



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

Rapport van het vervolgininspectiebezoek
aan Stichting Alerimus, locatie De Buitensluis
in Numansdorp op 6 oktober 2020

Utrecht, oktober 2020

V2017598

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving De Buitensluis 5
1.3	Actuele ontwikkelingen in het kader van de Wzd en de Wvvgz 6
1.4	Zorg tijdens COVID-19 crisis 7
2	Conclusie 9
2.1	Overzicht van de resultaten 9
2.2	Wat gaat goed 9
2.3	Wat kan beter 10
2.4	Conclusie bezoek 10
3	Wat zijn de vervolgacties 11
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Alerimus verwacht 11
3.2	Vervolgacties van de inspectie 11
4	Resultaten 12
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 12
4.1.1	Resultaten 12
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 14
4.2.1	Resultaten 15
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 20
4.3.1	Resultaten 20
4.4	Overige bevindingen 22
4.4.1	Medicatieveiligheid 22
Bijlage 1	Methode 23
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 25

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie) bracht op 6 oktober 2020 een aangekondigd vervolgininspectiebezoek aan Stichting Alerimus (hierna: Alerimus), locatie Zorgcentrum De Buitensluis (hierna: De Buitensluis) in Numansdorp.

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

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie brengt dit vervolgininspectiebezoek naar aanleiding van het op 4 november 2019 ingestelde verscherpt toezicht op Alerimus voor locaties Zorgcentrum De Open Waard (hierna: De Open Waard) en De Buitensluis. Dit verscherpt toezicht was ingesteld voor een periode van zes maanden en zou aflopen op 4 mei 2020. Op 18 mei 2020 is het verscherpt toezicht in verband met COVID-19, verlengd voor een periode van 6 maanden tot 4 november 2020.

Toezichttraject tot 6 oktober 2020

Op 17 september 2019 bracht de inspectie een bezoek aan De Buitensluis. Aanleiding hiervoor was het bezoek van 16 oktober 2018 aan de andere locatie van Alerimus, De Open Waard. Tijdens dit bezoek constateerde de inspectie dat De Open Waard (grotendeels) niet voldeed aan vijf van de tien getoetste normen. Op 6 augustus 2019 bezocht de inspectie De Open Waard opnieuw. Hierbij toetste zij meer normen dan tijdens het bezoek van 16 oktober 2018. De Open Waard voldeed op 6 augustus 2019 (grotendeels) niet aan negen van de vijftien getoetste normen. De inspectie zag onvoldoende verbeteringen op de persoonsgerichte zorg, de professionele besluitvorming, het methodisch werken, stabiliteit en continuïteit van deskundige zorgverleners en de multidisciplinaire samenwerking. Dit alles had ook gevolgen voor het reflecteren op de geleverde zorg en het eigen handelen. Het ontbrak aan een sluitend plan-do-check-act-systeem op alle niveaus, waarmee het management en de raad van bestuur zicht heeft op de daadwerkelijke kwaliteit van de geleverde zorg.

Omdat de resultaten van het vervolgininspectiebezoek aan De Open Waard onvoldoende waren, wilde de inspectie een breder beeld krijgen van de kwaliteit van zorg binnen Alerimus. Daarom besloot de inspectie om ook de andere locatie van Alerimus, De Buitensluis, te bezoeken.

Tijdens het bezoek van 17 september 2019 zag de inspectie in De Buitensluis op de thema's persoonsgerichte zorg, deskundigheid personeel en sturen op kwaliteit en veiligheid, voor een groot gedeelte dezelfde tekortkomingen terug als bij het bezoek

aan De Open Waard op 6 augustus 2019. De Buitensluis voldeed op 17 september 2019 (grotendeels) niet aan zes van de dertien getoetste normen.

Daarbij bleek dat er bij De Buitensluis onvoldoende verbetermaatregelen waren genomen naar aanleiding van de bevindingen van het inspectiebezoek aan De Open Waard op 16 oktober 2018.

De inspectie concludeerde dat het Alerimus niet was gelukt om binnen De Open Waard en De Buitensluis de noodzakelijke verbeteringen door te voeren binnen de door de inspectie gegeven verbetertermijn. De inspectie zag wel dat verbeteringen in gang waren 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 verwachtte niet dat het Alerimus, zonder interventie van de inspectie, zou lukken om binnen afzienbare tijd de benodigde verbeteringen door te voeren en de geconstateerde tekortkomingen weg te nemen binnen De Buitensluis en De Open Waard. De inspectie wilde de voortgang van de verbeteringen intensief volgen en stelde Alerimus daarom onder verscherpt toezicht voor een periode van zes maanden.

Op 4 februari 2020 ontving de inspectie het eerste tussentijds resultaatverslag. Vervolgens bezocht de inspectie Alerimus op 6 februari 2020, om een beeld te krijgen van de stand van zaken van het verbeterproces. Tijdens het bezoek sprak de inspectie met cliëntenraadsleden, ondernemingsraadsleden, medewerkers van beide locaties en een afvaardiging van het management. De bestuurder gaf aan dat het verscherpt toezicht een sterk urgentiebesef had doen ontstaan op alle niveaus en heeft bijgedragen aan een versnelde ontwikkelslag naar een professionele organisatie. Alerimus had al veel verbeteringen doorgevoerd, maar was nog bezig met het verbeterplan en de borging hiervan. De verwachting was dat Alerimus op 20 april 2020 aan de normen zou voldoen.

Vanwege het aflopen van het verscherpt toezicht op 4 mei 2020 heeft de inspectie op 21 april 2020 telefonisch overleg gevoerd met de bestuurder van Alerimus. In dit gesprek hebben de bestuurder en de inspectie hun zorgen gedeeld ten aanzien van de COVID-19 pandemie en is in goed onderling overleg afgesproken dat de eerste prioriteit van de organisatie uitging naar het vormgeven van de crisisorganisatie. De inspectie gaf in dat gesprek aan op dat moment ook zelf geen mogelijkheid tot toetsing te zien.

In het tweede resultaatverslag dat de inspectie op 2 mei 2020 ontving zag de inspectie eenzelfde beeld als geschetst in het telefoongesprek op 21 april 2020. Samengevat kwam uit het resultaatverslag naar voren dat beide locaties van Alerimus zouden voldoen aan de normen, maar ook dat een aantal verbeteracties nog afgerond moesten worden.

De inspectie concludeerde op basis van het tussentijds bezoek, de resultaatverslagen en de telefoongesprekken met de bestuurder, dat er vooruitgang was. Ook stelde de inspectie vast dat de verbeteringen nog onvoldoende binnen de termijn van het verscherpt toezicht was afgerond. De inspectie constateerde dat een vertraging was ontstaan in het verbeterproces. Deze heeft, voor zover de inspectie van een afstand kan beoordelen, vooral te maken met het vormgeven van de crisisorganisatie rondom de COVID-19 crisis en de beperkingen die de crisisorganisatie met zich meebracht. De inspectie concludeerde daarom dat het verlengen van het verscherpt toezicht nodig was om de verbetermaatregelen te blijven volgen. Op 18 mei 2020 verlengde de inspectie het verscherpt toezicht tot 4 november 2020.

Op 21 juli 2020 ontving de inspectie het derde resultaatverslag en op 21 september 2020 ontving de inspectie het vierde resultaatverslag. In het vierde resultaatverslag

geeft Alerimus aan dat beide locaties (grotendeels) voldoen aan de normen die de inspectie tijdens de bezoeken heeft toetst.

Tijdens het vervolfbezoek op 6 oktober 2020 toetst de inspectie tien normen. Het gaat om de zes normen die tijdens het bezoek op 17 september 2019 (grotendeels) niet voldeden, drie normen die (grotendeels) voldeden en een extra norm.

Op 7 oktober 2020 brengt de inspectie ook een vervolfbezoek aan De Open Waard, de andere locatie van Alerimus. De resultaten van beide bezoeken bepalen of het verscherpt toezicht wel of niet kan worden opgeheven.

Dit rapport is niet los te zien van het rapport van het bezoek bij De Buitensluis op 17 september 2019. Zie hiervoor de website van de inspectie (www.igj.nl) onder [publicaties](#).

1.2 **Beschrijving De Buitensluis**

Alerimus biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg, huishoudelijke hulp, dagactiviteiten, individuele- en groepsbegeleiding. Alerimus heeft locatie De Buitensluis in Numansdorp en locatie De Open Waard in Oud-Beijerland. Het managementteam bestaat uit de bestuurder, een manager zorg (a.i.), het hoofd backoffice, de bestuurssecretaris, de strategisch communicatieadviseur en de manager wijkzorg / Wmo. Daarnaast heeft Alerimus een specialist ouderengeneeskunde (SO) die het bestuur adviseert bij het verbeterproces. Deze SO is tevens Wzd-functionaris binnen Alerimus. Alerimus heeft een raad van toezicht bestaande uit vier leden. Eén functie is vacant. Binnen de raad van toezicht 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 86 cliënten zorg. De cliënten ontvangen zorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en hebben een zorgprofiel met een zorgzwaartepakket (ZZP) variërend van 4VV tot en met 8VV.

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. De cliënten op deze afdeling hebben een indicatie voor verblijf inclusief behandeling en een artikel 21 indicatie Wet zorg en dwang.

Op de eerste en tweede etage zijn de somatische afdelingen met plaats voor 36 cliënten. Het merendeel van de cliënten hebben een indicatie voor verblijf zonder behandeling.

Op de tweede etage van het voorgebouw bevindt zich de verpleegafdeling met plaats voor 25 cliënten. Deze cliënten hebben een indicatie voor verblijf met behandeling en een artikel 21 indicatie Wet zorg en dwang.

Op de begane grond en de eerste etage van het voorgebouw bevinden zich verder nog een afdeling van de bibliotheek, het wijkrestaurant (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 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.

De Buitensluis kent twee kwadranten (afdelingen). Een afdeling lichte zorg voor etage één en twee, en de afdeling zware zorg voor de verpleegafdeling en de afdeling Meerzorg. Medewerkers van de disciplines zorg, welzijn, voeding en huishouding, werken binnen een kwadrant samen.

De teams van De Buitensluis bestaan uit verpleegkundigen (3,22 fte), gespecialiseerd verzorgenden psychogeriatricie (GVP) (0,89 fte), verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG) (14,61 fte), helpenden Zorg en Welzijn (4,78 fte), welzijnsmedewerkers (14,63 fte) en voedingsassistenten (4,56 fte) en een praktijkondersteuner (0,78 fte).

Daarnaast werken binnen de teams leerlingen en stagiaires.

Zorgmaatjes (niveau drie en hoger) zijn het eerste aanspreekpunt voor de cliënt (vertegenwoordigers).

Aansturing van de locatie vindt plaats door de locatieverantwoordelijke. Assistent zorgcoördinatoren sturen de afdelingen aan.

Verdere informatie en ontwikkelingen

Per 1 juni 2020 is de functie van hoofd frontoffice gewijzigd in 'manager zorg'. Per die datum is een nieuwe manager zorg a.i. aangetreden. Per 1 december 2020 wordt deze opgevolgd door een vaste manager zorg en dienstverlening.

Daarnaast heeft Alerimus per 1 september 2020, twee locatieverantwoordelijken aangesteld om de dagelijkse leiding over de locaties op zich te nemen.

Binnen De Buitensluis loopt tijdens het vervolgbezoek een pilot waarbij cliënten ook welzijnsmaatjes hebben. Deze welzijnsmaatjes zijn verantwoordelijke voor de (individuele) activiteiten van cliënten en werken samen met de zorgmaatjes.

Behandeling.

Alerimus heeft een samenwerkingsovereenkomst met een andere zorgorganisatie in de regio voor het leveren van de behandelfunctie. Een 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. De Buitensluis heeft sinds kort een vaste psycholoog, die voor 24 uur per week beschikbaar is voor beide locaties.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor medische zorg van de cliënten die een indicatie hebben zonder behandeling. Zo nodig kan de huisarts een SO of psycholoog in consult roepen. Andere disciplines zijn betrokken vanuit de eerste lijn. Binnen Buitensluis komen huisartsen van twee verschillende praktijken. In De Buitensluis is een artsensprekkamer beschikbaar en hebben huisartsen vaste spreekuren.

1.3 Actuele ontwikkelingen in het kader van de Wzd en de Wvvgz

Alerimus heeft de Bopz-aanmerkingen die tot 1 januari 2020 van toepassing waren, in het openbaar locatieregister ingeschreven als Wet zorg en dwang (Wzd)-accommodaties.

Alerimus zegt binnen persoonsgerichte zorg ook aandacht te hebben voor onvrijwillige zorg en/of onvrijwillig verblijf onder de Wzd.

Alerimus geeft aan tot nu toe geen problemen te ervaren bij het invullen van de rollen die nodig zijn om het stappenplan te kunnen toepassen. De zorgaanbieder werkt samen met andere zorgaanbieders in de regio om de rollen in te vullen.

1.4 **Zorg tijdens COVID-19 crisis**

Gesprekspartners vertellen dat De Buitensluis tot 6 oktober 2020 niet te maken heeft gehad met besmettingen van bewoners. Wel zijn in de afgelopen zeven maanden vele zorgverleners en cliënten preventief getest. De uitslagen waren veelal negatief. Begin mei heeft er een besmetting onder medewerkers van de 1e etage plaatsgevonden (7 medewerkers besmet).

Op de dag van het bezoek werd bekend dat een medewerker positief is getest op COVID-19. Ook bij vier cliënten bestond het vermoeden dat zij besmet zijn met het COVID-19 virus. Bij deze cliënten is direct de cohort verpleging ingezet en zij zijn eveneens getest. Op 7 oktober 2020 (tijdens het bezoek aan De Open Waard) verneemt de inspectie van de bestuurder, dat ook deze cliënten positief zijn getest op COVID-19. Daarnaast is bij vier andere cliënten, verspreid over twee etages, eveneens een verdenking op het virus. Alerimus heeft besloten om alle cliënten en de medewerkers van de betrokken etages te laten testen. Ook stelde Alerimus voor beide etages cohortverpleging in.

Alerimus heeft sinds kort samen met een nabijgelegen zorginstelling een gezamenlijke teststraat. Hiermee lukt het medewerkers binnen een dag te testen en is de uitslag veelal na één werkdag beschikbaar. De cliënten worden getest via het SHL-huisartsenlab.

Het management vertelt dat Alerimus in verband met COVID-19 sinds maart een regieteam in het leven heeft geroepen. Hieraan nemen deel: de bestuurder, de locatieverantwoordelijken, de manager wijkzorg /Wmo, de adviseur kwaliteit en veiligheid, de bestuurssecretaris, het hoofd backoffice en de strategisch communicatieadviseur. Het team overlegt drie keer per week, zo nodig vaker. Het team overlegt regelmatig met de GGD en de SO-bestuursadviseur. De adviseur kwaliteit en veiligheid is hiervoor het aanspreekpunt. In het team wordt het beleid ten aanzien van COVID-19 voor de organisatie bepaald. Zij stemmen dit continue af op de nieuwe landelijke en regionale ontwikkelingen en ontwikkelingen in de eigen organisatie. Het team zorgt voor de communicatie over het beleid en de te nemen maatregelen aan cliënten, mantelzorgers en medewerkers. Medewerkers hebben instructies gekregen over hygiëne en infectiepreventie in relatie tot COVID-19.

Zorgverleners vertellen dat zij zich goed ondersteund voelen door het locatiemanagement. Zorgverleners vertellen dat zij veel saamhorigheid hebben ervaren in deze periode. De onderlinge samenwerking was al goed, maar is hiermee nog extra versterkt. De Buitensluis heeft in beperkte mate te maken met een hoger ziekteverzuim door COVID-19. Dat komt doordat zorgverleners die preventief getest worden niet werken totdat de testuitslag bekend is. In mei 2020 heeft de Buitensluis wel een piek gekend door de besmettingen van zeven medewerkers. Het management verwacht een eventueel ziekteverzuim bij een uitbraak zelf te kunnen oplossen door een andere inzet van zorgverleners. Alerimus heeft hiervoor een plan beschikbaar.

Voor bewoners zijn alternatieve communicatiemogelijkheden en ontmoetingsmogelijkheden gecreëerd in de tijd dat er geen bezoek mogelijk was.

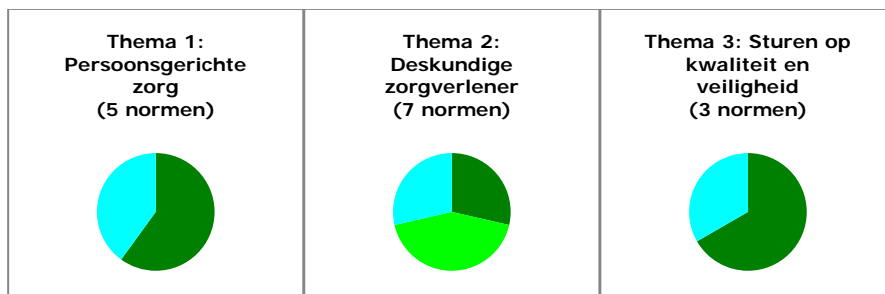
Zoals bezoekhuisje en ontmoetingen in de tuin. Zorgverleners hebben veel gebruik gemaakt van beeldbellen. Toen het landelijke besluit was genomen dat alle verpleeghuizen dicht gingen voor bezoek, heeft De Buitensluis telefonisch contact opgenomen met de contactpersonen van elke cliënt. Zorgverleners hebben elke cliënt en zijn vertegenwoordiger gevraagd hoe zij het bezoek het liefste willen organiseren bij een mogelijke uitbraak van COVID-19. Dit is steeds opnieuw in goed overleg met de cliëntenraad gebeurd.

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. In hoofdstuk 4 ziet u ook het oordeel op normniveau terug van het bezoek van 17 september 2019.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaand diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie De Buitensluis beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



Legenda

	voldoet		voldoet niet
	voldoet grotendeels		niet getoetst
	voldoet grotendeels niet		

2.2 Wat gaat goed

De Buitensluis heeft een grote ontwikkeling doorgemaakt op het gebied van de persoonsgerichte zorg. De visie op persoonsgericht zorg is nu ook in de praktijk zichtbaar, met veel aandacht voor de eigen regie van cliënten. Zorgverleners kennen de wensen en behoeften van cliënten en stemmen de zorg hierop af. Dit gebeurt in afstemming met cliënten en hun naasten. In de cliëntdossiers leggen zorgverleners de persoonlijke informatie van cliënten duidelijk vast en verwerken deze in het zorgplan. Cliënten krijgen groeps- en/of individuele activiteiten op maat. Zorgverleners maken een gedreven indruk met hart voor hun cliënten.

De Buitensluis heeft geïnvesteerd in haar personeelsbeleid. Dit zorgt ervoor dat zij meer vaste zorgverleners op de locatie kan inzetten. De werkdruk is verminderd. Ook sluit de deskundigheid van zorgverleners nu beter aan bij de zorgzwaarte van de cliënten. Zorgverleners maken professionele afwegingen in de zorg en werken methodisch.

De Buitensluis heeft nu afspraken met de huisartsen over (hun mate van) betrokkenheid bij het afstemmen van de zorg en behandeling aan cliënten. De samenwerking tussen huisartsen en zorgverleners verloopt hierdoor goed. Het sturen op kwaliteit verloopt nu goed in de organisatie en op de locatie. De plan-do-check-act cyclus wordt toegepast. Deze cyclus is ook zichtbaar tijdens de COVID-19 crisis. De kwaliteit van zorg is continu in beeld voor alle thema's en op basis hiervan wordt de zorg bijgestuurd. Concrete verbeterplannen zijn beschikbaar.

2.3 Wat kan beter

Borging van de wensen en behoeften van cliënten kan in een enkel cliëntdossier nog beter uitgewerkt worden. Ook het rapporteren van signalen over de (gezondheids)toestand van de cliënt kan nog verbeteren. Zorgverleners vergaren gedurende het verzorgen van cliënten steeds meer informatie over de gezondheid, wensen en behoeften van de cliënt. De informatie zit veelal in het hoofd van zorgverleners en door dit op te nemen in het cliëntdossier, kan dit nog verder bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg voor de cliënt.

2.4 Conclusie bezoek

De inspectie concludeert dat de geboden zorg in De Buitensluis (grotendeels) voldoet aan de elf getoetste normen. De inspectie toetste aan de zes normen die tijdens het bezoek op 17 september 2019 (grotendeels) niet voldeden, drie normen die (grotendeels) voldeden en een norm die niet eerder was getoetst. In vergelijking met het vorige inspectiebezoek op 17 september 2019, is de kwaliteit van de zorgverlening in De Buitensluis zichtbaar verbeterd. Op alle thema's zag de inspectie grote verbeteringen op de locatie.

De inspectie trof een organisatie aan die hard werkt aan de kwaliteit van zorg die zij levert. Daarbij staat de zorg en ondersteuning aan de cliënt centraal. Vanuit dat perspectief heeft Alerimus doelstellingen bepaald waaraan het bestuur en de medewerkers moeten voldoen.

De inspectie ziet tijdens het bezoek dat alle gesprekspartners van Alerimus zich toetsbaar, transparant en lerend opstellen. Het besef dat verbeteringen nodig waren is op tijd op gang gekomen. Alerimus heeft deze verbeteringen ook in de tijd van de COVID-19 crisis goed doorgezet. Daarbij constateert de inspectie dat bestuur en management van Alerimus voldoende zicht heeft op de voortgang van het verbeterproces. De bevindingen van de inspectie tijdens het vervolfbezoek komen grotendeels overeen met de resultaten in de eigen voortgangsrapportage van Alerimus. De bevindingen en conclusie geven de inspectie dan ook voldoende vertrouwen in de huidige aansturing en verbeterkracht van Alerimus. Op basis van de conclusie en de bevindingen is de inspectie van mening dat een verscherpt toezicht niet meer nodig is. De inspectie verwacht dat Alerimus de punten die nog beter kunnen zelf voortvarend zal oppakken.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u 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 dat Alerimus de bereikte kwaliteit van zorg in locatie De Buitensluis voortzet en blijft borgen. Dit geldt ook voor locatie De Open Waard.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit vervolginginspectiebezoek opnieuw een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid van zorg bij De Buitensluis.

Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg in locatie De Open Waard.

De bevindingen en de conclusies van de vervolgbezoeken bij De Buitensluis op 6 oktober 2020 en bij De Open Waard op 7 oktober 2020, zijn voor de inspectie aanleiding om het verscherpt toezicht bij Alerimus op te heffen.

De inspectie zal de vorderingen bij Stichting Alerimus wel blijven volgen om na te gaan of de verbeteringen ook op de langere termijn geborgd zijn.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens het bezoek van 17 september 2019 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:

- Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
- Lichtgroen: 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.

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

Uit het vorige inspectiebezoek kwam naar voren, dat zorgverleners de cliënt(vertegenwoordigers) betrekken bij het opstellen van de doelen van de zorg. Besluitvorming vond echter niet in alle gevallen multidisciplinair plaats.

Tijdens dit vervolgininspectiebezoek **voldeed** De Buitensluis aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet dat voor alle cliënten een multidisciplinair overleg (MDO) heeft plaatsgevonden. Zorgverleners betrekken de cliënt(vertegenwoordigers) hierbij. Gesprekspartners vertellen dat de SO en/of andere disciplines bij het opstellen of wijzigen van het zorgplan betrokken zijn. Daarnaast vertellen zij dat er afspraken met de huisartsen zijn gemaakt en dat deze nu ook betrokken zijn bij het opstellen en/of wijzigen van het zorgplan. Dit ziet de inspectie ook terug in de geraadpleegde cliëntdossiers.

De SO en/of de huisarts en andere disciplines zijn aanwezig bij het MDO. Cliënten en of hun vertegenwoordigers kunnen ook bij het MDO aanwezig zijn. Door de COVID-19 crisis was deze werkwijze niet altijd mogelijk. Dan gebeurde de afstemming met

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

de huisartsen en cliëntvertegenwoordiger telefonisch. Ook de MDO's vonden in deze periode op een alternatieve wijze plaats. Dit gebeurde telefonisch of via beeldbellen.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

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

Deze norm is tijdens het vervolginginspectiebezoek **niet getoetst**.

Norm 1.3

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

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

Tijdens het vorige inspectiebezoek kwam uit gesprekken, de cliëntdossiers en documenteninzage naar voren, dat sommige cliënten beperkt waren in hun vrijheid. Zo was de afdeling Meezorg afgesloten met een codeslot en hadden cliënten die hier verbleven geen artikel 60 indicatie (Wet Bopz). In de cliëntdossiers zag de inspectie geen afweging, (risico)analyse of multidisciplinaire besluitvorming hierover terug. Daarnaast was er geen toestemming van cliënt(vertegenwoordigers) voor deze maatregel vastgelegd.

Verder hadden zorgverleners aandacht voor de eigen regie van de cliënt maar gingen hier in wisselende mate mee om. Zo zag de inspectie in de zorgplannen individuele activiteiten voor cliënten, maar hadden zorgverleners geen tijd om deze uit te voeren.

Tijdens dit vervolginginspectiebezoek **voldoet** De Buitensluis aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet dat alle cliënten op de afdeling Meezorg nu een indicatie hebben voor verblijf en behandeling. Daarnaast hebben de cliënten een artikel 21 indicatie van de Wzd. De Buitensluis heeft het codeslot van de afdeling Meezorg verwijderd. De Buitensluis maakt nu gebruik van zogenaamde Bakens bij cliënten. Deze Bakens zijn per individuele cliënt afgesteld op de mate van bewegingsvrijheid (de zogenaamde leefcirkels). De Buitensluis heeft drie leefcirkels voor cliënten. Sommige cliënten kunnen zelfstandig het gebouw verlaten, anderen kunnen door de hele locatie bewegen en een aantal cliënten kunnen de afdeling niet zelfstandig verlaten. In de cliëntdossiers ziet de inspectie een zorgvuldige afweging, een beschrijving van de maatregel en een risicoanalyse. De Buitensluis past het stappenplan van de Wzd hiervoor toe. De inspectie ziet ook dat de afweging multidisciplinair is genomen. Zo zijn onder andere de SO en/of de psycholoog en andere disciplines betrokken bij de maatregel. Daarnaast ziet en hoort de inspectie dat de cliënt, of indien de cliënt wilsonbekwaam is verklaard, de vertegenwoordiger toestemming geeft voor de maatregel.

Ten aanzien van de individuele activiteiten ziet en hoort de inspectie dat hier verandering in is gekomen sinds het vorige bezoek. Voor elke cliënt is er nu een cliëntagenda waarin de individuele- en groepsactiviteiten van de cliënt zijn opgenomen. Zorgverleners vertellen dat er meer samenwerking is tussen zorg- en welzijnsmedewerkers en dat de cliëntagenda structureel wordt gebruikt. Zorgverleners weten nu beter welke activiteit een cliënt graag doet en nodigen cliënten uit om aan de activiteit deel te nemen. Tijdens de observatie op een

afdeling ziet de inspectie ook dat een aantal cliënten één op één met een medewerker individuele activiteiten doet.

Een mooi voorbeeld van hoe De Buitensluis cliënten de eigen regie over hun leven en welzijn laat voeren, is het gesprek dat zorgverleners met cliënten voerden over de bezoeksregeling van het huis tijdens de COVID-19 crisis. Zorgverleners hebben met cliënten en/of hun familie gesproken over hoe zij dit hebben beleefd en er zijn afspraken gemaakt over hoe cliënten dit in de toekomst zelf zouden willen invullen. In geraadpleegde cliëntdossiers ziet de inspectie de afspraken hierover in een apart zorgdoel terug.

Norm 1.4

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

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

Tijdens het vorige inspectiebezoek kwam uit gesprekken en observaties naar voren, dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier benaderen. Ook is bij de inrichting aandacht voor de doelgroep. Echter voor de juiste benadering was wisselend aandacht.

Tijdens dit vervolginginspectiebezoek **voldoet** De Buitensluis aan deze norm.

Ook tijdens dit vervolginginspectiebezoek hoort en ziet de inspectie dat zorgverleners met respect en warmte met cliënten omgaan. Tijdens de observaties ziet de inspectie dat zorgverleners aandacht schenken aan de cliënt, een praatje maken, een dansje en activiteiten doen met de cliënten. Alle medewerkers die de inspectie ziet, zijn bezig met cliënten. Ook de zorgverleners die cliënten buiten de huiskamers verzorgen en even binnenlopen, hebben aandacht voor de cliënten. In de huiskamers heerst een rustige en huiselijke sfeer. De cliënten genieten zichtbaar van de aandacht. Zij zitten er ontspannen bij. Veel cliënten hebben een glimlach op hun gezicht. Zorgverleners kennen de cliënten goed. Zo ziet de inspectie een cliënt staan bij de audio-installatie van de huiskamer. Een medewerker had de muziek uit gedaan omdat het onrustig was bij een activiteit die in de huiskamer plaatsvond. De cliënt loopt wat onrustig heen en weer en staat dan weer bij de radio. Een zorgverlener die binnen komt lopen maakt een praatje met de cliënt en weet wat de cliënt wil. De cliënt houdt van bepaalde muziek en samen luisteren ze even en doen een klein dansje. De cliënt is zichtbaar gerust gesteld en heeft nu in plaats van een frons, een lach op zijn gezicht.

Norm 1.5

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

Deze norm is tijdens het vorige- en het vervolgbezoek **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 de gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

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

Tijdens het vorige inspectiebezoek kwam uit gesprekken met zorgverleners en de geraadpleegde cliëntdossiers een wisselend beeld naar voren van de professionele afwegingen over de benodigde zorg. Zorgverleners deden dit voor een deel zelf. Daarnaast waren de geconstateerde risico's niet in alle gevallen navolgbaar.

Tijdens dit vervolginginspectiebezoek **voldeet De Buitensluis grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet tijdens het vervolginginspectiebezoek, dat de zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt betrekken bij het maken van professionele afwegingen. In de geraadpleegde cliëntdossiers ziet de inspectie het cliëntverhaal en de kennismaking met de cliënt onderverdeeld in de vier domeinen. Wensen en behoeften ziet de inspectie terug in de zorgdoelen en acties. De zorgdoelen en acties zijn duidelijk en geschreven op de individuele cliënt. Zorgverleners kunnen goed uit de acties afleiden welke zorg zij aan een cliënt moeten bieden en hoe deze uitgevoerd moet worden. Daarnaast gebruikt De Buitensluis voor de dagelijkse activiteiten van een cliënt een cliëntagenda.

Verder hebben zorgverleners de risico's van de cliënten in beeld. Zij vullen twee keer per jaar een risicoanalyse in voor iedere cliënt. De zorgverleners weten de risico's voor de cliënten ook te benoemen en maken hier navolgbare afwegingen in. Ook ziet de inspectie de geconstateerde risico's helder omschreven in de doelen in het zorgplan terug. Zo speelt bij een cliënt het risico op eenzaamheid. Het zorgmaatje benaderde hiervoor een familielid en maakte afspraken voor activiteiten om de eenzaamheid te verminderen. Deze activiteiten staan op de cliëntagenda. Zorgverleners betrekken de nodige disciplines bij het afwegen van de zorg en de afspraken in het zorgplan. De inspectie ziet in de geraadpleegde cliëntdossiers, dat de huisarts, de SO, de psycholoog en of andere disciplines zijn betrokken. Zo ziet de inspectie bij cliënten met onbegrepen gedrag, dat zij een benaderingsplan hebben waarbij de psycholoog betrokken is. Bij een cliënt met slikproblemen raadplegen zij

de diëtist. Deze cliënt krijgt nu aangepaste voeding. Ook wegen zij deze cliënt wekelijks om na te gaan of zij afgevallen is. Zo nodig ondernemen ze hierop actie. Ook de afweging, risicoanalyse en betrokkenheid van deskundigen bij de inzet van maatregelen, hoort de inspectie van de zorgverlener en ziet deze terug in de cliëntdossiers. Gesprekspartners vertellen dat er veel aandacht is besteed aan de invoering van de Wzd binnen De Buitensluis. Bij alle maatregelen (zoals de bakens, bewegingssensoren, psychofarmaca) volgt De Buitensluis het stappenplan van de Wzd. Niet alleen als er sprake is van onvrijwillige zorg, maar ook bij vrijwillige zorg.

Daarentegen ziet de inspectie in een enkel cliëntdossier, dat de wensen en behoeften van de cliënt nog beter uitgewerkt kunnen worden. Zo hoort de inspectie tijdens een observatie, zorgverleners die weten dat een cliënt rustig wordt van bepaalde muziek. Zij weten welke muziek de cliënt mooi vindt. In het geraadpleegde cliëntdossier ziet de inspectie deze informatie nog niet terug.

Norm 2.2

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

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

Tijdens het vorige inspectiebezoek kwam uit gesprekken en cliëntdossiers naar voren dat zorgverleners in hun dagelijkse werk nog wisselend een methodische werkwijze toepasten. Het methodisch vastleggen van doelen, acties en rapportages in de cliëntdossiers was wisselend.

Tijdens dit vervolginginspectiebezoek **voldoet De Buitensluis grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet, dat de zorgverleners rapporteren op doelen, acties en ook het effect hiervan op de cliënt. Zorgverlener rapporteren volgens de SOEP methode (subjectief, objectief, evaluatie en plan). In deze rapportages staat duidelijk vermeld wat er is gebeurd, hoe de zorgverlener heeft gehandeld en wat het effect hiervan is. Ook ziet de inspectie dat De Buitensluis actuele zorgplannen heeft, waarin zorgverleners de doelen en acties helder en toegeschreven op de individuele cliënt, vastleggen. In de doelen en acties staat concreet beschreven wat een zorgverlener moet doen en waar een zorgverlener op moet letten bij het uitvoeren van de zorg.

Ook benaderingsadviezen staan duidelijk in de cliëntdossiers. Afspraken uit het omgangsadvies staan op de voorpagina van het cliëntdossier (profiel) zodat voor alle zorgverleners duidelijk is wanneer iemand een omgangsadvies heeft. Individuele- en groepsactiviteiten leggen zorgverleners vast in de cliëntagenda. Afspraken over de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) staan daarnaast op de ADL-kaart.

De Buitensluis heeft een extra doel in het zorgplan opgenomen over de wensen en behoeften van de cliënt tijdens de COVID-19 crisis (bijvoorbeeld over hoe zij bezoekers wel of niet willen ontvangen indien er weer strengere maatregelen nodig zijn).

Twee keer per jaar voeren zorgverleners opnieuw de risicoanalyses uit en vertalen deze in doelen en acties in het zorgplan. De zorg aan de cliënt wordt twee keer per jaar in het MDO besproken. Voorafgaand aan het MDO bespreken de zorgverleners het zorgplan eerst met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Bij het MDO zijn de cliënt, de cliëntvertegenwoordiger, het zorgmaatje, de SO of huisarts en, op indicatie, andere disciplines aanwezig. De inspectie ziet verslagen van gehouden

MDO's in de cliëntdossiers terug.

Zoals eerder aangegeven, is de vorm van het MDO tijdens de COVID-19 crisis anders geweest (telefonisch of via beeldbellen). Zodoende konden bijvoorbeeld de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger niet altijd aanwezig zijn bij het MDO.

Daarentegen hoort de inspectie van behandelaren, dat de rapportage enorm is verbeterd, maar in sommige gevallen nog beter kan. Soms ontbreken signalen over de zorg in de rapportage of staan deze op een andere plek dan bij het betreffende zorgdoel. De behandelaren vertellen dat zij de zorgverleners dan aanspreken en vragen stellen over de zorg. Zij merken dan bijvoorbeeld dat zorgverleners het wel weten, maar vergeten zijn het op te schrijven.

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- en het vervolgbezoek **niet getoetst**.

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- en 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 Buitensluis tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens het vorige inspectiebezoek kwam uit gesprekken en documenten naar voren dat de bezetting van zorgverleners kwetsbaar was. Zorgverleners ervoeren een hoge werkdruk en kwamen hierdoor aan een aantal taken niet toe (zoals actualiseren van het cliëntdossiers en activiteiten met cliënten). Ook sloot de deskundigheid niet altijd aan op de gevraagde zorg.

Tijdens dit vervolgininspectiebezoek **voldoet** De Buitensluis **grotendeels** aan deze norm.

Bezetting

Gesprekspartners vertellen dat er veel veranderd is bij De Buitensluis in het afgelopen jaar. Zo is er een ander bureau ingeschakeld voor het inzetten van zzp'ers. Het komt nu niet meer voor dat zzp'ers niet meer komen opdagen. Op de afdelingen werkt De Buitensluis zoveel mogelijk met vaste zzp'ers. Het ziekteverzuim is sinds het vorige bezoek teruggebracht van 9,01% naar 7,71% ten tijde van het vervolgininspectiebezoek. Dit percentage komt door een aantal langdurig zieken en door uitval van medewerkers die (door onder andere verkoudheidssymptomen) eerst getest moeten worden op COVID-19 en daardoor kortdurend uitvallen. De Buitensluis maakt hiervoor gebruik van een teststraat die een collega zorgorganisatie heeft opgezet, om medewerkers snel te kunnen testen. Tijdens de COVID-19 crisis heeft De Buitensluis ook besloten om voor de eerste en tweede etage (afdelingen met somatische cliënten), twee teams te formeren. Dit was voorheen één team voor twee afdelingen. Hierdoor zijn de teams beter op

elkaar afgestemd. Gesprekspartners geven verder aan dat de COVID-19 crisis een grote saamhorigheid heeft gebracht onder de medewerkers. Men lost problemen met elkaar op en dat verloopt goed. Gesprekspartners gebruiken de uitspraak 'we doen het samen' veelvuldig in de gesprekken. Daarnaast zijn er voedingsassistenten op elke afdeling bijgekomen, waardoor zorgverleners gedurende de dag meer tijd hebben voor de zorg aan cliënten. Deze voedingsassistenten verzorgen het eten en drinken van de cliënten en nemen hiermee een taak uit handen van de zorgverleners. Er wordt binnen de teams ook veel overlegd met deze voedingsassistenten. Ook de welzijnsmedewerkers werken nu meer samen met de zorgverlening. Zij doen individuele en groepsactiviteiten met de cliënten. Door bovenstaande maatregelen geven gesprekspartners aan, dat zij nu ook de tijd hebben om, naast de zorg, de andere taken uit te voeren (zoals taken van de zorgmaatjes en cliëntdossiers bijhouden).

Uit gesprekken en documenten komt verder naar voren dat de inzet en deskundigheid van personeel nu beter afgestemd is op de aanwezige doelgroep. De complexiteit van de zorg aan de cliënten op de somatische afdelingen neemt toe, maar De Buitensluis zorgt ervoor dat de indicaties van de cliënten hier ook op aangepast worden. Zo zijn er een aantal cliënten overgeplaatst naar de verpleegafdeling of de afdeling Meerzorg en voor een aantal cliënten is de indicatie omgezet naar verblijf met behandeling.

Gesprekspartners geven aan dat zij zich in deze moeilijke tijden gesteund en ondersteund voelen door het management van De Buitensluis en Alerimus, om de zorg rond te krijgen.

Daarentegen geven gesprekspartners ook aan, dat de COVID-19 crisis met zich meebrengt, dat het rondkrijgen van roosters soms moeilijk realiseerbaar is, met extra uren of diensten. Dit vergt veel organisatie.

Deskundigheid

De inspectie ziet en hoort tijdens het bezoek dat zorgverleners gebruik maken van een leer management systeem (LMS). Daarnaast geven diverse deskundigen (zoals GVP of psycholoog) klinische lessen over diverse onderwerpen (persoonsgerichte zorg, onbegrepen gedrag etc). Zorgverleners volgen met het LMS verplichte scholingen en scholingen waar de zorgverlener behoefte aan heeft. Het LMS bevat leerpaden waarmee de zorgverlener diverse e-learning's kan volgen op een bepaald gebied (zoals dementie). Zorgverleners hebben onder andere scholingen gevolgd op het gebied van methodisch werken, het ECD, de Wzd, valpreventie, infectiepreventie en hygiëne en de voorbehouden en risicovolle handelingen. Daarnaast volgen diverse zorgverleners opleidingen (zoals voor verpleegkundige of GVP).

De Buitensluis heeft verder aandachtvelders (MIC, Wzd, methodisch werken, SOEP) die zorgverleners 'on the job' trainen en begeleiden. De Wzd functionaris heeft een wekelijks spreekuur waar zorgverleners advies over Wzd onderwerpen kunnen inwinnen. Daarnaast is er met de psycholoog wekelijks een omgangsoverleg, waar cliënten met onbegrepen gedrag worden besproken. De praktijkverpleegkundige heeft met de zorgmaatjes een tweewekelijks overleg waarin ook inhoudelijk onderwerpen over de zorg worden besproken.

De assistent (zorg)coördinatoren houden toezicht op de gevolgde scholingen en bespreken tijdens functioneringsgesprekken met medewerkers waar nog behoefte aan is.

De inspectie ziet in de documenten alleen de gevolgde scholing in 2020. De inspectie ziet geen scholingsplan voor 2021 of een visie van Alerimus over het scholen van haar zorgverleners.

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 vervolginginspectiebezoek **voldoet** De Buitensluis aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat zorgmedewerkers gebruik maken van de protocollen van Vilans. Ook hoort de inspectie dat De Buitensluis de landelijke richtlijnen van het RIVM met betrekking tot COVID-19 volgt en deze vertaalt naar de eigen situatie. Het management en betrokken disciplines geven veel uitleg aan zorgverleners over aanpassingen in protocollen en afspraken in verband met coronamaatregelen, hoort de inspectie. Protocollen zijn in de coronacrisis voortdurend geactualiseerd. Zorgverleners geven aan dat zij vinden dat zij voldoende en goede informatie krijgen over de coronamaatregelen. Zo zijn zij goed geïnstrueerd over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in het huis. Het management benoemt dat er ruimte is voor gemotiveerd afwijken van richtlijnen. Zorgmedewerkers geven aan dat ze dit soms ook doen. Bijvoorbeeld als de kwaliteit van leven van een cliënt om maatwerk vraagt.

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 **voldeed** De Buitensluis tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens het vorige bezoek kwam uit gesprekken, cliëntdossier en documenten naar voren dat de multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners wisselend was. Dit was vooral aan de orde bij de samenwerking met de huisartsen.

Tijdens dit vervolginginspectiebezoek **voldoet** De Buitensluis aan deze norm.

Binnen De Buitensluis zijn de huisartsen verantwoordelijk voor de medische zorg bij de cliënten met een indicatie zonder behandeling. De Buitensluis werkt samen met twee huisartspraktijken. De inspectie hoort en ziet dat er afspraken gemaakt zijn met de huisartsen over hun betrokkenheid bij de zorg aan de cliënten. Gesprekspartners geven aan dat de huisarts nu betrokken is bij het opstellen van het zorgplan. De huisarts is aanwezig bij het MDO. Ook rapporteren de huisartsen via 'Helder' in het cliëntdossier. Gesprekspartners vertellen dat de samenwerking met de huisartsen nu goed verloopt. Er is veel meer contact en afspraken verlopen goed. Ook andere disciplines, zoals fysiotherapeut of ergotherapeut, zijn betrokken bij de zorg aan de cliënten en (indien nodig) aanwezig bij het MDO. De inspectie ziet rapportages van deze disciplines terug in de cliëntdossiers. Indien nodig schakelen huisartsen de deskundigheid van een SO of psycholoog in. De gesproken behandelaren geven aan dat dit nu ook meer gebeurt dan bij het vorige bezoek.

De SO is eindverantwoordelijk voor de zorg aan de cliënten met een indicatie voor verblijf met behandeling. Dit betreft met name de cliënten die wonen op de verpleegafdeling en de afdeling Meerzorg. De cliënten op deze laatste afdeling hebben inmiddels allen een indicatie met behandeling. Ook de psycholoog is betrokken bij de zorg aan deze cliënten. De SO is altijd aanwezig bij de zorgplanbespreking tijdens 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. Opvolging van opdrachten van de SO doen de zorgverleners over het algemeen zoals afgesproken, zo geeft hij aan. De gesproken zorgverleners vertellen dat de samenwerking met de SO en psycholoog goed verloopt. De behandelaars zijn laagdrempelig te benaderen en zijn voor zorgverleners beschikbaar als dat nodig is.

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.

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

Tijdens het vorige bezoek kwam naar voren dat in de visie niet duidelijk was hoe de zorgaanbieder deze uitdraagt naar de cliënt(vertegenwoordigers), de zorgverlener en vrijwilligers. De zorgverleners en de vrijwilligers pasten de visie in de praktijk niet in alle gevallen toe.

Tijdens dit vervolgininspectiebezoek **voldoet** De Buitensluis aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners en andere medewerkers (o.a. voeding en welzijn) de visie van Alerimus op persoonsgerichte zorg onderschrijven en in de praktijk ook uitvoeren (zie normen bij thema 1).

Ten tijde van het vervolgininspectiebezoek werken er, in verband met de COVID-19 crisis, geen vrijwilligers op de afdelingen.

De organisatie heeft veel aandacht besteed aan het uitdragen van de visie aan zorgverleners en cliënt(vertegenwoordigers). Zorgverleners zijn geschoold en worden gecoacht en begeleid in het uitvoeren van de persoonsgerichte zorg. Er is veel contact met cliënten en hun vertegenwoordigers en voor de COVID-19 crisis waren er bijeenkomsten en gesprekken over dit thema. Verder maakt de organisatie de visie bekend op haar website en door middel van nieuwsbrieven.

De inspectie ziet dat de zorgverleners aandacht hebben voor de veiligheid van de cliënten. De leefomgeving is afgestemd op de cliënten. Zo kunnen cliënten met dementie zelfstandig de afdeling verlaten. Wel zijn de deuren naar de trappen alle met een codeslot te openen ter voorkoming van valincidenten. Ook weegt De Buitensluis voor cliënten zorgvuldig mogelijke risico's af tegen de kwaliteit van leven. Een voorbeeld zijn de Bakens. Hiermee krijgen cliënten die behoefte hebben aan het verlaten van de afdeling, de mogelijkheid om zelf binnen bepaalde grenzen van veiligheid, op pad te gaan. Alerimus bevordert de veiligheid van haar cliënten in de COVID-19 crisis door zorgverleners scholing en werkinstructies aan te bieden over hygiëne en infectiepreventie.

Norm 3.2

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

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

Uit het vorige inspectiebezoek kwam naar voren dat de zorgaanbieder weliswaar beschikt over een kwaliteitssysteem en een systeem van melden, maar dat de plan-do-check-act-cyclus niet aanwezig was. Concrete verbeterplannen ontbraken.

Tijdens dit vervolgininspectiebezoek **voldoet** De Buitensluis aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort, dat Alerimus haar kwaliteitssysteem gebruikt als basis voor verbeteringen in de zorg. Alerimus verzamelt diverse kwaliteitsinformatie over de zorg zoals cliëntervaringen, dossiercontroles en audits over verschillende thema's. De inspectie leest in de documenten en hoort van gesprekspartners dat Alerimus op basis van deze informatie verbeterplannen maakt en deze verbeteringen in de zorg doorvoert. Zo kwam uit een audit in februari 2020 naar voren dat in de dossiers nog te weinig aandacht is voor persoonsgerichte zorg. Alerimus maakte een verbeterplan. Onderdeel hiervan is dat zorgverleners scholing volgen over de dossiervoering en de aandacht hierin voor persoonsgerichte zorg. De assistent zorgcoördinatoren bieden daarnaast 'training on the job' voor dit onderwerp. Ook controleren zij wekelijks alle dossiers en spreken deze door met de zorgmaatjes. Tijdens het inspectiebezoek ziet de inspectie dat in de dossiers aandacht is voor persoonsgerichte zorg.

De inspectie ziet dat Alerimus naast een algemeen kwaliteitsplan, specifieke en concrete verbeterplannen heeft voor alle afdelingen in de organisatie. Alerimus controleert per afdeling de stand van zaken van de verbetermaatregelen en stuurt hierin zo nodig bij, hoort de inspectie.

Tijdens het vorige bezoek zag en hoorde de inspectie dat 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 maandelijks teamoverleg. Een MIC-commissie onderzoekt de meldingen op cliënt-, locatie-, en organisatieniveau en signaleert trends. De inspectie ziet in de kwartaalanalyses van de MIC-meldingen, dat deze ingaan op de basisoorzaken van meldingen. Hieruit komen aanbevelingen voor verbetermaatregelen die aansluiten bij deze basisoorzaken. Tijdens het vervolgininspectiebezoek ziet en hoort de inspectie deze werkwijze nog hetzelfde is als bij het vorige bezoek.

De inspectie hoort en ziet nu ook dat de MIC commissie de aanbevelingen en verbetermaatregelen ook volgt. Zo was een aanbeveling van de MIC commissie, om het meldingsformulier te wijzigen en ziet de inspectie in een verslag dat de commissie heeft geconstateerd dat de wijziging is doorgevoerd.

Ook leest en hoort de inspectie dat de MIC meldingen een structureel onderdeel uitmaken van het teamoverleg. In de notulen leest de inspectie dat in plaats van alleen aantallen meldingen, nu ook de meldingen inhoudelijk worden besproken.

Norm 3.3

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

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

Deze norm is tijdens het vervolgininspectiebezoek **niet getoetst**.

4.4 Overige bevindingen

4.4.1 *Medicatieveiligheid*

Norm 4.3

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

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

Deze norm is tijdens het vervolgininspectiebezoek **niet getoetst**.

Norm 4.8

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

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

Deze norm is tijdens het vervolgininspectiebezoek **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 Buitensluis geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

- Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt: Observatie van cliënten op twee afdelingen voor mensen met dementie, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met vier uitvoerende medewerkers;
- Gesprekken met de SO, de psycholoog en de kwaliteitsverpleegkundige;
- Gesprekken met de locatieverantwoordelijke, interim manager verandertraject, een assistent coördinator welzijn en een assistent coördinator zorg;
- Inzage in aantal cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang 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 Beoordeelde documenten

De inspectie heeft de met * gemarkeerde documenten opgenomen in haar archief. De overige documenten vernietigt de inspectie na vaststelling van het rapport.

- Overzicht van 'de zorgprofielen van cliënten van de te bezoeken locatie(s);
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van de te bezoeken locatie(s) van de laatste twaalf maanden;
- Overzicht van scholing in het afgelopen jaar aan de medewerkers van deze locatie;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie(s) van de laatste twaalf maanden;
- Audits en op basis daarvan ingezette verbeteracties;
- Resultaatverslagen per afdeling;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Kwaliteitsplan.