



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Het Schild, centrum voor blinden en slechtzienden
in Wolfheze op 1 oktober 2018

Utrecht, december 2018

V2008809

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Het Schild 3
2	Conclusie 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat kan en moet beter 6
2.2.1	Persoonsgerichte zorg 6
2.2.2	Deskundige zorgverleners 6
2.2.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 7
2.3	Conclusie bezoek 8
3	Wat zijn de vervolgacties 10
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Stichting Het Schild verwacht 10
3.2	Vervolgacties van de inspectie 10
4	Resultaten 11
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 11
4.1.1	Resultaten 11
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
Bijlage 1	Methode 23
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 25

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 1 oktober 2018 een onaangekondigd bezoek aan Het Schild, centrum voor blinden en slechtzienden, (hierna: Het Schild) in Wolfheze.

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 bezoekt Het Schild om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. De inspectie bracht in 2015 een bezoek aan Het Schild. De organisatie kreeg een verbetertermijn en de inspectie toetste de verbeteringen in een vervolgininspectiebezoek in 2016. Dit traject werd afgesloten.

De inspectie onderzoekt met het huidige bezoek de stand van zaken na afsluiting van de voorgaande bezoeken. Ook zijn er een aantal meldingen binnengekomen bij de IGJ. Deze meldingen onderzoekt de inspectie apart van dit bezoek, maar zijn wel mede aanleiding voor het bezoek. Daarnaast is Het Schild recent een aantal keer in de media geweest rondom verschillende thema's.

1.2 Beschrijving Het Schild

Het Schild is een woon/zorgcentrum dat diensten verleent op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Het Schild is gespecialiseerd in het wonen en zorgen voor blinden of slechtzienden. Het Schild heeft 120 appartementen waarvan 119 appartementen beschikbaar zijn voor cliënten. In een aantal appartementen wonen echtparen. Cliënten met verschillende indicaties wonen binnen Het Schild door elkaar heen. Cliënten komen op relatief jonge leeftijd in Het Schild wonen. Als de zorgbehoefte toeneemt hoeven cliënten niet van appartement te wisselen. Sinds januari 2017 is de huidige bestuurder benoemd voor Het Schild. .

Cliënten

Binnen Het Schild wonen 78 cliënten met een indicatie op basis van de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De locatie heeft 30 plaatsen beschikbaar voor cliënten met verblijf met behandeling. Tijdens het inspectiebezoek wonen er 26 cliënten met een indicatie voor verblijf met behandeling binnen Het Schild. 52 cliënten hebben een WLZ-indicatie voor verblijf zonder behandeling. Daarnaast wonen er binnen het Schild 21 cliënten met een indicatie op basis van de zorgverzekeringswet (ZVW). Ook worden er appartementen verhuurd aan cliënten die geen zorg afnemen. Tijdens dit bezoek richt de inspectie zich op de cliënten die een WLZ-indicatie hebben.

Cliënten binnen Het Schild hebben grotendeels een indicatie voor Zintuigelijke Gehandicaptenzorg, visueel (ZGvis). Binnen Het Schild zijn ook partners van visueel gehandicapte cliënten welkom. Zij ontvangen zorg op basis van een zorgprofiel (ZZP). Zorgprofielen van de cliënten variëren tussen de 2ZGvis+ en 5ZGvis en tussen 5VV en 8VV.

De zorgverleners van Het Schild werken in zes teams. Drie van deze teams zijn verantwoordelijk voor de cliënten die behandeling ontvangen. Deze drie teams beschikken ieder over één huiskamer, waar cliënten gedurende de dag kunnen verblijven. In twee van deze huiskamers verblijven cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag (pg). In de derde huiskamer zijn cliënten met een somatische zorgvraag aanwezig.

Twee teams bieden zorg aan de cliënten met verblijf zonder behandeling. Eén team biedt zorg aan zowel cliënten met verblijf en zonder behandeling, als aan cliënten met een ZVW-indicatie. Ook dit team beschikt over een huiskamer waar de inwonende cliënten terecht kunnen. Het Schild heeft geen BOPZ-aanmerking. Iedere cliënt heeft een eigen appartement met badkamer. De appartementen verschillen in grootte. Ieder appartement heeft minimaal twee afsluitbare kamers. De appartementen liggen verdeeld over vier etages. Voor een aantal cliënten geldt dat hun appartement ver van de gezamenlijke huiskamer af ligt.

Zorgverleners

De zorgverleners binnen Het Schild werken sinds 27 augustus 2018 in zelforganiserende teams¹. Alle zorgteams worden aangestuurd door één teammanager, ondersteund door een teamcoach. Zowel de teammanager als de teamcoach zijn in 2018 gestart bij de organisatie.

Met de overgang naar zelforganiserende teams is ook de overgang naar integrale teams ingezet. Dit betekent dat sinds 1 september 2018 facilitaire medewerkers en huiskamerassistenten ook tot de teams behoren. Hierdoor bestaan de teams uit verschillende niveaus zorgverleners: verpleegkundigen, verzorgenden IG, verzorgenden, helpenden en woonassistenten.

De totale formatie voor de zorgverlening bedraagt ruim 82 fte. Ongeveer 10,5 fte hiervan zijn leerlingen. Het gemiddelde verzuimpercentage binnen Het Schild is tot nu toe in 2018 8,3%.

Een externe (landelijk werkende) behandeldienst levert (para)medische zorg aan de cliënten met een zorgindicatie met behandeling. Een specialist ouderengeneeskunde (SO) is hoofdbehandelaar van de cliënten met een zorgindicatie met behandeling. Daarnaast levert de externe behandeldienst ook de psycholoog, de verpleegkundig specialist (VS) en zo nodig de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de diëtist en de logopedist. De SO en de psycholoog zijn sinds de start van de verpleeghuiszorg betrokken bij Het Schild. De huidige VS is sinds een aantal weken in dienst bij de externe behandeldienst. De cliënten met een zorgindicatie zonder behandeling vallen onder de medische eindverantwoordelijkheid van een huisarts en krijgen paramedische zorg via de eerste lijn.

Ontwikkelingen

In Het Schild speelden in 2018 verschillende ontwikkelingen en gebeurtenissen die van invloed zijn op de hele organisatie. Ten eerste is dit helaas het onverwachte overlijden van de facilitair teamleider. Na een lang dienstverband verdween hierdoor

¹In reactie op de conceptrapportage geeft de bestuurder aan dat de Het Schild in haar beleid spreekt van 'resultaatverantwoordelijke teams'. Gezien veelvoorkomend jargon en de verwoording van medewerkers tijdens de bezoekdag heeft de inspectie gekozen in de rapportage van 'zelforganiserende teams' te spreken.

plotseling veel niet gedocumenteerde kennis. Daarnaast is Het Schild gestart met 30 verpleeghuisplaatsen per 6 april 2018. Hierdoor is er een samenwerking gestart met een externe behandeldienst voor deze cliëntengroep. Ten derde krijgt de medicatieveiligheid van Het Schild volop aandacht; voor dit onderwerp hebben de media belangstelling getoond. Tot slot reorganiseert Het Schild sinds kort. Hierbij zijn 60 medewerkers in eerste instantie boventallig verklaard. Niettemin hebben 57 van hen een nieuwe functie gekregen binnen de organisatie. De resterende medewerkers hebben de organisatie verlaten met een vaststellingsovereenkomst of via een ontslagprocedure.

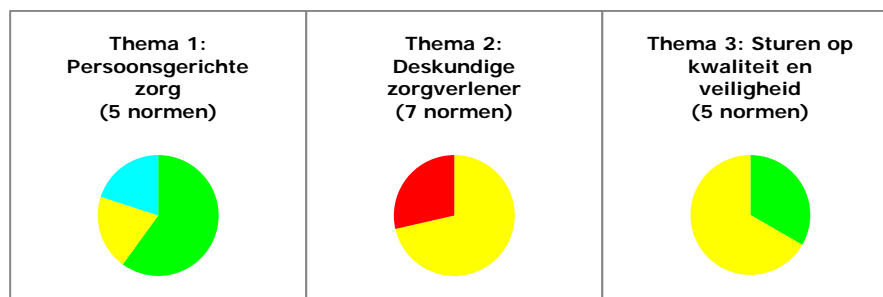
Ten tijde van het inspectiebezoek zijn twee woongroepen recent gestart. Hiervoor gebruikt Het Schild tijdelijke ruimtes. Er is een verbouwing gaande waarin twee nieuwe ruimtes als huiskamers worden gerealiseerd.

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 Het Schild. 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 Het Schild beoordeelt.



2.2 Wat kan en moet beter

2.2.1 *Persoonsgerichte zorg*

De inspectie heeft wisselende resultaten gezien voor wat betreft de persoonsgerichtheid van de zorg. Ondanks dat in de regel informatie beschikbaar is over de persoonlijke achtergrond van cliënten en over hun wensen en behoeften, sluit het dagelijkse zorgaanbod nog niet altijd hierop aan. Weliswaar gaan de meeste zorgverleners geduldig en hartelijk met de slechtziende cliënten om. Toch (herkennen en) reageren zij nog niet altijd adequaat op specifieke behoeften en beperkingen van cliënten door bijkomende complexe gezondheidsproblemen.

Verder heeft Het Schild in korte tijd – binnen acht maanden - grote veranderingen doorgevoerd voor wat betreft doelgroep, structuur, taaktoedeling en aansturing. De aanpak en de randvoorwaarden om een lerende organisatie te zijn passen nog niet bij de actuele ontwikkelbehoefte van zorgverleners. De veranderingen in de organisatie gaan sneller dan de ontwikkeling van individuele zorgverleners en hun onderlinge samenwerking. Het reflecteren hierop is niet voldoende geborgd. Randvoorwaarden zoals een heldere zorgvisie, een veilige aanspreekcultuur, deelname aan overleg en (bij)sturing waar nodig, zijn daarvoor onmisbaar.

Voor wat betreft het multidisciplinair werken heeft de externe behandeldienst haar belangrijke voorbeeld- en trekkersrol opgepakt om de kwaliteit en veiligheid van de cliëntenzorg te helpen professionaliseren. De rol en input van de zorgverleners kan deze extra steun en sturing voorlopig nog niet missen in de slag naar professionelere zorg.

2.2.2 *Deskundige zorgverleners*

Het Schild moet passende zorg van goed niveau bieden aan haar cliënten. Hiervoor moet Het Schild haar personele mix zo samenstellen en organiseren dat het geheel past bij de zorgbehoeften van cliënten. Zorgverleners kunnen de benodigde professionele zorg niet leveren zonder een stabiel en deskundig team. Om de teams te

faciliteren is het nodig dat zorgverleners gerichte (bij)scholing ontvangen, gericht op de specifieke zorgbehoefte van de (gewijzigde) cliëntengroep.

Op dit moment schiet het maken van professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt schiet tekort in Het Schild.

Het (bij/na)scholingsplan van Het Schild is oud en sluit op inhoud en timing niet aan op de specifieke zorgbehoefte. Zorgverleners hebben geen of onvoldoende deskundigheidsbevordering gekregen voor de specifieke zorgvragen van de huidige cliëntengroepen. Voor veel van de zorgverleners is niet of onvoldoende duidelijk welke zorg nodig is om de cliëntveiligheid te waarborgen. Vaak zijn de gezondheidsrisico's van cliënten smal geïnterpreteerd of zelfs niet herkend dan wel niet opgevolgd door zorgverleners. Evenmin getuigt het zorgaanbod van voldoende inzicht en kennis van zorgvuldig toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, passend bij de wilsbekwaamheid van cliënten.

Zorgverleners zijn onvoldoende bekend met geldende richtlijnen, protocollen en handreikingen. De structurele problemen bij de medicatiedistributie liggen in het verlengde hiervan. Zorgverleners dienen te beschikken én te werken volgens een medicatiedistributiebeleid dat voldoet aan de veilige principes in de medicatieketen. Dat gebeurt nu niet.

De verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor het verlenen van goede zorg zijn in Het Schild niet duidelijk belegd. Voor veel zorgverleners is het takenpakket niet duidelijk of het ontbreekt hen aan tijd om taken (op goed niveau) uit te voeren. Er is onvoldoende steun en sturing op dit punt.

In Het Schild is de verhouding² tussen de gediplomeerden van niveau 3 of hoger en de andere zorgverleners voor zorg, begeleiding en welzijn nauwelijks toereikend om goede en veilige zorg te bieden. Dit in relatie tot het type zorgbehoeften van de cliënten in Het Schild. Daarbij komt dat een deel van de gediplomeerden op tijdelijke basis aan Het Schild is verbonden. De verwachte discontinuïteit in de personele samenstelling versterkt de kwetsbaarheid van de zorg. Ook is deze van invloed op het vermogen van de organisatie om verbeteringen duurzaam door te voeren.

Om doeltreffende, doelmatige en tijdige zorg te kunnen verlenen is methodisch werken met een actueel en compleet cliëntdossier noodzakelijk.

De huidige rapportage binnen Het Schild levert onvoldoende informatie over de voortgang van de benodigde zorg. De vaardigheid van zorgverleners om met het ECD om te gaan schiet te kort. Daarbij functioneren meerdere (papier) systemen naast elkaar. Dat levert risico door gebrek aan overzicht bij zorg en behandeling van cliënten; zeker nu Het Schild gebruik maakt van een externe behandeldienst. De betrokken behandelaars moeten op afstand kunnen vertrouwen op zorgvuldige dossiervoering via het ECD.

2.2.3

Sturen op kwaliteit en veiligheid

Het Schild heeft een visie op persoonsgerichte zorg. Deze is echter niet of onvoldoende bekend bij de zorgverleners. De bestuurder dient de verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de zorgverlening voldoende duidelijk te beleggen. In aansluiting hierop moet Het Schild zich zowel kwalitatief als kwantitatief

2 Het deel gediplomeerden op niveau 3 of hoger varieert tussen circa 34% tot 53% en dit deel stijgt slechts bij twee van de zes teams boven de 40% uit. Het deel van de zorgverleners met een (vaak beginnende) leerlingenstatus is omstreeks 13%.

zodanig van personele en materiele middelen voorzien dat dit redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg.

Bij het implementeren van nieuwe ontwikkelingen in het laatste jaar, is onvoldoende rekening gehouden met de uitgangspositie van de betrokken zorgverleners. De snelle en ingrijpende veranderingen in de organisatie van de zorgverlening geven cliënten en zorgverleners veel onzekerheid. Tegelijkertijd is ten tijde van het inspectiebezoek de werkdruk hoog opgelopen met het onverwacht wegvallen van functies en functionarissen. Voor de aanwezige- en de nieuwe zorgverleners zijn geen heldere richtinggevende kaders beschikbaar; er mist steun, sturing en structuur om goede en veilige zorg (te blijven) bieden. De inzet van één coach om zes teams naar zelforganisatie te begeleiden, staat hiermee in schril contrast en is niet afdoende.

Een zorgaanbieder moet beschikken over een betrouwbaar, operationeel integraal kwaliteitssysteem voor het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Daaronder vallen de interne risicobeheersing, veilige melding van incidenten en interne audits. In Het Schild is dit systeem onvoldoende geborgd.

De inspectie concludeert dat Het Schild in 2018 opnieuw met dezelfde³ aandachtspunten te maken heeft als in 2015. De zorgaanbieder heeft nog geen goed werkend systeem om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Incidenten in de zorg worden wel gemeld door de zorgverleners, maar nadere analyse naar mogelijke oorzaken ontbreekt meestal. De zorgaanbieder komt daarmee niet voldoende tot passende verbetermaatregelen; niet op cliëntniveau, noch op team- en organisatieniveau. Ondanks het interne auditprogramma, zijn de diverse aandachtspunten niet of niet voldoende opgemerkt en opgepakt.

Hiermee heeft de bestuurder niet voldoende zicht gekregen op wat feitelijk speelt in de organisatie, om doelen en plannen voor de organisatie zorgvuldig te wegen, onder meer voor wat betreft hun effect voor cliënten. Bij de beslissingen over het in korte tijd doorvoeren van ingrijpende beleidswijzigingen inzake de verpleegzorg, zijn het risico en effect voor de cliëntveiligheid niet voldoende geanalyseerd en afgewogen. De raad van toezicht heeft evenwel ingestemd met de voorgenomen maatregelen met het oog op een betere bedrijfsvoering en passend zorgaanbod voor de steeds complexer wordende zorgbehoeften van cliënten in Het Schild. Om de risico's van (het implementeren van) de beleidswijzigingen tijdig te signaleren en te ondervangen heeft de zorgaanbieder intern wel naar tegenspraak gezocht, maar deze niet gevonden. Waar intern nog geen (cultuur van) tegenspraak is, kunnen de bestuurder en de intern toezichthouder meer gebruik maken van onafhankelijke externe stakeholders zoals branche- of beroeps- of belangenorganisaties of zorgkantoren voor een (extra) klankbord en referentiekader.

2.3 Conclusie bezoek

Het Schild voldoet niet of grotendeels niet aan 10 van de 14 getoetste normen. Op alle getoetste thema's moet de zorgaanbieder zich verbeteren. Op 7 november 2018 heeft de inspectie over de zorgelijke situatie binnen Het Schild een gesprek gevoerd met de bestuurder en een delegatie van de raad van toezicht.

³ Naar aanleiding van het inspectiebezoek in mei 2015 heeft Het Schild een verbeterprogramma opgesteld en doorgevoerd. In het voorjaar van 2016 brengt de inspectie een vervolgspectiebezoek en sluit vervolgens het toezichttraject af, in vertrouwen dat de bestuurder de verbeteringen verder borgt.

Om effectieve verbeteringen in Het Schild te kunnen realiseren, acht de inspectie het stellen van prioriteiten noodzakelijk. De draagkracht van zorgverleners moet daarbij leidend zijn om verdere stapeling van problemen⁴ voor goede zorg te voorkomen.

De grootste risico's ziet de inspectie in het thema deskundige zorgverlener. Daarom dient bij Het Schild de eerste aandacht uit te gaan naar het adequaat ontwikkelen van doelgroep gerelateerde kennis en inzichten voor de (complexe) zorgverlening. Alleen met die randvoorwaarde leren zorgverleners risico's voor cliënten signaleren en bespreken en de cliëntveiligheid bewaken en verbeteren; mits de zorgaanbieder hiervoor een systeem heeft ingericht.

De bestuurder onderschrijft de noodzaak en de urgentie van verbetermaatregelen in de organisatie en wil deze voortvarend oppakken. Enerzijds stelt de bestuurder zich open en transparant op en legt verantwoording af over het handelen tot nu. Anderzijds is het vertrouwen van de inspectie in de zorgaanbieder onder druk gezet, nu de bestuurlijke risicoafweging van resultaten, gedrag en cultuur niet of niet voldoende systematisch en effectief verloopt. Het blijkt tenslotte om dezelfde verbetermaatregelen te gaan als in 2015. Het lukt de organisatie nog onvoldoende om een lerende organisatie te zijn. De zorgaanbieder benut de principes van reflectie en tegenspraak nog beperkt.

Gelet op het voorgaande en de aard van de tekortkomingen op de onderwerpen deskundigheid en inzet van personeel, vrijheidsbeperking, medicatieveiligheid, kwaliteit en veiligheid, is de inspectie voornemens om het verbetertraject van Het Schild intensief te volgen en aan te dringen op doorvoering van effectieve verbetermaatregelen binnen een redelijke termijn. Die termijn is besproken met de bestuurder in aanwezigheid van de voorzitter van de raad van toezicht. Bij onvoldoende voortgang in het verbeteren zal de inspectie overwegen om andere (handhavende) maatregelen in te zetten.

⁴ Te denken valt aan stijgend verzuim of verloop onder medewerkers

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Stichting Het Schild verwacht. Daarna geeft de inspectie aan wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 De vervolgactie die de inspectie van Stichting Het Schild verwacht

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De conclusies in hoofdstuk 2 en de bevindingen uit hoofdstuk 4 geven voldoende handvatten voor de verbetermaatregelen opdat de zorgaanbieder alsnog aan alle normen voldoet. Het gaat om de thema's:

- Persoonsgerichte zorg
- Deskundige zorgverleners
- Sturen op kwaliteit en veiligheid.

De inspectie verwacht dat Het Schild de benodigde verbeteringen op alle drie de thema's binnen 9 maanden heeft doorgevoerd. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder hierbij rekening houdt met in hoofdstuk 2 beschreven prioriteiten, de draagkracht van de zorgverleners en de visie van de cliëntenraad. Tevens verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder dit rapport met het zorgkantoor bespreekt en de mogelijkheden voor gerichte ondersteuning bij dit verbetertraject onderzoekt.

Om de voortgang van het verbeterresultaat te kunnen volgen verwacht de inspectie, respectievelijk 2, 6 en 9 maanden na ontvangst van het vastgestelde rapport, een (tussentijds) resultaatverslag te ontvangen, steeds voorzien van een reflectie van de bestuurder.

Tevens verwacht de inspectie dat Het Schild een vastgesteld scholingsplan aanlevert binnen 21 dagen na ontvangst van dit vastgestelde rapport. De inspectie verwacht een realistisch plan van aanpak voor het volgende resultaat.

- Na uitvoering van dit plan hebben alle zorgverleners voldoende kennis en zorginhoudelijk inzicht verworven om passende en veilige zorg te (kunnen) bieden aan hun cliëntendoelgroep.
- De inspectie verwacht dat het scholingsaanbod past bij het functieniveau van de zorgverleners en de problematiek van de cliënten.
- Voor zorgverleners moet helder zijn welke verplichtingen dit met zich meebrengt voor hen en wat eventueel facultatief is.
- De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de voortgang en de resultaten actief en navolgbaar monitort en waar nodig bijstuurt.

3.2 Vervolgacties van de inspectie

Om de voortgang te monitoren zal de inspectie in 2019 Stichting Het Schild opnieuw bezoeken.

- Na omstreeks 4 maanden brengt de inspectie opnieuw een inspectiebezoek aan Het Schild. Bij dit bezoek richt de inspectie zich op goede aansturing van de organisatie.
- Na 9 maanden volgt een vervolgininspectiebezoek. Dat bezoek richt zich opnieuw op alle thema's en normen. Wanneer de zorgaanbieder bij dit bezoek nog niet voldoet aan de normen en geldende regelgeving, beraadt de inspectie zich op verdere handhaving.

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.
Je scoort rood om de hoge urgentie aan te geven.

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 hij⁵ 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** Het Schild **grotendeels** aan deze norm.

Enerzijds worden cliënten betrokken bij doelen van de zorg, anderzijds ontbreekt bij sommige cliënten een zorgplan, een multidisciplinair overleg (MDO) of risicosignalering.

Meerdere gesprekspartners geven aan dat de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV) voor de opname van een cliënt een intakegesprek voert met de cliënt en de contactpersoon van de cliënt. In dit gesprek staan kennismaking en wensen van de cliënt centraal. Dit intakegesprek vormt de basis voor het zorgleefplan. Het intakeformulier is terug te vinden in het cliëntendossier. Eenmaal in zorg, plant de roosteraar een MDO in. De cliënt en contactpersoon kunnen hierbij aanwezig zijn. Bij het MDO zijn naast de cliënt en/of de contactpersoon in ieder geval aanwezig de EVV'er, de SO en/of de VS. Bij de cliënten met een pg zorgvraag schuift ook de psycholoog aan bij het MDO.

In het dossier van de cliënt zijn de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) vastgelegd. Voor de ADL zijn voorkeuren vastgelegd. Cliënten mogen bijvoorbeeld in hun eigen appartement eten, als zij dit fijn vinden. Een zorgverlener die het eten op een kar naar de appartementen brengt bevestigt deze afspraak.

⁵ Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

Uit dossierinzage blijkt dat enkele cliënten geen zorgleefplannen hebben. Ook ziet de inspectie dat er voor een aantal cliënten het afgelopen jaar geen MDO heeft plaatsgevonden. Een voorbeeld is een cliënt die sinds april in Het Schild woont. In het dossier van deze cliënt ziet de inspectie geen zorgleefplan en ook geen MDO-verslagen terug. Intussen verblijft deze cliënt een half jaar in Het Schild.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet** Het Schild **grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners de cliënten kennen. Dit blijkt uit hun omgang met de cliënten. Toch ziet de inspectie tijdens observaties dat zorgverleners niet altijd aan de cliënten vragen wat hun behoeften zijn.

De inspectie ziet tijdens de dossierinzage wisselende kennis over de cliënten. Enerzijds bevatten de dossiers van pg-clieuten veel informatie over de wensen en behoeften van de cliënt. In het dossier staat een intakeverslag, zorgleefplan, een persoonsbeschrijving en de ADL. De EVV'er vraagt aan de familie de levensgeschiedenis te beschrijven van de cliënt. Deze beschrijving wordt toegevoegd aan het cliëntendossier. De inspectie ziet dat een zorgverlener in een praatje met de cliënt de namen van de kinderen weet te noemen. Ook noemt de zorgverlener de activiteiten die de cliënt heeft ondernomen. 'U bent met (naam kind) naar (naam restaurant) geweest. U vond dat lekker toch?'. In het dossier blijkt dat deze cliënt behoefte heeft aan nabijheid van familie en zorgverlener. Dit maakt haar minder angstig.

Daarnaast is het mogelijk om als echtpaar in één appartement te wonen en samen zorg te ontvangen. De inspectie ziet dat de zorgverleners een aparte ruimte in de woonkamer hebben ingericht voor een echtpaar. Uit navraag blijkt dat de echtgenoot veel zorg nodig heeft, waardoor verblijf in de woonkamer noodzakelijk is. Het echtpaar heeft echter de behoefte om samen te zijn. De aparte ruimte bij de woonkamer past bij de behoefte van het echtpaar. De behandelaren geven aan dat dit voorbeeld tekenend is voor het zoeken naar creatieve oplossingen voor de wensen en behoeften van cliënten. Daarnaast hoort de inspectie dat cliënten zelf mogen kiezen in welke huiskamer zij eten. Zo ziet de inspectie een cliënt die iedere dag in een huiskamer van een ander zorgteam eet. De zorgverleners van het team van deze huiskamer kennen deze cliënt en houden rekening met haar bij het eten. De appartementen zijn volledig zelf in te richten met eigen meubels en aankleding.

Anderzijds ziet de inspectie in de dossiers van cliënten met een somatische zorgvraag dat er weinig informatie is over wie de cliënt is. Zorgverleners vertellen dat de teams een groot verloop kennen. Hierdoor werken er veel uitzendkrachten en nieuwe zorgverleners in de teams. Dit verloop verhoogt de werkdruk en maakt dat zorgverleners (te) weinig tijd hebben om cliënten te leren kennen. Tijdens een observatie ziet de inspectie dit terug. Op een afdeling waar die dag veel nieuwe zorgverleners gestart zijn ziet de inspectie een cliënt die om hulp vraagt. Zorgverleners geven aan haar te zullen helpen, maar lopen vervolgens verder zonder iets te doen. De cliënt raakt verward en vertoont roepgedrag. Zij geeft aan dat het op de groep niet fijn is en dat ze weg wil. Een zorgverlener reageert met: 'tuttut, dat is niet gezellig'. Zij vraagt niet aan de cliënt waarom zij weg wil en waar zij behoefte aan heeft. Uit dossierinzage en gesprek met zorgverleners blijkt dat als zij de cliënt rustig benaderen, zij nog goed kan aangeven wat zij nodig heeft.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet** Het Schild **grotendeels niet** aan de norm. Voor cliënten met verminderd ruimtelijk inzicht of verminderde mobiliteit is het moeilijk om zelf regie te nemen in het bewegen door het gebouw. Toch zijn er ook voorbeelden van zorgverleners die cliënten stimuleren om zelf keuzes te maken.

Door de opzet van het gebouw, is het voor cliënten lastig om zich zelfstandig door het gebouw te bewegen. De afstanden van de huiskamer naar het appartement zijn groot. Ook zijn er weinig herkenningspunten waardoor cliënten hun afdeling of appartement zelf terug kunnen vinden. Gesprekspartners geven aan dat zorgverleners cliënten altijd begeleiden van en naar hun appartement. In de dossiers van de cliënten staat opgeschreven hoe laat een cliënt gehaald en gebracht moet worden. In de rondgang door het gebouw ziet de inspectie papieren op deuren hangen. Hierop staat een uitdrukkelijk verzoek van de cliënt aan de zorg om niet zelf naar binnen te lopen maar bij de voordeur te wachten. Bij navraag blijkt dat zorgverleners gewend zijn om bij cliënten het appartement binnen te lopen zonder dat de cliënt toestemming heeft gegeven.

In een huiskamer zitten opvallend veel cliënten onder een deken. Eén cliënt zit ingestopt met de deken in haar stoel. Haar armen zitten onder de deken gestopt. Ze heeft jeuk aan haar gezicht, maar door de deken kan zij hier niet bij. Ook staat er een beker drinken voor haar waar ze niet bij kan. In meerdere woonkamers wordt de tafel gedekt voor de lunch zonder dat cliënten hierbij betrokken worden.

Daarentegen ziet de inspectie ook voorbeelden dat zorgverleners de eigen regie van de cliënt proberen te stimuleren. Na de lunch vraagt een zorgverlener aan een cliënt of zij op haar kamer wil rusten na de lunch. De cliënt geeft aan dat ze geen voorkeur heeft. De zorgverlener stimuleert de cliënt om zelf een keuze te maken over het rusten na de lunch. De cliënt geeft aan dat ze het fijn zou vinden om te rusten op haar kamer, als het niet te veel moeite is. De zorgverlener streelt haar arm en zegt dat ze het graag voor haar wil doen.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet** Het Schild **grotendeels** aan deze norm. De inspectie ziet dat zorgverleners aandacht hebben voor de cliënt en diens welbevinden. Toch blijkt uit observaties en gesprekken dat zorgverleners cliënten in wisselende mate op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven.

Tijdens observaties in de huiskamers voor pg-cliënten ziet de inspectie dat de zorgverleners warmte en geborgenheid bieden aan de cliënten. Zo is een cliënt angstig na de toiletgang. Zorgverleners helpen deze cliënt in een relaxstoel. Tijdens het gaan zitten herhaalt de zorgverlener steeds wat er gaat gebeuren en stelt de cliënt gerust. Nadat de cliënt in de stoel ligt, gaat de zorgverlener bij de cliënt zitten en aait zij over het hoofd van de cliënt. Het geruststellen gaat langzaam over in een praatje. Het is zichtbaar dat de cliënt ontspant en weer kan lachen. In het dossier is te lezen dat de psycholoog dit benaderingsadvies heeft opgesteld voor deze cliënt.

In de woonkamer is voor iedere cliënt aandacht en tijd voor een praatje. Het is opvallend dat zorgverleners cliënten iedere keer vertellen wat er aan de hand is en

wat er gaat gebeuren. 'Er staat links voor u een beker drinken, drinkt u maar een beetje. We gaan over een halfuur eten, dan hebben we soep.' Ook zit de zorgverlener op dezelfde hoogte als de cliënt. De inspectie hoort dat cliënten wisselend worden aangesproken met voor- of achternaam. Dit is passend bij de wensen van de cliënt en staat vermeld in het dossier. Als de zorgbehoefte van cliënten toeneemt, kunnen zij in hun eigen appartement blijven wonen.

Tijdens een observatie in de huiskamer voor cliënten met een somatische zorgvraag ziet de inspectie dat zorgverleners hen regelmatig niet passend benaderen. Zo heeft een cliënt in de woonkamer een gescheurde nagel. Deze cliënt vraagt om hulp. Zorgverleners reageren niet adequaat op de hulpvraag. Hierdoor raakt de cliënt verward en neemt roepgedrag toe.

Daarnaast ziet de inspectie dat zorgverleners gedurende de ochtend lange tijd op kantoor verblijven. Op dat moment is er geen toezicht in de huiskamer. Cliënten zitten er wat verloren bij. Cliënten vertellen dat zorgverleners vroeger activiteiten organiseerden voor de cliënten. Tijdens de observatie ziet de inspectie geen activiteiten terug.

Daarnaast hebben de woonkamers een kleine ruimte met een gemeenschappelijk toilet. Als de zorgverleners een cliënt in een rolstoel moeten helpen bij de toiletgang, kan de deur niet meer dicht. Zorgverleners geven aan dat cliënten hierdoor een gebrek aan privacy ervaren.

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** Het Schild **niet** aan de norm.

Uit dossierinzage en gesprekken blijkt dat zorgverleners niet op een systemische manier de risico's in de zorg signaleren.

Uit dossierinzage blijkt dat er weinig tot geen risicosignaleringen zijn ingevuld. Zo blijkt bijvoorbeeld uit rapportage dat een cliënt op één dag vier keer is gevallen. Hier wordt over geschreven dat cliënt zich laat vallen. Een zorgverlener geeft aan dat een fysieke oorzaak is uitgesloten. Of de oorzaak psychisch is, wordt niet onderzocht. Ook ziet de inspectie een dossier met ingevulde risicosignaleringen die niet leiden tot doelen en acties in het zorgplan. Een cliënt heeft een verhoogd risico op verschillende gezondheidsaspecten. Deze zijn zowel somatisch als psychisch van aard. De aspecten komen niet terug als doel in het dossier. Het is niet navolgbaar of zorgverleners op een andere manier opvolging geven aan deze risico's.

Verder ziet de inspectie in cliëntdossiers en tijdens de rondgang en observaties dat zorgverleners vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) inzetten. Voorbeelden zijn een laag-laag bed, bewegingsmelders en beddekken en ook dekenmateriaal waarmee cliënten worden toegedekt. Voordat zij overgaan tot de inzet van deze maatregelen maken zorgverleners in het dossier geen navolgbaar zorgvuldige afweging tussen wensen, zorgbehoeften en veiligheid. In de dossiers die de inspectie inziet, is aan de VBM's geen evaluatiedatum gekoppeld. In het dossier is niet terug te zien of zorgverleners de maatregelen multidisciplinair evalueren. Verder ziet de inspectie een cliënt die moeite heeft met drinken. In het dossier leest de inspectie dat de SO opdracht geeft om alle vloeistoffen te verdikken in verband met slikproblematiek. Desgevraagd geeft een zorgverlener aan niet de noodzaak te zien om het drinken te verdikken. De zorgverlener zegt dat 'wanneer de cliënt een goede dag heeft, hij gewoon kan drinken'. Er wordt niets over het drinken noch over verdikking gerapporteerd in het dossier. Het afwijken van het verzoek wordt niet teruggekoppeld aan de SO of overlegd met het team.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet** Het Schild **grotendeels niet** aan de norm.

De inspectie ziet een wisselend beeld in de zorgorganisatie. Enerzijds is het dossier onoverzichtelijk en rapporteren zorgverleners onvoldoende. Anderzijds wordt door sommige zorgverleners wel op sommige doelen gerapporteerd.

Aan het begin van de dossierinzage geven meerdere zorgverleners aan dat het dossier onoverzichtelijk is. Er zijn veel tabbladen en de zorgverleners vinden dat ze moeten zoeken om de juiste informatie te vinden. Informatie over de cliënt blijkt op meerdere plaatsen te staan. Zo is er het dossier met een zorgplan, zijn er looplijsten ADL en is er een cliëntagenda. Naast het elektronisch cliënten dossier (ECD) wordt een papieren dossier bijgehouden met looplijsten ADL. Op de papieren looplijst is niet te zien of de looplijst nog actueel is. De inspectie treft looplijsten aan die niet overeenkomen met de inhoud van het ECD.

Ook wordt er niet op doelen gerapporteerd. Zo heeft de psycholoog in het dossier een gedragsdoel aangemaakt om het gedrag te observeren. Als rapportage staat er dat de cliënt slecht liep vandaag. Behandelaren geven aan dat zorgverleners hun opdrachten niet altijd goed opvolgen.

In sommige dossiers zijn op sommige doelen wel rapportages te zien. Hier ziet de inspectie dat de zorgverleners ingaan op het verzoek van de psycholoog om op gedrag te rapporteren. Na vier observatierapportages schrijft de psycholoog een reactie met een benaderingsadvies.

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** Het Schild **grotendeels niet** aan de norm. Sinds 27 augustus 2018 bieden zorgverleners zorg vanuit zelforganiserende teams. Beleidskaders voor systematische reflectie ontbreken. Ook zijn er geen klinische lessen. Wel is een teamcoach aangesteld om de samenwerking binnen teams en de ontwikkelingen te begeleiden. Intussen ervaren teams voorzichtige openheid naar elkaar om dingen te delen.

Zorgverleners kunnen niet goed aangeven wat zij bespreken in de nieuwe vorm van het werkoverleg. Eén team geeft aan nog geen werkoverleg gehad te hebben sinds de reorganisatie. De teams bestaan sinds 27 augustus 2018 en meerdere zorgverleners geven aan dat ze moeten wennen aan de nieuwe samenstelling. De samenwerking in de teams is in de opstartfase, nog niet in alle teams zijn teamrollen bekend of verdeeld. Ook geven zij aan dat geen aandacht wordt besteed aan reflectie.

Daarnaast kent Het Schild een groot verloop van zorgverleners. Hierdoor zijn de klinische lessen uitgevallen of hebben nieuwe zorgverleners nog geen klinische lessen gehad. Verder geeft een gesprekspartner aan dat zorgverleners moeten leren met elkaar in gesprek te gaan in plaats van over elkaar te praten. Ook ontstaan er snel subgroepen binnen de teams.

Wel is sinds mei 2018 een teamcoach aangesteld om de teams te begeleiden in de samenwerking. Deze teamcoach werkt met de teams samen op het gebied van aanspreken en oppakken. Verschillende zorgverleners geven aan dat de coach aansluit bij het overleg.

Gesprekspartners geven aan dat de wil bij de teams er is. Men ziet alleen dat er meer begeleiding nodig is om goed samen te kunnen werken. Daarnaast geven een aantal zorgverleners aan dat er openheid in het team is. Ze kunnen elkaar aanspreken en tips uitwisselen over wat goed werkt bij een cliënt.

Norm 2.4

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

Volgens de inspectie **voldoet** Het Schild **grotendeels niet** aan de norm. De inspectie ziet dat zorgverleners regelmatig niet open staan voor het volgen van (bij)scholingen. Wel ziet de inspectie dat onderlinge kennisuitwisseling over de doelgroep op gang komt.

De zorgverleners zijn verplicht twee e-learningmodules per jaar te volgen. Het management geeft aan dat iedere zorgverlener een papieren portfolio heeft om

scholingen in bij te houden. De inspectie hoort echter van zorgverleners niets over het bijhouden van dit portfolio of het volgen van scholingen. Zorgverleners geven aan dat het toetsen van verpleegtechnische handelingen bij een verpleegkundige moet. Het lukt niet altijd om dit zelf te regelen. De inspectie hoort en ziet dat niet alle zorgverleners open staan voor het volgen van (bij)scholingen. Zo vinden sommige zorgverleners dat ze geen scholing meer nodig hebben omdat ze al lang bij Het Schild werken.

De inspectie hoort van verschillende zorgverleners dat zij actief vragen stellen aan andere zorgverleners over het verlenen van zorg. Een zorgverlener die nog niet lang in dienst is, vertelt dat ze altijd om advies kan vragen bij zorgverleners die al langer bij Het Schild werken. Dit advies gaat over hoe te handelen bij de specifieke doelgroep. De behandelaren zien deze beginnende kennisuitwisseling tussen verschillende teams ook. Daarnaast heeft Het Schild een belevingsruimte. Hier kunnen medewerkers ervaren hoe het is om blind te zijn. Het management geeft aan dat die ervaring bij het inwerken van nieuwe medewerkers hoort.

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** Het Schild **niet** aan de norm.

Het Schild kent de afgelopen periode een groot verloop van medewerkers. Meerdere gesprekspartners geven aan dat de bezetting (te) krap is. Volgens de planning van het management komt de bezetting per 2019 qua omvang op orde. Voor het rond krijgen van de bezetting heeft het management veelbelovende initiatieven gestart. De huidige situatie is echter niet voldoende.

Het Schild heeft een onrustige tijd achter de rug. In korte tijd heeft 18 fte aan verzorgend en verpleegkundig personeel de organisatie verlaten. Meerdere gesprekspartners geven aan dat het leveren van zorg de afgelopen tijd een kwestie van overleven was. In de zomer van 2018 is hierom gekozen om mensen met een Wlz-indicatie tijdelijk niet op te nemen. Nieuwe cliënten mochten al wel in Het Schild komen wonen en konden zorg krijgen. De behandeling werd echter nog niet gestart.

Hiernaast speelt de reorganisatie die vanaf 1 januari 2018 gestart is. Onderdeel van deze reorganisatie is dat de teams per 27 augustus 2018 zelforganiserend zijn geworden. De indeling van de teams is hierom aangepast. Verschillende gesprekspartners geven aan dat de overgang naar zelforganiserende teams impact heeft op het leveren van de zorg. Zo vertellen zorgverleners nog zoekende te zijn naar hun verantwoordelijkheden. Er zijn teamrollen opgesteld die zorgverleners binnen ieder team moeten gaan vervullen. Deze teamrollen zijn op de bezokedag in verschillende teams nog niet verdeeld. Zorgverleners geven aan een gebrek aan sturing te ervaren. De ondersteunend coach beaamt dit. Zij ziet tijdens het coachen van de teams dat zorgverleners behoefte hebben aan een heldere koers. De coach geeft aan dat deze onvoldoende duidelijk op papier staat.

Zorgverleners geven aan onvoldoende te weten wie waarvoor verantwoordelijk is. De teams hebben zich vooraf nauwelijks kunnen voorbereiden op de overgang naar zelforganisatie. Door het grote verloop is de oorspronkelijke indeling van de teams veranderd. Zorgverleners geven aan dat in één van de teams twee zorgverleners zitten die niet nieuw zijn. De overige medewerkers van het team zijn recent gestarte collega's of invalkrachten.

Het Schild heeft veel nieuwe medewerkers aangenomen in korte tijd. Het inwerktraject lijkt niet op orde. Zo is tijdens het inspectiebezoek een zorgverlener twee weken in dienst zonder te zijn ingewerkt. Deze zorgverlener geeft aan niet te weten hoe het ECD werkt of hoe een incidentmelding (MIC) verloopt. Zorgverleners geven aan dat roosters laat bekend worden. De afspraak is dat twee verzorgenden en een woonassistent voor één huiskamer beschikbaar zijn. Zorgverleners geven aan dat dit genoeg is. Het komt echter vaak voor dat op de dag zelf alsnog een dienst niet gevuld is waardoor zorgverleners alleen in een huiskamer staan.

In de nacht zijn twee zorgverleners aanwezig in het hele gebouw. Deze twee zorgverleners zijn aanwezig voor 78 cliënten die verdeeld zijn over vier verdiepingen. Het Schild heeft voorbereidingen getroffen voor gebruik van geavanceerde domotica, maar deze zijn niet in gebruik genomen.

Het scholingsaanbod van Het Schild is mager. Er is een strategisch opleidingsplan geschreven in 2016. Door het grote verloop van personeel vervallen de klinische lessen. Zorgverleners kunnen niet opnoemen welke scholingen ze dit jaar hebben gehad. Ook blijkt uit verschillende gesprekken en inzage in het scholingsplan dat zorgverleners geen doelgroep specifieke scholing volgen. Dit, terwijl Het Schild sinds 6 april cliënten opneemt met een Wlz-indicatie met behandeling. Bij deze cliënten speelt regelmatig gedragsproblematiek. De psycholoog geeft geen scholing of uitleg over onbegrepen gedrag aan zorgverleners. Het kennisniveau van zorgverleners op dit gebied blijft hierdoor achter. De SO en de VS zien tijdens hun visite dat zorgverleners veel vragen hebben over het gedrag van cliënten. Dit, terwijl behandelaren wel aangeven het bespreken van gedragsproblematiek belangrijk te vinden. Behandelaren vertellen echter dat ze geen ruimte en tijd krijgen van de organisatie voor extra aandacht aan dit onderwerp. Dit maakt dat zorgverleners zich niet altijd deskundig voelen om met deze cliënten om te gaan.

De zorgaanbieder toont tijdens de bezoekdag veel inzet voor het aannemen van juist personeel met specifieke kennis. Zo is onlangs een verpleegkundige gestart die een deel van de zorg voor de kwaliteit op zich neemt. De bestuurder gaat er vanuit dat de organisatie op 1 december 2018 weer op formatie is.

Norm 2.6

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Schild grotendeels niet** aan deze norm. De inspectie ziet situaties waarin zorgverleners niet beargumenteerd afwijken van protocollen. Zorgverleners weten de protocollen wel te vinden en sommige zorgverleners handelen ernaar.

De inspectie hoort dat zorgverleners regelmatig rustgevendende medicatie bij zich dragen. Dit om deze medicatie aan cliënten te kunnen verstrekken als dit volgens de zorgverleners nodig is. Sommige zorgverleners doen daarbij verschillende soorten medicatie door elkaar heen in hetzelfde potje. Daarnaast geven behandelaren aan dat ze proberen de psychofarmaca terug te dringen binnen Het Schild. De behandelaren merken veel weerstand van de zorgverleners bij het terugdringen. De behandelaren moeten herhaaldelijk uitleggen waarom psychofarmaca wordt afgebouwd. Ook delen sommige zorgverleners medicatie zonder actuele toedienlijst, ziet de inspectie. De inspectie hoort van een gesprekspartner dat een cliënt 1,5 dosis kreeg in plaats van 0,5 dosis omdat de oude hoeveelheid, namelijk 1 dosis, wel nog in de baxter zat.

Intussen heeft de zorgaanbieder deze onveiligheid opgemerkt en maatregelen getroffen.

Zie ook norm 2.1 en 2.2 voor voorbeelden waarbij zorgverleners afwijken van protocollen.

Tijdens de observatie ziet de inspectie een zorgverlener die plastic handschoenen aantrekt voordat zij een bloedsuikermeting gaat doen. Zij vertelt aan een nieuwe leerling dat het belangrijk is om het protocol erbij te pakken. Ook legt de zorgverlener uit aan de leerling waar de protocollen te vinden zijn. Tijdens het bespreken van het dossier laat de zorgverlener zien dat de protocollen gemakkelijk te bereiken zijn via het dossier. De zorgverlener zegt zelf protocollen altijd te gebruiken bij injecteren, katheteriseren en bij overlijden van een cliënt.

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** Het Schild **grotendeels niet** aan de norm. De teams maken nog onvoldoende gebruik van de mogelijkheden van multidisciplinair werken. De verschillende disciplines zijn wel bereikbaar en beschikbaar.

Meerdere gesprekspartners geven aan dat zij zoeken naar de juiste samenwerking tussen de teams van zorgverleners en de behandelaren. Behandelaren geven aan dat ze wel signalen vanuit de teams ontvangen maar dat dit vaak laat is. Zo heeft de ergotherapeut een rolstoel laten aanmeten voor een cliënt. De zorg heeft niet teruggekoppeld aan de ergotherapeut dat de rolstoel niet passend was. De psycholoog, die toevallig een keer in de huiskamer was, heeft dit gezien en heeft de zorg aangemoedigd de ervaringen met de rolstoel te bespreken met de ergotherapeut. Daarnaast zijn de behandelaren en zorgverleners het onderling niet eens over de toepassing van psychofarmaca. De behandelaren willen de psychofarmaca zo veel mogelijk afbouwen. Zij merken hierin weerstand bij de zorg. Dit blijft een strijd, ook al leggen behandelaren uit waarom zij de medicatie afbouwen.

Ook in het ECD behoeft de samenwerking tussen de verschillende disciplines verbetering. Zo ziet de inspectie een logopedisch onderzoeksresultaat plus advies. De betrokken zorgverleners weten niets af van het onderzoek en het bestaan van het advies. Zowel behandelaren als zorgverleners weten niet wie verantwoordelijk is voor bepaalde onderdelen in het ECD of bij het MDO. Daarnaast ziet de inspectie in een dossier het verzoek tot observatie van stemming en gedrag door middel van de ABC-methodiek. Onder dit observatieverzoek schrijven zorgverleners allerlei verschillende rapportages weg. Zo ziet de inspectie de observatie 'mevrouw loopt moeilijk vandaag'.

Wel ziet de inspectie dat zorgverleners met verschillende disciplines afstemmen om problematiek in kaart te brengen. Een zorgverlener geeft aan dat het contact met de andere disciplines goed is. Bij het MDO zijn alle betrokken disciplines aanwezig samen met de cliënt en/of de cliëntcontactpersoon. De behandelaren zien groei in het handelen van de zorgverleners. Daarnaast hebben ze het gevoel dat de zorgverleners transparant zijn over hun handelen en eventuele fouten.

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** Het Schild **grotendeels niet** aan de norm. Het Schild heeft een missie en visie op persoonsgerichte zorg, deze is echter niet door de hele organisatie zichtbaar.

In het jaarplan 2018 ziet de inspectie een missie op persoonsgerichte zorg: *'Het Schild biedt een veilige, vertrouwde en inspirerende woonomgeving waarin de persoonlijke leefwereld van de blinde of slechtziende cliënt het uitgangspunt vormt voor de geboden (verpleeghuis)zorg en ondersteuning vormgegeven in samenwerking tussen cliënt, (zorg)professionals, familie, mantelzorg en vrijwilligers.'*

De visie is:

'Woonzorgcentrum het Schild is een zelfstandige en kleinschalige organisatie die samen met cliënt, familie, mantelzorg en vrijwilligers de ambitie heeft om:

- *het leven van cliënten en hun partners te verrijken, vanuit gelijkwaardigheid en verbondenheid.*
- *de beperkingen van cliënten te compenseren waarbij zoveel als mogelijk de zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt voorop staat. Hierbij is intensieve verpleeghuiszorg mogelijk aan blinde of slechtziende cliënten, met specialisaties op psychogeriatrische, psychiatrische en somatische problematiek.*
- *te werken met professionele en flexibele medewerkers, die ondersteund worden bij leren en ontwikkelen, zowel individueel als in teams.*
- *creatief en vernieuwend te zijn; permanent lerend en verbeterend vanuit de wens van cliënt en maatschappij.*
- *maatschappelijk betrokken te zijn.'*

Tijdens het inspectiebezoek wordt niet duidelijk hoe de organisatie invulling geeft aan bovenstaande missie en visie. Veel cliënten kunnen zich niet zelfstandig door het gebouw bewegen en zijn daarvoor afhankelijk van zorgverleners. Ook ziet de inspectie weinig samenwerking tussen verschillende disciplines. Beleid voor de inzet van vrijwilligers en/of mantelzorg merkt de inspectie niet of nauwelijks tijdens het inspectiebezoek. Daarnaast is weinig zichtbaar van het leren en ontwikkelen van de zorgverleners zoals beschreven in norm 2.5.

Gesprekspartners geven aan dat teams zoekend zijn naar wat hun verantwoordelijkheden zijn. De zelforganiserende teams zijn ingevoerd terwijl de missie, visie, kaders en organisatiedoelen nog niet gedocumenteerd zijn en vertaald in verwachtingen bij zelforganisatie. De zorgverleners hebben geen instructies waarin beschreven staat hoe ze zaken moeten regelen. De functie van teamleider is vervallen en zorgverleners missen die omdat de teamleider ook veel randvoorwaarden regelde voor de teams.

In de nacht zijn er in het gehele gebouw twee zorgverleners aanwezig. Zij zijn verantwoordelijk voor het bieden van veilige en persoonsgerichte zorg aan alle cliënten van Het Schild.

Wel ziet de inspectie warme persoonsgerichte zorg richting de cliënten zoals beschreven in norm 1.2 en 1.4.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet** Het Schild **grotendeels niet** aan de norm. Uit documentinzage en gesprekken blijkt dat Het Schild risico's in kwaliteit en veiligheid nog onvoldoende systematisch in beeld brengt. Wel hoort de inspectie over een aantal verbeteringen naar aanleiding van meldingen.

Structurele analyse van (bijna) incidenten en fouten vindt binnen Het Schild nog onvoldoende plaats. De kwaliteitsmedewerker vertelt dat de MIC-commissie bestaat uit de verpleegkundigen uit de verschillende teams. Door het grote verloop in de verpleegkundige staf zijn de leden van deze commissie nieuw. De kwaliteitsmedewerker geeft aan dat dit de analyse van meldingen niet ten goede komt. Aan analyse komt de commissie nog niet toe. De inspectie ziet een kwantitatief overzicht van meldingen uit het afgelopen jaar. Inhoudelijke analyse van deze MIC-meldingen ontbreekt. Ook geven zorgverleners aan dat ze geen terugkoppeling krijgen over ingevulde MIC-meldingen. Uit verschillende gesprekken en documentinzage blijkt dat het aantal MIC-meldingen terugloopt.

Gesprekspartners geven aan dat het melden erbij inschiet door de hoge werkdruk. Zorgverleners geven aan door de werkdruk onvoldoende tijd te hebben om nieuwe collega's goed in te werken. Een recent gestarte zorgverlener geeft aan de MIC-procedure niet te kennen. Daarnaast is er sinds kort alleen een demissionaire cliëntenraad. Door onenigheid met huurders heeft de cliëntenraad zichzelf ontbonden.

Ook ziet de inspectie in verschillende dossiers dat de PDCA-cyclus niet rond is. Verschillende dossiers bevatten verouderde of geen zorgleefplannen (zie verder norm 2.1). Ook ziet de inspectie dat de cyclische evaluatie van zorg, in de vorm van een MDO, bij een aantal cliënten niet heeft plaatsgevonden (zie verder norm 1.1).

Toch ziet de inspectie dat (bijna) fouten soms tot verbetering leiden. In 2018 kwam het structureel afwijken van afspraken voor de medicatieverstrekking aan het licht. Het management heeft hierop samen met de apotheek een nieuw geneesmiddelendistributieprotocol geschreven.

Daarnaast heeft de zorgaanbieder in 2017 de toename van complexiteit van de zorgbehoefte bij de cliëntenpopulatie opgemerkt. Om goede en veilige zorg te (kunnen) blijven bieden voerde de zorgaanbieder daarom in het voorjaar van 2018 een beleidswijziging door; Het Schild is gestart met 30 verpleeghuisplaatsen voor deze specifieke doelgroep. Met dezelfde reden voert de zorgaanbieder op dit moment een reorganisatie door. Hierbij zijn de wettelijke inspraakprocedures gevolgd. De zorgaanbieder heeft interne overlegorganen, zoals de cliëntenraad en de ondernemingsraad betrokken bij het besluit tot reorganisatie. Ook de raad van toezicht is betrokken.

Verder blijkt uit stukken dat er een cliënttevredenheidsonderzoek is gedaan. De punten hieruit zijn volgens het management meegenomen in het plan voor 2019. Het is voor de inspectie niet navolgbaar wanneer dit onderzoek is gedaan en wat de resultaten zijn van het onderzoek.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet** Het Schild **grotendeels** aan deze norm. Binnen Het Schild blijken belangrijke normen nog niet op voldoende niveau om goede en veilige zorg te kunnen bieden (zie ook normen onder thema 2 en normen 3.1 en 3.2). Dit heeft effect op het doorvoeren van de reorganisatie. Wel blijkt uit de gevoerde gesprekken dat gesprekspartners dit probleem herkennen en erkennen. De organisatie start daarom met een inhaalslag om alsnog te voldoen aan de randvoorwaarden voor de reorganisatie. In gesprekken hoort de inspectie dat het leerproces op gang komt, maar zich nog in een beginstadium bevindt. Het Schild heeft een teamcoach aangesteld om de teams te ondersteunen. Toch is reflectie nog niet geborgd in de organisatie. Zorgverleners zijn, zowel individueel als in teamverband, zoekende naar waar (eigen) verantwoordelijkheden liggen.

Zowel uit inzage in stukken als uit gesprekken blijkt dat Het Schild onderdeel is van een lerend netwerk. Zowel het bestuur als de afdeling kwaliteit werken samen met twee andere zorgorganisaties. Daarnaast is het beleid dat alle niveaus bij elkaar op de werkvloer mogen gaan kijken. Echter, een plan is hiervoor nog niet uitgewerkt.

Het Schild heeft in 2018 een teamcoach aangesteld om de teams te ondersteunen in de overgang naar zelfsturing. De teamcoach geeft aan met de teams te werken aan reflecteren, leren en verbeteren. Het project is te groot voor de uren die de teamcoach heeft, daarom is er een buddyproject gestart. In het buddyproject ondersteunen beleidsmedewerkers de zorgteams. Ook is een schema opgesteld zodat voor de zorgverleners altijd iemand beschikbaar is om mee te overleggen. De bestuurder meldt dat Het Schild wegens financieringsstromen geen mogelijkheden heeft tot extra ondersteuning vanuit het project Waardigheid & Trots. Meerdere gesprekspartners geven aan dat zorgverleners elkaar aanspreken op het handelen. Dit gaat nog met enige voorzichtigheid omdat niet alle zorgverleners hiervoor al open staan. De teams zoeken naar een juiste samenwerking binnen de teams. De inspectie ziet de wil van de teams om er met elkaar de schouders eronder te zetten.

Echter, de gelegenheid en de kaders voor reflectie zijn niet geborgd binnen de organisatie (zie ook normen 3.1 en 3.2). Teams nemen of hebben nog niet de tijd om te reflecteren op eigen handelen. Hierop ontbreekt bijsturing. Ook hebben zorgverleners geen handvatten voor reflecties vanuit het beleidsteam. Daarnaast zijn de verantwoordelijkheden veranderd binnen de teams. Er zijn geen teamleiders meer terwijl sommige zorgverleners gewend zijn om instructies te krijgen. De zoektocht naar een nieuwe balans kost tijd en energie voor de teams. Dit komt bij de ervaren hoge werkdruk.

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 Het Schild 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 5 cliënten;
- Observatie van 11 cliënten op afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met 10 uitvoerende medewerkers van verschillende afdelingen;
- Gesprekken met 2 behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- Gesprek met vertegenwoordiger van Raad van Toezicht
- 10 Cliëntdossiers van verschillende afdelingen
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door Het Schild.

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

- 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;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie(s) van de laatste 12 maanden en het protocol voor MIC;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Kwaliteitsplan (V&V);
- Jaarplan 2018 (9 november 2017);
- Jaarplan 2018 (25 januari 2018);
- Geneesmiddeldistributieprotocol ;
- Geschillenregeling Raad van Bestuur en Raad van Toezicht;
- Taken, etc. van raad van toezicht en raad van bestuur.