



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Stichting Reinaerde, locatie Dennendal,  
Kapelweg 7 in Den Dolder op 23 mei 2017

Utrecht, augustus 2017

V1014576

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 4</b>
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Beschrijving locatie Dennendal, woning Kapelweg 7 4
<b>2</b>	<b>Conclusie 6</b>
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat kan beter 6
2.4	Wat moet beter 6
2.5	Conclusie bezoek 6
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 8</b>
3.1	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 8
3.2	Vervolgacties van de inspectie 8
<b>4</b>	<b>Resultaten 9</b>
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1	Resultaten 9
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
4.3.1	Resultaten 14
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 17</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Beoordeelde documenten 19</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 23 mei 2017 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Reinaerde, locatie Dennendal, woning Kapelweg 7 (hierna: Kapelweg 7) in Den Dolder.

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

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

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

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

### 1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie heeft een bezoek gebracht aan Reinaerde vanwege eerdere ontvangen signalen over tekortkomingen in de kwaliteit van zorg bij Kapelweg 7, die onder andere ook door Stichting Reinaerde zelf zijn gemeld en (veel) lopende dwangbehandelingen. Deze twee factoren in combinatie vormen voor de inspectie de aanleiding voor dit bezoek.

### 1.2 Beschrijving locatie Dennendal, woning Kapelweg 7

Locatie Dennendal is een locatie van Reinaerde in Den Dolder. De locatie ligt in een bosrijk gebied. Een aantal jaar geleden was er sprake van dat locatie Dennendal, vanwege het bestemmingsplan van de gemeente, opgeheven zou worden. Nieuwbouwplannen lagen stil. Veel woningen, waaronder, Kapelweg 7, zijn verouderd. Dennendal gaat de komende vijf jaar de helft van het terrein verbouwen. Hierbij kijkt Dennendal welke bouw aansluit bij de zorg die cliënten nodig hebben. De verbouwing steekt Dennendal breed in. Zo is bijvoorbeeld ook het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) betrokken bij dit traject. Ook cliënten en cliëntvertegenwoordigers zijn betrokken bij de plannen en prioriteiten van de verbouwing.

Kapelweg 7 is een Bopz aangemerkte woning op het terrein van locatie Dennendal. Kapelweg 7 startte in april 2015 op verzoek van het zorgkantoor dat voor verschillende cliënten moeilijk een passende plek kon vinden. Het begin van Kapelweg 7 verliep niet vlekkeloos, na de start was er een periode met personeelwisselingen en incidenten.

Op Kapelweg 7 wonen momenteel vijf cliënten, die allemaal een ZZP7 indicatie hebben. Twee van deze vijf cliënten krijgen meerzorg. In de woning is plaats voor zes cliënten. De vijf cliënten krijgen intensieve zorg van een team van elf begeleiders; twee begeleiders C en negen begeleiders B. De begeleiders van Kapelweg 7 bieden bij het wonen en tijdens de dagbesteding intensieve zorg en begeleiding aan de cliënten van Kapelweg 7.

Een GZ-psycholoog ondersteunt het team zorginhoudelijk. Een manager verleent organisatorische ondersteuning.

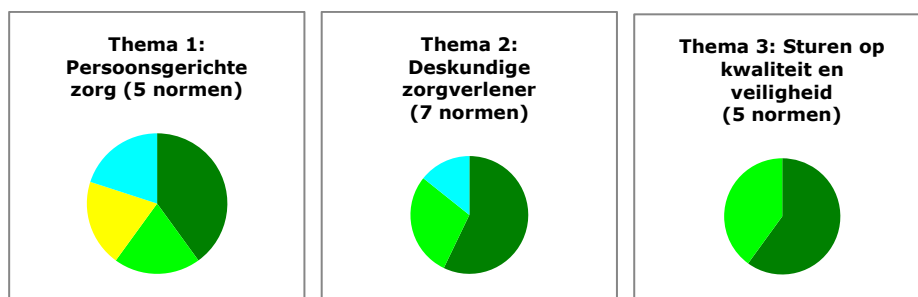
## 2 Conclusie

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

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over kapelweg 7. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

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



### 2.2 Wat gaat goed

De begeleiders van Kapelweg 7 kennen de cliënten goed en ondersteunen hen volgens de afspraken die staan in het ondersteuningsplan. Er is veel aandacht voor eigen regie bij cliënten, onder andere door het gebruik van elektronische hulpmiddelen. Bij het geven van eigen regie houden begeleiders rekening met dilemma's rond kwaliteit van bestaan versus veiligheid en betrekken daar de cliëntvertegenwoordigers bij.

### 2.3 Wat kan beter

Het is voor de begeleiders niet altijd duidelijk of ze de AVG of de GZ-psycholoog moeten betrekken bij vragen over de zorg voor een cliënt. Intern is de afspraak dat zowel de AVG als de GZ-psycholoog worden betrokken. Begeleiders handelen hier niet altijd naar.

### 2.4 Wat moet beter

De huisvesting op Kapelweg 7 en de naastgelegen dagbesteding sluiten niet aan op de wensen en behoeften van de doelgroep. De bouw komt is gedateerd en de kamerdeuren van de cliënten hebben grote ramen waardoor de privacy tekort schiet. Op Kapelweg 7 laat de hygiëne te wensen over.

### 2.5 Conclusie bezoek

De inspectie concludeert dat de zorg op Kapelweg aan bijna alle normen (grotendeels) voldoet. Op één norm, veiligheid, respect en geborgenheid (paragraaf 1.4) voldoet Kapelweg 7 grotendeels niet. De inspectie ziet dat de laatste twee jaar veel vooruitgang is geboekt op Kapelweg 7. Kort naar de start van deze locatie, in april 2015, was, mede door de complexiteit van de doelgroep, sprake van veel personeelwisselingen. Tijdens het bezoek blijkt dat Kapelweg 7 in rustiger vaarwater is beland. Het team van begeleiders is gestabiliseerd en waar nodig wordt externe expertise ingeschakeld. Begeleiders handelen volgens de ondersteuningsplannen en begeleidingsafspraken.

Gelet op de geboekte progressie, maar ook dat tekortkomingen in beeld zijn en dat maatregelen, zoals nieuwbouwplannen en een plan van aanpak voor de hygiëne, zijn ingezet, is er op dit moment voldoende vertrouwen van de inspectie in het zelflerend vermogen/de verbeterkracht van de zorgverleners en het management.

### 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**

De zorg op Kapelweg 7 voldoet/voldoet grotendeels aan bijna alle normen die de inspectie tijdens haar bezoek toetste. De inspectie verwacht dat dit rapport handvatten biedt om de kwaliteit en veiligheid van de zorg waar mogelijk nog verder te verbeteren. Ook verwacht de inspectie dat Reinaerde dit rapport gebruikt om de kwaliteit en veiligheid van de zorg op andere locaties te monitoren en daar waar nodig te verbeteren.

#### **3.2 Vervolgacties van de inspectie**

Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af. De inspectie bezoekt in 2017 uw organisatie niet opnieuw tenzij de inspectie meldingen krijgt of andere signalen opvangt dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet op orde is.

## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De IGZ scoorde tijdens het bezoek of Kapelweg 7 wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

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

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie / afdeling **voldeet 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 **voldeet niet aan de norm**

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

Blauw: De norm is **niet getoetst**

### 4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

#### 4.1.1 Resultaten

##### Norm 1.1<sup>1</sup>

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

Volgens de inspectie **voldeet Kapelweg 7 grotendeels** aan deze norm omdat uit gesprekken met het management en medewerkers blijkt dat het betrekken van cliënten en cliëntvertegenwoordigers bij het opstellen van het ondersteuningsplan nog aandacht behoeft. Dit blijkt ook uit het jaarplan 2017 waarbij het betrekken van cliënten en cliëntvertegenwoordigers één van de jaardoelen is.

Momenteel is het zo dat de begeleider C het ondersteuningsplan schrijft, de GZ psycholoog meeleest en eindverantwoordelijk is. De begeleider C stuurt dan het ondersteuningsplan naar de cliënt en cliëntvertegenwoordiger, waarbij ze de mogelijkheid krijgen om aanpassingen te doen. Die volgens de cliëntvertegenwoordiger ook overgenomen worden.

Reinaerde is gestart met het traject *Dennendal toekomst bestendig*. Onderdeel hiervan is om cliënten en cliëntvertegenwoordigers eerder te betrekken bij het opstellen van het ondersteuningsplan. Nog voordat de eerste versie van het ondersteuningsplan geschreven wordt.

<sup>1</sup> 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.



De eerste resultaten, zoals een korter en simpeler ondersteuningsplan, leveren veel enthousiasme op bij de cliëntvertegenwoordigers en zorgverleners.

Reinaerde laat bepaalde onderdelen uit het ondersteuningsplan weg, zoals de historie van de cliënt, waardoor het ondersteuningsplan gemakkelijker hanteerbaar wordt. De historie van de cliënt verdwijnt niet, maar staat beschreven in het cliëntdossier. Op Kapelweg 7 is het project nog niet gestart.

#### Norm 1.2<sup>1</sup>

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

Volgens de inspectie **voldoet** Kapelweg 7 aan deze norm omdat uit de cliëntdossiers en de observaties blijkt dat zorgverleners van Kapelweg 7 de cliënten, zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen kennen. In de cliëntdossiers staan uitgebreide persoonsbeschrijvingen, signaleringsplannen en risico-inventarisaties. Hieruit volgen doelen en werkplannen. Tijdens de observaties zag de inspectie dat zorgverleners handelen volgens het ondersteuningsplan en aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten. Daarnaast kunnen medewerkers de doelen van de cliënten benoemen en aangeven hoe ze hiermee bezig zijn. Zo kreeg een cliënt op de dagbesteding werkzaamheden die passen bij zijn niveau en hem uitdagen. De zorgverlener kijkt steeds naar wat een cliënt nog meer kan. De zorgverlener gaf tijdens het werk de cliënt veel complimentjes. De cliënt vindt, volgens het ondersteuningsplan, complimentjes fijn en het helpt hem verder te komen. Ook wist de zorgverlener het gedrag van de cliënt goed te plaatsen. De zorgverlener vertelde dat het in de handen klappen van de cliënt op twee dingen kon wijzen, de cliënt is blij of gespannen. Om te weten wat de cliënt voelde keek de zorgverlener goed naar zijn gezicht.

#### Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet** Kapelweg 7 aan deze norm omdat uit gesprekken met het management en medewerkers en observaties blijkt dat er zowel in beleid als praktijk aandacht is voor de eigen regie van de cliënt. Zo vertelde de regiomanager dat in de avond van het bezoek een avondvierdaagse was waarbij ook cliënten van Kapelweg 7 mochten en konden meelopen wanneer zij dat wilden. Het meelopen met de avondvierdaagse komt voort uit het project informele zorg, waarbij de band tussen verwanten, mantelzorgers en vrijwilligers en Reinaerde vergroot wordt.

Tijdens observaties zag de inspectie dat begeleiders goed luisterden naar de cliënt. Zo gaf een cliënt bijvoorbeeld aan dat hij zelf de kleuren verf wilde kiezen (door de begeleider rustig weg te duwen), waarna de begeleider zich direct terug trok. Een cliënt die zich niet verbaal kan uiten heeft een touch screen. Door dit apparaat te gebruiken kan hij aangeven wat hij wil drinken of wat hij wil doen. Daarnaast kan hij met dit apparaat ook de aandacht van de zorgverlener vragen. Als een zorgverlener met zijn rug naar de cliënt staat kan de cliënt een knop indrukken en vraagt het apparaat de aandacht van de zorgverlener.

#### Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Kapelweg 7 grotendeels niet** aan de norm omdat de locatie Kapelweg 7 verouderd is en niet aansluit bij de jonge leeftijd en het gedrag van de cliënten. Ook schoot de hygiëne te kort.

Het gebouw is onoverzichtelijk en de kamers van de cliënten zijn klein. In de deuren van de cliënten zitten ruiten, waardoor iedereen die langs loopt direct zicht heeft op de kamer van de cliënt. Deze ruiten kunnen niet afgesloten worden. Tijdens de rondgang van de inspectie bleek dat de kamer van een cliënt met smeergedrag (gooien en smeren van ontlasting tegen de muren) niet was schoongemaakt. De inspectie controleerde dat in de ochtend en middag. Daarnaast was de douche vies, er lag de hele dag een vieze handdoek. Op de locatie zijn wel aanpassingen gedaan om de cliënten rust te bieden. Zo zijn er geluidsabsorberende materialen, zoals grote schilderijen en platen op het plafond, om geluidsoverlast te beperken.

Ook de dagbesteding is verouderd. De locatie lijkt niet goed onderhouden, met strepen op de muur, oude meubels en een oude vloer. De ruimtes waar cliënten begeleiding krijgen lijken meer op een kantoor. De regiomanager, de behandelverantwoordelijken en cliëntvertegenwoordigers bevestigen dat de bouw en inrichting niet aan de behoeften van de cliënten voldoen.

De methodiek Triple C sluit aan bij de cliëntpopulatie en wordt ook specifiek op deze locatie ingezet. Alle medewerkers, waaronder ook de manager, van Kapelweg 7 zijn geschoold in deze methodiek en passen deze toe in de praktijk.

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

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat 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 Kapelweg 7 grotendeels** aan deze norm omdat in het cliëntdossier een uitgebreide persoonsbeschrijving, een risico-inventarisatie en een signaleringsplan staan. Hieruit komen doelen en werkplannen voort. De ondersteuningsplannen hebben een logische samenhang. De zorgverleners werken, zo bleek uit de observatie, volgens dit ondersteuningsplan. De bouwkundige staat van de locatie sluit echter onvoldoende aan op de behoeften van de cliënten (Zie 3.1).

In de visie van Reinaerde staat dat de kwaliteit van leven van de cliënt centraal staat. De regiomanager en zorgverleners vertelden dat naar deze visie gehandeld wordt en dat daarbij soms bewust en afgewogen risico's genomen worden. De dilemma's rond kwaliteit van bestaan versus veiligheid komen terug tijdens verschillende overlegvormen. Hiervoor zijn de risico's in beeld gebracht met een instrument. Daarnaast is er soms een moreel beraad met verwanten om te kijken wat zij belangrijk vinden. Een dergelijk beraad helpt bij de acceptatie van een besluit. Voorbeeld hiervan is een cliënt die door zijn problematiek sterk in zijn vrijheid beperkt zou moeten worden. Voor deze cliënt is samen met de cliënt en cliëntvertegenwoordiger een bewuste keuze gemaakt om hem zo min mogelijk in te perken in zijn vrijheid. Op deze manier wordt de kwaliteit van leven bevorderd, maar levert het wel gewogen en geaccepteerde gezondheidsrisico's op voor de cliënt.

##### Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet** Kapelweg 7 aan deze norm omdat bij het dossieronderzoek in de ondersteuningsplannen een duidelijke PDCA-cyclus zichtbaar is. De ondersteuningsplannen worden minimaal jaarlijks geëvalueerd waarbij de aanpassingen naar aanleiding van de evaluatie in het nieuwe ondersteuningsplan staan. De cliëntvertegenwoordigers mogen ook aanpassingen voorstellen, die volgens de gesproken cliëntvertegenwoordiger overgenomen worden. Daarnaast vinden er tijdelijke evaluaties plaats in de multidisciplinaire overleggen. Hierbij sluit ook de GZ psycholoog aan.

De begeleider C schrijft de ondersteuningsplannen, de betrokken GZ psycholoog is eindverantwoordelijk voor de plannen en leest mee. De arts verstandelijk gehandicapt is verantwoordelijk voor het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen die op medische gronden ingezet dienen te worden en tekent voor dit onderdeel in het ondersteuningsplan. Dit blijkt uit het dossieronderzoek en gesprekken met de behandelverantwoordelijken.

In het ondersteuningsplan staan alle vrijheidsbeperkende maatregelen. Duidelijk is welke maatregelen zijn voor de individuele cliënt en welke vrijheidsbeperkende maatregelen gelden voor alle cliënten.

### 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** Kapelweg 7 aan deze norm omdat uit gesprekken met het management en de medewerkers blijkt dat het team van Kapelweg 7 één keer in de maand een teamvergadering organiseert. In deze teamvergadering is ruimte voor intervisie (Intervisie Methode Interventie; IMI), cliëntbesprekingen, organisatorische zaken en verdieping op specifieke onderwerpen. De GZ psycholoog sluit standaard aan bij de teamvergaderingen. Een trainer, die de zorgverleners van Reinaerde traint in IMI, leidt de intervisie. Daarnaast blijkt uit gesprekken met medewerkers en een bijgewoond werkoverleg dat medewerkers voldoende veiligheid ervaren om te reflecteren op eigen en elkaars handelen. Medewerkers geven aan een open en veilige sfeer te ervaren in het team.

### Norm 2.4

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

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** Kapelweg 7 aan deze norm omdat uit het scholingsoverzicht van de begeleiders van Kapelweg 7 blijkt dat begeleiders de afgelopen twee jaar gemiddeld vier zorginhoudelijke cursussen volgden. Zo volgen zorgverleners halfjaarlijks de POMA-training, professioneel omgaan met agressie. Ook krijgen, volgens de GZ psycholoog, de zorgverleners een weerbaarheids-training. Dit helpt hun met de cliënt mee te bewegen.

Een cliëntvertegenwoordiger gaf aan dat voor haar zoon, op verzoek van het team, het CCE is ingeschakeld. Zo kunnen de begeleiders leren hoe ze de cliënt beter passende ondersteuning kunnen bieden.

Uit het gesprek met het management blijkt dat er iedere morgen een opstartkwartier is, waar alle managers bij elkaar komen en de bezetting op de woningen van Dennendal bespreken. In dit opstartkwartier worden gaten in de bezetting gedicht. Dennendal gaat komend jaar starten met een nieuwe manier van inroosteren. Zo zijn de roosters voor de komende drie maanden bekend. Dit geeft zorgverleners meer duidelijkheid over hun werkdagen en voorkomt het dat veel verschillende zorgverleners bij een cliënt betrokken zijn.

### 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.

Volgens de inspectie **voldoet** Kapelweg 7 aan deze norm omdat zorgverleners werken met protocollen en signaleringsplannen. De cliënten die in Kapelweg 7 wonen hebben individuele protocollen en signaleringsplannen.

In dit plan staat hoe een cliënt zich op verschillende momenten kan gedragen en hoe er gehandeld dient te worden in welke fase.

Voor een cliënt die gefixeerd wordt is een individueel fotoprotocol. In dit protocol staat in woord en beeld hoe een cliënt gefixeerd mag worden. De zorgverleners zijn hier in getraind.

Bij een cliënt met epilepsie is een neuroloog betrokken. De neuroloog kijkt jaarlijks naar het epilepsieprotocol van deze cliënt en past dit aan waar nodig.

#### Norm 2.7

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

Volgens de inspectie **voldoet Kapelweg 7 grotendeels** aan deze norm omdat uit gesprekken met de behandelverantwoordelijken en begeleiders blijkt dat behandelverantwoordelijken makkelijk bereikbaar zijn voor begeleiders. Dit ervaren beide disciplines. Wel is het voor begeleiders niet altijd duidelijk wie ze precies moeten betrekken bij de zorg.

De inspectie schoof aan bij een overleg tussen een begeleider en de GZ-psycholoog van Kapelweg 7. In dit gesprek ging het over een specifieke werkwijze voor een cliënt van Kapelweg 7 naar aanleiding van een CCE advies. In het gesprek keken de zorgverleners naar manieren om de cliënt verder te ondersteunen, bijvoorbeeld door zinvolle dagbesteding en het vergroten van de leefwereld van de cliënt. Daarnaast werd de inzet van een logopedist overwogen om de cliënt te helpen in zijn communicatie. Op deze manier wilden de zorgverleners onderliggende oorzaken van onbegrepen gedrag aanpakken.

Daarnaast wordt de multidisciplinaire samenwerking geborgd doordat de GZ-psycholoog en eventueel de AVG aanschuift bij multidisciplinaire overleggen.

De behandelverantwoordelijken gaven aan dat het soms voor begeleiders onduidelijk is of ze de AVG of de GZ-psycholoog moesten betrekken bij vragen over de zorg voor een cliënt. De afspraak is dat beiden tegelijk worden betrokken, maar hier wordt nog onvoldoende naar gehandeld.

Bij cliënten die in hun vrijheid beperkt worden bespreken begeleiders, behandelaren, zoals de gedragkundige, Bopz-arts of ergotherapeut samen met de cliëntvertegenwoordigers of er alternatieven mogelijk zijn om de beperking te voorkomen of te beperken. Bij dit gesprek zit ook de manager. Bij het ontbreken van voldoende vooruitgang schakelt de gedragsdeskundige het CCE in. Momenteel loopt voor één cliënt een CCE-consultatietraject.

### **4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid**

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

#### **4.3.1 Resultaten**

##### **Norm 3.1<sup>1</sup>**

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

Volgens de inspectie **voldoet Kapelweg 7 grotendeels** aan deze norm omdat uit het gesprek met het management en het scholingsoverzicht blijkt dat alle begeleiders geschoold worden en Reinaerde maatregelen neemt om de bezetting op orde te houden. De bouwkundige staat van de locatie is verouderd. Reinaerde is bezig met nieuwbouw. De hygiëne liet te wensen over.

Zorgverleners zijn het laatste jaar geschoold in de Triple C methodiek en hebben een weerbaarheidstraining gevolgd. Daarnaast komt er voor de medewerkers een LACCS-training. Door het personeel van Kapelweg 7 te scholen in de hierboven genoemde methodieken borgt Reinaerde dat de zorgverleners eenduidig handelen in het belang van de cliënt.

De visie van Reinaerde is steeds meer gericht op de eigen regie van de cliënt. Volgens de regiomanager is dit het startpunt. Het management geeft dit handen en voeten door te faciliteren in de bovengenoemde methodieken. Ook is het project persoonsgerichte zorg gestart, waarbij cliënten en cliëntvertegenwoordigers eerder bij het opstellen van het ondersteuningsplan betrokken worden (zie norm 1.1). Begeleiders van Kapelweg 7 waren op de hoogte van dit project en vertelden hier binnenkort mee te starten.

De locatie Kapelweg 7 is verouderd en bij het bezoek bleek dat de hygiëne niet op orde was. Een kamer van een cliënt en de natte ruimtes waren niet (goed) schoongemaakt. De grote ramen in de deuren van de cliënten zorgen er voor dat anderen in de kamer van de cliënt kunnen kijken.

### Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet** Kapelweg 7 aan deze norm omdat uit gesprekken met het management, behandelverantwoordelijken en zorgverleners blijkt dat zorgverleners incidenten melden en deze meldingen worden gebruikt om herhaling in de toekomst te voorkomen. Volgens de regiomanager melden zorgverleners incidenten aan de manager en ziet de GZ-psycholoog de meldingen. Indien nodig ziet de regiomanager de meldingen ook. In een multidisciplinair overleg bespreekt het team de melding. Bij een ernstige melding volgt er een spoed MDO. Uit het meldingenoverzicht over de eerste maanden van 2017 van Kapelweg 7 blijkt dat er een dalende trend waarneembaar is wat betreft agressiemeldingen en dat de afgelopen maanden geen ARBO of FOBO meldingen gedaan zijn.

### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Kapelweg 7 grotendeels** aan deze norm omdat Reinaerde op een gerichte wijze de kwaliteit en veiligheid van de zorg volgt. De voorzitter van de raad van bestuur brengt op structurele basis aangekondigde en onaangekondigde bezoeken aan de verschillende locaties. Tussen de regiomanagers en de voorzitter van de raad van bestuur zijn er vaste gesprekken, waarbij ze ook individuele cliënten bespreken. Reinaerde werkt met een dashboard met kritische prestatie-indicatoren, zoals betrokkenheid van cliëntvertegenwoordigers bij het ondersteuningsplan. Op basis van veldonderzoek kijkt Reinaerde of de doelen, zoals de betrokkenheid van ouders, in de praktijk worden gehaald.

De woning van Kapelweg 7 sluit echter niet voldoende aan op de zorgvraag van de cliënten. Zoals onder norm 1.4 omschreven zijn de kamers klein en is het gebouw onoverzichtelijk. Uit gesprekken met het management blijkt dat dit probleem bekend is, maar dat vanwege de vraag van het zorgkantoor er gekozen is om op deze locatie te starten. Er zijn bouwplannen voor nieuw te bouwen locaties die aansluiten op de zorgvraag van de cliënten.

#### 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** de afdeling/locatie aan deze norm omdat Reinaerde werkt met de methode Samen Leren het werk op een Intrinsieke wijze Makkelijker Maken (SLIMM). Dit is een methode die helpt bij behalen van de ambitie de cliëntgebonden tijd te vergroten en de administratieve lasten te verlagen. Voorbeelden dat met deze methode wordt gewerkt waren ruimschoots te vinden in de ruimtes waar het management werkzaam is. Daarnaast kwam het werken met de methodiek naar voren in een gesprek met het management. Een voorbeeld wat met SLIMM is bereikt, is dat managers nu elke dag gezamenlijk bij elkaar komen voor een dagstart om eventuele roosterproblemen te voorkomen of op te lossen. Daarnaast gaat de SLIMM methodiek gebruikt worden om de teamreflecties vorm te geven.

SLIMM is volgens de regiomanager een manier van werken waarbij continu het verbeteren van je werk de basis is en waarbij zorgverleners steeds kijken naar wat werkt. Coaches ondersteunen zorgverleners hier in.

Volgens zorgverleners is er aan het einde van iedere dienst een evaluatiemoment waar zorgverleners kijken naar de manier waarop ze met cliënten omgaan en hoe dit beter kan.

#### Norm 3.5<sup>1</sup>

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** de afdeling/locatie aan deze norm.

Momenteel is het project informele zorg gaande (zie norm 1.3). In de praktijk komt dit bijvoorbeeld tot uiting in de avondvierdaagse die op de avond van het bezoek gelopen zou worden. Cliënten kunnen onder begeleiding van begeleiders, vrijwilligers en mantelzorgers meedoen aan de avondvierdaagse. Op haar site werft Reinaerde actief vrijwilligers en is er actief beleid voor maatschappelijk ondernemen van andere bedrijven en maatschappelijke stages voor jongeren. In dit beleid staan zowel de rechten als de plichten voor een vrijwilliger.

## 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 Kapelweg 7 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:

- Eén cliëntvertegenwoordiger van Kapelweg 7;
- Observatie van twee cliënten op de dagbesteding, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met drie uitvoerende medewerkers van Kapelweg 7;
- Gesprekken met twee behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- Drie cliëntdossiers van Kapelweg 7;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door Kapelweg 7 en de dagbestedingslocatie.

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

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

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



### **Uitleg observatiemethode SOFI**

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

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

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

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

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

## Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Overzicht van ZZP's van cliënten van 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);
- 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;
- Plan van aanpak VBM Kapelweg 7.