



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting De Wijngaerd
in Made op 14 februari 2019

Utrecht, april 2019

V2011068

Inhoud

| | |
|------------------|--|
| 1 | Inleiding 3 |
| 1.1 | Aanleiding bezoek 3 |
| 2 | Conclusie 5 |
| 2.1 | Overzicht van de resultaten 5 |
| 2.2 | Wat gaat goed 5 |
| 2.3 | Wat kan beter 5 |
| 2.4 | Wat moet beter 5 |
| 2.5 | Conclusie bezoek 6 |
| 3 | Wat zijn de vervolgacties 7 |
| 3.1 | De vervolgactie die de inspectie van Stichting De Wijngaerd verwacht 7 |
| 3.2 | Vervolgacties van de inspectie 7 |
| 4 | Resultaten 8 |
| 4.1 | Thema Persoonsgerichte zorg 8 |
| 4.1.1 | Resultaten 8 |
| 4.2 | Thema Deskundige zorgverlener 10 |
| 4.2.1 | Resultaten 11 |
| 4.3 | Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 13 |
| 4.3.1 | Resultaten 13 |
| Bijlage 1 | Methode 16 |
| Bijlage 2 | Geraadpleegde documenten 18 |

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 14 februari 2019 een onaangekondigd bezoek aan Stichting De Wijngaerd, (hierna: De Wijngaerd) in Made.

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 Wijngaerd heeft een verbeterplan gemaakt met Waardigheid en Trots. De inspectie bezoekt de Wijngaerd om na te gaan in hoeverre het verbeterplan is uitgevoerd en om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan de wet- en regelgeving.

Beschrijving De Wijngaerd

De Wijngaerd is een zorgaanbieder in de gemeente Drimmelen. De Wijngaerd is een multifunctioneel woonzorgcentrum. De Wijngaerd levert intramurale en extramurale zorg en zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en dagbesteding. De Wijngaerd biedt huisvesting, verzorging, verpleging en dagbesteding voor alleenstaanden en echtparen. De Wijngaerd heeft een Bopz-aanmerking (Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen). De Wijngaerd beschikt over 60 verpleeghuisappartementen, verdeeld over vier psychogeriatrische (PG) afdelingen, twee somatische afdelingen en één combinatie afdeling. Op deze afdeling is plek voor vier somatische cliënten en vier PG-clieënten. Daarnaast levert de Wijngaerd zorg- en dienstverlening aan de 87 aanleunwoningen en 32 koopwoningen.

Tijdens het bezoek richtten de inspecteurs zich op de PG-afdelingen. De PG-afdelingen zijn verdeeld over vier verdiepingen. Elke verdieping bestaat uit een gang met acht woningen, een gezamenlijke huiskamer en een belevingshoek. Elke huiskamer heeft een eigen keuken en ligt aan een tuin of heeft een balkon. De cliënten bewegen zich vrij over de verdieping. Hiervoor is een elektronische veilige zone ingericht die naast de verdieping ook de centrale ruimte en de binnentuinen omvat. Bewoners kunnen individueel of onder begeleiding zich binnen deze zone vrij bewegen. Per bewoner ontstaat aldus zijn/haar eigen 'leefcirkel'.

De zorgverleners bereiden samen met cliënten, familie en vrijwilligers in elke huiskamer zelf de maaltijden voor de cliënten van die verdieping. De cliënten kunnen de maaltijden ook nuttigen in het restaurant van De Wijngaerd.

Cliënten

De Wijngaerd heeft ten tijde van het inspectiebezoek 59 cliënten. Deze cliënten hebben de zorgzwaartepakketten VV04 (vier cliënten met behandeling en vijf cliënten zonder behandeling), VV05 (34 cliënten met behandeling en twee cliënten

zonder behandeling), VV06 (vier cliënten met behandeling en zes cliënten zonder behandeling) en VV07 (vijf cliënten met behandeling). Elke cliënt heeft een eigen kamer, tenzij de cliënt met zijn/haar partner bij de Wijngaerd verblijft. Elke kamer beschikt over eigen sanitaire voorzieningen.

Personeel

De Wijngaerd werkt met zelforganiserende teams bestaande uit helpenden niveau 2, die omgeschoold worden naar niveau 3, verzorgenden individuele gezondheidszorg (IG) niveau 3 en verpleegkundigen niveau 4. Binnen De Wijngaerd werkt een regieverpleegkundige niveau 5 afdelingsoverstijgend en een verpleegkundig specialist. Elk team heeft ook eigen vaste vrijwilligers. Voor de individuele zorg in de ochtend zijn van ieder team twee zorgverleners aanwezig. Hiervan is ten minste één verpleegkundige. In de middag is er een verzorgende. In de nachtdienst zijn er twee zorgverleners aanwezig voor de hele locatie. De Wijngaerd maakt gebruik van zogenaamde vlinderdiensten. Dit is een zorgverlener die voor alle afdelingen inzetbaar is. Per dag gaat De Wijngaerd huiskamerbegeleiders inzetten. Deze medewerkers zet het team in naar behoefte met een inzet van maximaal zes uur per dag. De inzet van zorgverleners bepaalt De Wijngaerd aan de hand van de NZa-tool. Binnen de teams zijn vaste rollen belegd. De regieverpleegkundige heeft een coördinerende rol in de zorgplanning en een coachende taak met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening.

De Wijngaerd heeft zelf geen behandeldienst. Zij huurt via een andere zorgorganisatie behandeldiensten in. De specialist ouderengeneeskunde (SO) is medisch eindverantwoordelijk voor de cliënten van de PG-afdelingen.

Organisatorische ontwikkelingen

In 2017 is er een renovatie geweest bij De Wijngaerd. Alle woningen zijn gerenoveerd. Na deze renovatie is De Wijngaerd gestart met zelforganiserende teams. In 2016 is gestart met een verbetertraject met behulp van Waardigheid en Trots gericht op het persoonsgericht werken.

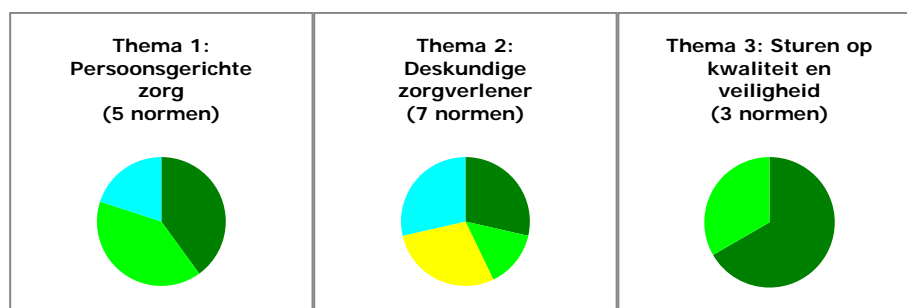
De zelforganisatie is niet alleen bij de zorgteams ingevoerd, maar in alle lagen van de organisatie. De bestuurder geeft aan dat door het volledig ontbreken van managers de middelen maximaal worden ingezet in het primaire proces.

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 Wijngaerd. 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

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



Legenda

| | |
|---|--------------------------|
|  | voldoet |
|  | voldoet grotendeels |
|  | voldoet grotendeels niet |
|  | voldoet niet |
|  | niet getoetst |

2.2 Wat gaat goed

De Wijngaerd biedt haar cliënten persoonsgerichte zorg. Cliënten kunnen rekenen op een prettige leefomgeving waarin deskundige zorgverleners hen met warmte en respect bejegenen. Cliënten hebben inspraak in doelen van zorg en familie wordt hier ook bij betrokken. Zorgverleners hebben de ruimte om met regelmaat te kunnen reflecteren op hun eigen handelen binnen een open leer- en werkklimaat

2.3 Wat kan beter

De eigen regie van cliënten kan nog versterkt worden. Het multidisciplinair werken binnen het dossier kan beter omdat behandelaren een eigen dossier hanteren. Dit zal ook het methodisch werken verbeteren.

De PDCA-cyclus is navolgbaar zichtbaar binnen De Wijngaerd. Het analyseren naar basisoorzaken van incidenten en het borgen van behaalde resultaten kan beter.

2.4 Wat moet beter

Het maken van professionele afwegingen in combinatie met het methodisch werken moet beter. De afwegingen voor de besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen moet beter navolgbaar zijn. Het doelgericht en tijdig rapporteren is noodzakelijk zodat op basis van rapportages de zorg en behandeling tijdig kan worden bijgesteld.

2.5

Conclusie bezoek

De Wijngaerd heeft een ontwikkeling doorgemaakt naar een organisatie waar van oudsher taakgericht is gewerkt naar een organisatie waarin de cliënt centraal staat. Cliënten kunnen rekenen op persoonsgerichte zorg.

De zelforganisatie met behulp van de regieverpleegkundige draagt er binnen de Wijngaerd toe bij dat zorgverleners verantwoordelijkheid nemen en dragen voor de aan hen toebedeelde taken. De Wijngaerd monitort de zorgverlening met audits en weet waar verbeteringen mogelijk zijn en is daar aantoonbaar mee bezig.

Binnen De Wijngaerd is een open leerklimaat. De organisatie beschikt over een lerend vermogen en stelt zich transparant op in de resultaten en de verbetermogelijkheden.

De inspectie heeft er vertrouwen in dat de twee normen die nu nog niet voldoen adequaat worden opgepakt door de organisatie.

3 Wat zijn de vervolgacties

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

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van Stichting De Wijngaerd verwacht**

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

De inspectie concludeert dat de zorg op dit moment van voldoende kwaliteit is en verwacht dat De Wijngaerd deze via de PDCA-cyclus op orde blijft houden. De inspectie verwacht dat De Wijngaerd verbetermaatregelen treft om het methodisch werken in combinatie met de professionele afwegingen die de zorgverleners maken, te verbeteren.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij De Wijngaerd. Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

Dit betekent dat de inspectie in 2019 De Wijngaerd niet opnieuw bezoekt. Als de inspectie signalen krijgt dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet op orde is, kan zij opnieuw op bezoek komen.

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 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 **voldoet** De Wijngaerd aan deze norm.

De inspectie hoort dat zorgverleners voorafgaand aan de opname van een cliënt een huisbezoek bij deze cliënt afleggen en starten met het invullen van de leefwijzer. De leefwijzer is een uitgebreide beschrijving van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. In het cliëntdossier ziet de inspectie een leefwijzer van een recent opgenomen cliënt. Zorgverleners overleggen met de familie van de PG-clieñten over de wensen en behoeften van deze cliënt. Een cliëntvertegenwoordiger vertelt dat zij ook regelmatig de wensen over de zorg doorgeeft aan de zorgverleners. De zorgverleners houden hier vervolgens rekening mee. De voorkeuren en wensen over de behandeling en ondersteuning ziet de inspectie terug in de cliëntdossiers. De familie heeft toegang tot het online cliëntenportaal 'Carenzorgt' en is ook aanwezig bij het cyclische multidisciplinaire overleg (MDO). Daarnaast organiseert De Wijngaerd familieavonden om de familie te betrekken bij de zorg. De Wijngaerd betreft familie bij het bereiden van de maaltijd om zo de familieparticipatie te bevorderen.

¹ 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 Wijngaerd **grotendeels** aan deze norm.

De zorgverleners kennen de cliënten goed. Veel zorgverleners werken al lange tijd bij De Wijngaerd. Tijdens het eerder genoemde huisbezoek voorafgaand aan de opname observeren zorgverleners wat de wensen en behoeften zijn van de cliënt en hoe de cliënt leeft. Deze informatie gebruiken de zorgverleners vervolgens in de dagelijkse zorg bij De Wijngaerd. Ook ziet de inspectie een uitgebreide levensloop terug in het cliëntdossier. Zorgverleners voeren gesprekjes met cliënten waaruit blijkt dat zij bijzonderheden weten over de voorkeuren van de cliënt en de familie. Ook in het dossier staan allerlei kleine bijzonderheden en voorkeuren van cliënten. De inspectie ziet in verschillende dossiers een actuele en volledige zorgkaart terug. Hierin staat per zorgmoment aangegeven wat de wensen van de cliënt zijn. Zo vindt een cliënt het fijn om zijn bord af te likken. De zorgverlener weet dit en houdt hier rekening mee in de dagelijkse zorg. Tijdens de observatie hoort de inspectie dat zorgverleners sommige cliënten bij de voornaam aanspreken. In het dossier van deze cliënten staat aangegeven dat dit hun voorkeur is.

In de dossiers die de inspectie inziet staat voor de cliënten een dagbestedingsprogramma.

De inspectie ziet dat de fysieke omgeving is aangepast aan de wensen en behoeften van de cliënten. Het Breincollectief, een organisatie die gespecialiseerd is in het omgaan met mensen met dementie, is betrokken bij de inrichting van de woningen, huiskamers en gangen. Gesprekspartners vertellen dat de kleuren zijn afgestemd op de doelgroep. Zo zit er op ieder toilet een zwarte bril om de herkenning voor cliënten te vergroten. De muur waar het douchegarnituur aan hangt is in een aparte kleur betegeld.

In een huiskamer speelt passende muziek. Tijdens de observatie komen familieleden of vrijwilligers langs om cliënten mee te nemen voor een wandeling. Deze voorkeuren staan ook in het dossier van de cliënten.

De inspectie hoort anderzijds van zorgverleners informatie over cliënten die niet in de dossiers staat. De inspectie hoort dat het de afgelopen periode erg druk is geweest op de afdeling en zorgverleners geen tijd hebben gehad om het dossier bij te werken.

De Wijngaerd is bezig met de implementatie van de leefwijzer. De inspectie ziet dat hiermee een start is gemaakt. Enkele leefwijzers zijn ingevuld en geven een goed beeld over de cliënt. Nog niet alle cliënten beschikken over een leefwijzer.

Norm 1.3

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

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

Tijdens de rondgang hoort de inspectie dat zorgverleners op de huiskamers koken. Een zorgverlener vertelt dat cliënten kunnen helpen met het schillen van aardappels. Zodra het eten klaar is, zetten de zorgverleners de pannen op tafel. Op deze manier kunnen de cliënten die hier nog toe in staat zijn, zelf het eten opscheppen. De zorgverlener vertelt dat sommige cliënten het eten ook opscheppen voor anderen. Zorgverleners kiezen er bewust voor om het eten in de pannen op tafel te zetten. Op deze manier herkennen cliënten dat ze gaan eten.

De inspectie ziet dat een zorgverlener aan een cliënt vraagt of zij zijn/haar rolstoel mag verschuiven. Zij kondigt haar handeling van tevoren aan en wacht op het antwoord voordat zij actie onderneemt.

In een dossier leest de inspectie dat een cliënt medicatie mag weigeren, dit is zo afgesproken. In het dossier van een andere cliënt leest de inspectie dat de cliënt graag in een stoel wil slapen. Zorgverleners respecteren deze wensen.

Verder heeft De Wijngaerd de beschikking over zogenaamde belevingstuinen

De inspectie ziet tijdens de observatie echter ook dat zorgverleners een rolstoel onder de tafel vandaan trekken zonder aan te geven dat zij de cliënt gaan verplaatsen. De inspectie ziet dat een zorgverlener aan een cliënt vraagt of hij iets wil drinken. Zonder op het antwoord te wachten, brengt de zorgverlener het glas al naar de mond van de cliënt.

Norm 1.4

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

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

Zorgverleners gaan met warmte en respect om met de cliënten. Zij maken op ooghoogte contact, spreken in een aangepast tempo en stellen rustig hun vraag en wachten het antwoord af. Zij slaan regelmatig een arm om de cliënt heen. De inspectie hoort zorgverleners een compliment geven aan cliënten. Een zorgverlener zit aan tafel en betreft alle cliënten actief bij het gesprek. Ook geeft zij aandacht aan een cliënt die iedere keer in slaap valt.

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 Wijngaerd **grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort dat er bij meerdere cliënten een bewegingssensor is ingezet. De aanleiding voor het inzetten van de sensor is niet altijd terug te vinden in het dossier. Ook is niet terug te vinden welke afwegingen de zorgverleners hebben gemaakt en met wie dit besproken is. Het is onduidelijk of de vrijheidsbeperkende maatregelen in overeenstemming met de familie zijn ingezet. In het dossier is niet terug te zien dat de familie hier toestemming voor geeft.

Bij navraag geeft de zorgverlener aan dat de sensor is ingezet in verband met valgevaar, maar dit is niet vastgelegd in het dossier.

Van een recent opgenomen cliënt ziet de inspectie een risico-inventarisatie terug in het dossier van deze cliënt.

De inspectie ziet ook een uitvoerig uitgewerkte voorbereiding voor een MDO.

De inspectie hoort dat zorgverleners bij enkele cliënten met ernstig onbegrepen gedrag uitgebreid overleggen met de behandelaren en familie. Dit traject is niet goed navolgbaar in het dossier. De inspectie hoort dat waarschijnlijk veel informatie in YSIS staat. Uit nagestuurde documentatie blijkt dat inderdaad veel informatie in YSIS staat (zie norm 2.2).

Norm 2.2

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

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

Het methodisch werken ziet de inspectie onvoldoende terug in de cliëntdossiers. De inspectie ziet onvoldoende samenhang in doelen, risico-inventarisaties, rapporteren en evalueren. Ook zijn de evaluaties van de voortgang niet navolgbaar. De inspectie ziet in een aantal dossiers risico-inventarisaties. Zorgverleners evalueren deze risico-afwegingen tijdens het MDO, vertellen gesprekspartners. In de dossiers zijn de verslagen van het MDO niet terug te vinden. Daardoor is het niet navolgbaar of deze evaluatie heeft plaatsgevonden en wat de uitkomsten hiervan zijn. Bij cliënten met een omgangsadvies is dit niet terug te vinden in het dossier. De gesprekspartner vertelt dat dit in de medicatiemap op de huiskamer ligt. De inspectie hoort dat sommige informatie in het medisch dossier YSIS staat. Met een aparte code kan de verpleegkundige wel in YSIS. De inspectie hoort van alle gesprekspartners dat zij dit een onwenselijke situatie vinden.

Bij een andere cliënt met een omgangsadvies is niet terug te vinden in het dossier hoe de zorgverleners de cliënt moeten benaderen. De rapportages en evaluaties over de omgangsadviezen missen ook.

Zorgverleners rapporteren niet altijd op doelen, soms enkele weken niet. Volgens de zorgverlener schrijven collega's hun rapportages onder het tabblad 'algemeen'. Informatie in het dossier komt niet overeen met de huidige situatie. Zo hoort de inspectie dat een week geleden een partner van een cliënt is overleden. Dit staat niet in het dossier.

De inspectie ziet in een opgestuurd document een uitvoerige analyse en behandelplan voor een cliënt met ernstig onbegrepen gedrag. Het betreft documenten zowel uit het dossier als uit YSIS. Hier ziet de inspectie wel dat er methodisch is gewerkt. Zorgverleners hebben het gedrag geanalyseerd en alle interventies vastgelegd. Op de interventies is navolgbaar gerapporteerd.

De Wijngaerd is open en transparant over de verbetering die ze moeten maken in het methodisch werken. De verbeterpunten herkent De Wijngaerd. De Wijngaerd geeft aan hiermee bezig te zijn.

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.

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

De inspectie ziet in verslagen van team overleggen dat zorgverleners stil staan bij onbegrepen gedrag van cliënten. Zij kunnen structureel casuïstiek naar voren brengen in de bewonersbesprekingen. Uit de toegestuurde casuïstiek blijkt dat zorgverleners met elkaar reflecteren op de zorg die zij bieden aan de cliënt. De zorgverleners gebruiken met elkaar een verbeterbord waarop te zien is welke verbeteringen zij willen doorvoeren. Op de verbeterborden staat wat het doel is, wanneer ze dit gaan evalueren en wat de verbetering op zal leveren.

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 Wijngaerd aan deze norm.

De inspectie hoort dat op iedere afdeling een verpleegkundige niveau 4 werkt. Een regieverpleegkundige niveau 5 is beschikbaar voor de hele locatie. Gesprekspartners vertellen dat de inzet van dit niveau zorgverleners goed werkt om de kwaliteit van de zorg op orde te houden. Verpleegkundigen tonen voorbeeldgedrag, zo hoort de inspectie.

Per afdeling starten twee zorgverleners in de ochtend. Een van hen is aanwezig op de huiskamer, de tweede zorgverlener verzorgt cliënten op hun kamer als dat nodig is. De teams kunnen zes uur per dag een huiskamerbegeleider inzetten op basis van hun eigen inschatting wanneer dit nodig is. Verder is een vlinderdienst beschikbaar voor drie afdelingen. De vlinderdienst heeft een rolinvulling ter ondersteuning als deze dienst geen zieke collega moet vervangen. Hij/zij vult zijn of haar dienst dan met welzijnsactiviteiten voor de cliënten.

Binnen De Wijngaerd werken geen managers. De verpleegkundig specialist en de regieverpleegkundigen ondersteunen de zelforganiserende teams, waarbij gesprekspartners nadrukkelijk stellen dat het hier geen zelfsturende teams betreft omdat er sprake is van leidinggevend.

De Wijngaerd beschikt over opleidingsjaarplannen. De inspectie leest het opleidingsjaarplan van 2018 en 2019. Zorgverleners volgden scholing over onder andere het omgaan met onbegrepen gedrag en zinvolle dagbesteding, voorbehouden handelingen en herhalingstrainingen over de Wet Bopz. Alle zorgverleners zijn geschoold door het Breincollectief in het persoonsgericht werken. Een aantal zorgverleners heeft de opleiding gevolgd tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric (GVP opleiding). In 2019 krijgen huishoudelijk medewerkers scholing over het omgaan met onbegrepen gedrag. Verder staat op het programma een scholing voor omgaan met agressie, handmassage en omgaan met snoezelmateriaal. Verder is ruimschoots aandacht voor het scholen van zorgverleners naar een hoger niveau. Zorgverleners hebben de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen van niveau 2 naar niveau 3 of van niveau 3 tot verpleegkundige niveau 4.

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 Wijngaerd **grotendeels** aan deze norm.

De Wijngaerd heeft een contract met een andere zorgorganisatie voor de inhuur van de behandeldienst van Thebe. Gesprekspartners vertellen dat zij verschillende disciplines inschakelen als er sprake is van ingewikkelde casuïstiek. Uit een toegestuurde casus, onder andere met informatie uit YSIS, blijkt de intensieve betrokkenheid van de behandelaren. In de casus is te zien dat de psycholoog onder andere observaties heeft gedaan bij de cliënt alvorens een passend advies uit te brengen. Naar aanleiding van de observatie en de informatie die de psycholoog vanuit de zorg krijgt, maakt zij een analyse over het onbegrepen gedrag van de cliënt. In YSIS zijn ook evaluaties met de zorgverleners te vinden.

Het is niet altijd navolgbaar wat behandelaren bespreken en rapporteren. Dit schrijven ze in YSIS. Doordat dit niet gekoppeld is aan het cliëntdossier is het lastig terug te vinden wat de behandelaren rapporteren. Gesprekspartners ervaren het ontbreken van deze koppeling zelf als onwenselijk.

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 Wijngaerd aan deze norm.

De Wijngaerd heeft de ambitie om een bredere ondersteuning voor ouderen te bieden dan zorgcentrum. De missie spreekt van bieden van langdurige ondersteuning en zorg aan de ouder wordende mens; uitgedrukt in de term Seniorenpartner. Waardigheid en Trots is vanaf begin 2017 actief geweest binnen De Wijngaerd met een persoonsgerichte wijze van werken. De organisatie is opnieuw ingericht en de zelforganiserende teams zijn zelf verantwoordelijk voor de dagelijkse gang op een huiskamer. Zorgverleners koken op de afdelingen voor de cliënten. Cliënten die dat nog kunnen en willen, helpen mee. De familie is betrokken en maakt gebruik van 'Carenzorgt'. Zo kunnen zij actief meekijken wat er gebeurt rondom hun familielid. Naast de familieavonden op organisatieniveau organiseren de teams minimaal twee keer per jaar een familieavond op afdelingsniveau. Tijdens deze familieavonden is ruimte voor punten die uit de organisatie aangedragen worden, bijvoorbeeld speerpunten uit het jaarplan. Daarnaast is de avond met name bedoeld om thema's te bespreken die de teams bezighouden naar aanleiding van de uitkomsten van cliënttevredenheidsonderzoeken. Tijdens deze avonden is er extra ruimte voor dialoog. Ieder team heeft een teamboekje waarin omschreven staat hoe het team werkt en waar zij voor staan in relatie tot hun cliënten. De Wijngaerd meet 'de basisveiligheid' op vier thema's: medicatie, decubituspreventie, vrijheidsbeperking en ziekenhuisopname. De Wijngaerd voert interne audits uit op deze thema's waarbij de regieverpleegkundige uit het thuiszorgteam de audit uitvoert.

Norm 3.2

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

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

De Wijngaerd heeft een kwaliteitsplan, een kwaliteitsjaarverslag en een meerjarenbeleidsplan. Waardigheid en Trots is ingezet om De Wijngaerd om te vormen tot een organisatie waarbij zorgverleners persoonsgericht werken. De organisatie is veranderd, zowel zorginhoudelijk als in de aansturing van de organisatie. In de eindrapportage van december 2018 is te lezen dat De Wijngaerd de stappen zoals verwoord in het plan van aanpak van Waardigheid en Trots daadwerkelijk gezet heeft en op onderdelen zich nog verder moet verbeteren. Voor het meten van de cliënttevredenheid maakt De Wijngaerd gebruik van CareRate waarbij per team gezien kan worden hoe cliënten en hun familie de zorg waarderen. Op basis van evaluatie is CareRate aangepast. Daarnaast organiseert ieder team éénmaal per kwartaal een enquête rondom een bepaald thema. Het bewaken van de veiligheid vindt plaats op basis van belangrijke thema's (zie 3.1.). Op basis van interne audits is er per team een verbeterbord waarbij naast de geconstateerde tekortkoming, de oorzaak, de acties en de evaluatiedatum staan aangegeven. De inspectie ziet audits in over hygiëne en voedselveiligheid. Er zijn per team kwaliteitsbewakers die zicht houden op de uitvoering van de procedures en afspraken. De kwaliteitsbewakers hebben maandelijks afstemming met elkaar. Zorgverleners melden incidenten in het zorgdossier. Deze MIC-meldingen analyseert het team op afdelingsniveau. De inspectie ziet dit in documenten terugkomen. Per type incidenten staan oorzaken beschreven. De jaarrapportage geeft aan wat opvalt aan de gemelde incidenten op locatieniveau. Verbeteracties zijn zichtbaar via verbeterborden.

De inspectie ziet in overzichten incidenten voorzien van een oorzaak. Uitgewerkte analyses naar meerdere basisoorzaken van een melding ziet de inspectie niet

beschreven. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld dat de dubbele controle van medicatie niet altijd plaatsvindt met als oorzaak onrust in de woonkamer en moeilijkheden bij de voorraad. Een nadere analyse, evaluatiedatum of controle van het hierbij opgestelde actiepunt is niet opgenomen. De inspectie ziet wel terug in documenten dat gewerkt wordt met een PDCA-cyclus, maar hoe de borging van de verbeteracties plaatsvindt ziet de inspectie niet terug in de documenten.

Norm 3.3

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

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

De inspectie hoort dat De Wijngaerd deel uitmaakt van een lerend netwerk met twee andere zorgorganisaties.

Binnen De Wijngaerd zijn diverse overlegvormen. Zo is er een bewonersbespreking éénmaal per week voor acute situaties en een bespreking rondom de cliënt éénmaal per acht weken. Daarnaast is er een MDO wat twee keer in het jaar plaatsvindt. Verder zijn er éénmaal per zes weken teamoverleggen en tweemaal per jaar voortgangsoverleggen om belangrijke ontwikkelingen in de organisatie door te spreken.

Daarnaast vertellen gesprekspartners dat er sprake is van een aanspreekcultuur. Dat blijkt onder andere uit de MIC-meldingen en het bespreken daarvan in teamoverleggen. Volgens gesprekspartners is er sprake van een prettige werkcultuur.

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 Wijngaerd 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 twee cliëntvertegenwoordigers van afdelingen;
- Observatie van zeven cliënten op afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met vier uitvoerende medewerkers van afdeling;
- Gesprekken met het management(team); de bestuurder en de kwaliteitsfunctionaris;
- Tien cliëntdossiers van afdeling;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door afdeling.

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

- 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 12 maanden;
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar;
- Analyse MIC kwartaal 4 2018;
- MIC analyse december 2018;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Kwaliteitsplan (V&V)plan van aanpak Waardigheid en Trots;
- Audit rapport ISO 2018;
- Eindrapportage Waardigheid en Trots;
- Meerjaren plan 2017-2020;
- Audit Hygiëne;
- Audit voedselveiligheid;
- Verbeterbord teams;
- Teamboekje;
- Aktielijst kwaliteitsoverleg 08012019;
- Analyse agressiemelding mw H deel 1;
- Analyse agressiemelding mw H deel 2;
- Analyse MIC kwaliteitsteam 3e kwartaal 2018;
- Analyse MIC kwaliteitsteam 4e kwartaal 2018;
- Beleid leren en ontwikkelen versie 4 februari 2019;
- Jaaranalyse MIC 2018;
- Notulen werkoverleg de Schans;
- Opleidingsjaarplan 2018/2019;
- Teamoverleg Boerenhoek;
- Voorbeelden verbeterborden per team.