



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Stichting Vivantes Ouderenzorg,  
locatie Bloemenhof in Geleen  
op 7 februari 2018

Utrecht, mei 2018

V2003008

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving locatie 3
1.3	Organisatieontwikkelingen 4
<b>2</b>	<b>Conclusie 6</b>
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat moet beter 6
2.4	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 15
4.3.1	Resultaten 15
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 18</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Beoordeelde documenten 20</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) bracht op 7 februari 2018 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Vivantes Ouderenzorg (hierna: Vivantes), locatie Bloemenhof (hierna: Bloemenhof) in Geleen.

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

Op 28 en 29 december 2016 zijn de locaties Bloemenhof en Urmonderhof door de inspectie bezocht. Aanleiding was de bestuurlijke situatie bij Vivantes op dat moment en de signalen die de inspectie ontving over de kwaliteit van zorg. Naar aanleiding van deze bezoeken en de komst van een nieuwe interimbestuurder, sprak de inspectie op

2 maart en 21 maart 2017 met diverse interne stakeholders binnen Vivantes. Hierbij maakte de inspectie de afspraak met Vivantes om, per locatie een plan van aanpak en de huidige stand van zaken met betrekking tot de kwaliteit van zorg, aan te leveren. Deze informatie ontving de inspectie op 31 augustus 2017.

Op 1 augustus 2017 startte een nieuwe 'vaste' bestuurder. De raad van toezicht is in 2017 geheel vernieuwd.

Gegeven het bovenstaande besloot de inspectie locatie Bloemenhof begin 2018 opnieuw te bezoeken.

### 1.2 Beschrijving locatie

Woonzorgcentrum Bloemenhof is een van de negen zorglocaties van Vivantes. Vivantes verleent zorg en behandeling in de gemeenten Sittard-Geleen, Beek en Stein.

Bloemenhof is een woonzorgcentrum gelegen in Geleen en beschikt over 34 kamers voor verzorgingshuiszorg. Hier wonen negentien cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) 4, vijf met een ZZP 5, en zeven met een ZZP 6. Eén cliënt heeft een ZZP lichamelijk gehandicapte (LG), indicatie 4.

Daarnaast beschikt Bloemenhof over een Bopz-aangemerkte unit voor zestien psychogeriatrische (pg)-cliënten. Hiervan hebben veertien cliënten een ZZP 5 en twee een ZZP 7. De cliënten op de pg-unit hebben allen een eenpersoonskamer met eigen badkamer. De kamers liggen aan een gang met in het midden een huiskamer. Alle zestien cliënten maken gebruik van de huiskamer, die in een U-vorm loopt waardoor er optisch twee ruimtes ontstaan. In de huiskamer is een open keuken aanwezig waar kleine gerechten kunnen worden bereid. De warme maaltijd ontvangt de pg-unit vanuit de centrale keuken van Bloemenhof.

Op de tweede verdieping is tevens een huiskamer, daar heeft Bloemenhof sinds kort 'kleinschalig wonen' geïntroduceerd. Voor cliënten die behoefte hebben aan een wat kleinere setting. Hier wordt voor een kleinere groep cliënten (tien) ook de maaltijden en koffie/thee geserveerd en worden activiteiten ondernomen. Zo krijgen deze cliënten iets meer persoonlijke aandacht.

Centraal in het gebouw op de benedenverdieping ligt een zaal waar activiteiten worden georganiseerd en waar maaltijden worden geserveerd. Tevens is op de begane grond een wijksteunpunt gevestigd.

#### *Behandeling*

Vivantes heeft de functie behandeling ingekocht via Novicare. Novicare is een zorgonderneming die specialisten ouderengeneeskunde (SO), psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten in dienst heeft. Novicare biedt behandeling en begeleiding aan voor verpleeghuizen in Nederland.

#### *Verpleging en Verzorging*

Een locatiemanager verpleging & verzorging is verantwoordelijk voor de locatie en stuurt de medewerkers aan. Een verpleegkundige ouderenzorg coacht de medewerkers op Bloemenhof. Daarnaast is er nu een leerlingverpleegkundige ouderenzorg die meehelpt in dit coachingstraject.

In het verzorgingshuisgedeelte van Bloemenhof werken overdag drie zorgverleners. Van deze zorgverleners is minimaal één zorgverlener en één verzorgende niveau 3 aanwezig. Twee zorgverleners werken in de avonddienst.

Op de pg-unit zijn er overdag drie zorgverleners werkzaam, van wie minimaal één verzorgende niveau 3 is. Daarnaast is er een medewerker met een beperking die vier ochtenden per week aanvullende ondersteuning biedt op afdeling 2. In de avond is er op de pg-unit één VIG-3 en één helpende werkzaam. In totaal zijn er 37.71 BFT medewerkers in de zorg werkzaam, waarvan:

- vier verpleegkundigen deskundigheidsniveau 4 en 5 (3,5 BFT);
- VIG-er of verzorgende deskundigheidsniveau 3 (circa 14 BFT);
- leerling VIG niveau 3 (circa 5 BFT);
- de overige medewerkers zijn: helpenden deskundigheidsniveau 2, medewerkers zorgondersteuner en bewonersassistenten (circa 8 BFT).

In de nacht is er in het hele woonzorgcentrum voor 50 cliënten één zorgverlener aan het werk. Zij kan een beroep doen op een zwerfwacht die gedurende de hele nacht wakker is en rouleert over vier woonzorgcentra van Vivantes. Daarnaast is er in de avond en nacht nog een verpleegkundige dienst beschikbaar voor alle locaties.

De schoonmaakwerkzaamheden in Bloemenhof worden door zorgondersteuners gedaan.

### **1.3 Organisatieontwikkelingen**

Vivantes heeft sinds augustus 2017 een nieuwe raad van bestuur, een nieuwe directeur zorg & innovatie, naast de directeur bedrijfsvoering (ICT, facilitair, finance) en een nieuwe manager HR.

Sinds 1 september 2017 is er een nieuwe locatiemanager op Bloemenhof. Zij stuurt ook een andere locatie van Vivantes aan, te weten Olympiastaete, die 22 cliënten heeft. Vivantes streeft ernaar dat iedere locatie een eigen locatiemanager krijgt. Op dit moment zijn er zes locatiemanagers voor negen locaties.

De bestuurder en de directie hebben wekelijks overleg. De directeur Z&I en de locatiemanagers hebben een keer in de veertien dagen een informeel overleg. Er is een vaste agenda en er worden notulen gemaakt. De directie zorg en de locatiemanagers hebben eveneens een keer in de veertien dagen overleg. De directeur Z&I heeft maandelijks werkoverleg met de individuele locatiemanagers om organisatorische zaken en beleidszaken verder te bespreken.

Vivantes doet mee aan het project 'Waardigheid en trots'. Er zijn twee coaches die de locaties ondersteunen om persoonsgerichte zorg (verder) te ontwikkelen. Het ondersteuningstraject voor Bloemenhof start in april 2018.

## 2 Conclusie

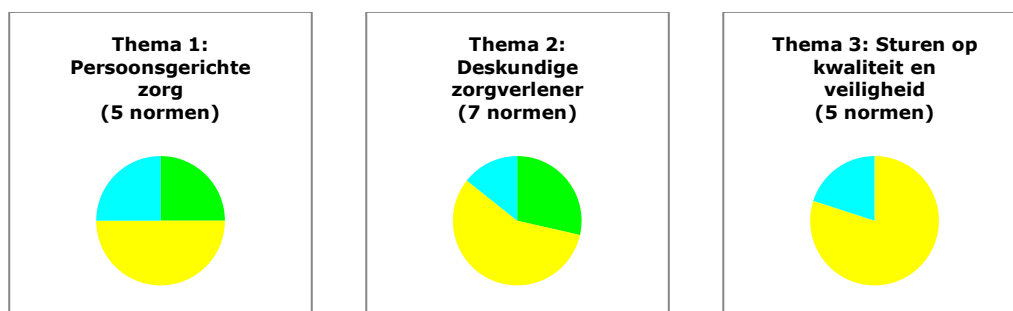
Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Bloemenhof.

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

Bewoners van Bloemenhof hebben inspraak in de zorg en behandeling die zij ontvangen. Het zorgteam bestaat uit veel vaste medewerkers die liefdevol met de cliënten omgaan. Bij iedere zorgleefplanbespreking staat ook de cliënttevredenheid op de agenda. De behandelaars zijn nauw betrokken bij het zorgteam.

### 2.3 Wat moet beter

De kwaliteit van goede en veilige zorg moet worden verbeterd op alle thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid. Cliënten van Bloemenhof moeten erop kunnen vertrouwen dat zij persoonsgerichte zorg krijgen die aansluit bij hun wensen en behoeften. Het is noodzakelijk dat Vivantes een visie op persoonsgerichte zorg ontwikkelt en deze implementeert in de organisatie. De kennis en kunde van medewerkers moet hierop aansluiten. Het management van Bloemenhof dient zorgverleners meer mogelijkheden aan te bieden voor structureel leren, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie en reflectie. Methodisch werken vindt nog onvoldoende plaats binnen Bloemenhof. Verbetering op dit aspect is nodig binnen onder andere het cliëntdossier. Ook de procedure rondom MIC-meldingen moet beter, zodat Bloemenhof deze daadwerkelijk kan gebruiken voor leren en verbeteren.

### 2.4 Conclusie bezoek

Bloemenhof voldoet (grotendeels) niet aan 11 van de 14 getoetste normen.

De raad van bestuur en het management van Vivantes is in 2017 grotendeels vernieuwd. De inspectie ziet tijdens het inspectiebezoek dat de raad van bestuur en het management zich bewust zijn van de opdracht waarvoor Vivantes staat. Zij stellen zich hierbij open en transparant op. De raad van bestuur heeft zicht op de kwaliteit van zorg binnen de verschillende locaties en heeft verbeterplannen in gang gezet. De kwaliteit van zorg binnen Bloemenhof is echter op dit moment nog niet op het gewenste niveau.

De inspectie zal het vertrouwen in de verbeterkracht van de Vivantes laten afhangen van de resultaten die Bloemenhof de komende maanden boekt bij het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie zal het verbeterproces nauwlettend volgen.

### 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 Bloemenhof binnen zes maanden na vaststellen van dit rapport voldoet op alle thema's en normen waar u tijdens het inspectiebezoek van 7 februari 2018 (grotendeels) niet voldeed.

De inspectie ontvangt van u na drie maanden, uiterlijk **23 augustus 2018**, een voortgangsverslag. Daarnaast verwacht de inspectie een resultaatverslag uiterlijk **19 november 2018**.

De inspectie gaat ervan uit dat u verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties van Vivantes treft.

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

De inspectie zal het resultaatverslag beoordelen. Op basis hiervan bepaalt zij haar verdere toezichtstrategie. Een hertoetsbezoek aan Bloemenhof of een inspectiebezoek aan een van de andere locaties van Vivantes behoort tot de mogelijke vervolgacties.



## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De inspectie scoorde tijdens het bezoek of Bloemenhof in Geleen 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 1.1<sup>1</sup>

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

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

De inspectie heeft gezien dat iedere cliënt van Bloemenhof een zorgleefplan en een zorgafsprakenplan heeft. Het zorgleefplan stellen zorgverleners in samenspraak met de cliënt en diens vertegenwoordiger op. Zorgverleners vertellen dat zij minimaal elk half jaar iedere cliënt en/of diens vertegenwoordiger uitnodigen voor de zorgleefplanbespreking. De zorgleefplanbespreking is met de EVV-er, de cliënt en diens vertegenwoordiger. De inspectie heeft geen evaluatieverslag in het dossier gezien. Wel zijn de zorgverleners begonnen met een 'tevredenheidsverslag' naar aanleiding van de evaluatie van de zorgleefplanbespreking. Zorgverleners vertellen dat het tevredenheidsonderzoek met cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers voorts bij elke zorgleefplanbespreking ingevuld wordt. De inspectie ziet, door cliënt of diens vertegenwoordiger, ondertekende zorgplannen in het dossier.

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

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

<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.

Volgens de inspectie **voldoet Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens de observatie op de pg-unit ziet inspectie dat de medewerkers de cliënten kennen en inspelen op specifieke vragen van cliënten. In de geraadpleegde zorgdossiers ziet de inspectie niet of nauwelijks dat zorgverleners de wensen of behoeften van cliënten beschrijven of hoe de zorgverleners wensen en behoeften in kaart brengen. Een levensgeschiedenis van de cliënt is niet altijd in het dossier aanwezig. Ook behoeften als vroeg opstaan of wensen ten aanzien van de daginvulling, staan beperkt of niet in zorgdossier. Dit wordt niet consequent geïnventariseerd en is niet altijd bekend bij de zorgverleners. Zo geeft een horecamedewerker op de groep aan dat een bepaalde cliënt die heel onrustig is, niets meer kan of wil. In het dossier staat dat deze cliënt rustig wordt van muziek luisteren, maar dit weet de horecamedewerker niet. Bij een andere cliënt staat in het dossier bij het doel: 'mevrouw heeft behoefte aan contact en vindt bezoek aan kapel prettig'. Bij actie staat: 'in kaart brengen behoefte'. Een verzorgende geeft desgevraagd aan dat dit nog niet is gebeurd. Onduidelijk is waarom de behoefte nog niet in kaart is gebracht. Bij de uitvoering staat: 'mevrouw bij muziekactiviteiten betrekken en buiten wandelen'. De verzorgende geeft hierbij echter aan dat dit niet overeenkomt met de behoefte van de cliënt.

Tijdens de observatie in de huiskamer op de tweede verdieping ziet de inspectie dat zorgverleners de persoonlijke voorkeuren van cliënten kennen. Zorgverleners knopen praatjes aan met cliënten vanuit hun kennis over de persoon met wie zij spreken. Tijdens de maaltijd weten zorgverleners welke cliënt ondersteuning bij de maaltijd nodig heeft. Een cliënt houdt van Oostenrijk en bergen en specifieke muziek. De zorgverlener geeft haar een boek van Oostenrijk met daarin veel bergen. Echter in de zorgdossiers ziet de inspectie ook hier onvoldoende concreet terug hoe zorgverleners wensen en behoeften in kaart brengen, en vervolgens deze behoeftes onderdeel maken van het dagelijks leven bij Bloemenhof. Uitslapen of juist vroeg geholpen willen worden of wat de cliënt graag doet, staat niet in het dossier en of zorgleefplan. Wel is er een multomap waarin vermeld staat wie wat wil eten en drinken. Deze informatie in de multomap staat niet het zorgleefplan, er is geen relatie met het zorgdossier. Beneden in de recreatiezaal worden verschillende activiteiten aangeboden. Voor de cliënten die ingedeeld zijn voor de 'kleinschalige woonzorg' worden in de huiskamer op de tweede verdieping enkele activiteiten gedaan. Ten tijde van het inspectiebezoek is er een vrijwilliger die met een aantal cliënten een quiz doet. Desgevraagd kunnen de zorgverleners van de meeste cliënten van het deel 'kleinschalig wonen' wel aangeven met welke activiteiten cliënten graag mee doen. Gesprekspartners geven aan dat er de afgelopen maanden weinig activiteiten op de groep plaats hebben gevonden, door afwezigheid van een activiteitenbegeleidster.

### Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm.

Uit gesprekken, observaties en het cliëntdossier blijkt dat er op sommige onderdelen van de zorg en ondersteuning weinig keuzevrijheid is voor de cliënten. De cliënten vertellen dat zij wel de mogelijkheid hebben om hun kamer naar eigen smaak in te richten. Dit wordt ook gedaan. De rapportages in het zorgdossier zijn erg gericht op de somatiek en niet op welzijn en welbevinden. Zorgverleners vertellen dat cliënten wel kunnen bepalen of ze aan een activiteit willen deelnemen. In de zorgdossiers staat nauwelijks beschreven wat cliënten graag willen doen. Tijdens de maaltijd ziet de inspectie dat een medewerker twee boterhammen op een bord van de cliënt legt, zonder te vragen of de cliënt dit zelf wil doen. Op de vraag van de inspectie of daar reden voor is of waarom de cliënt zelf niet haar boterhammen kan pakken, wordt

aangegeven dat daar geen reden voor is. De inspectie ziet dat een cliënt wil meehelpen met de tafel te dekken, maar de medewerker merkt dit niet op. Zij dekt snel zelf de tafel en daarna gaan verzorgenden niet even rustig bij de bewoners aan tafel zitten. Zorgverleners lopen veel heen en weer rond de tafels, om hier en daar wat aan te geven en in te schenken.

Op de pg-afdeling dekken de verzorgenden de tafel niet omdat dit voor de huidige bewoners te ingewikkeld is en te onrustig maakt, aldus een medewerkster. Een aantal zorgverleners op de pg-afdeling geeft tijdens het bezoek aan dat cliënten soms (te) lang in bed liggen. Tijdens het inspectiebezoek haalt een zorgverlener de laatste cliënt om 13.00 uur uit bed. Een verzorgende geeft aan dat, doordat zij zeven cliënten met twee verzorgenden moet helpen, het niet lukt om cliënten allemaal op tijd uit bed te helpen. De cliënten gaan vanaf 18.00 uur weer naar bed. Een cliëntvertegenwoordiger geeft aan dat er een aantal jaar geleden op de afdelingen gezamenlijk het eten werd bereid. Volgens haar kan dit nu niet meer vanwege het grote aantal complexe cliënten op de afdeling.

#### Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm.

De huiskamer op de pg-unit is groot en doet weinig huiselijk aan. Bij binnenkomst ziet de inspectie een aantal cliënten aan tafel zitten, zonder iets omhanden te hebben. Sommige cliënten staan met hun rolstoel midden in de kamer zonder iets of iemand tegenover hen. In de woonkamer heerst een onrustige sfeer. Medewerkers lopen heen en weer en helpen in het voorbijgaan cliënten. Medewerkers praten met elkaar over de bewoners, over het hoofd van de bewoners heen. Rolstoelen worden gekanteld zonder dat zorgverleners dit van te voren aangeven aan de cliënt. Cliënten die zelf geen aandacht vragen, krijgen dit ook niet.

De huiskamer op de tweede verdieping heeft een meer huiselijke sfeer. Cliënten zitten met elkaar om de verschillende tafels. Er staan verse bloemen op tafel en planten in de vensterbank. Er hangen slingers en versierselen voor de aankomende carnaval. Zorgverleners op deze huiskamer spreken met cliënten en maken een grapje. Zij spreken over het geheel met respect en warmte over de cliënten.

#### 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 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 Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm.

In het verzorgingshuisdeel zijn de zorgverleners deels deskundig. In het dossier is te zien dat het ontbreekt aan bijvoorbeeld het methodisch omgaan met een zorgdossier en aan deskundigheid over omgaan met dementie en gedragsproblemen. Momenteel krijgen zorgverleners de gelegenheid om zich (bij) te scholen. In de dossiers en in gesprekken komt naar voren dat in de dagelijkse praktijk bij Bloemenhof taakgericht wordt gewerkt in plaats van persoonsgericht. De inspectie ziet dit ook terug in de rapportage waar het veelal over lichamelijke zaken gaat en weinig of niet over 'welzijn'. De inspectie sprak met één van de behandelende huisartsen. Deze huisarts geeft aan, nog niet een SO en/of psycholoog te hebben geconsulteerd bij een van de cliënten die wonen in Bloemenhof; "Is niet nodig, ik heb die vraag ook niet gehad van familie of verzorgend personeel". De inspectie leest in een dossier dat een cliënt psychofarmaca gebruikt en in een ander dossier dat een cliënt gedragsproblemen heeft. In het gesprek met de SO geeft deze aan dat er verschillende huisartsen zijn. De ene huisarts consulteert/overlegt vaker met de SO als de andere.

Er is geen gezamenlijk cliëntoverleg/bewonersbespreking, waar zorgverleners met elkaar zouden kunnen bespreken waar zij tegenaan lopen en welke deskundigheid zij zouden kunnen inschakelen. Het zorgplanoverleg is met de cliënt en of de vertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV-er). De huisarts wordt uitgenodigd maar is niet altijd aanwezig bij de zorgplanbespreking. In haar reactie op het conceptrapport geeft Vivantes aan dat EVV-ers ook andere behandelaars, die betrokken zijn bij de cliënt, uitnodigen. Daarnaast is het deskundigheidsniveau over de vierentwintig uur voor de verschillende doelgroepen gering. Zorgverleners krijgen te weinig handvatten hoe om te gaan met bepaalde gedragingen van cliënten. Bij de (enige) cliënt van het verzorgingshuisgedeelte bij wie de psycholoog een week geleden is ingeschakeld, staat 'Een eenduidige benadering is gewenst. Eenduidige aanpak opstellen'.

In het cliëntdossier is niet navolgbaar of zorgverleners een voldoende professionele afweging over de benodigde zorg maken. De cliënten die op de pg-unit verblijven, hebben allen te maken met pg-problematiek. Omgaan met onbegrepen gedrag en de mogelijkheden en beperkingen van cliënten als gevolg van dementie ziet de inspectie niet consequent terug in de cliëntdossiers. In de getoetste cliëntdossiers maken zorgverleners gebruik van risico-inventarisaties. Op de vraag van de inspectie of er casuïstiekbesprekingen waren, vertelde de SO dat dit weinig gebeurde maar dat hiermee wel wordt gestart. Niet in alle dossiers is een risico-inventarisatie aanwezig en of actueel, zo ziet de inspectie. Op de pg-unit gaan de geformuleerde problemen en doelen vooral over somatische aspecten van de zorg. De SO geeft aan dat de kennis onder het personeel heel wisselend is. Meerdere gesprekspartners geven aan dat de sfeer en de drukte op de pg-unit als niet prettig wordt ervaren. Meerdere keren ervaren zorgverleners overbelasting. Bij ziekte kan er niet altijd tijdig voldoende deskundig (minimaal één VIG-er) personeel worden ingezet.

## Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm.

In de geziene dossiers is de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus in de zorgverlening niet duidelijk navolgbaar. De inspectie ziet in de zorgdossiers dat de zorgverleners niet systematisch rapporteren en niet consequent op de zorg- en ondersteuningsdoelen. Het methodisch werken is niet zichtbaar in de dossiervoering. Een voorbeeld: in het zorgleefplan van een cliënt staat niet of nauwelijks aangegeven, wat de wensen en behoeften zijn, welke activiteiten de cliënt zelf kan doen en wat hij prettig vindt. De rapportage is vooral op alle lichamelijke zaken en de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) gericht. Bij een cliënt staat als doel vermeld 'gedrag blijven observeren en rapporteren'. In de rapportage leest de inspectie na vijf dagen in het rapport; 'dhr. was vriendelijk en goed gehumeurd'. Niet beschreven staat waaruit dit blijkt of wat de situatie of de mogelijke oorzaak is. De inspectie leest van een cliënt de rapportage van een hele week, maar krijgt geen duidelijk beeld hoe het met die cliënt in die week gaat. Doelen sluiten niet altijd aan bij de risico-inventarisaties of bij de huidige situatie van een cliënt. Bij een aantal cliënten ontbreekt de rapportage op doelen. Gesprekspartners geven aan dat het onderwerp rapporteren op de kwaliteitsagenda staat.

De inspectie ziet in een zorgleefplan van een cliënt dat er een risico op decubitus is. Geschreven staat dat er decubitus is op stuitje, behandelen en rapporteren. In de rapportages staat al gedurende langere tijd dat er smetplekken zijn in de buikplooï en in de liezen. Hierop is het doel en de actie bij huidletsel in het zorgplan niet aangepast.

## 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 Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm.

Zorgverleners zeggen dat zij weinig tijd hebben voor een systematische reflectie en om van elkaar te leren. Er was een werkoverleg met de drie teams afgelopen januari 2018 en dit werkoverleg ging over aankomende veranderingen. De locatiemanager vertelt dat er een werkoverleg per team is georganiseerd, met daarin ruimte voor cliëntbespreking en meer reflecteren en leren van elkaar.

Verzorgenden geven aan dat ze graag meer input vanuit de psycholoog zouden willen krijgen.

## 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 Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm.

De norm die Bloemenhof zelf stelt, is dat er iedere dag en iedere avond minimaal drie zorgverleners voor het verzorgingshuis en minimaal twee zorgverleners op de PG-unit aanwezig zijn. Binnen het verzorgingshuis en de pg-unit is altijd minimaal één zorgverlener met deskundigheidsniveau 3 aanwezig. Uit de opgestelde individuele zorgplannen blijkt niet dat de deskundigheid van de zorgverleners goed afgestemd is op de zorgvraag van de doelgroep. De doelen en acties zijn niet consequent op elkaar afgestemd. Zorgverleners (verpleegkundigen en VIG-ers) hebben in de basis voldoende deskundigheid, maar de afgelopen jaren hebben zorgverleners weinig scholing ontvangen, afgestemd op de doelgroep en het methodisch werken met zorgplannen. In 2017 is er een scholing agressietraining en een Bopz-scholing geweest. Verder nog een scholing BHV en hepatitis en professionaliteit. De SO vertelde dat de opkomst voor de Bopz-scholing stichtingsbreed gering was. Er waren veel afzeggingen omdat medewerkers een overbelasting van het werk ervaren. Ook is de verpleegkundige boventallig gaan werken en niet meer op de afdeling. Dit komt volgens de SO de continuïteit en deskundigheid op de pg-unit niet ten goede.

Daarbij komt dat de complexiteit van de zorg van de huidige cliënten toeneemt. Vooral op de pg-unit blijkt dat veel cliënten met twee zorgverleners geholpen moeten worden. Zorgverleners geven aan dat dit met de huidige bezetting betekent dat sommige cliënten pas om laat in de ochtend uit bed geholpen kunnen worden. Ook de beschikbaarheid van zorgverleners in de nacht is niet afgestemd op (tijdelijke) extra zorgvraag van cliënten, zo blijkt uit gesprekken met de medewerkers.

De horecamedewerker helpt cliënten met eten en drinken. Zij vertelt dat zij geen scholing, over het 'geven van voedsel, drank en verslikking' heeft gekregen. De organisatie geeft aan dat zij nu bezig is met een inhaalslag wat scholing en deskundigheid betreft.

#### 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 Bloemenhof grotendeels** aan deze norm.

In het verzorgingshuisdeel blijkt uit gesprekken en de vindbaarheid van de protocollen, dat zorgverleners toegang hebben tot actuele protocollen, richtlijnen en handreikingen. De zorgverleners vertellen dat zij weten hoe en wanneer zij deze moeten gebruiken. Zij maken gebruik van de Vilans protocollen en op het organisatiebreed interne internet (MMS) kunnen medewerkers de andere richtlijnen en handreikingen vinden. Inspectie heeft niet kunnen toetsen of zij ook volgens protocol handelen.

#### 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 Bloemenhof grotendeels** aan deze norm.

Bij de verzorgingshuiscliënten is vaak geen multidisciplinair team bij de zorgleefplanbespreking van de cliënt. De huisarts is behandelaar van de cliënten en wordt uitgenodigd voor de zorgplanbespreking, maar is er meestal niet aanwezig. Medewerkers vertellen dat er laagdrempelig contact is met de verschillende huisartsen. Van het overleg met de huisarts schrijft de zorgverlener de rapportage

in het elektronisch cliëntdossier (ECD). De specialist ouderengeneeskunde (SO) vertelt wel betrokken te worden bij een verandering in de zorgzwaarte van een cliënt in het verzorgingshuisdeel, maar weinig geconsulteerd wordt bij een zorgleefplanbespreking van een cliënt in het verzorgingshuisdeel. De zorgzwaarte van de cliënten in het verzorgingshuisdeel neemt ook toe en wordt complexer. De SO vertelt dat sommige huisartsen openstaan voor meer samenwerking en dat er wel gesproken wordt over meer betrokkenheid van de SO en psycholoog ook bij cliënten in het verzorgingshuisdeel.

Op de pg-afdeling is de SO behandelaar wel bij de zorgleefplanbespreking van alle cliënten betrokken. Het zorgleefplan wordt minimaal twee keer per jaar besproken. Binnen de pg-afdeling vindt er regelmatig een multidisciplinair overleg (MDO) plaats. De SO komt elke maandag en zo nodig vaker. Als voorbeeld wordt verteld dat als een cliënt terminaal is, de SO regelmatig langs komt. De psycholoog komt een keer in de veertien dagen voor gedragsvisites. Ook observeert de psycholoog regelmatig en maakt omgangsplannen. Zorgverleners geven aan dat zij positief zijn over samenwerking. De SO en de psycholoog hebben regelmatig overleg.

De SO evalueert met de EVV-ers maandelijks de middelen en maatregelen (M&M's). Bij een cliënt die vooral 's nachts zeer onrustig is, heeft de psycholoog vijf dagen voor het inspectiebezoek geobserveerd. Hierop volgde nog geen acties of omgangsplan. Zorgverleners zijn ten einde raad en weten niet meer hoe ze hier 's nachts mee moeten omgaan.

#### **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 Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm.

Bloemenhof heeft een visie waarin persoonsgerichte zorg en ondersteuning aan de cliënt staat beschreven, te weten: 'Vivantes kiest voor een leefstijlgericht woon- en zorgconcept, waarin de leefwijze van de cliënt in samenhang met zijn cultuur, levensloop en persoonlijke geschiedenis, uitgangspunt is'.

Deze visie ziet de inspectie niet terug op de verschillende afdelingen. Dit blijkt uit de gesprekken, de observaties en de beoordeelde cliëntdossiers (zie ook thema persoonsgerichte zorg).

Ten aanzien van de veiligheid van de cliënt ziet de inspectie dat daar door de zorgaanbieder aandacht voor is. Zo is er een Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) -dit is een risico-inventarisatie voor voedingsmiddelen- audit gedaan in september 2017.

### Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm. De ouderenverpleegkundige verzamelt de meldingen van (bijna)incidenten (MIC). De verpleegkundigen analyseren de meldingen. De analyse beperkt zich tot een kwantitatieve weergave van incidenten. Een systematische analyse naar basisoorzaken ontbreekt. De inspectie zag geen verslag of iets: met conclusies en aanbevelingen. Gesprekspartners gaven ook aan dat een systematische analyse naar basisoorzaken nog niet echt is uitgewerkt. Zo ziet de inspectie in een cliëntdossier diverse meldingen van incidenten met agressie van de cliënt. Er is niet onderzocht waarom de cliënt dit gedrag vertoont; geen analyse naar de basisoorzaak van het gedrag. Wel is er een psycholoog langs geweest voor een observatie. Zorgverleners geven aan dat ze weinig terug horen van meldingen. Uit de gesprekken en uit de cliëntdossiers blijkt dat de zorgverleners wel (bijna)incidenten melden.

### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm. Uit de gesprekken met het bestuur, directie en locatiemanagement blijkt, dat zij in beeld hebben waar de kwaliteit van zorg binnen de organisatie moet verbeteren. Dit blijkt ook uit de toegezonden kwaliteitsplannen per locatie. De bestuurder, directie en locatiemanager zijn allen recent aangesteld binnen de organisatie. De bestuurder geeft aan dat verschillende verbeteringen al in gang zijn gezet. De zorgverleners krijgen scholing om naar een hoger deskundigheidsniveau te kunnen groeien. Van bijvoorbeeld deskundigheidsniveau 2 naar 3. Door management wordt aangegeven dat er een begin gemaakt is en aandacht is voor methodisch werken met cliëntdossiers. De organisatie doet mee aan het project 'Waardigheid en trots' waar ingezet wordt op persoonsgerichte zorg. Binnen Bloemenhof zijn verschillende audits uitgevoerd (zoals de HACCP). Naar aanleiding hiervan zijn er verbeterplannen waar de organisatie nu mee aan de gang is/gaat. De resultaten van de verschillende ingezette verbeteringen zijn voor de inspectie nog niet zichtbaar.

### 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 Bloemenhof grotendeels niet** aan de norm. De bestuurder, directie en locatiemanager geven aan dat de cultuur en de sfeer binnen Bloemenhof nog aandacht behoeft. De zorgmedewerkers geven aan dat er een klein begin is gemaakt om elkaar (professioneel) aan te spreken op gedrag. Uit de gesprekken blijkt ook dat het elkaar (professioneel) aanspreken op gedrag en (bijna) fouten meestal nog niet gebeurt. Ondanks dat medewerkers aangeven zich vrij te voelen, is het aanspreken van collega's geen vanzelfsprekendheid. De mogelijkheden van een vorm van intervisie of casuïstiekbesprekingen zijn er niet. De zorgaanbieder geeft aan dat zij nog aan het onderzoeken zijn, welke randvoorwaarden nodig zijn om te komen tot een lerende cultuur waarin medewerkers cliëntgericht in plaats van taakgericht gaan werken.



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.

De norm is niet getoetst.

## 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 Bloemenhof 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:

- vier cliënten uit verzorgingshuis;
- een cliëntvertegenwoordiger
- observatie cliënten op afdelingen, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers
- gesprekken met behandelaars;
- gesprekken met het management(team);
- een aantal cliëntdossiers;
- 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 vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Wat valt op en waar hebben de inspecteurs vragen over?

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

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

### **Uitleg observatiemethode SOFI**

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

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

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

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

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

## Bijlage 2 Beoordeelde documenten

Noteer hier de documenten die je ingezien hebt

- Overzicht van ZZP's van cliënten van Bloemenhof;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop vanaf 2017 tot 7-02-2018;
- Overzicht lopende opleidingen van medewerkers Bloemenhof. BIG-toetsingen, klinische lessen en ontwikkeltraject persoonsgerichte zorg, worden door de locatie gepland;
- Scholingsoverzicht: overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar;
- Actueel overzicht leerlingen Bloemenhof;
- Overzicht van MIC-meldingen;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Visie en ontwikkeling op persoonsgerichte zorg;
- Kwaliteitsplan met planning, inclusief beschreven visie en kernwaarden Vivantes;
- Vragenlijst en Template KTO vragenlijst Langdurige zorg Somatiek Vivantes;
- Vragenlijst en Template KTO vragenlijst PG Vivantes.