



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

Rapport van het vervolfbezoek  
aan Leyhoeve B.V.  
locatie Woonlandschap De Leyhoeve  
in Tilburg op 4 september 2018

Utrecht, december 2018

V2001821

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving De Leyhoeve 3
1.3	Locatie De Leyhoeve in Tilburg 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 7
<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 10
4.2.1	Resultaten 10
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 15
4.4	Overige bevindingen: Thema Medicatieveiligheid 16
4.4.1	Resultaten 16
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 19</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Beoordeelde documenten 21</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna 'de inspectie') bracht op 4 september 2018 een onaangekondigd vervolgbezoek aan Leyhoeve B.V., locatie Woonlandschap De Leyhoeve (hierna: De Leyhoeve) in Tilburg.

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.

De inspectie toetste ook enkele normen van het thema medicatieveiligheid.

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

### 1.1 Aanleiding bezoek

De Leyhoeve is een nieuwe zorgaanbieder. De inspectie bezocht in maart 2017 De Leyhoeve. Tijdens dat bezoek waren de zorgsuites nog maar beperkt bewoond. Dit maakte dat de inspectie geen oordeel kon geven over de kwaliteit, de veiligheid en de persoonsgerichte zorg binnen De Leyhoeve. De inspectie bezocht daarom De Leyhoeve opnieuw op 19 juni 2017. De Leyhoeve scoorde wel positief op het thema persoonsgerichte zorg tijdens dit vervolgbezoek. De inspectie ontving in november 2017 een verslag van De Leyhoeve waarin zij aangaf in hoeverre zij gevorderd was met de opbouw van de organisatie. In het verslag staat ook welke verbeteracties gestart waren om te (gaan) voldoen aan de normen voor kwaliteit. De inspectie las dat De Leyhoeve in de periode na het inspectiebezoek van 19 juni 2017 vooral veel aandacht gaf aan het verder vormgeven van de organisatie. Dit gebeurde vanuit een duidelijke visie op zorg en ondersteuning. Vanuit een eigen perspectief wil De Leyhoeve een professionele eigen standaard neerzetten waaraan de zorgverleners moeten voldoen.

Veiligheid en kwaliteit van de zorg was op dat moment nog onvoldoende in beeld en vroeg aandacht. Ook vroeg het invoeren en borgen van het geformuleerde beleid in de praktijk nadrukkelijk de aandacht.

Dit rapport is niet los te zien van het rapport van het bezoek op 19 juni 2017 en is ook terug te vinden op de website van de IGJ onder publicaties.

### 1.2 Beschrijving De Leyhoeve

De zorgaanbieder richt zich op ouderen (55-plussers) die in een persoonlijke levensloopbestendige woning willen wonen en zelf de regie in handen willen houden. Deze ouderen kunnen een beroep doen op verschillende vormen van zorg aan huis, zowel lichte als zware zorg. Daarnaast levert De Leyhoeve zorg aan ouderen met psychogeriatrische problematiek in zogenoemde 'zorgsuites'. Ook kunnen partners met verschillende zorgbehoeften bij elkaar blijven wonen.

De eerste locatie van De Leyhoeve in Tilburg opende in december 2015 en de opening van de tweede locatie in Groningen staat gepland voor oktober 2018.

Centraal staan de kernwaarden van het woonconcept, namelijk woongenot, leefplezier, gastvrijheid en kwaliteit. Kwaliteit binnen De Leyhoeve is de beleving van de bewoners, de familie, de bezoekers en de medewerkers, volgens de visie van De Leyhoeve.

Vanaf begin 2017 is De Leyhoeve deelnemer van het driejarig project 'Radical vernieuwing Verpleeghuiszorg'.

### 1.3 Locatie De Leyhoeve in Tilburg

#### *De locatie*

De Leyhoeve is een appartementencomplex dat 285 appartementen telt. De mogelijkheid is aanwezig om gebruik te maken van zorg aan huis. Het thuiszorgteam van De Leyhoeve levert deze zorg. Binnen een beschermende woonomgeving (de zorgsuites) is plaats voor 85 bewoners met voor het grootste deel een psychogeriatrische problematiek. Binnen deze zorgsuites biedt de organisatie 24-uurszorg. Op de begane grond (34 plaatsen) en de eerste verdieping (51 plaatsen) zijn zes woonkamers ingericht. Ten tijde van het bezoek zijn negen huiskamers in gebruik.

Zestig bewoners kunnen een woonruimte huren volgens het 'gescheiden woon- en zorgconcept'. Zij ontvangen 24-uurszorg vanuit De Leyhoeve Zorg BV. Vergoeding van de zorg vindt plaats vanuit het Volledig Pakket Thuis (VPT).

Sinds kort heeft De Leyhoeve een WTZi-toelating voor 25 plaatsen voor bewoners met een intramurale indicatie. Er is geen sprake van onderaannemerschap. Wanneer een bewoner een zorgsuite huurt dan wordt de zorg geleverd op basis van een VPT, binnen de zorgprofielen VV4 tot en met VV7.

Medio mei 2017 heeft De Leyhoeve Tilburg ook intramurale plaatsen voor Zorg In Natura, in samenwerking met het zorgkantoor Midden Brabant (VGZ).

Drie van de 25 plaatsen (met een WTZi-toelating) hebben de functie van een zorghotel. De Leyhoeve heeft in totaal 25 intramurale plekken, drie hotelsuites en 57 extramurale plekken. Voor crisissituaties bij bewoners van de 200 reguliere appartementen zijn twee appartementen gereserveerd.

De inspectie bezocht de afdelingen op de begane grond.

De 36 zorgsuites op de begane grond hebben twee teams, die samen een afdeling vormen. Een afdeling van 49 plaatsen bevindt zich op de eerste verdieping, verdeeld over drie teams.

Het appartementencomplex De Leyhoeve heeft twee restaurants; een brasserie en pizzeria. Verder een bruin café, een bibliotheek en winkels. Ook zijn een kapsalon, een overdekt zwembad met wellness en sportfaciliteiten aanwezig voor de bewoners. Verder zijn er nog diverse externe partijen gevestigd zoals een fysiotherapeut, pedicure, prikpost en kinderopvang en een nagelstyliste. Hieraan gekoppeld zijn services (zoals was en boodschappen), die tot stand komen op basis van de wensen en behoeften van de bewoners. De Leyhoeve biedt deze service en cliënten betalen hiervoor naar gebruik.

#### *Zorg*

Ten tijde van het bezoek levert de zorgaanbieder binnen de zorgsuites persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding aan 73 bewoners met onder andere een psychogeriatrische aandoening. De huidige bewoners ontvangen geïndiceerde (thuis)zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De bewoners hebben een zorgprofiel 4VV (Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging), 5VV (Beschermd wonen met intensieve dementiezorg) of 6VV

(Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging). VV7: Al deze zorgprofielen zijn inclusief dagbehandeling en exclusief behandeling.

### *Zorgverleners*

Binnen de zorgsuites van De Leyhoeve zijn de teams (clusters) opgebouwd rondom een aantal bewoners dat zorg nodig heeft en rondom de verschillende huiskamers. Een cluster bestaat uit twee huiskamers met in iedere huiskamer acht bewoners. De huiskamers zijn bemand van 7.30 uur tot 23.00 uur. Buiten deze tijden is de nachtzorg aanwezig. Een team van huiskamervaders/-moeders is als eerste schil samengesteld rondom de bewoners. Zij ondersteunen de bewoners bij het dagelijks leven, zij coördineren de dag rondom de bewoner. Om de schil van huiskamervaders/-moeders zit een schil van zorgmedewerkers. De zorgmedewerkers ondersteunen de bewoners bij de dagelijkse zorg, maar staan ook in dienst van de huiskamers voor alle vormen van ondersteuning. De clusters worden gecoacht en ondersteund door zorgcoaches, een leidinggevende die faciliterend is aan het team. De personele formatie bestaat uit acht verpleegkundigen (vijf met niveau 4 en drie met niveau 5), 27 verzorgenden IG (niveau 3), twaalf helpenden (niveau 2) en 31 medewerkers zonder zorgopleiding, de zogenaamde huiskamervaders of -moeders, met minimaal een MBO werk- en denkniveau.

De dagelijkse leiding is in handen van drie zorgcoaches. Op de afdelingen werkt als dat nodig is een kartrekker mee, een verpleegkundige met seniorentaken. Op dit moment biedt De Leyhoeve opleidingsplaatsen aan twee stagiaires en vier leerlingen. Het totaal aan fte's van Leyhoeve Zorg B.V. is 59,83.

Daarnaast zijn diverse vrijwilligers die activiteiten met de bewoners doen. Elk team binnen de zorgsuites De Leyhoeve biedt aan gemiddeld zeventien bewoners 24-uurszorg.

De dagdienst bestaat per team uit gemiddeld drie zorgverleners. In de avonddienst zijn twee zorgverleners werkzaam per team. In de nachtdienst zijn drie zorgverleners aanwezig. Deze ontvangt zo nodig ondersteuning van de zorgverleners van het wijkteam. Op elke afdeling werkt altijd minimaal een niveau 3 opgeleide zorgverlener. In iedere huiskamer werkt een huiskamermoeder/-vader van 7.30 uur tot 16.00 uur en van 14.00 uur tot 22.30 uur. De taken van deze huiskamermoeder/-vader zijn het houden van toezicht, het koken en geven van eten. Ook richten zij zich op welzijn, zoals het aanbieden van gemeenschappelijke en individuele activiteiten. De Leyhoeve selecteert deze zorgverleners op levenservaring.

Elk cluster heeft een 'kartrekker', een aandachtfunctionaris die speciale taken heeft, bijvoorbeeld rondom medicatie, monitoring van werkwijzen en contactpersoon. Deze kartrekker vervult een 'overview' functie.

### *Behandelteam*

De medische zorg ligt in handen van de huisartsen. Daarnaast schakelt de zorgaanbieder op geleide van de huisarts in overleg met cliënt dan wel familie of wettelijk vertegenwoordiger fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten of andere professionals in. De Leyhoeve heeft een samenwerkingsverband met een andere zorgorganisatie. Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde (SO) vanuit deze zorgorganisatie is mogelijk. Er is een samenwerkingsverband met een apotheek voor de levering van de medicatie van de bewoners.

Op dit moment is De Leyhoeve bezig om contracten met een externe partij af te sluiten voor de inzet van een SO en psycholoog ten tijde van het bezoek. Inmiddels heeft de zorgaanbieder in de reactie op de feitelijke onjuistheden laten weten dat de contracten getekend zijn. Met deze organisatie zijn een aantal gesprekken geweest over de inrichting van de multidisciplinaire samenwerking en de actualisatie daarvan.

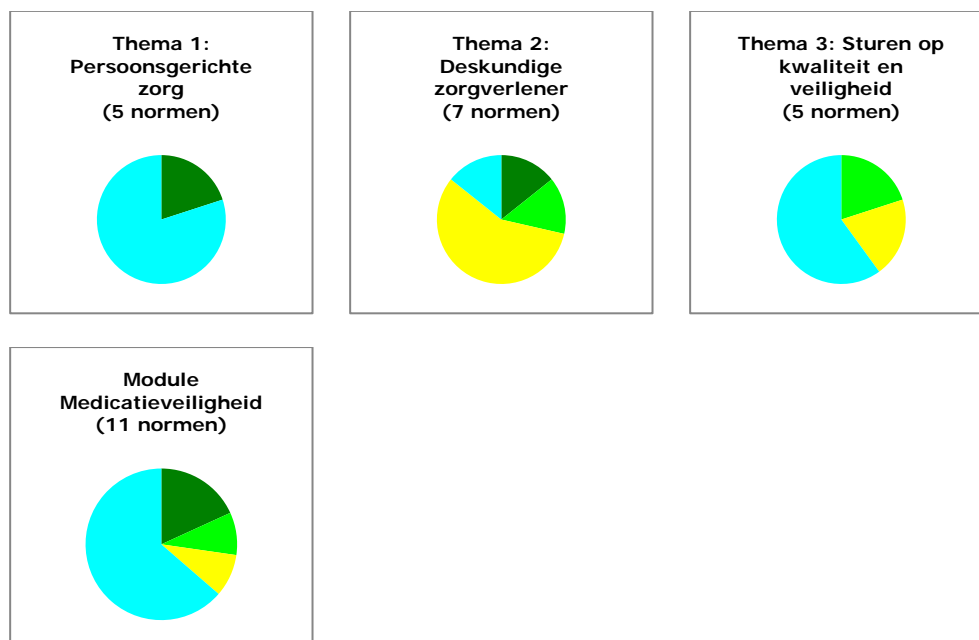
## 2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht met daarin de beoordeling hoe de inspectie de geleverde zorg ziet. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over De Leyhoeve. 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.

In hoofdstuk 4 ziet u het oordeel op normniveau terug van het bezoek van....

### 2.1 Overzicht van de resultaten

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



### 2.2 Wat gaat goed

De Leyhoeve werkt hard aan het neerzetten van een professionele zorgorganisatie. De resultaten van de verbeteringen naar aanleiding van het eerste inspectiebezoek zijn zichtbaar. De persoonsgerichte zorg voldeed al aan de normen. Cliënten kunnen rekenen op warme zorg waarbij zorgverleners rekening houden met hun wensen en behoeften. Zorgverleners werken nu eenduidig met vastgestelde procedures en werkwijzen en hanteren de procedure voor de medicatietoediening op basis van de veilige principes in de medicatieketen.

### 2.3 Wat kan beter

Het reflecteren door zorgverleners op het omgaan met onbegrepen gedrag is een onderwerp dat nog beter kan binnen de Leyhoeve. Zorgverleners kunnen nog beter incidenten melden, nog niet alles wat meldenwaardig is, merken zij aan als een incident.

### 2.4 Wat moet beter

Op het thema deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid moet de Leyhoeve zich nog verder verbeteren al zijn de eerste resultaten van de

inspanningen aantoonbaar. De professionele afwegingen moeten nog beter, evenals het methodisch werken. Het scholingsplan moet opgesteld en uitgevoerd worden zodat het op peil houden van de deskundigheid van medewerkers geborgd is. Het inschakelen van externe deskundigheid van behandelaren moet geborgd zijn omdat de Leyhoeve cliënten heeft die complex onbegrepen gedrag vertonen. Het concept van scheiden van wonen en zorg mag hiervoor geen belemmering zijn. Het doorlopen van de PDCA-cyclus voor het systematisch bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg moet beter. Op deze manier vindt borging plaats zodat De Leyhoeve tekortkomingen adequaat oppakt en passende verbetermaatregelen neemt.

Als De Leyhoeve het medicatiebeheer heeft overgenomen van de cliënt, dan hoort daar ook het bewaren van het medicatieoverzicht bij. De Leyhoeve moet daarover afspraken maken met de apotheker.

## **2.5 Conclusie bezoek**

De Leyhoeve is een jonge organisatie met een groeimodel. Vanaf 2015 is de organisatie vanuit een nul-positie gestart. De contouren waarlangs de organisatie zich wil profileren en op welke wijze zij wil voldoen aan de normen zijn in grote lijn inmiddels goed zichtbaar. De Leyhoeve moet nog wel een volgende kwaliteitsslag maken. De inspectie hoort en ziet enthousiaste medewerkers en gedreven management die zich met enthousiasme inzetten voor de Leyhoeve. De inspectie ziet dat medewerkers en management zich inzetten om te voldoen aan de normen. De organisatie heeft zich verbeterd ten opzichte van het vorige bezoek. Anderzijds is er sinds het eerste inspectiebezoek ruim een jaar verstreken en voldoet de Leyhoeve grotendeels niet aan 6 normen op de thema's deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid en voldoet de Leyhoeve grotendeels niet aan een norm op het thema medicatieveiligheid.

De inspectie gaat ervanuit dat het management van de organisatie extra tijd nodig heeft om (grotendeels) te voldoen aan de normen. Daarom verlengt zij de verbetertermijn met vier maanden.

### 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 vier maanden na het verzenden van het vastgestelde rapport een resultaatverslag. Hierin beschrijft u:

- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om (grotendeels) aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij (grotendeels) aan de norm voldeed;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag nog niet (grotendeels) aan de norm voldeed: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag feitelijk had bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel)

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

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

Naar aanleiding van het resultaatverslag zal de inspectie het verdere toezicht bepalen. Een (on)aangekondigd bezoek behoort altijd tot de mogelijkheden.



## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens het bezoek op 4 september 2018 heeft beoordeeld. Vervolgens ziet u hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt ten tijde van dit bezoek. De inspectie scoorde tijdens het bezoek of De Leyhoeve 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 zorgmedewerkers.

#### 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 **voldeed De Leyhoeve** tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeed De Leyhoeve** aan deze norm.

Elke cliënt heeft twee buddy's. Dit zijn de huiskamervader of -moeder en een EVV-er. Deze buddy en de EVV-er voeren een intakegesprek met de cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger. Vanuit deze gesprekken komen de wensen en behoeften naar voren van de cliënt. Deze worden vertaald in zorgdoelen. De inspectie ziet in de dossiers zorgplannen gemaakt aan de hand van de wensen en behoeften van de cliënten.

Familie en vertegenwoordigers kunnen gebruik maken van de applicatie Carenzorgt en zo meekijken in het dossier. Met de familie vindt een keer per half jaar een gesprek plaats over de doelen voor de zorg en behandeling.

<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.

#### Norm 1.2

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

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek aan de norm.*

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek niet getoetst.

#### Norm 1.3

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

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek aan de norm.*

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek niet getoetst.

#### Norm 1.4

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

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek aan de norm.*

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek niet getoetst.

#### Norm 1.5

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

Deze norm is tijdens het vorige bezoek en het vervolfbezoek niet getoetst.

## 4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

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

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat 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 **voldeed De Leyhoeve** tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeed De Leyhoeve grotendeels niet** aan deze norm. Het aantoonbaar meewegen van risico's bij de afweging over de mogelijkheden en beperkingen van de bewoners vond niet plaats tijdens het vorige bezoek. Nu maken zorgverleners wel één keer per jaar een risicoscan. In de reactie op de feitelijke onjuistheden geeft de zorgaanbieder aan dat een risicoscan wordt afgenomen bij iedere bijstelling en aanpassing van het zorgplan. Verder nemen zorgverleners voor elk MDO een risicoscan af en bij een nieuwe bewoner na zes weken. De afwegingen die ten grondslag liggen aan de ingeschatte risico's zijn echter onduidelijk. De inspectie ziet bijvoorbeeld dat op bepaalde vragen bij het risico voor ondervoeding het antwoord 'Ja' staat. Vervolgens staat er bij de vraag of het een risico betreft 'Nee'. De reden hiervan is onduidelijk. In sommige gevallen is er sprake van een geaccepteerd risico. Dit besluit is niet altijd terug te vinden in het cliëntdossier.

Wanneer de gezondheidssituatie binnen een jaar verandert vindt geen actualisatie van de risico's plaats. De inspectie ziet in een cliëntdossier dat een cliënt onverwacht is gevallen. De zorgverleners hebben geen nieuwe risico-inschatting gemaakt. Ook ziet de inspectie een voorbeeld van toenemende onrust bij een cliënt. Volgens de zorgverlener is deze onrust ontstaan na de laatst afgenomen risicosignalering in maart 2018. Een nieuwe risicosignalering is niet aanwezig. Het afwegen van risico's voor de inzet van vrijheidsbeperking vindt niet multidisciplinair plaats. Nu vindt de afweging plaats door zorgverleners in overleg met de familie. De arts neemt niet aantoonbaar het besluit voor de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel. In de reactie op de feitelijke onjuistheden geeft de zorgaanbieder aan dat de inspectie dit in één van de ingeziene dossiers niet heeft kunnen terugzien; de zorgaanbieder geeft aan controle te hebben uitgevoerd op alle andere dossiers en dat in deze dossiers conform afspraak is gerapporteerd.

De zorgbuddy van de cliënt neemt de vragenlijst 'positieve gezondheid' af met de cliënt in samenwerking met de cliënt bewoner en/of familie. De inspectie ziet deze uitkomsten niet altijd terug in de cliëntdossiers. Ook de levensgeschiedenis van cliënten is in de meeste dossiers niet aanwezig.

#### Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldeed De Leyhoeve tijdens het** vorige bezoek **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeed De Leyhoeve grotendeels niet** aan deze norm. De zorgleefplannen zijn opgebouwd rondom vier thema's, wonen, gastvrijheid, kwaliteit en leefplezier. Ten opzichte van het vorige bezoek werken zorgverleners op een meer methodische wijze. Iedere cliënt heeft nu een zorgplan met doelen en zorgafspraken. De inspectie ziet rapportage op doelen. Toch vindt rapportage ook nog plaats onder het tabblad 'algemeen'. Zo ontbreken bij een cliënt vanaf 3 augustus 2018 rapportages op een bepaald doel. Bevindingen van zorgverleners op dit doel zijn wel terug te vinden onder de algemene rapportage. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners niet rapporteren op ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen. Sommige rapportages passen niet bij het doel. Zo staan somatische rapportages bij een doel over mentaal welbevinden.

De rapportages die de inspectie ziet zijn wel helder en duidelijk geformuleerd. Zorgverleners schrijven op wat ze waarnemen, welke acties ze uitvoeren en wat de effecten zijn. Zo ziet de inspectie een voorbeeld van een cliënt met onbegrepen gedrag. De zorgverleners rapporteren duidelijk wat het gedrag is van deze cliënt en hoe de betreffende zorgverlener handelt. Vervolgens is te lezen hoe de cliënt hierop reageert. Huiskamervader en -moeders rapporteren ook in het elektronisch dossier.

### 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 voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.*

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Leyhoeve grotendeels aan deze norm. De Leyhoeve organiseert huiskamerbijeenkomsten tussen zorgverleners, huiskamervader/-moeder en familieleden. Tijdens deze huiskamerbijeenkomsten bespreekt de zorgaanbieder de gang van zaken in een bepaalde periode. Deze bijeenkomsten vinden per huiskamer éénmaal per jaar plaats. De Leyhoeve hoort via de zorgcoach dat familieleden eenmaal per jaar voldoende vinden. Dagelijks vindt om 11 uur een overlegmoment plaats tussen zorgverleners. De inspectie is aanwezig bij dit overleg tijdens het bezoek. Zorgverleners bespreken actuele situaties rondom cliënten en mogelijke alternatieven. Eén keer per zes weken vindt een teamoverleg plaats waarbij, in het tweede uur van de bijeenkomst, zorgverleners spreken over casuïstiek van cliënten. Er vindt ook wekelijks een One note overleg plaats, tussen de kartrekkers en de zorgcoach. Dit is een wekelijks overleg waarin de zorgcoach, de kartrekker(verpleegkundige) en huiskamervader/-moeder de meldingen bespreken. Hierin worden de MIC-meldingen besproken en overleggen zorgverleners over praktische zaken (bestellingen, verlof e.d.) Reflecteren op omgaan met onbegrepen gedrag samen met een psycholoog of gedragsdeskundige vindt nog niet plaats.

### 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.

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.*

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek niet getoetst. De inspectie verzamelde te weinig informatie tijdens dit het bezoek over deze norm en heeft daarom deze norm niet beoordeeld.

### Norm 2.5

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

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.*

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Leyhoeve grotendeels niet aan deze norm

De inspectie hoort van gesprekspartners dat het snel vol raken van de zorgsuites de personeelssamenstelling onder druk heeft gezet. De Leyhoeve maakt gebruik van de inzet van uitzendkrachten. Volgens gesprekspartners is er wel voldoende personeel maar kennen de uitzendkrachten de cliënten niet goed genoeg.

De inspectie hoort van zorgverleners dat zij zich zorgen maken over deze situatie. In de reactie op de feitelijke onjuistheden geeft de organisatie aan dat in de Leyhoeve ZZP-ers werken die al jarenlang in de Leyhoeve werken en werkzaam zijn bij slechts een of twee clusters wat de continuïteit van de zorg verhoogd.

Ook hoort de inspectie dat er veel personeelsverloop is geweest. Pas aangestelde zorgverleners zijn weer vertrokken. In de in- en uitstroomgegevens leest de inspectie dat in 2018 85 personeelsleden zijn aangenomen inclusief leerlingen en stagiaires en dat er 26 personeelsleden zijn uitgestroomd.

Een vastgesteld scholingsprogramma voor 2018 is nog niet gereed. De inspectie hoort dat scholing is uitgesteld, in verband met de werkdruk en nieuwe opnamen. In de reactie op de feitelijke onjuistheden geeft de organisatie aan dat de scholingen tot nu toe niet geaccrediteerd zijn en dat er daarom aan een nieuw scholingsplan wordt gewerkt waarbij accreditatie en koppeling met het kwaliteitsregister V&VN een voorwaarde is.

In december 2017 volgden zorgverleners een trainingstraject volgens het model van Positieve Gezondheid. Dit model is gebaseerd op de theorie van Machteld Huber, en op de omgevingsmethodiek, gebaseerd op de theorie van Anneke van der Plaats. Tot nu toe zijn er vier cursusgroepen geweest. De trainingen zijn nog lopende.

Verschillende zorgverleners en huiskamermoeders/-vaders moeten deze training nog volgen. Huiskamermoeders en -vaders volgen een verplichte training risicosignalering.

Op alle dagen zijn bevoegde en bekwame zorgverleners aanwezig in de vorm van verpleegkundigen. Zij werken deels mee in de zorg en bieden coaching aan de andere zorgverleners.

Binnen De Leyhoeve werken drie zorgcoaches. Twee van hen sturen de intramurale teams aan en een van hen het thuiszorgteam. Overdag is altijd een zorgcoach aanwezig. De Leyhoeve werkt met vaste teams. De Leyhoeve bepaalt de inzet van de zorgverleners aan de hand van de zorgvragen van de bewoners. Op die manier speelt de zorgaanbieder in op intensieve zorgmomenten. Medewerkers geven aan hun werktijden aan te passen aan de zorg die nodig is. Binnen De Leyhoeve werken verpleegkundigen niveau 4 en 5. Deze verpleegkundigen werken deels mee in de zorgverlening en bieden coaching on the job.

#### 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 **voldeed De Leyhoeve** tijdens het vorige bezoek **niet** aan de norm.*

Tijdens dit vervolgbezoek **voldeet De Leyhoeve** aan deze norm.

De Leyhoeve werkt inmiddels met de Vilansprotocollen. Daarnaast ontwikkelen zorgverleners eigen protocollen. De inspectie ziet een uitgewerkt protocol valpreventie binnen de protocollen van De Leyhoeve, de zogenaamde Leydraden. Rondom vrijheidsbeperving werken zorgverleners met de alternatievenbundel van Vilans. De inspectie heeft niet beoordeeld of zorgverleners weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken van de normen

## Norm 2.7

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

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.*

Tijdens dit vervolfbezoek voldoet De Leyhoeve grotendeels niet aan deze norm. De huisartsen nemen niet structureel deel aan het MDO. De inspectie hoort dat huisartsen moeilijk te bewegen zijn om deel te nemen aan het MDO. Een structurele afstemming tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde over de inzet van vrijheidsbeperking vindt niet plaats. Afstemming over de inzet van psychofarmaca conform de richtlijn voor onbegrepen gedrag vindt niet plaats. De zorgaanbieder geeft in de reactie feitelijke onjuistheden aan dat de huisarts de noodzakelijke stappen doorloopt met behulp van de methodische en multidisciplinaire stappen zoals in de richtlijn probleemgedrag. De inspectie ziet dit echter niet aantoonbaar terug in het dossier.

De inspectie ziet namelijk in een dossier dat in juni 2018 psychofarmaca is ingezet. De inspectie hoort van een zorgverlener dat er niet eerst een psycholoog is betrokken. Ook is niet aantoonbaar in het dossier dat er eerst een psychosociale interventie heeft plaatsgevonden. De psycholoog is niet standaard betrokken bij de bespreking van cliënten met onbegrepen gedrag.

De zorgaanbieder geeft in haar reactie op feitelijke onjuistheden in het conceptrapport aan dat behandeling plaatsvindt in de eerste lijn via de huisarts en dat zij, in overleg met familie, andere disciplines inschakelt waarbij de zorg signaleert, terugkoppelt en waar nodig intensief betrokken is. In het dossier bij een cliënt met ontremd gedrag ziet de inspectie dat de psycholoog moet worden ingeschakeld. De psycholoog is niet ingeschakeld. Volgens een gesprekspartner is dat niet gebeurd omdat zorgverleners toch met het gedrag van de cliënt uit de voeten kunnen. Deze hernieuwde afweging is niet terug te vinden in het dossier. In de reactie op de feitelijke onjuistheden geeft de zorgaanbieder aan dat hiervan wel melding is gemaakt in het NEdap medewerkersportaal, alleen niet in de rapportage.

Rondom de bewoner vinden er zogenaamde buddygesprekken plaats.

De inspectie hoort dat De Leyhoeve soms de specialist ouderengeneeskunde van een externe organisatie in consult roept voor het omgaan met onbegrepen gedrag. De inspectie ziet een voorbeeld van een cliënt met seksueel onbegrepen gedrag. De zorgverleners rapporteren hierop en schakelen de huisarts in. Het afgelopen jaar zijn er tien MDO's georganiseerd. Anderzijds hoort de inspectie dat er wel MDO's zijn geweest rondom cliënten maar dat een deel van deze bijeenkomsten ging over de invulling van de structuur van het MDO. Definitieve afspraken over de structurele inzet van de specialiste ouderengeneeskunde en de psycholoog zijn nog niet gemaakt. De bestuurder is in overleg met een externe organisatie voor de inhuur van deze behandelaren.

De besluitvorming over de inzet van middelen en maatregelen vindt niet plaats onder verantwoordelijkheid van een arts.

De inspectie ziet in het dossier dat de huisarts een geriater inschakelt voor een cliënt met onbegrepen gedrag. Over het benaderen van deze cliënt zijn afspraken vastgelegd. De inspectie hoort dat voor verschillende cliënten een specialist ouderengeneeskunde, psychiater of maatschappelijk werker is ingeschakeld. Dit staat ook in de dossiers.

### 4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

#### 4.3.1

##### *Resultaten*

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

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

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek grotendeels aan de norm.*

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek niet getoetst.

##### Norm 3.2

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

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.*

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Leyhoeve grotendeels aan deze norm. De inspectie ziet dat de organisatie zich ten opzichte van het vorige bezoek verbeterd heeft. De inspectie ziet voorbeelden van meldingen met enkele basisoorzaken. De inspectie hoort en leest dat de zorgaanbieder wel MIC-meldingen in de teamvergaderingen bespreekt. In dit overleg kijkt De Leyhoeve hoe het incident voorkomen had kunnen worden. De inspectie ziet een verslag van het One note overleg. In de notulen staan meldingen en verbeterpunten. De inspectie leest een document van 17 april 2018. Hierin staat een beschrijving van het aantal en type incidenten en een analyse op hoofdlijnen per type incident. Tevens zijn trends aangegeven.

De zorgverleners ervaren een veilige cultuur om MIC-meldingen te doen. De Leyhoeve maakt nu gebruik van onafhankelijke klachtenfunctionaris Quasir. Daarnaast is zij aangesloten bij de geschillencommissie van BTN. Tijdens het overleg dat de inspectie bijwoont valt op dat zorgverleners meerdere zaken noemen die als MIC-melding zouden kunnen worden gemeld. Bijvoorbeeld een labafname die meerdere malen is mislukt. Zorgverleners vertellen later dat dit soort zaken nog niet gemeld worden.

##### Norm 3.3

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

*Volgens de inspectie voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan de norm.*

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet De Leyhoeve grotendeels niet aan deze norm. Het opzetten en uitvoeren van een kwaliteitssysteem met een PDCA-structuur is nog niet volledig gerealiseerd. Interne en externe audits zijn nog niet uitgevoerd. De Leyhoeve maakt een aanvang met het meten van de kwaliteit met behulp van de gegevens van Zorgkaart Nederland en op basis hiervan verbeteringen door te voeren. Daarnaast gebruikt De Leyhoeve de Net-promotorscore en MIC-rapportages

voor kwaliteitsverbetering. Op individueel cliënt niveau meet De Leyhoeve de kwaliteit op basis van het model positieve gezondheid. De verpleegkundige brengt structureel in beeld of dossiers voldoen aan een aantal vereisten. Zoals of een zorgplan compleet is en of het plan ondertekend is. De Leyhoeve heeft een kwaliteitsjaarverslag over 2017 en een kwaliteitsplan voor 2018.

#### 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 voldeed De Leyhoeve tijdens het vorige bezoek grotendeels aan de norm.*

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek niet getoetst.

#### Norm 3.5

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.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek en het vervolfbezoek niet getoetst.

### 4.4 Overige bevindingen: Thema Medicatieveiligheid

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

#### 4.4.1 Resultaten

##### Norm 4.1

De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde zorg beschreven.

*Volgens de inspectie voldoet De Leyhoeve aan deze norm*  
De Leyhoeve heeft een procedure rondom veilige medicatietoediening vastgelegd.

##### Norm 4.2

De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De gemaakte afspraken over het beheer liggen vast in het cliëntdossier.

De norm is niet getoetst omdat de inspectie de afdelingen bezocht waar alle medicatie in beheer is van de zorgorganisatie



#### Norm 4.3

Zorgmedewerkers beschikken over een actueel medicatie overzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet De Leyhoeve grotendeels niet** aan de norm. Zorgverleners beschikken over een medicatieoverzicht dat ingezien kan worden via een portal. Op deze lijst staat ook de onlangs gestopte medicatie. Niet zichtbaar is wat contra-indicaties zijn of allergieën. De inspectie hoort dat dit de verantwoordelijkheid is van de voorschrijver en de apotheek en dat voorschrijver en apotheker over deze informatie beschikken in hun systemen. In het dossier van de cliënt zijn de contra-indicatie wel opgenomen. Een medicatie-overzichtslijst is voor de zorgverleners niet beschikbaar. In noodsituaties kunnen zorgverleners geen medicatieoverzicht meegeven. Wel kunnen zij een toedienlijst meegeven met daarop de onlangs gestopte medicatie. De zorgaanbieder geeft aan in de reactie op de feitelijke onjuistheden dat het de verantwoordelijkheid is van de apotheker om de medicatieoverzichten aan te leveren en niet de zorgaanbieder.

#### Norm 4.4

Bij medicatiewijzigingen passen zorgmedewerkers de GDS<sup>2</sup>-medicatie niet aan.

Volgens de inspectie **voldoet De Leyhoeve** aan deze norm. Zorgverleners vertellen dat bij een wijziging van medicatie in de baxter de apotheker zelf komt om deze wijziging door te voeren.

#### Norm 4.5

De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.

Volgens de inspectie **voldoet De Leyhoeve grotendeels** aan deze norm. De Leyhoeve bewaart de medicatie van cliënten in een afgesloten kast in de huiskamer. Er is beperkte voorraad per cliënt in de bakjes aanwezig. De zorgorganisatie bewaart de retourmedicatie in een open retourbox in een afgesloten medicijnkamer. Zorgverleners vertellen dat afgesloten retourboxen zijn besteld. De inspectie ontvangt informatie op 2 oktober 2018 waaruit blijkt dat de retourboxen zijn geïnstalleerd.

#### Norm 4.6

De zorgaanbieder registreert de (werk) voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid hiervan.

De norm is **niet getoetst** omdat De Leyhoeve niet beschikt over een werkvoorraad.

#### Norm 4.7

Een tweede persoon controleert de niet GDS-medicatie, of er is een afspraak met apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor de cliënten.

Deze norm **is niet getoetst**

Zorgverleners kunnen digitaal aftekenen op een smartphone. De inspectie zag op een wekelijkse toedienlijst dat medicatie dubbel is afgetekend. Eén lijst is te weinig om deze norm volledig te kunnen beoordelen.

---

2 Een GDS is een verpakking waarin medicijnen zijn verdeeld in eenheden per toedieningstijdstip en op naam van een individuele cliënt.

Norm 4.8

De zorgmedewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Deze norm is niet getoetst.

Norm 4.9

Zorgmedewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.

De norm is niet getoetst.

Norm 4.10

De behandelaar en apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.

De norm is niet getoetst.

Norm 4.11

Medicatie wordt voorgeschreven met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.

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 De Leyhoeve 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.

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

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

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

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Observatie van cliënten op afdeling,
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers van afdeling;
- Gesprekken met twee behandelaren, telefoongesprek met de psycholoog en specialist ouderengeneeskunde van een externe organisatie;
- Gesprekken met de zorgcoach en bestuurder (per telefoon);
- Vijf cliëntdossiers van afdeling, team, huiskamer;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door locatie.

### **Uitleg observatiemethode SOFI**

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

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

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

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

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

## Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Overzicht van zorgprofielen van cliënten van de te bezoeken locatie(s);
- Overzicht van fte's van zorgmedewerkers en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop;
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar;
- Materiele controle;
- Overzicht van MIC-meldingen q1 verslag 17 april 2018;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Kwaliteitsplan;
- Kwaliteitsjaarverslag 2017;
- Ncare licentieovereenkomst;
- Verslagen van teamvergaderingen;
- Uitdraai zorgkaart Nederland;
- Overeenkomsten Novicare;
- Overzicht inzet externe deskundigen.