



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

Rapport van het inspectiebezoek aan Stichting
Verpleeg- en verzorgingshuis
De Leystroom in Breda
op 6 juni 2018

Utrecht, juli 2018

V2005217

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving locatie 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 5
3	Wat zijn de vervolgacties 6
3.1	Vervolgacties van de inspectie 6
4	Resultaten 7
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 7
4.1.1	Resultaten 7
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 9
4.2.1	Resultaten 9
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 12
4.3.1	Resultaten 12
Bijlage 1	Methode 15
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 17

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie), bracht op 6 juni 2018 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Verpleeg- en verzorgingshuis De Leystroom in Breda.

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 bezocht locatie De Leystroom om een beeld te krijgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Doel van het inspectiebezoek is te beoordelen of De Leystroom voldoet aan de normen voor goede en veilige zorg.

1.2 Beschrijving locatie

Het zelfstandige woon- en zorgcentrum De Leystroom ligt in Breda-oost. Van oorsprong is De Leystroom een kloosterverzorgingshuis, bedoeld voor de zuster Franciscanessen van de congregatie. Vanaf 2001 opende De Leystroom haar deuren ook voor niet-religieuzen. De missie van De Leystroom is: aandacht voor gezondheid en geluk.

Het huidige pand van De Leystroom is in februari 2017 in gebruik genomen.

Het gebouw bestaat uit drie woonblokken, die onderling met elkaar verbonden zijn. In elk woonblok zijn twee of drie woongroepen voor elk acht cliënten. Er zijn in totaal acht woongroepen: vijf woongroepen voor cliënten met psychogeriatrische (PG) problematiek, twee woongroepen voor cliënten met somatische zorgvragen en er is een woongroep voor cliënten met zowel somatische zorgvragen als (lichte) PG-problematiek. Tussen twee woonblokken is een loopcircuit aanwezig en een ruime, afgesloten binnentuin. Elk woonblok telt twee verdiepingen.

Gelijk met de verhuizing naar het nieuwe pand is de overgang ingezet van afdelingsgericht werken naar kleinschalig werken.

Naast intramurale zorg biedt De Leystroom zorg thuis, aan ongeveer 50 cliënten die wonen in de wijk Breda-oost. Dit betreft voornamelijk laag-complexe zorg.

In zes woongroepen hebben alle appartementen een zit-/slaapgedeelte en eigen sanitair. In twee woongroepen deelt elke cliënt het sanitair met één andere cliënt. Er zijn vijf gesloten woongroepen voor cliënten met PG-problematiek. Deze woongroepen hebben een aanmerking in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

Alle woongroepen hebben een eigen huiskamer. De cliënten verblijven hier het grootste gedeelte van de dag. De cliënten gebruiken in de huiskamer gezamenlijk de maaltijden. Elke woongroep kookt zelf de warme maaltijd.

De Leystroom biedt dagelijks twee of drie activiteiten aan vanuit het verenigingsleven. De activiteitenbegeleiders doen de activiteiten in het centrale gedeelte van de locatie. Voor de cliënten die niet kunnen deelnemen aan het verenigingsleven organiseert de zorgaanbieder wekelijks een individuele activiteit.

Personele bezetting

Een directeur-bestuurder stuurt de zorgorganisatie aan. Twee teamcoördinatoren sturen de zorgverleners aan. Samen met de manager beleid en kwaliteit vormen zij het managementteam van De Leystroom.

Op elke woongroep werkt overdag minimaal een verzorgende niveau 3. In de ochtenduren (07:00 – 15:00 uur) werkt daarnaast een zorgverlener (minimaal niveau 2) in elk woonblok. Deze zorgverlener, de zwerfdienst, ondersteunt de verzorgenden op twee of drie woongroepen.

In de avond is op elke woongroep minimaal een verzorgende niveau 3 aanwezig. Naast haar werkt een zorgverlener (minimaal niveau 2) in elk woonblok van 16.00 – 21.00 uur.

In de nachtdienst zijn er twee verzorgenden niveau 3 voor de hele locatie werkzaam. De 24-uurs verpleegkundige bereikbaarheid is geregeld. Overdag kunnen de zorgmedewerkers een beroep doen op de eigen verpleegkundigen. In de avond-, nacht- en weekenduren kunnen de zorgmedewerkers een beroep doen op de verpleegkundige dienst van een andere zorgaanbieder.

De Leystroom betreft van deze externe zorgaanbieder ook de behandeldienst waaronder de specialist ouderengeneeskunde (SO) en een aantal paramedische diensten zoals de psycholoog, de ergotherapeut en de diëtist.

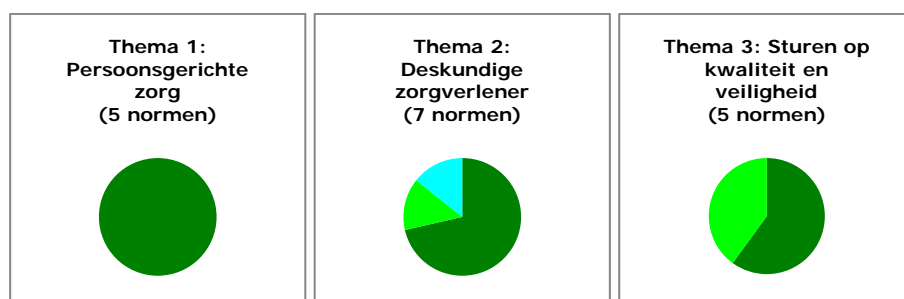
2 Conclusie

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 De Leystroom. 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

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



2.2 Wat gaat goed

Cliënten in De Leystroom kunnen rekenen op persoonsgerichte, warme zorg. Zorgverleners kennen de cliënten en stellen hun wensen en verlangens centraal. Cliënten kunnen rekenen op voldoende en deskundige zorgverleners. De samenwerking binnen de teams en tussen de disciplines is goed. Het managementteam bewaakt de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening en stimuleert een cultuur van leren en verbeteren.

2.3 Wat kan beter

Het actueel houden van het cliëntdossier en de samenhang tussen de verschillende onderdelen in het dossier verdient nog verdere aandacht. De neiging om door te schieten in een veilige leefomgeving voor de cliënten staat op gespannen voet met het bieden van persoonsgerichte zorgverlening.

2.4 Conclusie bezoek

De Leystroom investeerde het afgelopen jaar in het kleinschalig werken en het in praktijk brengen van persoonsgerichte zorg. De resultaten zijn zichtbaar. De Leystroom voldoet (grotendeels) aan alle getoetste normen. De inspectie heeft daarom vertrouwen in het managementteam en de verbeterkracht van De Leystroom.

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 **Vervolgacties van de inspectie**

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

De inspectie concludeert dat de zorg op deze locatie op dit moment van voldoende kwaliteit is en verwacht dat deze op orde blijft. Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

Dit betekent dat de inspectie in 2018 en 2019 uw organisatie niet opnieuw bezoekt tenzij de inspectie meldingen krijgt of andere signalen opvangt dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet op orde is. Dan kan de inspectie opnieuw op bezoek komen.

4 Resultaten

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

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

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

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

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

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

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

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

Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1¹

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

Volgens de inspectie **voldoet** de locatie aan deze norm.

De inspectie hoort tijdens gesprekken en ziet in de cliëntdossiers dat cliënten en hun vertegenwoordigers inspraak hebben in de doelen van de zorg en behandeling.

Iedere cliënt heeft een actueel zorgplan. De, bij de cliënt betrokken, zorgverleners bespreken het zorgplan (minimaal) twee keer per jaar in een multidisciplinair overleg (MDO).

Als de cliënt (vertegenwoordiger) aanwezig wil zijn bij het MDO, dan kan dat.

Gesprekspartners vertellen dat zorgverleners tussentijdse wijzigingen in het zorgplan altijd bespreken met de cliënt (vertegenwoordiger). Een lid van de cliëntenraad geeft bijvoorbeeld aan, dat de zorgmedewerkers hem direct informeren wanneer er iets is met zijn vader of als er iets verandert in de zorgverlening.

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** de locatie aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners de cliënten goed kennen. Zij zijn op de hoogte van bijzonderheden uit hun verleden en kennen hun huidige wensen en behoeften. Deze persoonlijke voorkeuren ziet de inspectie ook terug in het cliëntdossier. Zo leest de inspectie in een dossier bijvoorbeeld dat een cliënt 's morgens langzaam op gang komt.

Een zorgmedewerker vertelt dat een paar cliënten de code van de toegangsdeur kennen, zodat zij zelfstandig de afdeling kunnen verlaten.

De inspectie ziet tijdens de observatie dat de zorgmedewerker voor een cliënt alleen de korstjes van de boterham afsnijdt; de cliënt is verder zelf in staat de boterham te smeren en te beleggen.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet** de locatie aan deze norm.

Zorgmedewerkers houden rekening met de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Zij ondersteunen de cliënt als het nodig is of als de cliënt erom vraagt.

Zo ziet en hoort de inspectie dat een PG-cliënt graag en vaak naar buiten gaat. Op meerdere momenten van de dag ziet de inspectie haar in de gesloten binnentuin rondlopen.

Een zorgmedewerker vertelt dat een cliënt geen gebruik maakt van de pedicure van De Leystroom; zij kiest er voor haar eigen pedicure te bezoeken.

Een andere zorgmedewerker geeft aan dat een cliënt 's morgens graag laat uit bed komt. Hier houden zorgmedewerkers rekening mee.

De cliënten bepalen het tijdstip van de warme maaltijd. Tijdens de rondgang hoort de inspectie dat een aantal woongroepen de warme maaltijd tussen de middag gebruikt. Andere groepen eten 's avonds warm. Een zorgmedewerker vertelt dat zij wekelijks met de cliënten het menu voor de komende week samenstelt.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet** de locatie aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners cliënten met warmte en respect benaderen. Zij besteden aandacht aan de cliënten, benoemen wat ze gaan doen, hebben geduld en maken fysiek contact. Zo ziet de inspectie dat een zorgmedewerker een hand op de schouder doet van een cliënt om haar gerust te stellen.

Tijdens de observatie in de huiskamer van een woongroep merkt de inspectie op dat de zorgmedewerker de cliënten verschillend benadert. De ene cliënt spreekt zij aan bij de voornaam, een andere cliënt met "mevrouw". De zorgmedewerkers geven aan dat zij aan elke cliënt vragen hoe hij of zij wil worden aangesproken. Dit leggen zorgmedewerkers vast in het cliëntdossier van de betreffende cliënt.

De cliëntenraad spreekt over betrokken zorgmedewerkers die de cliënten warmte en geborgenheid bieden.

Norm 1.5

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

Volgens de inspectie **voldoet** de locatie aan deze norm.

De Leystroom vindt het belangrijk dat het informele netwerk van de cliënten ook na opname in de locatie in stand blijft. De zorgaanbieder organiseert familieavonden om de familie en de naasten hierover te informeren.

Uit gesprekken blijkt dat de familie van een cliënt de zorgmedewerker helpt bij het wassen en aankleden van de cliënt. De aanwezigheid van de familie hierbij, geeft de cliënt rust.

Een zorgmedewerker vertelt dat een cliënt een aantal keren per jaar een weekend bij haar echtgenoot thuis verblijft. De Leystroom regelt dan de nodige zorg thuis.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

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

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg, ondersteuning en risico's op basis van de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet** de locatie aan deze norm.

Tijdens de rondgang ziet de inspectie dat de inrichting van de huiskamer per woongroep onderling verschilt. Een zorgmedewerker vertelt dat de teams bij de inrichting rekening houden met de zorgvragen van de cliënten die daar wonen. In een huiskamer bijvoorbeeld, eten de cliënten aan twee losse tafels die ver van elkaar af staan. Dat geeft rust voor de cliënten in deze woongroep.

Een andere zorgverlener geeft als voorbeeld aan dat zij merken bij een cliënte, dat ze minder eet als zij (teveel) prikkels krijgt tijdens de maaltijden. Deze cliënte zit nu met haar rug naar de deur van de huiskamer zodat zij rustig kan eten.

Zorgverleners vertellen dat zij bij het inzetten van vrijheid beperkende maatregelen (VBM) vragen stellen over het doel en over proportionaliteit en subsidiariteit. Bij een cliënt met gedragsproblemen vindt eerst een gedragsinterventie plaats voordat de arts besluit tot het voorschrijven van een medicijn dat invloed heeft op het gedrag.

De inspectie ziet in de dossiers actuele risico-inventarisaties. Zorgverleners inventariseren cliëntgebonden risico's en verwerken die in doelen en acties in het zorgplan. Een zorgverlener vertelt dat zij eerst een algemene inventarisatie maken. Wanneer daar mogelijke risico's uitkomen ten aanzien van bijvoorbeeld vallen dan maken zij een diepgaandere analyse en vertalen zij deze naar zorg- en ondersteuningsdoelen van de cliënten. In de periode rondom het MDO evalueren zij deze risico's opnieuw.

In het gesprek met het managementteam komt naar voren dat de zorgaanbieder een cliënt uitplaatste. Deze cliënt paste gezien haar zorgbehoefte wel in De Leystroom, maar vanwege haar (jonge) leeftijd niet.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie voldoet de locatie **grotendeels** aan deze norm. Alle cliënten hebben een zorgplan. Zorgmedewerkers inventariseren cliëntgebonden risico's en verwerken die in doelen en acties in het zorgplan. Informatie over een VBM staat in het zorgplan. De inspectie ziet dat zorgverleners de redenen en overwogen alternatieven voor een VBM beschrijven.

In de ECD 's ziet de inspectie dat zorgverleners de levensgewoontes van cliënten (tijd van opstaan bijvoorbeeld) in het ECD vastleggen. Samen met de cliënt en diens familie kijken de eerstverantwoordelijk verzorgenden (EVV) naar de dag invulling van de cliënten en stellen hierop doelen vast.

Uit de cliëntdossiers blijkt dat zorgverleners het zorgplan twee keer per jaar evalueren in een MDO. Zorgverleners evalueren maandelijks de ingezette VBM.

Tijdens de dossierinzage blijkt dat de evaluatie van de benaderingswijze aandacht behoeft. Zo zie de inspectie bijvoorbeeld in een zorgplan staan, dat de EVV verwijst naar een benaderingswijze. De aanwezige benaderingswijze is echter van 2016. Een evaluatie van de benaderingswijze is niet zichtbaar. In een ander zorgplan ziet de inspectie dat de informatie over de benaderingswijze niet overeenkomt met de tekst in het zorgplan over de benadering van de cliënt.

Daarnaast werkt De Leystroom met een actiekaart, waarop belangrijke afspraken over de zorgverlening aan de cliënt staat. Met name invalkrachten gebruiken deze kaart. De versie in het dossier die de inspectie aantreft dateert van mei 2017 en komt op sommige punten niet overeen met de afspraken in het zorgplan.

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** de locatie aan deze norm.

Per woongroep werken twee EVV. Zij coördineren, elk voor vier cliënten, de zorgverlening. In het gesprek met het managementteam komt naar voren dat de zorgaanbieder de EVV de mogelijkheid biedt voor intervisie. Hierdoor leren de EVV van elkaars ervaringen.

Daarnaast is per team, per woongroep, een zes wekelijks werkoverleg voor zorgmedewerkers. In dit werkoverleg is er voor zorgmedewerkers, naast het

bespreken van praktische zaken, ruimte om met elkaar te reflecteren over de geboden zorgverlening.
Verder leren zorgverleners in het overleg met de psycholoog, op welke wijze hun gedrag van invloed is op (het gedrag van) de cliënten.

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** de locatie aan deze norm.

Alle gesprekspartners vertellen dat de personele bezetting toereikend is, gelet op de doelgroepen. De zorgaanbieder bepaalt de personele bezetting op basis van de zorgzwaartepakketten van de aanwezige cliënten. Het management vertelt dat zij in de periode direct na de verhuizing, extra personeel inzette met het oog op mogelijke onrust bij de cliënten door de verhuizing.

Zorgmedewerkers geven daarnaast aan dat zij als team kunnen besluiten over de tijden van de verschillende diensten. Als voorbeeld noemen zij dat in de zomermaanden de avonddienst langer door werkt. In deze maanden willen de cliënten vaak later naar bed.

Recent stelde de zorgaanbieder een zorgmedewerker aan met kennis over psychiatrische ziektebeelden. Dit, omdat de zorgaanbieder een toename ziet van het aantal cliënten met psychiatrische zorgvragen.

In elk team zijn zorgmedewerkers die een aandachtsveld hebben. Dit betreffen aandachtvelden op zorginhoudelijke onderwerpen zoals onbegrepen gedrag, MIC-meldingen en medicatie.

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** de locatie aan deze norm.

Zorgmedewerkers vertellen dat zij protocollen en richtlijnen raadplegen. Verteld is dat er een actueel protocol mondzorg is. De zorgaanbieder toetst met interne audits of zorgmedewerkers dit in praktijk brengen.

Het management vertelt dat zij ervoor zorgt dat wijzigingen in protocollen en richtlijnen terecht komen bij alle zorgmedewerkers.

Een zorgmedewerker geeft verder aan dat zorgmedewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren volgens de digitaal beschikbare protocollen. De zorgaanbieder toetst door middel van interne audits de naleving van de protocollen. De inspectie ziet een verslag van de interne audit medicatieveiligheid in.

De teamcoördinator stelt dat de zorgmedewerkers (bijna) incidenten trouw melden volgens de afspraken.

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** de locatie aan deze norm.

Zorgverleners bespreken tweemaal per jaar het zorgplan van de cliënt in een MDO. De SO, de EVV en de familie van de cliënt zijn altijd aanwezig bij de MDO's. Wanneer de psycholoog bij een cliënt betrokken is, sluit zij aan bij het MDO. Zorgverleners bespreken cliënten ook in gedragsvisites. De inspectie hoort dat de psycholoog aandacht besteedt aan het omgaan met cliënten met onbegrepen en/of agressief gedrag.

De SO is tweemaal per week een dagdeel aanwezig in De Leystroom. De psycholoog is wekelijks aanwezig. Beiden zijn daarnaast op afroep beschikbaar. De SO vindt dat zorgmedewerkers tijdig de behandelaars inschakelen. Volgens gesprekspartners zijn de communicatielijnen kort. Men weet elkaar gemakkelijk te vinden. Als sprake is van complexe problematiek schakelen zorgverleners externe deskundigen in. Genoemd is psychiatrische problematiek.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1¹

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

Volgens de inspectie voldoet de locatie **grotendeels** aan deze norm.

In het kwaliteitsplan 2018 geeft het management handen en voeten aan de missie en visie. In het plan staan onderwerpen waarmee de zorgorganisatie aan de slag gaat. De zorgaanbieder zoekt voor de dag invulling van de cliënten actief aansluiting bij hun (voormalige) beroepen en interesses. Om persoonsgericht te kunnen werken, zo stelt de zorgaanbieder, is het erg belangrijk de mens achter de cliënt goed te leren kennen.

De inspectie ziet tijdens het bezoek en in de dossiers terug dat zorgverleners hier in de praktijk aandacht aan schenken (zie ook thema 1).

De zorgaanbieder hanteert exclusiecriteria. Deze betreffen uitsluiting van bijvoorbeeld cliënten met de ziekte van Huntington, cliënten met de ziekte van Korsakov, jong dementerende cliënten en cliënten bekend met gedragsproblemen die niet te reguleren zijn met interventies.

In de informatiegids staan een aantal huisregels opgesteld. Zo vraagt de zorgaanbieder onder andere aandacht voor de kleine persoonlijke eigendommen als brillen en juwelen. De zorgaanbieder staat het houden van huisdieren niet toe in de locatie. Een uitzondering maakt de zorgaanbieder voor vissen en vogels. In een van de huiskamers ziet de inspectie een vogeltje in een kooitje.

De Leystroom besteedt veel aandacht aan de veiligheid van cliënten. Zij biedt de cliënten mogelijkheden aan om veilig in en rond het gebouw te kunnen bewegen. Op de gangen van de woongroepen is continu cameratoezicht aanwezig. De

zorgaanbieder wil hiermee de veiligheid van de cliënten en de medewerkers borgen. Van het cameratoezicht worden geen opnames gemaakt. In de gesprekken komt naar voren dat eigenlijk alleen de nachtdienst gebruik maakt van het cameratoezicht. Zij kan beelden van de gangen oproepen op de telefoon.

Tijdens het bezoek bespreekt de inspectie de indruk dat de zorgaanbieder neigt tot het doorschieten in het bieden van een veilige zorg-/leefomgeving voor de cliënten. Dit staat op gespannen voet met het bieden van persoonsgerichte zorg. Het managementteam herkent dit. Zij geven aan hier de komende tijd de nodige aandacht aan te geven.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet** de locatie aan deze norm. Zorgmedewerkers vertellen dat zij incidenten digitaal melden incidenten via het ECD. De aandachtsvelder voor MIC-meldingen beoordeelt elke twee weken (per woongroep) de meldingen. In het werkoverleg bespreekt het team van de woongroep de meldingen. Het team kijkt naar eventuele trends in de meldingen.

Het management vertelt dat de MIC-commissie van De Leystroom een analyse van de meldingen op organisatieniveau maakt. De inspectie ziet twee kwartaalrapportages in. De rapportage bevat zowel cijfermatige als inhoudelijke informatie. De SO vertelt dat zij op de hoogte is van alle MIC-meldingen. Als verbeteractie naar aanleiding van meldingen leest de inspectie bijvoorbeeld in een kwartaalrapportage dat de zorgaanbieder extra stuurt op het op tijd aanbieden van medicijnen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet** de locatie aan deze norm. Het management beschikt over kwaliteitsinformatie. Dit betreft onder andere de visie en missie met de koers tot 2020 en een kwaliteitsplan 2018. De Leystroom bewaakt, beheerst en verbetert de kwaliteit en veiligheid van de zorg op verschillende manieren. Gesprekspartners vertellen dat het management tweemaal per jaar een tevredenheidsgesprek voert met cliënten en mantelzorgers en recent een medewerkertevredenheidsonderzoek hield onder alle medewerkers. Daarin bespreekt men vanuit verschillende perspectieven de ervaren kwaliteit van zorg.

De hulpmiddelen worden structureel onderhouden en gekeurd. De inspectie ziet tijdens de rondgang de keuringsstickers op de tilliften. De teamcoördinator vertelt dat de zorgaanbieder elk half jaar de inhoud van het verenigingsleven bespreekt met de cliënten en de zorgmedewerkers en waar nodig aanpast op de wensen van de cliënten.

De cliëntenraad geeft aan dat het management hen tijdig betreft bij de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Zo noemt de cliëntenraad dat zij mee hebben gedacht over het euthanasiebeleid, de voeding voor de cliënten en een mogelijke samenwerking met een andere zorgaanbieder in de ouderenzorg.

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 locatie aan deze norm.

Uit alle gesprekken komt naar voren dat in De Leystroom een cultuur is gericht op leren en verbeteren.

Samen met drie andere (kleinschalige) zorgaanbieders in de ouderenzorg vormt De Leystroom een lerend netwerk. In eerste instantie richt het netwerk zich op bestuurders, management en ondersteunende diensten. In de komende periode richt het netwerk zich meer op de zorgmedewerkers.

De bestuurder betreft stakeholders bij het opstellen van het kwaliteitsplan.

Elk kwartaal stelt elke woongroep een zogenoemd Woongroep journaal op. In dit journaal beoordeelt elke woongroep een aantal resultaatsgebieden. Voorbeelden van resultaatsgebieden zijn: productie, ziekteverzuim, hygiëne, scholingswensen, organisatiecultuur, kwaliteit van mondzorg, kwaliteit van de maaltijden.

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 de locatie **grotendeels** aan deze norm.

In het Kwaliteitsplan 2018 van De Leystroom leest de inspectie dat de zorgaanbieder een 'warm welkom'-protocol heeft. Na de opname van een cliënt heeft de zorgaanbieder specifiek aandacht voor het welzijn van zowel de cliënten als hun naasten. Door ook aandacht te geven aan de naasten van de cliënt, verwacht De Leystroom dat de naasten beter betrokken zijn/raken bij de zorg- en dienstverlening aan de cliënten.

Onder norm 1.5 van dit rapport beschrijft de inspectie enkele voorbeelden van het samenspel tussen zorgverleners, cliënt en het informele netwerk.

In het gesprek geeft het managementteam aan dat het samenspel nog in de kinderschoenen staat. Zowel de zorgmedewerkers in De Leystroom als de familie van de cliënten zijn nog zoekende hierin. Door hierover met de zorgmedewerkers en de familie in gesprek te zijn, verwacht de zorgaanbieder hier in de nabije toekomst meer handen en voeten aan te kunnen geven.

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 Leystroom 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:

- observatie van negen cliënten op de woongroepen, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met drie aantal uitvoerende medewerkers van afdeling;
- gesprek met de specialist ouderengeneeskunde;
- gesprek met het managementteam;
- gesprek met afvaardiging van cliëntenraad;
- vier cliëntdossiers van woongroepen;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door 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 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 vrijheid beperkende 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'ers van cliënten van De Leystroom;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van De Leystroom;
- Overzicht van scholing in de afgelopen jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van de locatie;
- Verslag interne audit medicatieveiligheid, september 2017;
- Woongroep journaal van een woongroep binnen De Leystroom;
- Informatie en huisregels;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Missie en visie, op weg naar een strategisch beleidsplan 2018-2020;
- Kwaliteitsplan 2018.