



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

Vastgesteld rapport van het inspectiebezoek
aan Verburgt-Molhuysen Zorg B.V.
in Oosterbeek op 20 juni 2018

Utrecht, september 2018

V2005418

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Verburgt-Molhuysen 3
2	Conclusie 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat kan beter Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.4	Wat moet beter Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.5	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 8
3.1	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 8
3.2	Vervolgacties van de inspectie 8
4	Resultaten 9
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1	Resultaten 9
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
4.3.1	Resultaten 15
4.4	Overige bevindingen 16
Bijlage 1	Methode 18
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna 'de inspectie') bracht op 20 juni 2018 een onaangekondigd bezoek aan Verburgt-Molhuysen Zorg B.V. (hierna Verburgt-Molhuysen) in Oosterbeek.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Mochten de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport. De inspectie schrijft haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.

De begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

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

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie wil een beeld van de zorg krijgen in Verburgt-Molhuysen. Het laatste inspectiebezoek heeft plaatsgevonden in 2013. Verburgt-Molhuysen heeft nog nooit een melding gedaan bij de inspectie.

De inspectie toetst tijdens dit bezoek de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, en sturen op kwaliteit en veiligheid.

1.2 Beschrijving Verburgt-Molhuysen

Locatie

Verburgt-Molhuysen is een kleinschalig woonzorgcentrum en is gelegen in Oosterbeek. Drie villa's die verbonden zijn met elkaar liggen in een park waar bewoners en andere gasten kunnen wandelen. Verburgt-Molhuysen is de enige locatie van Verburgt-Molhuysen Zorg B.V. Verburgt-Molhuysen levert zorg volgens het wonen en zorg concept. Deze locatie heeft geen Bopz-aanmerking.

In de villa's Verburgt en het Staete-gebouw bevinden zich in totaal veertien appartementen. Ieder appartement heeft een woonkamer, slaapkamer, keuken, badkamer en berging. Ook heeft ieder appartement een balkon of een terras. In villa Verburgt bevindt zich de Staetezaal die zich leent voor gezamenlijke activiteiten. In de Staetezaal is ook de bibliotheek.

Villa Molhuysen is een kleinschalige, beschermde woonomgeving voor mensen met een zwaardere zorgvraag. De villa bestaat uit drie verdiepingen. Hier bevinden zich twaalf appartementen met een zit- slaapkamer en een eigen badkamer. Op de begane grond zijn er naast enkele appartementen ook een grote huiskamer en een familiekamer. Op de bovenste verdiepingen bevinden zich drie grote appartementen met een aparte slaapkamer. Aan deze villa ligt ook een besloten deel van de tuin.

Naast zorg aan de eigen bewoners is er ook ruimte voor mensen van 'buiten'. Villa Doarps-Eijn is een speciale sociëteit voor mensen met (beginnende) dementie. In deze villa biedt Verburgt-Molhuysen dagbesteding psychogeriatric. Ook eigen bewoners kunnen deelnemen aan activiteiten in deze villa. Gasten komen uit de gemeenten Arnhem en Renkum. Ook is er ruimte voor mensen die tijdelijk verblijf met zorg nodig hebben.

Op het terrein om de villa's heen bevinden zich een jeu de boules baan, moestuin en een tuinhuisje met een keukenblok. Verburgt-Molhuysen heeft nieuwbouw gepland voor een appartementencomplex met onder andere een fitnessruimte.

Bewoners

Verburgt-Molhuysen heeft 26 appartementen waarvan er 14 geschikt zijn om als echtpaar te bewonen. In totaal kunnen er bij Verburgt-Molhuysen 40 cliënten wonen. Ten tijde van het inspectiebezoek wonen er 24 cliënten (allen zonder behandeling). Hiervan wonen er elf cliënten in villa Molhuysen (beschermd wonen, plaats voor twaalf cliënten). Bij Verburgt-Molhuysen wonen er drie cliënten met Zorgzwaartepakket (ZZP) 4, vijftien cliënten met ZZP 5, één cliënt met ZZP 6, één cliënt heeft een Persoonsgebonden Budget, één cliënt ontvangt zorgt vanuit de Zorgverzekeringswet en drie cliënten ontvangen geen zorg.

Zorgverleners

In Verburgt-Molhuysen werken 30 zorgverleners in de directe zorg. Twee medewerkers zijn woonassistent niveau 1 (1,17 fte), drie medewerkers zijn helpenden niveau 2 (1,22 fte), twintig medewerkers zijn verzorgende IG niveau 3 (12,98 fte), drie medewerkers zijn verpleegkundige niveau 4 (1,56 fte) en één medewerker is niveau 5 (0,67 fte). Ook is er één leerling niveau 3 (0,56 fte). De meeste zorgverleners werken op de verschillende villa's die over het terrein verspreid liggen.

In Verburgt-Molhuysen is de gemiddelde zorgbezetting als volgt: in de ochtend starten om 7.30 uur vier zorgverleners (minimaal twee verzorgende IG), één hoofd zorg en één woon-assistent. Rond 10.30 uur gaan twee zorgverleners naar huis. De overige zorgverleners wisselen rond 15.00 uur met twee zorgverleners (beide minimaal verzorgende IG) en twee woonassistenten. Op drie dagen in de week is er tussen 13.30 uur en 16.30 uur nog een extra woonassistent/activiteitenbegeleider aanwezig. Op maandag tot en met vrijdag kunnen cliënten met dementie van 10.00 uur tot 17.00 uur naar Doarps-Eijn waarbij twee activiteitenbegeleiders beschikbaar zijn. Om 19.30 uur en om 21.00 uur gaan de twee woonassistenten naar huis. Om 22.30 uur wisselen de nog twee aanwezige zorgverleners in de avond met de nachtdienst (één zorgverlener, minimaal verzorgende IG). In de nacht is er een achterwacht van het Hoofd Zorg en de directie.

Aansturing

Verburgt-Molhuysen heeft twee directeuren. De inhoudelijke aansturing ligt bij het Hoofd Zorg. Verburgt-Molhuysen heeft geen ondernemingsraad. Verburgt-Molhuysen realiseert medezeggenschap van medewerkers door middel van informerende personeelsbijeenkomsten.

Behandeling

Verburgt-Molhuysen maakt gebruik van een specialist ouderengeneeskunde (SO) van zorgorganisatie Opella. De SO is op afroep beschikbaar en kan deelnemen aan het multidisciplinair overleg (MDO, ook wel zorgplanbespreking). Gemiddeld genomen is de SO één keer per zes weken op Verburgt-Molhuysen. De hoofdbehandelaar van de cliënten is de eigen huisarts.

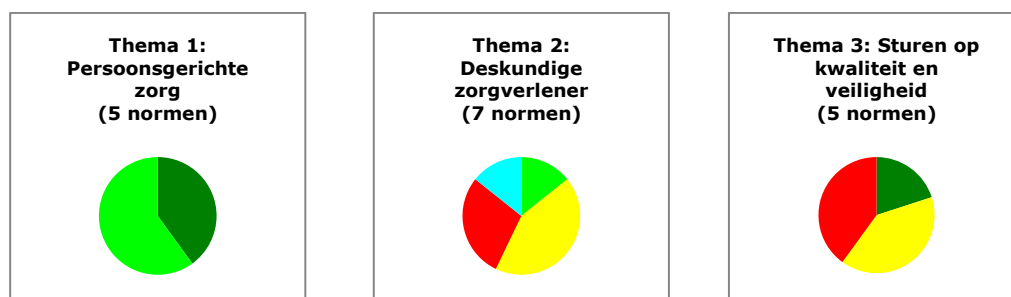
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Verburgt-Molhuysen. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

2.1 Overzicht van de resultaten

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



2.2 Wat gaat goed

De zorg aan cliënten is warm en betrokken. Het netwerk van de cliënt participeert in het zorgproces.

2.3 Wat kan beter

Verburgt-Molhuysen kan de persoonsgerichte zorg verder verbeteren. Zo kunnen zij cliëntvertegenwoordigers meer betrekken in het multidisciplinaire behandel- en zorgproces. De cliënt heeft recht op gepaste zorg ook als het gaat om regie en inspraak op hun leven. Dat kan Verburgt-Molhuysen verder verbeteren door hun visie op persoonsgerichte zorg in het primaire zorgproces volledig door te voeren.

2.4 Wat moet beter

Verburgt-Molhuysen is niet in control. Er ontbreekt een systeem waarin de bestuurder zicht heeft hoe de organisatie er voor staat ten aanzien van kwaliteit en veiligheid. Daarnaast ontbreekt ook het cyclisch verbeteren door middel van het doorlopen van een PDCA-cyclus. De kennis ontbreekt om analyses te doen naar basisoorzaken van MIC-meldingen en hierop gepaste verbetermaatregelen in de organisatie door te voeren.

Cliënten hebben recht op deskundige zorgverleners. Tijdige inzet van de juiste disciplines, de deskundigheid van zorgverleners over algemene en specifieke kennis over de zorg en de doelgroep is onder de maat. Dit kan leiden tot risico's voor cliënten in de zorg. En het methodisch werken moet beter zodat de zorg met elkaar samenhangt en ook navolgbaar is. Zorgverleners van Verburgt-Molhuysen moeten ook ruimte krijgen om op hun eigen professioneel handelen te kunnen reflecteren en zo ook hun deskundigheid te verbeteren.

2.5

Conclusie bezoek

Verburgt-Molhuysen voldoet aan niet of grotendeels niet aan negen van de zestien getoetste normen. De randvoorwaarden om te sturen op kwaliteit en veiligheid, multidisciplinair werken, deskundig personeel, een volledig zorgdossier en methodisch werken moeten op orde zijn om cliënten veilige en goede zorg te geven. De inspectie maakt zich zorgen over de verbeterkracht van Verburgt-Molhuysen, omdat het ontbreekt aan expertise op het gebied van cyclus verbeteren. Het geeft de inspectie wel vertrouwen dat de zorgaanbieder zelf grotendeels inzichtelijk heeft waar zij op moet verbeteren (Kwaliteitsplan 2018). De inspectie ziet tijdens haar bezoek dat Verburgt-Molhuysen transparant en open is. De inspectie is van oordeel dat Verburgt-Molhuysen op kort termijn verschillende verbeterpunten moet doorvoeren om goede en veilige zorg te leveren.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat we van u als zorgaanbieder verwachten. Daarna leest u wat de inspectie zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht**

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

De inspectie verwacht dat Verburgt-Molhuysen Zorg B.V. binnen 6 maanden na het vaststellen van dit rapport voldoet aan de normen uit dit inspectierapport. De inspectie verwacht daarnaast dat u de inspectie tijdens deze verbetertermijn op hoogte houdt van de ontwikkelingen middels een voortgangsrapport en een resultaatverslag.

De inspectie verwacht drie maanden na het vaststellen van dit rapport een voortgangsrapport op minimaal de 4 normen die scoren op 'voldoet niet'. Dit voortgangsrapport verwacht de inspectie vóór 29 december 2018 op haar e-mailadres: ri.utrecht@igj.nl, onder vermelding van het kenmerk van deze brief.

De inspectie verwacht zes maanden na het vaststellen van dit rapport een resultaatverslag. In het resultaatverslag neemt u de volgende informatie op:

- binnen welke termijn voldaan is of zal worden aan de norm(en);
- welke aanpak en acties u heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe u heeft gemeten dat u volledig aan de norm voldoet;
- als u per de datum van het resultaatverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – u per de datum van het resultaatverslag feitelijk heeft bereikt.

Dit resultaatverslag verwacht de inspectie vóór 29 maart 2019 op haar e-mailadres: ri.utrecht@igj.nl, onder vermelding van het kenmerk van deze brief.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

Naar aanleiding van het resultaatverslag zal de inspectie zich beraden of, en zo ja welke, vervolgstappen nog noodzakelijk zijn. De inspectie zal u hierover binnen vier weken na ontvangst van het resultaatverslag berichten.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De IGJ i.o. scoorde tijdens het bezoek of Verburgt-Molhuysen wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**

Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**

De instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**

De instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.

Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1¹

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

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen grotendeels** aan deze norm.

Zorgverleners stellen voor bewoners een zorgleefplan op waarin zorgdoelen staan.

De inspectie ziet dat in de cliëntendossiers dat cliënten(vertegenwoordigers) de zorgleefplannen ondertekenen. Een cliënt(vertegenwoordiger) geeft aan dat zij kan reageren op het zorgleefplan en dat zorgverleners openstaan voor input.

Cliëntvertegenwoordigers hebben de mogelijkheid het cliëntdossier in te zien.

Cliëntvertegenwoordigers kunnen ook in dit dossier vragen stellen aan zorgverleners. De inspectie ziet voorbeelden waarbij de zorgverleners adequaat reageren op vragen van een cliëntvertegenwoordiger.

Hoewel cliënten(vertegenwoordigers) betrokken zijn bij het zorgleefplan zijn zij niet per definitie betrokken bij de multidisciplinaire overleggen. Een cliënt(vertegenwoordiger) geeft aan hier nog nooit voor uitgenodigd te zijn (en hier

¹ Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

ook geen behoefte aan te hebben). De inspectie ziet ook geen structurele evaluatie/aanpassing van de zorgleefplannen terug in het cliëntdossier.

Norm 1.2¹

Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt/Molhuysen grotendeels** aan deze norm. Wanneer nieuwe cliënten in zorg komen brengen de zorgverleners de levensgeschiedenis, wensen en behoeften in kaart. Deze gegevens komen in het cliëntdossier te staan. Dit ziet de inspectie tijdens de dossierinzage. Daarnaast stimuleren zorgverleners cliënten die al langer in zorg zijn hun vertegenwoordigers een levensboek te maken. Een cliëntvertegenwoordiger vertelt dat gevraagd is om een nieuw levensboek te maken, met daarin nieuwe foto's. Toch hoort de inspectie van een zorgverlener dat zij nog benodigde informatie mist in de levensgeschiedenissen van cliënten. Een voorbeeld hiervan is een oorlogsverleden van een cliënt wat niet in het dossier staat, maar wel belangrijk is in het kader van persoonsgerichte zorg.

De inrichting van de appartementen is naar eigen wensen en behoeften van de cliënt. De inspectie ziet dat cliënten de keuze hebben in hun daginvulling. Zo komt een cliënt later in de ochtend ontbijten terwijl de andere cliënten al gegeten hebben. Cliënten ontvangen ook bezoek op verschillende tijdstippen, waarbij de cliënt en zijn of haar bezoek ook gebruik kunnen maken van een aparte ruimte.

Zorgverleners geven aan voldoende zorg te kunnen bieden aan de cliënten, maar te weinig tijd te hebben om mensen uitdaging te bieden. Er is te weinig tijd voor individuele aandacht volgens een zorgverlener. De inspectie hoort dat ook terug in het aanbod van activiteiten. Er zijn verschillende activiteiten voor cliënten, deze zijn voornamelijk aanbodgericht zoals een uitje naar het circus² in het dorp. Verburgt-Molhuysen biedt een vast programma aan qua activiteiten. Bijvoorbeeld drie keer per jaar een uitje naar de Intratuin.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen grotendeels** aan deze norm. De inspectie ziet dat kwaliteit van leven wordt afgewogen tegen veiligheidsrisico's. In een cliëntdossier ziet de inspectie dat zorgverleners een cliënt dagstructuur in een veilige en prettige woonomgeving bieden. Hierbij hebben de zorgverleners aandacht voor de veiligheid van een cliënt en is het belangrijk dat de cliënt een grote mate van kwaliteit van leven blijft behouden.

De inspectie ziet tijdens de observaties dat een zorgverlener een cliënt vraagt of zij wil lezen en welk tijdschrift dat dan moet zijn. Een andere zorgverlener biedt hulp aan een cliënt om te helpen bij het opstaan. De cliënt wil dat graag zelf doen. De zorgverlener stimuleert dat door haar aan te moedigen. De inspectie ziet dat in de kleine dagelijkse bezigheden zorgverleners oog hebben voor de eigen regie van cliënten. Maar bij

² In een reactie op feitelijke onjuistheden geeft Verburgt-Molhuysen aan dat deze activiteit niet tot de eigen activiteiten van Verburgt-Molhuysen behoort. Het is een gezamenlijke activiteit van alle verpleeghuizen in Oosterbeek. Verburgt-Molhuysen heeft zelf een groot aanbodgericht programma, bijvoorbeeld: lezingen, excursies, optredens en sportactiviteiten. Tijdens het inspectie bezoek ziet of hoort de inspectie hier niets over in de cliëntdossiers of van gesprekspartners.

Verburgt-Molhuysen zijn er ook mogelijkheden de ruimte voor eigen regie te verbeteren, met name in de activiteiten.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet** Verburgt-Molhuysen aan deze norm.

De inspectie ziet tijdens de observaties dat zorgverleners de cliënten met respect behandelen. Een cliënt(vertegenwoordiger) geeft aan de zorg als warm te ervaren. Cliënten zien met regelmaat dezelfde zorgverleners. Zorgverleners willen de cliënten ook het gevoel van nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip geven door in te gaan op de individuele behoeften en wensen van de cliënt. Zorgverleners maken oogcontact met cliënten en raken hen geregeld aan als zij met hen in gesprek zijn. De inspectie ziet tijdens de observaties dat zorgverleners ingaan op verhalen van cliënten. Zorgverleners moedigen de cliënten ook aan, bijvoorbeeld in het meedoen van een spelletje. De cliënt reageert daar positief op, maar zegt ook dat ze het spel waarschijnlijk niet kent. De zorgverlener geeft haar vertrouwen door aan te geven het samen te doen. De cliënt doet mee met het spelletje.

Norm 1.5

Cliënten worden ondersteund om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

Volgens de inspectie **voldoet** Verburgt-Molhuysen aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners het netwerk van de cliënt stimuleren om met de cliënt bijvoorbeeld te gaan wandelen. Ook stimuleren de zorgverleners het onderlinge contact tussen cliënten door in de woonkamer of familiekamer ruimte te creëren waarbij dat mogelijk is. Ook is de tuin van Verburgt-Molhuysen open voor 'publiek', waardoor contact tussen cliënten en andere gasten mogelijk is. Verburgt-Molhuysen heeft een vastgesteld vrijwilligersbeleid. Momenteel zijn er ongeveer tien vrijwilligers werkzaam. De vrijwilligers zijn op drie dagen in de week actief. Verburgt-Molhuysen wil meer vrijwilligers aan zich binden, zodat er meer tijd is voor individuele activiteiten.

4.2

Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgverleners zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat 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, ondersteuning en risico's op basis van de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen niet** aan de norm.

In de cliëntdossiers ziet de inspectie geen aantoonbare risico-inventarisatie van cliënten. Zorgverleners kunnen hierdoor geen afweging maken over de benodigde zorg. In de dagelijkse zorg proberen zorgverleners goed op te letten of er risico's ontstaan. Ook bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt geen duidelijke afweging plaats. Zo is de afweging voor het inzetten van bedekken bij een cliënt niet terug te lezen in het cliëntdossier. Het is onduidelijk of er is gekeken naar alternatieven en wat het doel is van deze maatregel.

De wensen en behoeften van cliënten zijn in beeld. De inspectie ziet deze wensen en behoeften niet vertaald naar mogelijke risico's of de benodigde zorg. Zo heeft een cliënt moeite met douchen. Een zorgverlener geeft aan dat het vooraf bewegen van de armen van deze cliënt het douchen makkelijker maakt. De inspectie ziet dit niet in het cliëntdossier staan.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen niet** aan de norm.

De mogelijkheden die het cliëntdossier biedt bij Verburgt-Molhuysen, zijn uitgebreid. Toch mist het ingevulde cliëntdossier samenhang. De inspectie ziet dat in de cliëntdossiers doelen voor cliënten staan beschreven. Deze doelen zijn veelal algemeen omschreven. De doelen zijn gebaseerd op verschillende domeinen (bv mentaal welbevinden en lichamelijk welbevinden). Hier zijn in het cliëntdossier geen specifieke acties aan gekoppeld. Het is voor zorgverleners hierdoor onduidelijk hoe zij invulling kunnen geven aan de doelen. Ook ziet de inspectie in de cliëntdossiers veelal rapportages op het gebied van somatische zorgvragen en nauwelijks rapportages op geestelijk welbevinden. De inspectie ziet in het cliëntdossier dat een cliënt als doel heeft het geestelijk welbevinden van een cliënt te stimuleren. Dit doel is niet verder uitgewerkt. De inspectie ziet hier in de rapportages niets over terug. De cirkel van het methodisch werken (Plan-Do-Check-Act cyclus, PDCA-cyclus) is niet rond en stopt in veel gevallen bij de 'do'-fase.

De zorgverleners werken met name reactief op verschillende situaties, bijvoorbeeld op het gebied van onbegrepen gedrag. Zo is bij de meeste omgangsadviezen geen psycholoog betrokken om vooraf mee te denken over een omgangsadvies van een cliënt. De inspectie ziet in verschillende cliëntdossier omgangsadviezen. Meerdere omgangsadviezen dateren van eind 2016 of begin 2017. Deze zijn niet zichtbaar tussentijds geëvalueerd. In een omgangsadvies ziet de inspectie bij een cliënt ook verouderde informatie staan.

De inspectie ziet wel dat zorgverleners dagelijks rapporteren in de dossiers. Ook ziet de inspectie bij een cliëntdossier dat zorgverleners rapporteren in opdracht van de huisarts op bepaalde vragen.

Norm 2.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen grotendeels niet** aan de norm. De inspectie hoort dat zorgverleners de kans krijgen om met elkaar mee te lopen. Zo kan men van elkaar leren en reflecteren op de zorg die cliënten krijgen. Gesprekspartners geven aan dat deze vorm van reflecteren niet structureel plaatsvindt ("wanneer er tijd voor is"). Daarnaast is het doel van het meelopen niet specifiek genoeg.

De inspectie hoort van zorgverleners terug dat er een open cultuur is om elkaar feedback te kunnen geven. Zorgverleners ervaren onderling een veilige omgeving. Het management vertelt dat een traject heeft plaatsgevonden waarin medewerkers feedback leren geven. Zorgverleners vertellen dat het geven van feedback mondjesmaat gebeurt. Eén keer per twee maanden vindt een bewonersoverleg plaats waarin verschillende casuïstiek ter sprake komt (in het Kwaliteitsverslag 2017 staat dat dit twee tot vier keer per jaar plaatsvindt). Zorgverleners geven aan behoefte te hebben aan reflectie op hun werk zodat zij leren van elkaar en beter aan zorgvragen van cliënten kunnen voldoen.

Norm 2.4

Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen grotendeels** aan deze norm. Zorgverleners geven aan dat scholing altijd kan plaatsvinden. Zo geeft een zorgverlener aan scholing op het gebied van onder andere medicatie en voedingsproblematiek te hebben gevolgd. Ook zijn verschillende e-learning modules beschikbaar (waarvan enkele verplicht zijn). Zorgverleners volgen deze in eigen tijd.

Uit een overzicht van gevolgde scholingen in 2017/2018 blijkt dat de meeste zorgverleners geen scholingen hebben gevolgd op het gebied van onbegrepen gedrag. Zorgverleners kiezen voornamelijk scholingen op het gebied van somatische zorg.

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 Verburgt-Molhuysen grotendeels niet** aan de norm. Zorgverleners geven aan dat overdag de bezetting voldoende is om te voldoen aan de zorgvraag van cliënten. In de nacht is er één zorgverlener beschikbaar voor de cliënten die zijn verdeeld over de verschillende gebouwen. Zorgverleners geven aan dat dit lastig is, omdat tussen de appartementen de afstand relatief groot is. Er is wel een achterwacht bereikbaar, dit is het Hoofd Zorg of de directeur.

In het document over het kwaliteitsregister staat dat Verburgt-Molhuysen het beleid voert dat elke gediplomeerde zorgverlener per periode van vijf jaar 184 uur besteedt aan deskundigheidsbevordering. Verpleegkundigen mogen 104 uur naar eigen keuze invullen en verzorgenden of activiteitenbegeleiders 124 uur. De overige uren dienen zij te besteden aan geaccrediteerde scholing. Voor niet gediplomeerde zorgverleners geldt dat zij in een periode van vijf jaar minimaal 92 uur besteden aan deskundigheidsbevordering. Die 92 uur kunnen zij volledig naar eigen keuze invullen.

De inspectie ziet dat de deskundigheid ten aanzien van methodisch werken in het dossier niet op orde is. Van verschillende gesprekspartners hoort de inspectie dat het deskundigheidsniveau van medewerkers wisselend is. Met name de toenemende complexiteit van de psychogeriatrische zorgvragen vraagt specifieke expertise die nog niet bij iedereen aanwezig is. Doelgroep specifieke scholing hiervoor ontbreekt. Een cliënt(vertegenwoordiger) geeft aan zorgen te hebben over de deskundigheid op het gebied van omgaan met onbegrepen gedrag door de zorgverleners.

In 2017 en 2018 hebben drie zorgverleners de opleiding Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatricie gevolgd. Deze zorgverleners geven klinische lessen en scholing aan andere 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 om

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen grotendeels niet** aan de norm. Het ontbreekt bij Verburgt-Molhuysen aan integrale zorg. Vanuit de verschillende disciplines ontbreekt samenhang waarin iedere discipline zijn of haar expertise gebruikt. De huisartsen zijn bij Verburgt-Molhuysen medisch eindverantwoordelijk. Huisartsen rapporteren niet in het cliëntdossier. Dit maakt het voor Verburgt-Molhuysen lastig om multidisciplinaire zorg te verlenen. Verburgt-Molhuysen heeft de mogelijkheid een SO in te schakelen via een andere zorgaanbieder. De zorgverleners schakelen de SO op consultbasis in. Volgens de SO komt dit neer op tenminste eenmaal per zes weken. Dit gebeurt met name reactief. De behandelaar geeft aan dat in de afgelopen periode geen vragen zijn gesteld over de inzet van middelen en maatregelen. De SO heeft wel de mogelijkheid te rapporteren in het cliëntdossier. De SO geeft aan dat zorgverleners proberen te kijken naar het gedrag van cliënten en daar de zorg op afstemmen. Zorgverleners geven aan dat het lastig is om een SO ad hoc in te schakelen.

Behandelaren (zoals de psycholoog of de SO) zijn bijna nooit aanwezig bij het MDO. De resultaten van het MDO zijn niet eenduidig terug te vinden in het cliëntdossier.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1¹

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

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen grotendeels niet** aan de norm. In het Kwaliteitsplan 2018 staat dat Verburgt-Molhuysen het leveren van belevingsgerichte zorg als een van de belangrijkste uitgangspunten van het zorg- en dienstenaanbod beschouwd. Verburgt-Molhuysen wil invulling geven aan vier thema's: compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen. Verburgt-Molhuysen stelt dat zorgverleners aantoonbaar zijn geschoold in belevingsgerichte zorg. Collegiale feedback hoort in dit systeem bij de uitvoering van de belevingsgerichte zorg. EVV'ers zijn verantwoordelijk voor omgangsadviezen voor alle cliënten. Iedere cliënt heeft vastgelegde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van de zorg, behandeling en ondersteuning.

De inspectie ziet bovenstaande visie niet volledig in praktijk gebracht in Verburgt-Molhuysen. De inspectie ziet niet voor iedere cliënt waarvoor dit relevant is een (bijgewerkt) omgangsadvies. Zorgverleners geven aan niet voldoende geschoold te zijn in belevingsgerichte zorg. Zorgverleners geven en ontvangen ook niet systematisch feedback op hun persoonsgerichte manier van werken, wel is er een start gemaakt met scholing in het geven van feedback.

Verburgt-Molhuysen besteedt in het Kwaliteitsplan 2018 aandacht aan het begrip veiligheid. Het streven is optimale veiligheid voor de cliënten waarbij de basisveiligheid in de zorg in balans moet zijn met de persoonlijke vrijheid en het welzijn van allen. Verburgt-Molhuysen beschouwt hierbij het toepassen van middelen en maatregelen als niet 'normaal'. Verburgt-Molhuysen past wel middelen en maatregelen toe bij cliënten. Voor de inzet hiervan vindt schriftelijke toestemming plaats van de cliënt of diens vertegenwoordiger. De reden van het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen en de afbouw en evaluatie wordt geregistreerd in het cliëntdossier.

De inspectie ziet in de praktijk (in cliëntdossiers) geen duidelijke afweging terug van de inzet van middelen en maatregelen. De SO geeft ook aan afgelopen periode geen enkele keer betrokken te zijn geweest bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen niet** aan de norm. Wanneer bij Verburgt-Molhuysen een incident plaatsvindt, vullen medewerkers een Melding Incident Cliënt (hierna: MIC) in. De analyse van de meldingen vindt niet volgens een bepaalde onderzoeksmethodiek plaats, waardoor het onderzoek niet naar basisoorzaken plaatsvindt. Verburgt-Molhuysen heeft geen MIC-commissie die hierin specifiek geschoold is. Doordat Verburgt-Molhuysen geen analyse naar basisoorzaken doet, is het de vraag of de zorgaanbieder de juiste verbetermaatregelen naar aanleiding van het onderzoek inzet. Specifieke kennis over de Wet, kwaliteit, klachten en geschillen zorg ontbreekt bij de medewerkers die meldingen onderzoeken.

Verburgt-Molhuysen heeft geen analyses van meldingen op locatieniveau. Zorgverleners geven aan alleen een terugkoppeling te ontvangen wanneer de betreffende medewerker

een rol heeft in de melding. Zorgverleners geven aan een veilige meldcultuur te ervaren.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen niet** aan de norm.

De zorgaanbieder heeft geen structureel kwaliteitsmanagementsysteem om de kwaliteit en veiligheid in kaart te brengen en te monitoren. De inspectie ziet een externe audit uit 2016. Recentere audits heeft de inspectie niet gezien. Het is niet navolgbaar op welke wijze Verburgt-Molhuysen haar kwaliteit van zorg verbetert en dit borgt. De PDCA-cyclus is niet rond bij Verburgt-Molhuysen. In het Kwaliteitsverslag 2017 leest de inspectie punten van aandacht, verbetermaatregelen ontbreken.

Zorgverleners geven aan niet betrokken te zijn bij de analyse van meldingen en het opstellen van verbeterplannen.

Norm 3.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Verburgt-Molhuysen grotendeels niet** aan de norm.

Vanuit Verburgt-Molhuysen vindt onvoldoende sturing plaats gericht op het leren en verbeteren. Een voorbeeld hiervan is dat analyses van meldingen niet op de juiste manier plaatsvinden, zorgverleners geen structurele intervisie of feedback momenten hebben en evaluaties niet structureel plaatsvinden (bijvoorbeeld van omgangsadviezen van cliënten).

Verburgt-Molhuysen zit nog in de startfase van een lerend netwerk. Welke activiteiten de aanbieders in het lerend netwerk gaan ondernemen moet nog duidelijk worden.

De inspectie ervaart tijdens het bezoek van de zorgverleners en het management een open en transparante houding.

Norm 3.5¹

Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

Volgens de inspectie **voldoet** Verburgt-Molhuysen aan deze norm.

De inspectie ziet in de cliëntdossiers dat het informele netwerk een duidelijke plaats heeft binnen de zorgverlening. Zo kunnen cliëntvertegenwoordigers zelf vragen stellen in het cliëntdossiers en hebben hierdoor inspraak in de zorg. In het zorgleefplan beschrijven zorgverleners de participatie van mantelzorgers. Bijvoorbeeld bij een cliënt waarbij dagelijks de partner op bezoek komt en zijn vrouw meeneemt naar het dorp. De mantelzorger kan altijd mee-eten en Verburgt-Molhuysen houdt volgens de mantelzorger ook rekening met zijn wensen en behoeften.

4.4 Overige bevindingen

Tijdens het bezoek ziet de inspectie dat in Villa Molhuysen sprake is van een gesloten afdeling. Alle buitendeuren zijn afgesloten met codesloten, waardoor cliënten niet zelfstandig naar buiten kunnen. Deze locatie heeft geen BOPZ-aanmerking. De

directeuren geven aan dat alle cliëntvertegenwoordigers hiervoor schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Verburgt-Molhuysen geeft aan al langer het plan te hebben deze codesloten te verwijderen, maar nog in afwachting te zijn van een goed alternatief. Op 20 juni 2018 bevestigt de directeur van Verburgt-Molhuysen per mail dat de codesloten zijn verwijderd.

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Verburgt-Molhuysen 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:

- Cliënten in de huiskamer;
- Cliëntvertegenwoordiger;
- Vertegenwoordiger uit de cliëntenraad;
- Observatie van cliënten op de afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers van de afdeling;
- Gesprekken met behandelaar;
- Gesprekken met het management(team);
- Cliëntdossiers van de afdeling;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door Verburgt-Molhuysen.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats waardoor de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Daarna zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig. In verschillende huiskamers observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is. Verder kijken de inspecteurs waarom vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Wat valt op en waar hebben de inspecteurs vragen over?

De inspecteurs voeren door de dag heen gesprekken met zorgverleners, behandelaren, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadleden. Ook worden cliëntdossiers en documenten ingezien.

Overlegvormen kunnen bijgewoond worden zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie maakt gebruik van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij of zij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgverlener de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Wordt met de cliënten gepraat, een liedje gezongen, een spelletje gedaan, gewandeld? Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Overzicht van ZZP's van cliënten van Verburgt-Molhuysen;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op Verburgt-Molhuysen;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van Verburgt-Molhuysen;
- Overzicht van scholing in de periode 2017/2018 aan de medewerkers van deze locatie Verburgt-Molhuysen;
- Overzicht van MIC-meldingen op Verburgt-Molhuysen;
- Kwaliteitsverslag 2017;
- Kwaliteitsplan 2018;
- Document over het kwaliteitsregister;
- Vrijwilligersbeleid.