



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport
van het inspectiebezoek
aan Stichting Zorggroep
Tangenborgh,
locatie De Bleerinck in Emmen
op 28 maart 2017

Utrecht
mei 2017

Inhoudsopgave

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding 3
1.2	Beschrijving locatie De Bleerinc 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie 5
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 10
4.2.1	Resultaten 10
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 13
4.3.1	Resultaten 13
Bijlage 1	Methode 16
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 18

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 28 maart 2017 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Zorggroep Tangenborgh, locatie De Bleerinc (hierna: De Bleerinc) in Emmen.

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 begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een begrippenkader: zie igz.nl.

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, zie igz.nl.

1.1 Aanleiding

De aanleiding voor het inspectiebezoek was de recente media-aandacht over de grote onrust bij medewerkers over de extra bezuinigingen en vakbondsactie. Daarnaast waren er Kamervragen over signalen van medewerkers over onveilige zorg en tot slot een gemelde calamiteit. De inspectie handelt deze calamiteit separaat af.

1.2 Beschrijving locatie De Bleerinc

De Bleerinc is één van de 12 intramurale locaties van Zorggroep Tangenborgh. Naast intramurale zorg biedt Zorggroep Tangenborgh ook dagbehandeling en thuiszorg. De Zorggroep heeft ruim 1700 medewerkers in dienst ten behoeve van 1800 cliënten.

Locatie De Bleerinc biedt uitsluitend intramurale zorg en heeft zes afdelingen, zogenaamde hofjes. In totaal waren tijdens het inspectiebezoek 181 cliënten aanwezig. Op de hofjes wonen cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) 5 en cliënten met een ZZP 7. De Bleerinc is een Bopz-aangemerkte locatie. De Bleerinc voert actief beleid om de deuren van de hofjes zoveel als mogelijk open te houden. Zo kunnen de cliënten zich zo vrij mogelijk bewegen over de locatie. Bij de hoofdingang is een dubbel deurensysteem waardoor cliënten niet zomaar de locatie kunnen verlaten. Bovendien houden de medewerkers van de receptie de ingang in de gaten. Zij bellen met de betreffende afdeling als het nodig is dat de medewerker een cliënt ophaalt. De Bleerinc is een grote locatie waarvan de gangen steeds op elkaar aansluiten. Cliënten kunnen rondlopen en treffen altijd wel weer een keer de receptie bij de ingang. De locatie heeft diverse ruime binnentuinen die voor cliënten vrij toegankelijk zijn. De locatie doet aan als een dorpskern. Er is een restaurant, kapper, supermarkt, bloemenkiosk en bar. Daarnaast kunnen cliënten lid worden van een vereniging die allerlei activiteiten verzorgt. De inspectie heeft observaties gedaan op drie hofjes, namelijk Eshof, Marelhof en Loohoogte. Alle cliënten hebben een eigen kamer met sanitaire voorzieningen. Op de huiskamers wordt iedere dag gekookt.

Aansturing en personeel

Drie teamleiders sturen De Bleerinck aan. Zij vallen onder de verantwoordelijkheid van de manager intramurale zorg. In De Bleerinck is 165 fte aan zorgmedewerkers, van wie 10% flexibel inzetbaar is. Daarnaast werken er stagiaires in opleiding tot verpleegkundige en verzorgende. De activiteitenbegeleiders en medewerkers van de facilitaire dienst zijn ook onderdeel van het team. Taken zoals bijvullen van materialen, bedden opmaken en schoonmaken zijn overgedragen aan de collega's van de facilitaire dienst, zodat zorgmedewerkers zich meer met de zorg voor de cliënt kunnen bezighouden. De activiteitenbegeleiders doen naast gezamenlijke activiteiten ook individuele activiteiten met bewoners en helpen bijvoorbeeld ook bij het koken in de huiskamer. Tangenborgh heeft een eigen behandeldienst. Voor De Bleerinck is er de hele week een Specialist Ouderengeneeskunde (SO), psycholoog en fysiotherapeut beschikbaar.

Organisatieontwikkelingen

Door een noodzakelijke correctie van beschikbare uren heeft Tangenborgh op verschillende locaties vijf extra uren per klant per week teruggebracht. Voor De Bleerinck betekende dit een bezuiniging van 16%. Dit gebeurde zonder gedwongen ontslagen, maar er zijn wel medewerkers naar de flexpool overgegaan. Voor de medewerkers betekent de bezuiniging dat processen opnieuw zijn ingericht en er kortere diensten worden gedraaid. Medewerkers zijn daardoor soms vaker in de week aanwezig.

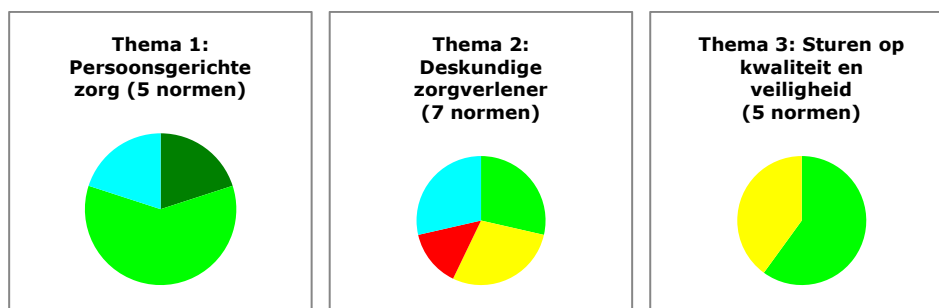
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht hoe de inspectie de zorg beoordeelt die de zorglocatie levert.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over De Bleerinc. 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

Het samenwerken met het informele netwerk is een belangrijke kernwaarde van Tangenberg. Het betrekken van het informele netwerk is zichtbaar ingebed in de dagelijkse structuur van De Bleerinc. Zowel de cliëntvertegenwoordiger als de cliënt (voor zover dat mogelijk is) voert de regie in het eigen zorgproces. Medewerkers kennen de cliënten en hun naasten goed en zijn betrokken bij hen.

2.3 Wat kan beter

De visie van waaruit medewerkers en management werken in De Bleerinc is gebaseerd op keuzevrijheid, privacy, inspraak en eigenheid van de cliënt. Door de bezuinigingen en daarmee gepaard gaande veranderingen zorgen dat de visie onder druk staat. Het faciliteren van randvoorwaarden is noodzakelijk om de nieuwe koers te bekrachtigen. Deze koers bestaat onder andere uit anders werken, herverdelen van taken en participatie vanuit het informele netwerk. Continuïteit van deskundige medewerkers en rust in de organisatie zijn hier belangrijke randvoorwaarden.

2.4 Wat moet beter

Het methodisch vastleggen van cliëntgegevens is een essentieel onderdeel van veilige en kwalitatief goede zorg. Zoals in de bevindingen meerdere malen feitelijk wordt aangegeven, moet het methodisch en cyclisch werken beter in De Bleerinc. Het ontbreken van een integraal dossier en het ontbreken van de samenhang in het zorgdossier op doelen, acties, rapportage en evaluatie is risicovol in de zorg voor de cliënten.

Ook op andere thema's is het goed vervolgen van de PDCA-cyclus niet voldoende.

2.5 Conclusie

De Bleerinc bevindt zich nog in een onrustige fase na bezuinigingen en het hervinden van stabiliteit. De randvoorwaarden zijn veranderd en daarmee zijn zorgprocessen onder druk gekomen. Medewerkers en management zoeken met elkaar naar nieuwe mogelijkheden. Het lerend vermogen van De Bleerinc is op alle niveaus aanwezig. Het management zoekt de dialoog met medewerkers en creëert

draagvlak voor de nieuwe koers. De inspectie heeft vertrouwen in de wijze waarop De Bleerinck wordt aangestuurd. Er ligt een forse verbeterzaak voor De Bleerinck naar aanleiding van het inspectiebezoek. Maar De Bleerinck gaf tijdens de terugkoppeling aan zich te herkennen in de bevindingen die de inspectie met hen deelde. Die reflectie geeft de inspectie naast het urgentiegevoel wat De Bleerinck uitstraalde, vertrouwen dat zij voortvarend en duurzaam verbetermaatregelen zullen doorvoeren.

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 u uiterlijk 30 augustus 2017 grotendeels voldoet aan de normen binnen de thema's persoongerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid. De inspectie vraagt u een resultaatverslag op te stellen op de normen die niet voldoen (zie hoofdstuk 4 van het rapport) en dit aan haar toe te sturen. In dit resultaatverslag neemt u de volgende informatie op:

- binnen welke termijn voldaan is 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 **uiterlijk 30 augustus 2017**.

De inspectie verwacht dat verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties worden getroffen.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

Na het ontvangen en beoordelen van het resultaatverslag bepaalt de inspectie eventuele vervolgacties.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De IGZ scoorde tijdens het bezoek of De Bleerinc wel, deels of niet voldoet 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 zorgmedewerkers.

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 u grotendeels** aan deze norm omdat De Bleerinc het zorgplan in afstemming met de cliëntvertegenwoordiger opstelt. Voordat de cliënt op locatie De Bleerinc komt wonen, brengt de maatschappelijk werker in kaart wat de wensen en ondersteuningsbehoeften van de cliënt zijn. In de dossiers staan de levensgeschiedenis van cliënten beschreven. De SO, de psycholoog, zorgmedewerkers en soms paramedici, bespreken twee keer per jaar het zorgplan van de cliënt. In het familiegesprek stemt het team samen met de cliëntvertegenwoordiger de zorgdoelen en behandeling verder af.

De cliëntvertegenwoordiger bepaalt samen met het team de afspraken over de zorg en behandeling. Dit vertelden de verschillende gesprekspartners. Het borgen van de afspraken door deze vast te leggen in het dossier is nog niet op orde. Dat zag de inspectie tijdens de inzage in de dossiers.

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.

Norm 1.2¹

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

Volgens de inspectie **voldoet u grotendeels** aan deze norm. Voor de inspectie was zichtbaar dat medewerkers de cliënten van De Bleerinc goed kennen. Medewerkers werken vanuit de visie van Zorggroep Tangenborgh. De persoonsgerichte aanpak van medewerkers komt in de observaties in de huiskamer mooi naar voren. Medewerkers weten precies hoe zij cliënten aan moeten spreken (voornaam of achternaam), ook de toon was individueel gericht. Bij de ene cliënt maakt de medewerker gemakkelijk een grapje en de andere cliënt benadert ze juist rustig, met zachte stem en wat serieuzer. Zowel in de gesprekken als tijdens het bijwonen van het multidisciplinair overleg (MDO) waren veel inhoudelijke voorbeelden, waaruit blijkt dat medewerkers de wensen, behoeften en mogelijkheden van cliënt goed kennen en respecteren. Medewerkers bouwden bijvoorbeeld een magazijn om tot atelier waar een cliënt nu dagelijks aan zijn schilderijen werkt. Medewerkers vertelden over een cliënt met heel veel onrust. Thuis was hij gewend om op een bank te zitten en te rusten. Medewerkers plaatsten een bank in de huiskamer. Hierdoor werd de cliënt veel rustiger.

Medewerkers geven aan dat de flexwerkers de cliënt veel minder goed kennen en daarmee dus ook hun behoeften, wensen en mogelijkheden. De inspectie ziet in de documenten dat er incidenten zijn gemeld doordat flexmedewerkers de cliënt onvoldoende kennen.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet u grotendeels** aan deze norm omdat medewerkers vanuit de visie van Zorggroep Tangenborgh werken. Hierin staat dat: "medewerkers continu rekening houden met de keuzevrijheid, privacy, inspraak en eigenheid van de cliënt". Tijdens de huiskamerobservaties ziet de inspectie dat de cliënt zelf de mogelijkheid krijgt om te beslissen over een activiteit. Sommigen cliënten hebben in de huiskamer een vaste taak zoals de tafel dekken of helpen met koken. Een andere cliënt krijgt de keuze uit verschillende drankjes of wordt gevraagd om te helpen met afwassen.

In het MDO bespreekt de SO dat in overleg met de cliëntvertegenwoordiger besloten moet worden in hoeverre medicatie nog wordt aangepast. Het betreft een cliënt met wie het niet goed gaat. De inspectie hoorde dit tijdens het bijwonen van het MDO.

Afspraken hierover uit bijvoorbeeld het MDO, vertalen medewerkers niet in het zorgleefplan. Dit terwijl de inspectie van de medewerker wel de afspraken mondeling hoort en toelicht.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet u** aan deze norm omdat de inspectie de grote betrokkenheid van medewerkers bij de cliënt ziet en hoort. Dit kwam naar voren tijdens de huiskamerobservaties, verhalen van de gesprekspartners en de cliënten. Cliënten die de inspectie trof tijdens de rondgang vertelden zich thuis te voelen en ervaren persoonlijke nabijheid van medewerkers. Een medewerker liep arm in arm met een cliënt naar de hal. Medewerkers maken oogcontact en raken cliënten aan als zij met hen praten. Een cliënt vroeg aan een

medewerkster of ze 'mee mocht'. De medewerkster bood haar een arm en nam haar mee naar de tuin. De cliënt was zichtbaar blij.

De inspectie sprak ook een medewerker die vond dat cliënten zich verveelden. Dat kwam volgens haar door de vermindering van personeel op de afdeling.

Norm 1.5

Cliënten worden ondersteund 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 medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgmedewerkers zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgmedewerkers in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgmedewerkers methodisch kunnen werken. De zorgmedewerker 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 opleveren.
- 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 u grotendeels** aan deze norm. De Bleerinc werkt multidisciplinair. Vanuit verschillende professies brengt het team de cliënt in beeld. De afwegingen op basis van risico-inventarisaties zag de inspectie terug in de dossiers van cliënten. In overleggen met de SO, de psycholoog en zorgmedewerkers bespreken zij bijvoorbeeld de veiligheid van cliënten ten opzichte van het welzijn van een cliënt. De deuren van de afdelingen zijn zo vaak als mogelijk open. Dit kan omdat het team naar de individuele risico's van cliënten kijkt. Afhankelijk van hoe het met een cliënt gaat, bepalen zorgmedewerkers of de deur open kan blijven. Die afweging heeft dan wel consequenties voor alle cliënten op de betreffende afdeling.

De eerste verantwoordelijk verzorgenden (EUV'ers) zijn verantwoordelijk voor het bijhouden van de dossiers van de cliënt. Zij geven aan dat ze, door de terugloop van personele uren, steeds moeten kiezen tussen directe zorg voor cliënten of het op orde brengen van het dossier. Het bijhouden van de cliëntdossiers schiet er vaak bij in.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet u niet** aan de norm omdat de Plan-do-check-act-cyclus ontbreekt in het dossier van cliënten. De dossiers zijn niet actueel. De samenhang tussen de risico-inventarisatie, de doelen van het zorgleefplan en de rapportage ontbreekt. Medewerkers en behandelaren evalueren mondeling de zorg in MDO's en visites. Het team stelt dan ook het zorgplan bij. De inspectie zag dit onvoldoende terug in de cliëntdossiers.

Het ontbreekt aan een integraal dossier. De koppeling tussen het zorgdossier en het medisch dossier is onvoldoende. Zorgmedewerkers weten niet wat de behandelaren in het medisch dossier noteren. Zorgmedewerkers vertalen de medische opdrachten en behandeling niet in activiteiten of doelen in het zorgdossier. Rapportage van activiteitenbegeleiding is niet in het zorgdossier aanwezig. Informatie ontbreekt waardoor het opvolgen van het zorgplan niet aantoonbaar is.

Een cliënt krijgt bijvoorbeeld medicatie voor onrust. Een analyse ontbreekt in het zorgdossier, het is onduidelijk waar medewerkers op moeten letten en wat zij moeten rapporteren. De behandelaar kiest een ander middel nadat ophoging geen resultaat opleverde voor de cliënt. De evaluatie hierover plant het team een week later. Medewerkers rapporteerden in die week niet over het gedrag of het effect van de medicatiewissel, terwijl dat dagelijks moest.

Een andere cliënt woont al vier weken in De Bleerinc, maar heeft nog geen zorgplan. Medewerkers hebben eventuele risico's ook nog niet in kaart gebracht.

De inspectie ziet in het scholingsplan van 2017 dat De Bleerinc alle medewerkers voor december 2017 de scholing 'Methodisch zorg verlenen (zorgleefplannen)' aanbiedt.

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 u grotendeels niet** aan de norm. Medewerkers, managers en behandelaren erkennen in de gesprekken dat het momenteel een onrustige tijd is in De Bleerinc. Centraal staat het gesprek over de bezuinigingen. Voor medewerkers zijn in deze fase weinig mogelijkheden om systematisch te reflecteren op het thema veilige en persoonsgerichte zorg. 'Momenteel is het roeien met de riemen die je hebt' geven medewerkers aan. Iedereen werkt hard aan het hervinden van stabiliteit in de werkomgeving. De groep medewerkers reageert verdeeld. Een deel van de medewerkers concludeert dat er onvoldoende ruimte is voor persoonsgerichte zorg en dat het zelfs onveilig is voor cliënten. Een ander deel van de medewerkers geeft aan dat het een pittige verandering is om met minder vaste collega's te werken. Maar zij zijn ook optimistisch en constructief op zoek naar nieuwe methoden en mogelijkheden. In teamoverleggen bespreken medewerkers wel moeilijke casuïstiek en reflecteren zij met elkaar. De agenda van het werkoverleg richt zich momenteel echter meer op roosterproblemen en vakantieplanning.

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 aan wie zij zorg verlenen.

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldoet u grotendeels niet** aan de norm omdat De Bleerinck momenteel een hoog ziekteverzuim (gemiddeld rond 9%) heeft en daardoor veel flexmedewerkers inzet. Incidenteel maakt De Bleerinck, naast de Tangenborgh's vaste flexpool, ook gebruik van het uitzendbureau. De flexmedewerkers doen verantwoordelijke diensten, terwijl zij de cliënten onvoldoende kennen. Bij een cliënt met toenemend vocht in de benen gaf de behandelaar opdracht om daarover te rapporteren. In het dossier zag de inspectie dat dit ontbrak. Een vaste medewerker vertelde dat zij hierover navraag deed bij de flexwerker. De flexwerker antwoordde dat zij geen idee had van vocht in de benen bij de cliënt. Zij kende ook niet de bijbehorende risico's. De inspectie zag dat de cliënt steunkousen droeg en haar been hoog hield.

Bij piekmomenten ervaren medewerkers dat er te weinig medewerkers zijn om persoonsgerichte zorg te verlenen. EVV'ers hebben te weinig tijd om cliëntendossiers structureel goed bij te werken. Het basisrooster komt soms niet rond. Medewerkers geven aan dat ze een minimale bezetting nodig hebben om veilige zorg te leveren. In een gesprek vertellen ze dat ze willen dat het management deze minimale bezetting ook levert.

De Bleerinck borgt dat er 24 uur een verpleegkundige aanwezig is. Zij is altijd in te schakelen bij acute zorgvragen en intensieve momenten. De verpleegkundige heeft in de avond- en nachtdienst ook een triage-rol.

De cliëntenraad en twee cliënten spreken hun zorg uit over de mindere inzet van uren van medewerkers. Alle gesprekspartners ervaren dat de hoge standaard van de kwaliteit van zorg waar De Bleerinck om bekend stond, veranderd is. Zij ervaren minder persoonlijke aandacht voor de cliënten dan voorheen.

De Bleerinck zit middenin de transitie waarbij er 16% minder inzet van medewerkers is. Om de deskundigheid toch te borgen, zet De Bleerick de volgende acties in:

- Deskundigheidsniveau van een aantal medewerkers verzorgende-IG verhogen door opleiding tot verpleegkundige aan te bieden.
- Verschuiven van taken naar de facilitaire dienst zodat De Bleerinck de deskundigheid van zorgmedewerkers inzet voor zoveel mogelijk directe cliëntenzorg.
- Cultuuromslag maken van 'zorgen voor cliënt' naar 'zorgen dat cliënt'. Hierdoor komt meer regie bij de cliënt. De medewerkers geven de zorg die de cliënt vraagt.

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 goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.7

Zorgmedewerkers 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 u grotendeels** aan deze norm, omdat De Bleerinc structureel multidisciplinair overlegt. De zorgmedewerkers vragen om de juiste disciplines voor cliënten. In de wekelijkse MDO's zijn de SO, de psycholoog en de EVV'ers standaard aanwezig. Andere paramedici en de maatschappelijk werker zijn aanwezig als zij betrokken zijn bij een cliënt. De inspectie was aanwezig bij een MDO-overleg. Zij zag dat behandelaars relevante onderwerpen deskundig bespraken. Iedere discipline bracht expertise in.

De inspectie zag ook dat als een behandelaar observaties afsprak, deze niet altijd aantoonbaar werden uitgevoerd door zorgmedewerkers. Het ontbreekt dan aan rapportages van de observaties. Daardoor is niet altijd aantoonbaar dat integrale zorg aan cliënten goed wordt vervolgd.

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 zorgmedewerkers 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 u grotendeels niet** aan de norm. Met een bezuinigingsopdracht van 16% staat de visie van De Bleerinc volgens alle gesprekspartners onder druk. De woonzorgvisie van woonzorggroep Tangenborgh richt zich op het voortzetten van het eigen vertrouwde leven van de cliënt. Twee cliënten geven aan niet meer zo vaak naar buiten te kunnen als zij zouden willen, omdat begeleiding daarvoor ontbreekt. Het hoge ziekteverzuim en daarmee de benodigde inzet van flexwerkers, zorgt ervoor dat persoonsgericht werken niet altijd lukt. Flexwerkers kennen de cliënten minder goed waardoor zij niet consequent ingaan op hun wensen. De inspectie hoorde ook dat de affiniteit voor de psychogeriatrische doelgroep wel eens ontbreekt bij de flexwerkers. In de avond ontbreekt het volgens gesprekspartners aan voldoende toezicht op de huiskamers. Medewerkers geven aan dat de zorg wel veilig is voor cliënten, maar door capaciteitsgebrek lang niet altijd persoonsgericht.

Anders werken, bepaalde werkzaamheden niet meer doen en meer participatie van familie noemen gesprekspartners als mogelijke oplossingen voor de verminderde inzet van professionals. De Bleerinc zoekt naar een nieuwe balans met minder middelen toch persoonsgerichte zorg blijven leveren. Medewerkers vertellen dat zij actief meedenken en met nieuwe ideeën komen. Zij voelen zich daarin niet altijd gehoord door de raad van bestuur, vertellen gesprekspartners.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet u grotendeels** aan deze norm. De Bleerinck heeft volgens de gesprekspartners een veilige meldcultuur. Elke afdeling heeft een aandachtsvelder die de gemelde incidenten beoordeelt en bespreekt met betrokkenen. De Bleerinck heeft een MIC-commissie die de meldingen op locatieniveau analyseert. De MIC-commissie rapporteert maatregelen en resultaten cyclisch aan het management.

De terugkoppeling van de commissie van trends en te nemen verbetermaatregelen naar de teams kan volgens het management beter. Medewerkers bevestigden dat zij niet goed op de hoogte zijn van verbetermaatregelen op locatieniveau.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet u grotendeels niet** aan de norm omdat De Bleerinck de Plan-do-check-act-cyclus onvoldoende volgt. De inspectie zag op verschillende thema's dat De Bleerinck de PDCA-cyclus niet volledig doorloopt. Tijdens het inzien van cliëntendossiers zag de inspectie dat methodisch werken ontbrak. Informatie was niet actueel, zorgplannen en het opvolgen van afspraken in de rapportage waren incompleet of ontbraken. Op andere thema's zijn vooral de check- en act-fase nog niet rond. Zo gaat De Bleerinck een Bopz-commissie installeren om systematisch op locatieniveau te kijken naar de VBM. De Bleerinck voerde audits uit, maar stuurt nog onvoldoende op de verbetermaatregelen. De randvoorwaarden om verbetermaatregelen door te voeren, te vervolgen en te evalueren, hebben de aandacht van het management. In het document kwaliteit en veiligheid van augustus 2016 stelt de zorgaanbieder vast dat beleidsonderdelen nog onvoldoende in de PDCA-cyclus zijn geborgd. De inspectie ziet dat er een eerste aanzet is voor een nieuw kwaliteitsplan. De thema's uit het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg neemt De Bleerinck in dit plan op.

Verder wil De Bleerinck de familie structureel betrekken bij ontwikkelingen en verbeteringen door familiebijeenkomsten te organiseren. Deze maatregelen zijn in voorbereiding of de invoering is net gestart.

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 u grotendeels** aan deze norm omdat De Bleerinck ondanks de bezuinigingsopdracht allerlei maatregelen inzet om met elkaar te leren en te verbeteren. Medewerkers die de inspectie sprak, gaven aan dat de bezuinigingen ook een positief effect op hun hebben. Het boort creativiteit aan en nieuwe manieren van werken. Medewerkers geven aan dat ze daar veel van leren. Medewerkers vertellen dat de koers die De Bleerinck nu inzet transparant en duidelijk is. Medewerkers spreken elkaar ook aan als zaken beter kunnen of als zij teveel mopperen. De sturing van het management richt zich op leren en verbeteren. Dit blijkt uit documenten die de inspectie inzag, maar ook uit de gesprekken met medewerkers. Zij ervaren sturing en ruimte om te kunnen leren.

Het veranderteam bestaat uit medewerkers die een brede vertegenwoordiging van de organisatie zijn. Zij bepalen mede met het management welke verbeteractiviteiten worden ingezet.

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 u grotendeels** aan deze norm.

De Bleerinck startte vanuit het Project Waardigheid en Trots met de 'liefdevolle dialoog'. Deze dialoog vindt plaats tussen medewerkers, familie en cliënt. Zij bespreken bijvoorbeeld familieparticipatie in de huiskamer. Familie voert meer regie door invulling te geven aan de verschillende domeinen in het cliëntdossier. Medewerkers ontvangen scholing over hoe je de dialoog voert met familie.

De Bleerinck start een pilot waarbij de cliëntvertegenwoordiger ook bij het MDO aanwezig is. Nu participeert de cliëntvertegenwoordiger alleen in het familiegesprek naar aanleiding van het MDO.

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 De Bleerinc 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:

- 9 cliënten: van Eshof, Loohoogte, Marelhof en tijdens de rondgang in de hal.
- gesprek met 6 uitvoerende medewerkers van verschillende afdelingen en niveau;
- gesprek met 4 medewerkers na observatie en tijdens dossierinzage;
- gesprek met 2 behandelaars;
- gesprek met 3 leden van het managementteam;
- gesprek met lid van de cliëntenraad;
- 4 cliëntdossiers van afdeling Loohoogte en Eshof;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- bijwonen multidisciplinair overleg;
- een rondgang door de locatie.

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 zorgmedewerkers. 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 zorgmedewerkers. Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgmedewerkers de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgmedewerkers 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 zorgmedewerkers, behandelaren, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadleden. Ook worden cliëntdossiers en documenten ingezien.

Overlegvormen kunnen worden bijgewoond, zoals 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 zorgmedewerker 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 zorgmedewerkers reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgmedewerkers 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 zorgmedewerkers 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 De Bleerinck, 28-3-2017
- Overzicht van fte's van zorgmedewerkers en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim 2016-2017 Tangenborgh
- Scholingsoverzicht Tangenborgh 2017
- 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 De Bleerinck, 2016-2017
- Woonzorgvisie Zorggroep Tangenborgh;
- Kwaliteitsplan Zorggroep Tangenborgh, april 2017-04-17
- Notitie kwaliteit en veiligheid Tangenborgh, augustus 2016