevraagd door de huisartsen.

Daartegenover staat dat de SO eindverantwoordelijk is voor de zorg aan de cliënten met een Bopz-indicatie en cliënten met een indicatie voor verblijf met behandeling. Ook de psycholoog is betrokken bij de zorg aan deze cliënten. De SO is altijd aanwezig tijdens de zorgplanbespreking in het MDO. Daarnaast is hij één dag in de week aanwezig op De Buitensluis en op afroep. Ook vervanging voor de SO is geregeld zodat er altijd (24/7) deskundigheid ingeroepen kan worden door De Buitensluis. De SO geeft aan dat zorgverleners van de verpleegafdeling hem op tijd, met gerichte vragen en proactief, inschakelen. Zorgverleners van de cliënten die niet op de verpleegafdeling verblijven, schakelen de SO en/of psycholoog vaak in als er iets gebeurd is. Opvolging van opdrachten van de SO doen de zorgverleners over het algemeen goed, zo geeft hij aan. Ook gesproken zorgverleners geven aan dat de samenwerking met de SO en psycholoog goed verloopt. De behandelaren zijn goed en laagdrempelig te benaderen.

### 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 zorgverleners 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.

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels** aan deze norm.

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. In de visie is niet duidelijk hoe de zorgaanbieder deze uitdraagt naar de cliënt (vertegenwoordigers), de zorgverlener en vrijwilligers. De zorgverleners en de vrijwilligers passen de visie in de praktijk niet in alle gevallen toe (zie de eerder beoordeelde normen).

De inspectie ziet dat de zorgverleners aandacht hebben voor de veiligheid van de cliënten. De leefomgeving is afgestemd op de cliënten. Daarbij hoort de inspectie dat onderwerpen als medicatieveiligheid, hygiëne en infectiepreventie volop in de aandacht staan.

##### Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis 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 Buitensluis.

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 het plan van aanpak 'persoonsgericht cliëntdossier' ziet de inspectie bijvoorbeeld 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.

In het toegezonden 'plan van aanpak kwaliteit en veiligheid versie 0.1 2019' staat wel concreter genoemd wat het doel, de actie en het resultaat is. Maar ook hier is niet duidelijk hoe Alerimus dit heeft gemeten. Daarbij is het de inspectie niet duidelijk wat de status van dit plan is.

De inspectie ziet en hoort tijdens het bezoek dat Alerimus de nodige verbeteringen vanuit een eerder bezoek aan een andere locatie niet geïmplementeerd en geborgd heeft. De inspectie vroeg Alerimus zich op haar beide locaties te verbeteren bij onder andere het methodisch werken (zie norm 2.2) en multidisciplinair afwegen van vrijheid beperkende maatregelen (zie norm 1.3, 2.1 en 2.7).



Toch ziet de inspectie bijvoorbeeld dat de toegangsdeur van afdeling Meezorg zonder individuele multidisciplinaire afweging voor alle cliënten gesloten is. Het 'nee tenzij' principe wordt niet door Alerimus nageleefd.

In het gesprek met de raad van bestuur komt wel naar voren dat hetgeen de inspectie constateert tijdens dit inspectiebezoek in beeld is bij de raad van bestuur. De raad van bestuur heeft sinds kort een SO aangetrokken voor acht uur in de week als adviseur van de raad van bestuur. Deze geeft inzicht in de tekortkomingen en ondersteunt in het maken van concrete plannen. Daarnaast vertelt de raad van bestuur dat Alerimus een concreet verbeterplan heeft gemaakt dat op maandag 23 september 2019 in het managementteam wordt besproken. Dit plan is volgens de raad van bestuur een SMART-geformuleerd verbeterplan.

Uit gesprekken en documenten komt naar voren, dat zorgverleners open zijn over fouten en incidenten en deze melden. De (zorg)coördinator analyseert deze meldingen op cliëntniveau. Meldingen van incidenten en fouten (MIC) bespreken teamleden in het maandelijkse teamoverleg. Een MIC-commissie onderzoekt de meldingen op cliënt-, locatie-, en organisatieniveau en signaleert trends. Hieruit komen ook aanbevelingen voor verbetermaatregelen. Zo kwam er uit een analyse van valincidenten, dat er een vertraging opspeelde tussen het afgaan van een sensor en een melding van de pieper. Een aanbeveling is om dit technisch te laten onderzoeken. De inspectie leest in een later verslag terug, dat er andere DECT-telefoons zijn waarbij de vertraging niet meer opspeelt. Bij een analyse van medicatie incidenten kwam naar voren dat er meer fouten waren gemaakt bij het wijzigen van medicatie bij een cliënt. In een andere analyse leest de inspectie dat er een toename was op een afdeling van medicatiefouten. De commissie oordeelde dat dit kwam doordat de nachtdienst de medicatie uitzette. Reden hiervoor was dat er onderbezetting in de dagdienst was met te weinig niveau 3 zorgverleners. Aanbeveling van de commissie was om als dit het geval is, duidelijk afspraken vast te leggen over verantwoordelijkheden.

De inspectie leest in de notulen van het teamoverleg dat MIC-meldingen een vast onderdeel is van het overleg. Echter uit de notulen komt ook naar voren, dat dit vooral gaat over aantallen. De bespreking van MIC-meldingen gaat niet dieper in op (eventuele) oorzaken van incidenten. Ook ziet de inspectie niet altijd terug wat er gedaan is met de aanbevelingen en constatering van de MIC-commissie. Zo is er bijvoorbeeld geen verbeterplan met concrete doelen. De inspectie ziet bijvoorbeeld dat de MIC-commissie meerdere malen aangeeft dat MIC-meldingen niet goed ingevuld worden (tijdstip en datum bijvoorbeeld niet). Zij beveelt aan om het formulier in het ECD aan te passen zodat zij de juiste informatie krijgen. De inspectie ziet hierover geen opvolging terug in bijvoorbeeld team overleggen of in de vorm van een verbetermaatregel. In een van de notulen ziet de inspectie wel staan 'dat het MIC-formulier aangepast moet worden', maar verder staat er niets.

### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet De Buitensluis grotendeels** aan deze norm.

Binnen De Buitensluis 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, deze cultuuromslag kost 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

Volgens de inspectie **voldoet** De Buitensluis aan deze norm.

De inspectie ziet tijdens inzage in de medicatiemappen, dat zorgverleners voor de cliënten die medicatie gebruiken, beschikken over een actuele toedienlijst en een actueel medicatieoverzicht. De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van de cliënten. Zorgverleners maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan. Bij wijziging in de medicatie beschikken zorgverleners binnen 24 uur over een actuele toedienlijst.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet** De Buitensluis aan deze norm.

Bij controle van de medicatiemappen ziet de inspectie, dat zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst paraferen.

De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

## 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 geboden zorg door de Buitensluis 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;
- Gesprekken met de voorzitter van de cliëntenraad;
- Observaties op afdeling Meersluis en de Bopz-afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- Gesprekken met een specialist ouderengeneeskunde;
- Gesprekken met de raad van bestuur;
- Acht cliëntdossiers;
- 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 multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment 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 Geraadpleegde documenten

- Zorgprofielen Buitensluis
- Personeel inzet Buitensluis januari t/m juni 2019
- In en uitstroom personeel januari t/m september 2019
- Ziekteverzuim De Buitensluis, afgelopen 12 maanden
- Overzicht leerlingen 2019 per 01-07-2019
- Notitie digitale leerwijzer, versie 2.0 30 april 2019
- Leerwijzer 2019 (deskundigheid, persoonlijke ontwikkeling, vaardigheden)
- Deelnameoverzicht rapportage Mijn Noordhoff Health 170919
- Deelname BHV 2017/2018 en planning 2019
- Deelname 'voorbehouden handelingen' maart 2019
- Overzicht deelname cursussen leerwijzer t/m september 2019
- Overzicht trainingen ONS 2018
- Werkafspraken bij algemene trainingen intramuraal en welzijn
- Fona MIC 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> kwartaal BS
- Verslag FO MT juli 2019
- Diverse notulen werkoverleggen en teambesprekingen, januari t/m augustus 2019
- Kwaliteitsjaarplan 2019 locatie jaarplan De Buitensluis
- Vervolg Reis van Alerimus 2019-2021, versie 2.0 1 juli 2019
- Beleidsnota Stuurgroep Kwaliteit, versie 4
- Ontwikkelopgave Alerimus en opdracht programmateam, zomer 2019
- Overzicht aandachtvelden september 2019
- Ontwikkelingen ECD
- Opzet en inhoud verbeteren zorgleefplannen
- Plan van aanpak persoonsgericht cliëntdossier ONS visie document
- Plan van aanpak kwaliteit en veiligheid versie 0.1 2019