



Inspectie voor de Gezondheidszorg
t.a.v. mevrouw [redacted], hoofd Meldpunt IGZ
Postbus 2518
6401 DA Heerlen

Per mail aan meldpunt@igz.nl

Careyn
Neckardreef 6
3562 CN Utrecht

Postbus 900
3100 AX Schiedam

Telefoon:

030 [redacted]
030 [redacted]
030 [redacted]

www.careyn.nl

In behandeling bij:
Dhr. [redacted]
Regiomanager

Doorkiesnummer:
06- [redacted]

E-mail:
[redacted]@careyn.nl

Ons kenmerk:
[redacted]

Uw kenmerk:
IGZ_VMIT_ [redacted]

Utrecht, 6 september 2017

Betreft: Melding nummer: IGZ_VMIT_ [redacted]
Careyn Zes Rozen

Geachte mevrouw [redacted]

Op 10.2.d hebben wij U een calamiteit gemeld in Careyn Kleinschalig Wonen Zes Rozen in Spijkenisse. Deze melding heeft betrekking op [redacted]

Zoals verzocht, treft u bijgaand aan de analyse van de onderzoekscommissie onder leiding van extern voorzitterschap van de heer [redacted]. Deze analyse en de daarin opgenomen aanbevelingen zijn besproken met de betrokken regiomanager en districtsdirecteur. Op basis daarvan is door de regiomanager een verbeterplan gemaakt, dat u als de bijlage aantreft.

De analyse, conclusies en aanbevelingen worden door het bestuur onderschreven en de in het verbeterplan opgenomen maatregelen passen bij de aanbevelingen in het rapport.

Bijzonder in deze casus is dat, bij wijze van experiment, het concept rapport door de extern voorzitter en kwaliteitsadviseur is voorgelegd aan de betrokken medewerkers. Het concept rapport is besproken om de medewerkers de gelegenheid te geven te reageren op de conclusies van de onderzoekscommissie. Hun reactie is opgenomen in het rapport. Deze werkwijze is door alle partijen zeer gewaardeerd. Wij zijn voornemens om deze werkwijze in te voeren bij complexe casuïstieken.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage:

- Rapportage incident 6 Rozen
- Verbeterplan incident 6 Rozen

Stichting Careyn is
ingeschreven in het
handelsregister KvK
27278704.



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn
T.a.v. de raad van bestuur
Postbus 900
3100 AX SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
mevrouw [redacted]

Ons kenmerk
2017- [redacted]

Datum: 17 juli 2017
Onderwerp: vaststellen verslag bestuursgesprek 19 april 2017

Uw e-mail
6 juni 2017

Bijlage
Vastgesteld verslag

Geachte raad van bestuur,

Op 19 april 2017 heeft een bestuursgesprek plaatsgevonden tussen Stichting Careyn en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Naar aanleiding van dit gesprek heeft de IGZ u een conceptverslag toegestuurd op 23 mei 2017. In de brief bij het verslag vroeg ik u in geval van vragen, opmerkingen en feitelijke onjuistheden uiterlijk 6 juni 2017 te reageren.

Uw reactie is op 6 juni 2017 in goede orde ontvangen. Het verslag is aangepast.

Het verslag is hiermee vastgesteld en treft u bijgaand aan.

Hoogachtend

[redacted]
senior inspecteur



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Definitief

verslag

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Omschrijving	Gesprekken met interne stakeholders van Stichting Careyn en de Inspectie voor de Gezondheidszorg
Vergaderdatum en -tijd	19 april 2017
Vergaderplaats	Careyn Maria-Oord, Vinkeveen
Aanwezig namens de organisatie	Raad van bestuur (RvB) Afvaardiging raad van toezicht (RvT) Afvaardiging centrale cliëntenraad (CCR) Afvaardiging centrale ondernemingsraad (COR) Afvaardiging regiomanagers Afvaardiging districtdirecteuren Directeur kwaliteit a.i. Voorzitter (a.i.) Stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid
Aanwezig namens de inspectie	mevrouw [redacted] inspecteur mevrouw [redacted] inspecteur mevrouw [redacted], inspecteur

Inlichtingen bij
mevrouw [redacted]
[redacted]@igz.nl

Ons kenmerk
2017-
[redacted]

1 Aanleiding en doel gesprekken

De inspectie voor de gezondheidszorg gaf Careyn op 7 november 2017 een aanwijzing voor zover het de *intramurale ouderenzorg* op grond van de Wet langdurige zorg en Zorgverzekeringswet betreft. Met deze aanwijzing is Careyn verplicht om binnen negen maanden maatregelen te treffen, zodat wordt voldaan aan de in deze aanwijzing geformuleerde punten. Het gaat om de thema's cliëntendossier, deskundigheid en inzet medewerkers, sturen op kwaliteit en veiligheid, en goed bestuur. Tijdens de aanwijzing gaat de inspectie op verschillende momenten na in hoeverre het Careyn-brede plan van aanpak¹ vordert, in hoeverre het ontvangen resultaatverslag² overeenkomt met de bevindingen van de inspectie en hoe de RvB zorg draagt voor de implementatie en borging van de verbetermaatregelen.

De toezichtdag is een vervolg op een soortgelijke bijeenkomst op 30 januari jl. en de reeks tussentijdse inspectiebezoeken (met onaangekondigde elementen). Mede op verzoek van de RvB en de cliëntenraad is deze toezichtdag bedoeld voor terugkoppeling en toelichting van de bevindingen door de inspectie. Careyn heeft de actuele stand van zaken van de ontwikkelingen binnen Careyn weergegeven. Tegelijk gebruikt de inspectie de informatie van deze dag om zicht te krijgen op de wijze waarop de RvB van Careyn zorg draagt voor "Goed Bestuur". De inspectie gebruikt hiervoor het kader "Toezicht op Goed Bestuur"³.

¹ Desgevraagd heeft de inspectie op 29-12-2017 het "plan van aanpak Kwaliteit & Veiligheid (versie 1.0)" ontvangen met kenmerk: 2016274, [redacted]. Dit is door Careyn als een groeidocument gepresenteerd.

² Desgevraagd heeft de inspectie op 28-2-2017 het 1^e resultaatverslag ontvangen van Careyn.

³ Kader Toezicht op Goed Bestuur www.igz.nl/onderwerpen/nandhaving_en_toezicht/goed_bestuur

De gesprekken op 19 april 2017 tussen de inspectie en de RvB, de RvT, managers en/of stafadviseurs en de medezeggenschapsorganen van Careyn, maken deel uit van het tussentijdse toezicht van de inspectie. De inmiddels tijdelijk (extern) aangetrokken stafdirecteur Kwaliteit en de (externe) voorzitter van de stuurgroep kwaliteit en veiligheid (SKV) - tevens ook voorzitter van het regieteam kwaliteit en veiligheid (RKV) - waren bij diverse gesprekken toehoorder op verzoek van de RvB.

Ons kenmerk
2017-

2 Leeswijzer

Dit verslag sluit qua opbouw aan bij het kader "Toezicht op Goed Bestuur". De strekking van de gesprekken is samengevat aan de hand van de thema's 'Gedrag en cultuur', 'Systemen' en 'Resultaat' (voor zover relevant) met tot slot nog een rubriek 'Overig'.

Niet perse heeft de inspectie op alle aspecten gericht of uitputtend informatie ingewonnen; sommige aspecten zijn op de toezichtdag niet of minder aan bod gekomen. Daarbij moet de lezer zich realiseren dat de inspectie zich in de fase van toezicht richt op het wegnemen van de tekortkomingen zoals beschreven in de aanwijzing

3 GEDRAG EN CULTUUR⁴

Verantwoord en transparant

Het bestuur is bereid zich regelmatig en ruimhartig jegens de omgeving te verantwoorden over het gevoerde beleid, de kwaliteit van de zorg en de financiële verantwoording. De interne toezichthouder moet opkomen voor de belangen van de patiënten en onafhankelijk van de bestuurder informatie inwinnen.

Reflectie heeft opgeleverd dat de RvT zijn toezicht heeft geïntensiveerd en de participatie van leden in de diverse commissies heeft uitgebreid en sterker geactiveerd. De RvT voert, als geheel en via deze commissies, het inmiddels opgestelde plan voor intern toezicht uit. De RvT laat zich intensiever informeren over de ontwikkelingen binnen Careyn en maakt gebruik van meer- en verschillende bronnen. Bijvoorbeeld zoekt de raad, naast de periodieke contacten met de RvB en de medezeggenschapsorganen, actiever en meer dan voorheen (ook) contact met hoger- en middenkaderfunctionarissen binnen Careyn. Alle toezichthouders nemen individueel periodiek als toehoorder deel aan de interne audits; ook op deze wijze verkrijgt de RvT veel en diverse informatie m.b.t. de stand van zaken van de kwaliteit van zorg. Vanuit haar toezichthoudende rol herkent de RvT het 'wisselende beeld' van de inspectie. Niettemin zijn volgens de RvT de eerste resultaten van de ingezette verbeteringen merkbaar. De RvT ziet positief effect van de eenduidigheid die de RvB uitstraalt naar de organisatie en heeft vertrouwen in de geconstateerde stijgende lijn. Het instellen van locatiemanagers acht de RvT een belangrijke en positieve interventie. Het bewaren van rust onder medewerkers vindt de raad belangrijk; steeds opnieuw reactief beleid acht de raad ongewenst.

Het heeft volgens de RvT wat langer geduurd voordat de focus van zorgverleners daadwerkelijk naar kwaliteit is verlegd. Medewerkers dachten nog lang dat

⁴ Het kader "Toezicht op Goed Bestuur" refereert op dit thema naar de wijze waarop een bestuurder zorg draagt voor het juiste werkklimaat om met de organisatie de gewenste resultaten te bereiken. De missie van de organisatie moet herkenbaar zijn in de manier waarop medewerkers werken, in de cultuur en het contact tussen medewerker en cliënt.

hiervoor geen mogelijkheden waren omdat er voorheen streng gestuurd werd vanuit financieel perspectief. De RvT is in deze fase extra alert op rendement van PDCA-cycli; bijvoorbeeld horen de audits binnen Careyn meer op te leveren dan een momentopname. Analyses moeten leiden tot feitelijke verbeterplannen die Careyn daadwerkelijk oppakt.

Ons kenmerk
2017-

Ook is de RvT inmiddels een heroriëntatie gestart ten aanzien van de aansturingstructuur binnen Careyn. De verwachting is dat hierover in het najaar van 2017 meer duidelijk is. Vanwege het grote belang van een stabiel bestuur bij Careyn, is de RvT gestart met de werving van een nieuwe voorzitter RvB/chief executive officer (CEO). Kort daarna wil de RvT de vacature voor de RvB/chief financial officer (CFO) invullen; tot dat moment wordt deze positie (vanaf 1 mei 2017) tijdelijk ingevuld door de heer Möhlmann. De RvT beoogt een stabiele RvB in te stellen die een langere periode van circa vijf jaar gaat overbruggen.

Open en integer

Het bestuur weegt conflicterende doelen en belangen zorgvuldig en beziet beslissingen voor de organisatie altijd in hun effect op de belangen van patiënten, op die van intern betrokkenen en op het publieke belang.

De CCR uit zich kritisch over bevindingen van de inspectie bij haar bezoeken in maart jl. Zij merkt dat verbeteringen gaande zijn en herkent de door de inspectie geschetste situaties niet of minder. De CCR toont zich bezorgd over een te kritische opstelling door de inspectie die paniek versterkt en goede zaken over het hoofd ziet.

Het beleid van Careyn is - met medeweten van de RvT - nu primair gericht op kwaliteit en kwaliteitsverbetering. De bestuurder a.i. stuurt de organisatie vanuit dat belang aan.

De RvB heeft gekozen voor het bewerkstelligen van meer structurele oplossingen en kwaliteitsverbetering voor de langere termijn. In februari heeft de RvB een directeur kwaliteit en veiligheid a.i. aangesteld die de opdracht heeft om kwaliteit structureel te verbeteren vanuit een hiërarchisch verankerde positie, samen met de externe voorzitter van de stuurgroep kwaliteit.

De financiële consequenties van de verbeteraanpak denkt de bestuurder met de huidige aanpak gedurende 1 tot 2 jaar te kunnen overbruggen. Op de achtergrond wordt gezocht naar een benodigde structurele oplossing. De bestuurder vraagt het interventieteam om hulp en assistentie hierbij.

Omgevingsbewust en participatief

Het bestuur weet wat er speelt in en om zijn organisatie. Het zorgt voor voldoende in- en tegenspraak in de organisatie om risico's tijdig te signaleren en bestrijden. Zij maakt hiervoor gebruik van de kennis en ervaring van patiënten, professionals en medewerkers.

De bestuurder ziet met belangstelling de resultaten van het evaluatierapport over het model met districtsdirecteuren tegemoet. Deze evaluatie vond zowel de COR als de bestuurder belangrijk. Verder vermeldt de bestuurder en de COR dat recent een peiling onder medewerkers plaatsvond waaruit 'groei en vertrouwen' is af te leiden. Er zijn verschillen per regio te zien. Kanttekening is

dat er vanuit de behandeldisciplines een lagere respons was (respons totaal ≈ 1000). Tegelijkertijd merkt de COR op dat weliswaar gekeken wordt naar goede oplossingen en dat veel veranderingen zijn ingezet maar dat de medewerkers in de zorg hiervan nog weinig 'lucht' merken (als voorbeeld noemt de COR de invoering van de arbeidsintensieve methode 'Groninger Welbevinden' ten behoeve van het zorgleefplan). Ook zijn er nog heel wat openstaande vacatures en blijft de formatie(ruimte) een aandachtspunt.

Ons kenmerk
2017-

De CCR ervaart dat er meer rust uitgaat van de medewerkers. De tevredenheid van cliënten is nog steeds hoog; hierin is niets gewijzigd. Er is volgens de CCR meer aandacht voor welzijn op de locaties.

Bij de ontwikkeling van het cliëntdossier is de CCR als klankbord betrokken. Ook de regelingen voor Veilig Incidentmelden zijn voorgelegd aan medezeggenschapsorganen.

Lerend en zelfreinigend

Het bestuur verbetert zijn prestaties en die van de organisatie voortdurend en richt de organisatie hier op in. Dit geldt zowel voor het primair proces van de zorgverlening als voor de ondersteunende processen van het financieel/administratief beheer.

In de regio's Zuidhollandse Eilanden/Breda en Utrecht-stad zijn enige maanden na het aantreden van de bestuurder a.i. de functies van districtdirecteur vacant geworden. De bestuurder heeft in tijdelijke vervanging voorzien, waarbij de werkwijze, zoals beschreven in het plan van aanpak van Careyn, als leidend is gesteld.

Voor iedere locatie is inmiddels een locatieverantwoordelijke aangewezen dan wel een regiomanager verantwoordelijk gemaakt voor de dagelijkse aansturing van medewerkers en de kwaliteit van zorg. Hiermee is de lijnverantwoordelijkheid sluitend en de span of attention beter werkbaar geworden op alle locaties. Bij de aansturing van een locatieverantwoordelijke wordt gebruik gemaakt van ondersteunende diensten van een districtondersteunende functionaris. Bijvoorbeeld voor verbeterde roostering. Zowel leidinggevend als leden van de COR melden dat de afstand tussen medewerker en leiding kleiner is geworden en dat communicatie soepeler tot stand komt.

Tegelijkertijd heeft de bestuurder de aanvraag voor ondersteuning vanuit W&T uitgebreid zodat alle veertien aandachtslocaties begeleiding krijgen vanuit het project Waardigheid & Trots (W&T).

Regiomanagers hebben de indruk dat veranderingen nu meer vanuit de medewerkers zelf komen, in plaats van dat zaken worden opgelegd.

Districtmanagers vertellen dat de professionele sturing – ook hiertoe – veel vrijheid biedt. De districtdirecteuren ontvangen informatie en feedback via de signalen van de locatie-verantwoordelijken/regiomanagers waarmee periodiek overleg is. Ook komt er feedbackinformatie vanuit de groep kwaliteitsverpleegkundigen en/of de groep (interne) teamcoaches die de ontwikkeling van de teams ondersteunen.

Naast interne teamcoaches zijn ook externe teamcoaches aangetrokken om de begeleiding van teams te intensiveren. Daarbij zijn ook de coaches vanuit W&T betrokken bij verbetertrajecten. Voor de bestuurder a.i. is het desgevraagd

herkenbaar dat deze begeleiding vooral rond medewerkers, teams en locaties is georganiseerd en minder gericht is op directe ontlasting van de verzorgenden in hun dagelijkse werkzaamheden.

Ons kenmerk
2017-

Doelgericht en doelmatig

Het bestuur springt doelmatig en rechtmatig om met publieke middelen. Het heeft hier een visie op en draagt deze uit. Bij problemen treedt het bestuur daadkrachtig op.

De bestuurder is helder over het feit dat kwaliteit op dit moment leidend is boven de financiële prioriteiten. De gevolgen hiervan (een groeiend financieel tekort op korte termijn van op dit moment 1 miljoen euro en oplopend naar een jaarprognose van 4,4 miljoen euro negatief) zijn open onder ogen gezien. Vanwege het belang om uit de negatieve spiraal te raken is deze situatie volgens de bestuurder voorlopig aanvaardbaar. Uiteindelijk is echter een structurele oplossing nodig. Op dit punt vraagt de bestuurder advies en bemiddeling vanuit het interventieteam.

4 SYSTEMEN⁵ gericht op kwaliteit en veiligheid

Er is een vastgestelde visie op kwaliteit en veiligheid. Het bestuur heeft de verantwoordelijkheden op die gebieden duidelijk belegd.

Het plan van aanpak is gericht op het tijdig (binnen de gestelde termijn in de aanwijzing) doorvoeren van benodigde verbeteringen. Iedereen is zich hiervan bewust; het is het uitgangspunt en het streven van alle gesprekspartners. Niettemin houdt de bestuurder – net als de RvT en andere gesprekspartners – rekening met een na-ijlend effect van getroffen maatregelen; voor sommige locaties duurt dit mogelijk tot na afloop van de verbetertermijn in aanwijzing.

Het model met districtsdirecteuren is onlangs geëvalueerd. Volgens de bestuurder a.i. past dit model bij de zich ontwikkelende lange termijnvisie van Careyn met enkele gedeelde diensten op concernniveau en gedecentraliseerde aansturing van zorg op bijvoorbeeld districtniveau.

Nieuwe leidinggevendenden zijn op tijdelijke basis benoemd door de bestuurder omdat nu nog niet duidelijk is of en hoe het districtsmodel vervolg krijgt. De huidige regiomanagers dragen verantwoordelijkheid voor één of meer locaties plus voor het thuiszorgaanbod in een bepaalde (sub)regio. Zij hebben eigen regelruimte gekregen om desgewenst tijdelijk een locatieverantwoordelijke aan te stellen of deze rol bijvoorbeeld over te laten aan een kwaliteitsverpleegkundige. Zoals de inspectie merkte in de bezoekenreeks, verschilt de gekozen constructie per locatie. De RvT merkt dat het positief uitpakt als een locatieverantwoordelijke is aangewezen die op locatie aanwezig is. De districtsdirecteuren vermelden evenwel dat het locatiemanagement een tijdelijk maatregel is.

Voor wat betreft de aansturing van de zorg voeren, naar zegge van gesprekspartners, de locatiemanagers periodiek 'prestatieoverleg' met iedere teamvertegenwoordiger over de stand en de gang van zaken in een team.

⁵ Het kader "Toezicht op Goed Bestuur" refereert op dit thema naar de wijze waarop een bestuurder zorg draagt voor organisatorische randvoorwaarden waarmee de bestuurder richting geeft, controleert en bijstuurt.

Gesprekpartners vertellen dat op iedere locatie een zogenaamd ontwikkelteam is ingesteld, gevormd door de leidinggevende, de kwaliteitsverpleegkundige(n) én de betrokken specialisten ouderengeneeskunde. Dit ontwikkelteam voert tweewekelijks 'kwaliteitsoverleg' over (benodigde) ontwikkelingen op de locatie. De locatieleiding heeft wekelijks overleg met de betreffende districtdirectie. Op niveau van de RvB en RvT vindt momenteel heroriëntatie plaats op de aansturingsstructuur. De verwachting is dat hierover in het najaar meer duidelijk is.

Ons kenmerk
2017-

De COR is blij met de tijdelijke benoeming van de directeur Kwaliteit en Veiligheid; zo komt er verbinding tussen Careynbreed kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsverpleegkundigen op de locaties. Sinds kort is de functiebeschrijving van de kwaliteitsverpleegkundige vastgesteld; deze richt zich, per locatie, primair op de kwaliteit van de zorginhoud.

De bestuurder geeft aan dat er per locatie ruimte is om een zo optimaal rooster te maken en om rekening te houden met overdrachtmomenten. In de praktijk was dit niet altijd het geval zag de inspectie in de tussentijdse bezoeken.

Er is een operationeel integraal kwaliteitssysteem voor het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Daaronder vallen de interne risicobeheersing, veilige melding van incidenten en interne audits.

Afgelopen maanden is in opdracht van de bestuurder a.i. gewerkt aan het ontwerpen en/of aanpassen van een systeem voor risicomanagement. De komende maanden wordt dit geïmplementeerd.

De Careynbrede procedure voor veilig incident melden is eind februari vastgesteld. Onderdeel hiervan is dat op locaties maandelijks analyses plaatsvinden. De inspectie heeft bij haar bezoeken in maart gemerkt dat dit wel op gang was gekomen, maar gezien het tijdschema nog geen zichtbaar resultaat had opgeleverd op de locaties. Volgens de districtdirecteuren zullen de analyses uiteindelijk op districtniveau verzameld worden en meegenomen in de tertiairrapportages voor de bestuurder. Waar nodig kan het managementteam dan besluiten tot relevante beleidsaanpassingen.

Het elektrisch cliëntendossier (ECD)-systeem is de afgelopen maanden aangepast naar een simpeler ontwerp dat het methodisch werken beter ondersteunt. Regiomanagers c.q. locatieverantwoordelijken geven aan dat de invoering en instructie nu via de kwaliteitsverpleegkundigen gaat lopen en op korte termijn van start zal gaan. Een werkgroep werkt momenteel nog aan een instructiekader voor het ECD.

De bestuurder vertelt dat in april eerst informatie verspreid wordt onder de zorgverleners. In mei kan er geoefend worden en in juni gaat het digitaal werken met het vernieuwde ECD van start. In september moet de invoering zijn afgerond. Het doel van de bestuurder is dat geen papieren dossierdelen meer gebruikt (hoeven) worden.

Volgens de bestuurder is al voorzien dat uitzendkrachten, die via de eigen DuoZorg B.V. worden ingehuurd, een toegangscode krijgen; de bestuurder realiseert zich op basis van de bevindingen van de inspectie dat dit in de praktijk nog niet goed werkt.

Er is kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel en materieel. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor het verlenen van goede zorg zijn duidelijk verdeeld.

Ons kenmerk
2017-

De RvB geeft aan dat het ziekteverzuim een voorzichtige daling laat zien ten opzichte van de situatie in Q2/Q3 2016. Het voortschrijdend gemiddelde ligt nu net onder de 9%. Dit komt overeen met de indruk die de inspectie tijdens de bezoekenreeks in maart heeft gekregen. Het verzuimbeleid wordt centraal door zogenaamde casemanagers uitgevoerd.

Voor wat betreft de verwachtingen ten aanzien van professionele (zelf)sturing onderzoekt de bestuurder momenteel nog of en hoe taken op het gebied van bijvoorbeeld HR-taken of facilitaire zaken zoals schoonmaak bij andere uitvoerenden dan de zorgverleners, belegd kunnen worden. Bijvoorbeeld wil Careyn het roosteren centraler regelen op basis van een basisrooster.

De regiodirecteuren ervaren de begrote formatie voor 2017 als krap; deze begroting vormt de basis voor de roosterplanning aan de hand van een model. De bestuurder a.i. vermeldt dat samen met W&T gezocht wordt naar betere finetuning; kleinschalige woonvormen hebben een andere bezetting nodig dan grotere verpleeghuisafdelingen. Het toezicht op woongroepen moet beter volgens de bestuurder. Behandelaars bekijken momenteel kritisch of herindicatie voor cliënten aan de orde is.

Volgens locatieverantwoordelijken/regiomanagers ontlast de komst van de extra kwaliteitsverpleegkundigen iets van de krappe personele situatie. Ondanks het nog aanzienlijke aantal vacatures op niveau 3 en vooral 4-5 ervaart het middenmanagement niettemin meer rust in de personele stroom. Als tijdelijke oplossing wordt gebruik gemaakt van zzp-ers en/of uitzendkrachten die langere tijd beschikbaar zijn.

De bestuurder heeft in het kader van Careyn-breed HR-beleid recruiters aangetrokken. Hun taak is om andere wervingsmogelijkheden te benutten; bijvoorbeeld om namens Careyn voorlichting op scholen te geven over werken bij Careyn. Ook kijken zij hoe stagiaires behouden kunnen blijven voor Careyn.

Districtdirecteuren laten weten dat er voor iedere locatie een ontwikkelteam is dat voor de betreffende locatie geformeerd is uit de locatieverantwoordelijke, de betrokken kwaliteitsverpleegkundige en de coach van W&T of Careyn zelf. Iedere twee weken voeren de locatieverantwoordelijken/regiomanagers een kwaliteitsoverleg met de kwaliteitsverpleegkundige van de betreffende locatie.

De visie van de bestuurder is dat de aansturing van de behandeldisciplines weer op districtniveau gebeurt. Echter, per vakgroep zal de professioneel inhoudelijke ontwikkeling centraal gefaciliteerd worden.

Het bestuur houdt zich aan bestuurlijke en professionele gedragscodes, evenals aan andere verplichte codes en veldnormen voor kwaliteit en veiligheid.

(op 19-4-2017 niet expliciet aan de orde geweest)

5 RESULTATEN⁶ ZORGVERLENING

Ons kenmerk
2017-

Van de zijde van de inspectie zijn de bevindingen bij de bezoekenreeks in maart 2017 toegelicht. Deze bezoekenreeks betrof zes locaties van Careyn te weten: Grootenhoek in Hellevoetsluis d.d. 15-3-2017, Snavelenburg te Maarssen d.d. 17-3-2017, De Vloot te Maassluis d.d. 22-3-2017, Weddesteyn te Woerden d.d. 30-3-2017, De Geuzenveste te Utrecht d.d. 28-3-2017 en Hart van Groenewoud te Spijkenisse d.d. 3-4-2017. De inspectiebevindingen zijn recent door de RvB ontvangen en zijn op de toezichtdag kort doorgenomen.

De bestuurder gaf aan het door de inspectie geschetste beeld over de stand van zaken bij Careyn te herkennen, uitgezonderd voor locatie De Vloot; van deze locatie heeft Careyn een positievere indruk dan verwoord door de inspectie. De inspectie koos deze locatie voor een tussenbezoek omdat Careyn in haar voortgangsrapportage d.d. 29-2-2017 redelijk positief oordeelde over de resultaten van deze locatie (wat betreft de thema's uit de aanwijzing). De keuze voor Hart van Groenewoud was om dezelfde redenen. De bezoeken aan Snavelenburg en Grootenhoek volgden op eerdere kritische bevindingen van de inspectie. De bezoeken aan Weddesteyn en De Geuzenveste waren vanwege de spreiding over de verschillende districten. Daarbij speelde ook mee dat voor De Geuzenveste, voorafgaand aan de aanwijzing, al een verbeterplan was gepresenteerd door Careyn in het kader van calamiteitenmeldingen. De inspectie vormde zich een indruk van de borging.

Bij haar bezoeken merkte de inspectie dat processen voor verbeteren zijn opgestart en dat geregeld gekozen is voor het meer fundamenteel veranderen van Careynbrede werkwijzen op relevante thema's. De inspectie constateerde dit bijvoorbeeld voor wat betreft het ECD, de VIM-procedure, en de aansturingstructuur in de zorg. Hier en daar zag de inspectie eerste vorderingen en/of een beperkt aantal geboekte resultaten. Het beeld hierbij karakteriseert de inspectie als 'diffuus'. De inspectie zag prille voorzichtige verbeterresultaten in het wegnemen van de tekortkomingen, verspreid over de diverse thema's in de aanwijzing van 7 november 2016, verspreid over de bezochte locaties in maart 2017.

Er is nog heel wat te doen om de tekortkomingen te ondervangen want voor veel medewerkers is de situatie op dit moment nog niet veel gewijzigd. De inspectie zag bij een aantal bezoeken nog kwetsbaarheden zoals de gekozen roosterstructuur en/of de personele bezetting en de vaak beperkte beschikbaarheid van vakbekwame behandelaars in relatie tot specifieke doelgroepen. De stroom VIM-meldingen is toegenomen en/of beter in beeld op de locaties, de bijbehorende pdca-cyclus is recent opgestart maar nog zonder merkbaar resultaat.

Een verschil met de bevindingen bij vorige inspectiebezoeken is bijvoorbeeld dat – veelal meerdere – coaches actiever betrokken zijn bij de ontwikkelingen op een locatie en/of bij het periodieke overleg (ca 1x per 6 tot 8 weken) voor teamleden; teamleden ervaren minder stress in hun werksituatie en het gemiddelde ziekteverzuim is iets gedaald. Verder merkte de inspectie dat

⁶ Het kader "Toezicht op Goed Bestuur" refereert op dit thema naar het feit dat de geleverde zorg goed, veilig, toegankelijk en betaalbaar moet zijn. Dankzij transparante informatie zijn cliënten in staat een afgewogen keuze te maken.

desgevraagd documenten en informatie beter en sneller voor inzage beschikbaar waren.

Ook merkte de inspectie op nagenoeg alle bezochte locaties dat een leidinggevende beschikbaar was (locatiemanager of regiomanager, al dan niet tijdelijk). Deze leidinggevendenden maakten wisselend gebruik van basale feedbackinformatie over de kwaliteit- en veiligheid voor de cliënten, de bedrijfsvoering en de aansturing van de zorg op de locatie. De eerste verbeteringen van het ECD/Caress heeft de inspectie kunnen waarnemen.

Ons kenmerk
2017-

In het kader van soepele, eenduidige dossiervoering en onderlinge communicatie is het Careynbrede ICT-beleid inmiddels aangepast. Elke team gaat beschikken over een toereikend aantal tablets voor alle ingeroosterde medewerkers in de cliëntenzorg; dus inclusief de flexwerkers en de uitzendkrachten. Dat wil zeggen dat alleen nog persoonlijke tablets verstrekt worden als dit voor de functie noodzakelijk is. Waar nodig bereidt Careyn een herverdeling van de beschikbare tablets bij Careyn voor. De toegankelijkheid van cliëntdossiers voor invallers is inmiddels geregeld maar in de praktijk werkt dit nog niet zo, erkennen de locatiemanagers.

6 OVERIGE ASPECTEN van goed bestuur

Het toezichtkader 'goed bestuur' omschrijft nog een aantal overige aspecten. Voor zover deze onderwerpen op de informatiedag aan bod kwamen, is een en ander al onder voorgaande punten beschreven. Bedoeld zijn hier de ontwikkelingen, verwachtingen en voornemens van de RvB ten aanzien van (faciliteren van) het functioneren van het interne toezicht⁷, het functioneren van medewerkers en beroepsbeoefenaren in de zorgverlening⁸ en de rol en invloed van de cliëntenraad⁹ in de organisatie (medezeggenschap).

7 Ten slotte

Tijdens de toezichtdag is met bestuurder en leidinggevendenden over de voortgang gesproken van benodigde verbeteringen op NAH-afdelingen. Naar aanleiding van eerdere meldingen maakte Careyn hiervoor een verbeterplan. Vanwege recent ontvangen signalen over eventueel onveilige zorgsituaties, vraagt de inspectie nogmaals aandacht voor dit onderwerp. Careyn realiseert zich dat op deze afdelingen meer specifieke deskundigheid nodig is en zoekt momenteel gericht naar medewerkers vanuit de GGZ of met een SPH achtergrond. Een gevarieerd team zal meer van elkaar kunnen leren, zo vertelde de betrokken regiomanager.

Afsluiting

De inspectie bedankt alle aanwezigen deze dag voor hun aanwezigheid en inbreng en sluit de bijeenkomst af.

⁷ De RvT weegt de belangen en past de Zorgbrede Governancecode toe. De RvT heeft zicht op de sturing van de organisatie vanuit het primaire proces. De RvT weet wat er in en om de organisatie speelt onder leidinggevendenden, zorgverleners en patiënten/cliënten. Kwaliteit, veiligheid en compliance zijn binnen de RvT duidelijk belegd bij daarop deskundige leden.

⁸ Zorgverleners handelen volgens beroepsnormen, richtlijnen en protocollen volgens het principe 'pas toe of leg uit'. Zorgverleners zien toe op elkaar's werk en geven elkaar feedback. Zorgverleners dragen bij aan de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg en de compliance, en leggen hierover verantwoording af aan het bestuur.

⁹ De cliëntenraad behartigt de gemeenschappelijke belangen van de patiënten/cliënten, en maakt daarbij actief gebruik van zijn rechten. De cliëntenraad bestaat uit leden die beschikken over de noodzakelijke deskundigheid voor hun specifieke taak – of hij zorgt dat zij deze deskundigheid opdoen.



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

Stichting Careyn
Raad van bestuur
Postbus 900
3100 AX SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij

Ons kenmerk
2017-2028098/
B1900587

Datum 20 juli 2017

Onderwerp Adviesaanvraag Bopz-aanmerking locatie Hart van Zuidland

Geachte raad van bestuur,

Op 11 juli 2017 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de Inspectie) via e-mail informatie ontvangen met betrekking tot uw aanvraag voor een Bopz-aanmerking voor locatie Hart van Zuidland, waarvoor dank.

Op 9 mei 2017 heeft ondergetekende een bezoek afgelegd aan locatie Hart van Zuidland om te toetsen of de pg-afdelingen voldoen aan de "Toetsingscriteria voor een Bopz-aanmerking in de psychogeriatrische en verstandelijk gehandicaptenzorg" (IGZ 2016).

Op grond van de bevindingen bij dit bezoek heeft de inspectie in haar brief van 30 mei 2017 een aandachtspunt aangegeven op het aspect methodisch werken in het zorgdossier op het gebied van de uitvoering van de Wet Bopz.

In uw mail van 11 juli 2017 geeft u een beschrijving van de genomen verbetermaatregelen. De inspectie heeft hiervan kennis genomen en rekent erop dat deze maatregelen geborgd zijn.

Hoogachtend

mevrouw
inspecteur



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn
T.a.v. de heer M. Meerdink, raad van bestuur
p/a: Neckardreef 6
3562 CN UTRECHT

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij

meldpunt@igz.nl

mevrouw [redacted]

Datum: 28 juli 2017

Onderwerp: Ontvangen melding [redacted]; lopend onderzoek melding [redacted]

Ons kenmerk

2017- [redacted]

Geachte heer Meerdink,

Gisteren had ik een kort telefoongesprek u. Ter bevestiging het volgende.

De inspectie heeft op 10.2.d een melding ontvangen van 10.2.d, 10.2.e,

25.3 Wkkgz

De melding ([redacted]) betreft dezelfde gebeurtenis op 10.2.d waarover Careyn ook al melding ([redacted]) deed bij de inspectie.

Naar de melding [redacted] is Careyn reeds een onderzoek gestart onder leiding van een onafhankelijke externe voorzitter/deskundige. Bij dit onderzoek worden tegelijk ook de meldingen [redacted] en [redacted] onderzocht.

De inspectie heeft in triage besloten om de melding ([redacted]) van [redacted], samen te voegen met [redacted]. Dit houdt in dat de melding [redacted] kan worden afgesloten mits de melder betrokken is bij het lopende onderzoek naar [redacted] (het onderzoek in samenhang met de onderzoeken naar twee andere, soortgelijke meldingen).

Besproken is dat u zich als bestuurder vergewist of [redacted] daadwerkelijk als cliëntvertegenwoordiger betrokken is/wordt bij het lopende onderzoek naar de drie bekende incidenten en/of calamiteiten [redacted]; zo niet dan moet dit alsnog geregeld.

De precieze reden waarom melder in dit stadium van het lopende onderzoek een melding heeft gedaan bij het Landelijk Meldpunt Zorg, is niet duidelijk.



Ten overvloede vermeld ik nog dat [redacted] door Het Algemeen Dagblad was benaderd voor een toelichting; dit verzoek heeft zij evenwel afgewezen. Over een eventueel bericht in De Telegraaf (gisteren verschenen) heeft de melder geen signaal gegeven aan de inspectie.

Ons kenmerk
2017-

[redacted]

Tot zover de terugkoppeling.

Met vriendelijke groet

[redacted]

mevrouw [redacted]
[redacted] inspecteur



Careyn

Inspectie voor de Gezondheidszorg
t.a.v. mevr. [redacted] inspecteur
Postbus 2518
6401 DA HEERLEN

Per mail

Utrecht, 1 augustus 2017

Betreft: Melding nummer: [redacted]
Careyn De Plantage, Brielle

Geachte mevrouw [redacted]

Op 10-7-2017 ontving u van ons de analyse en het verbeterplan naar aanleiding
van de calamiteit betreffende [redacted]
[redacted]

De betrokken specialisten ouderengeneeskunde (SO) waren tijdens het
onderzoek in verband met verlof niet bereikbaar voor de onderzoekscommissie.
Ook was de manager Behandeling met verlof.
Zoals in ons schrijven van 10-7-2017 toegezegd is aan de betrokken SO's na
terugkeer van hun verlof gevraagd om vanuit hun eigen perspectief te reageren
op het verslag van de onderzoekscommissie. Bijgaand treft u de reacties van
beide SO's aan in de bijlagen.
De manager Behandeling heeft de verbeteracties betreffende de behandelaars
uitgewerkt en toegevoegd aan het verbeterplan dat u eveneens in de bijlagen
aantreft.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet

[redacted]
M.v.v. Meerdink
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlagen:

- Reactie SO2
- Reactie SO3
- Pva casus [redacted]

Raad van Bestuur
Neckardreef 6
3562 CN Utrecht

Postbus 900
3100 AX Schiedam

Telefoon:
030 2588101
030 2588102
030 2588103

www.careyn.nl

In behandeling bij:

Doorkiesnummer:

06- [redacted]

E-mail:

[redacted]@careyn.nl

Ons kenmerk:

Uw kenmerk:

2017 [redacted]

:

Van: [redacted]
Aan: "meldpunt@igz.nl"
Cc: Meerdink, Marco; IGZ Correspondentie; Waterink, Gert-Jan; Zwinkels, Ton; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: Meldingnr [redacted] Careyn De Plantage, Brielle
Datum: dinsdag 1 augustus 2017 13:05:47
Bijlagen: 17127 [redacted] BIJLAGE Reactie SO3.pdf
 17127 [redacted] BIJLAGE PvA casus [redacted].pdf
 17127 [redacted] BIJLAGE Reactie SO2.pdf
 17127 [redacted] pdf

Geachte mevrouw [redacted]

Met betrekking tot bovengenoemde melding zenden wij u hierbij ons schrijven met bijlagen.

Vertrouwende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
 Careyn

[redacted]
 Bestuursassistente voor Henk Möhlmann (CFO)
 Careyn

T: extern: 030 [redacted]
 T: intern: [redacted]
 B: Neckardreef 6, 3562 CN Utrecht
 P: Postbus 900, 3100 AX Schiedam
 I: www.careyn.nl

Werkdagen: [redacted]

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl

Van: Dienstpostbus IGZ afdeling V&V team RT
Aan: [redacted]@careyn.nl"
Onderwerp: T.a.v. de heer Meerdink, raad van bestuur. Inzake: conceptverslag gesprek 17-07-2017
Datum: woensdag 2 augustus 2017 11:47:44
Bijlagen: V200133 2017-2033170 conceptverslag gesprek bestuursgesprek Careyn 17-07-2017.docx.pdf
Prioriteit: Hoog

Geachte heer Meerdink,

Op 17 juli 2017 heeft u gesproken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).
 Op verzoek van mevrouw [redacted] inspecteur, stuur ik u bijgaand het conceptverslag.
 Indien u feitelijke onjuistheden aantreft, of u heeft naar aanleiding van dit verslag nog vragen of opmerkingen, dan kunt u hierover bij voorkeur schriftelijk contact opnemen met mevrouw [redacted]

De inspectie ontvangt uw correspondentie graag uiterlijk 9 augustus 2017, op haar algemene e-mailadres ri.utrecht@igz.nl en in cc aan [redacted]@igz.nl **onder vermelding van het kenmerk van het verslag (2017-2033170/V2001133/[redacted])**

Na verwerking van uw opmerkingen, of wanneer de IGZ binnen de gestelde termijn geen reactie van u heeft ontvangen, stelt de inspectie het verslag vast. U ontvangt daarna het definitieve verslag.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Met vriendelijke groet,

[redacted]
 medewerker toezicht

Werkdagen: [redacted]

.....
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht
 Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....
 T 088 [redacted]
 F 088 [redacted]
<http://www.igz.nl>

Van: [redacted]
Aan: [redacted]@igj.nl
Onderwerp: FW: Resultaatverslag aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2016, uw kenmerk 2016-1346122/V1012504/[redacted]
Datum: woensdag 2 augustus 2017 14:16:35
Bijlagen: 17126 [redacted] IGZ Begeleidend schrijven resultaatverslag.pdf
 1. Careyn resultaatverslag IGZ 31-07-2017 Def.pdf
 2. Resultaatrapportage IGZ deel II Status per locatie 31-07-2017 - Def.pdf
Prioriteit: Hoog

Dag [redacted]

Zoals net telefonisch ook al gemeld werd mij maandag verteld dat het toch echt de bedoeling is dat alle correspondentie aan het meldpunt geadresseerd zou moeten worden, het Utrecht adres zou niet gebruikt mogen worden. Daarnaast heb ik gevraagd of het stuk via een koerier bezorgd mocht worden op het Stadsplateau, maar daarvan werd gezegd dat dat niet de bedoeling was (er zou niemand zijn om het aan te nemen?) en dat dit toch echt bij het postadres in Heerlen bezorgd zou mogen worden. Daarna heb ik het maar per gewone post verstuurd.

Als mevrouw [redacted] het toch prettiger vindt om het per koerier te krijgen moet je het me maar laten weten. Dan regel ik dat alsnog. Excuses dat het zo gelopen is!

Met vriendelijke groet,

[redacted]
 Bestuurssecretariaat Careyn
 Secretaresse van Jacqueline Scheidsbach, Ton Zwinkels en Ton de Klerk

T extern: (030) [redacted]
 T intern: [redacted]
 [redacted]@careyn.nl
 P: Postbus 900, 3100 AX Schiedam
 [redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 31 juli 2017 16:20
Aan: 'meldpunt@igz.nl'
Onderwerp: Resultaatverslag aanwijzing Careyn d.d. 7-11-2016, uw kenmerk 2016-1346122/V1012504/[redacted]

Bijgaand bericht is bestemd voor mevrouw drs. A.M.M. Jonkers, hoofdinspecteur:

Geachte mevrouw Jonkers,

Namens de Raad van Bestuur stuur ik u bijgaand het resultaatverslag Kwaliteit & Veiligheid, volgens de aanwijzing d.d. 7 november 2016.

Deze rapportage is vandaag eveneens per post verstuurd.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
 Bestuurssecretariaat Careyn
 Secretaresse van Jacqueline Scheidsbach, Ton Zwinkels en Ton de Klerk

T extern: (030) [redacted]

T intern: [redacted]

[redacted]@careyn.nl

P: Postbus 900, 3100 AX Schiedam

[redacted]

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

verslag

Datum
2 augustus 2017

Ons kenmerk
2017-

2033170/V200133/

Omschrijving *Conceptverslag bestuursgesprek Careyn (V2001133)*
Vergaderdatum en -tijd 17 juli 2017, 13.00-14.30 uur
Vergaderplaats Careyn, bestuursbureau locatie 'Nieuw Tamarinde', Utrecht

Aanwezig

Namens Stichting Careyn:

De heer M. Meerdink, voorzitter raad van bestuur

Namens de Inspectie voor de Gezondheidszorg:

Mevrouw [redacted] inspecteur;

Mevrouw [redacted] inspecteur;

Mevrouw [redacted] notulist.

Kennismaking

Het overleg start met een wederzijdse kennismaking. De heer Meerdink is recent, per 1 juni van dit jaar, als voorzitter van de raad van bestuur van Careyn aangetreden. De heer Meerdink heeft een medische achtergrond en is voordien lange tijd binnen diverse zorgorganisaties werkzaam geweest, ondermeer als bestuurder bij Espria. Het laatste jaar is hij beschikbaar geweest als zelfstandig adviseur.

Opdracht RvT

In de profielschets van de vacature voor de nieuwe voorzitter raad van bestuur werd genoemd dat de kandidaat het vertrouwen van de buitenwereld terug moet winnen, een nieuwe organisatiestructuur moet opzetten en er voor moet zorgen dat de kwaliteit en financiën gezond worden en blijven.

Tijdens de sollicitatiegesprekken die de heer Meerdink voerde is aangegeven dat Careyn in 'zwaar weer' zit, waarbij vooral gewezen werd op de aanwijzing van de inspectie.

Het is voor de heer Meerdink een bewuste keuze geweest om, per zijn aantreden op 1 juni 2017, naar de toekomst van de organisatie te kijken. Ondertussen is de wervingsprocedure voor een tweede bestuurder/CFO concreet opgestart. Careyn streeft er naar dat per 1 december 2017 een geschikte kandidaat kan starten; de huidige arbeidsmarkt voor potentiële (CFO-) kandidaten maakt invulling van deze vacature waarschijnlijk wel lastiger.

Eerste indrukken van bestuurder

Eigenaarschap

Inmiddels heeft de heer Meerdink de meeste Careyn-locaties bezocht en noemt Careyn een organisatie met een tekort aan eigenaarschap ('het is niet ons

probleem, het gebeurt ergens anders ook'). Medewerkers zijn niet gewend elkaar aan te spreken. De heer Meerdink heeft dit recent doorbroken door intern - en vooruitlopend op het nieuwe beleid - een dienstopdracht uit te geven op het gebied van medicatieveiligheid. Uit ontvangen reacties blijkt dat medewerkers niet gewend zijn aan een dergelijke aanwijzing; er waren niet alleen positieve reacties.

Ziekteverzuim

Careyn heeft een gemiddeld ziekteverzuim van ca 9%. Dit percentage wisselt per locatie; er zijn locaties die onder het landelijk gemiddelde liggen. Er zijn ook locaties waar het verzuim nu bijna 20% is. Dit hoge percentage is het gevolg van zelfsturing/professionele sturing volgens de heer Meerdink.

Financiën

De financiële problemen binnen Careyn zijn nog niet opgelost. Eerder is de inspectie door de bestuurder ai. (de heer Luik) in grote lijnen op de hoogte gebracht over de kritische financiële positie van Careyn. De inspectie heeft vooral zorgen over de consequenties van tekorten op (het verbeteren van) de kwaliteit van zorg. De heer Meerdink maakt duidelijk dat, inclusief de extra middelen van VWS, het tekort van Careyn uitkomt op een aanzienlijk verlies van meer dan een tiental miljoen euro. De redenen voor dit verlies zijn volgens de heer Meerdink onder meer het rekenen op basis van landelijke tendensen terwijl de realiteit bij Careyn anders is; Careyn kent een hoger verzuimcijfer, exploiteert een aantal verliesgevende KSW-locaties zoals bijvoorbeeld in de regio Utrecht-stad, de pilot van 10.2.q binnen Utrecht houdt bovendien een nieuwe ongunstige manier van aanbesteden in en verder zijn er nog een aantal verlieslatende onderdelen zijn zoals Kraamzorg, gezondheidscentra en jeugdgezondheidszorg. Dit alles vraagt op termijn keuzes.

Het kost de heer Meerdink veel tijd en inspanning om medewerkers binnen de organisatie - en ook binnen de raad van toezicht - hiervan bewust te maken. Eerder zijn door de raad van bestuur vooral keuzes gemaakt te besparen binnen de zorg. Minder is gekeken naar de mogelijkheden voor besparing binnen andere onderdelen van de organisatie. Verder zijn er door de omstandigheden op dit moment veel interim-functionarissen bij Careyn; ook op dat punt kan bespaard worden, denkt de bestuurder. Desalniettemin zal volgens de bestuurder het actief terugdringen van ziekteverzuim bij Careyn verreweg de grootste besparing kunnen opleveren.

Organisatie in ontwikkeling

Binnen de organisatie zijn ook positieve initiatieven, prestaties en ontwikkelingen. De VAR heeft bijvoorbeeld een advies uitgebracht over de organisatie van de extramurale zorg. Door deze initiatieven en ontwikkelingen heeft de heer Meerdink toch een positief beeld voor de langere termijn. Hij realiseert zich dat structurele veranderingen niet op korte termijn te realiseren zijn. Half september 2017 is het nieuwe plan van aanpak met daarin een voorstel voor een nieuwe organisatiestructuur gereed.

Aanwijzing

De heer Meerdink heeft de aanwijzing met bevindingen en conclusies bij zijn aantreden in juni 2017 gelezen. Op 7 augustus 2017 loopt de aanwijzing af en daarna toetst de inspectie de verbeteringen aan de hand van een aantal inspectiebezoeken. Vooruitlopend op deze inspectiebezoeken, geeft

De heer Meerdink aan dat de inspectie verbeteringen gaat zien, maar dat Careyn organisatiebreed nog niet zal voldoen aan de vereiste verbeteringen uit de aanwijzing. Tegelijk spreekt de heer Meerdink de hoop uit dat de inspectie de gerealiseerde positieve veranderingen, waarop medewerkers met recht trots mogen zijn, niet over het hoofd gaat zien en weet te waarderen.

Het door de inspectie opgevraagde resultaatverslag is intern door de heer Meerdink in een conceptversie ingezien en door hem als niet-transparant genoeg beoordeeld; hij heeft opdracht gegeven het verslag realistisch op te stellen.

Vervolg bij einde verbetertermijn aanwijzing

Het verrast de inspectie niet dat Careyn per 8 augustus 2017 niet zal voldoen aan de aanwijzing. Dit was ook aangegeven door de raad van bestuur tijdens de informatiedag op 19 april jl. De inspectie beraadt zich momenteel hoe zij de toetsing van de aanwijzing gaat invullen met bijvoorbeeld dergelijke voorkennis. Verder compliceren de wisselingen in de raad van bestuur (het beoordelen van Goed Bestuur als onderdeel van de aanwijzing).

De heer Meerdink verzoekt de inspectie om de raad van bestuur van Careyn mee te nemen binnen het communicatietraject naar aanleiding van de bevindingen en het vervolg van de aanwijzing.

De inspectie benadrukt dat in het natraject van de aankomende toetsing, een voorlopig besluit¹ over een maatregel altijd eerst wordt voorgelegd aan de raad van bestuur; Careyn krijgt gelegenheid om haar zienswijze kenbaar te maken. Die zienswijze gaat de inspectie vervolgens (mee)wegen ten behoeve van haar definitieve besluit.

De heer Meerdink schat in dat langere betrokkenheid van de inspectie de organisatie kan helpen om benodigde kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

Meldingen

De inspectie vraagt naar de kans dat calamiteiten, zoals recent in Grootenhoek en De Plantage, zich kunnen herhalen. De heer Meerdink acht die kans op dit moment nog niet uitgesloten. Zo heeft Careyn bijvoorbeeld nog afgelopen vrijdag een melding gedaan van een calamiteit bij De Zes Rozen in Spijkenisse. Dit betrof 10.2.d Veel heeft te maken met de huidige in- en exclusiecriteria in relatie tot de deskundigheid van personeel. De heer Meerdink tracht hierin stappen te zetten met duidelijke afspraken maar in zo'n grote organisatie als Careyn is dat niet snel gerealiseerd..

Vestigingsplaats

Op papier is Schiedam het hoofdkantoor van Careyn. Hier zijn in concreto ondersteunende diensten gevestigd zoals ict, administratie en servicebureau. Post via het postbusnummer kan dagenlang onderweg zijn. Als postadres is het efficiënter het vestigingsadres van deze locatie in Utrecht aan te houden.

Afronding gesprek

De inspectie bedankt de heer Meerdink voor de openheid van het gesprek.

¹ Wanneer niet is voldaan aan de aanwijzing, betreft dit - in de regel - het voornemen tot het opleggen van Last onder Dwangsom, voorafgegaan door een begunstigingstermijn.

Van: [redacted]
Aan: "meldpunt@IGZ.nl"
Cc: Waterink, Gert-Jan; Meerdink, Marco; [redacted]
Onderwerp: dossiers ([redacted]).
Datum: maandag 7 augustus 2017 17:34:29
Bijlagen: image001.png
Prioriteit: Hoog

T.a.v. mw. [redacted]
Hoofd Meldpunt IGZ

Geachte mevrouw,

Naar aanleiding van de meldingen bij het landelijk meldpunt, betreffende fysiek geweld van [redacted] wordt momenteel onderzoek uitgevoerd.

Het onderzoek betreft vier dossiers [redacted].

Ten gevolge van de complexiteit van de casus, het betreft 4 dossiers, vergt het onderzoek meer tijd.
 Het onderzoek valt tevens midden in de vakantieperiode waardoor nog niet alle interviews hebben plaatsgevonden.
 Om het onderzoek en de rapportage zorgvuldig te kunnen afronden, en het verbeterplan uit te werken is meer tijd nodig.

Ik verzoek u om uitstel voor de levering van de rapportage tot 16 oktober 2017.

Met vriendelijke groet,



Adviseur kwaliteit

Bereikbaar: [redacted]
 M: 06 [redacted]
 E: [redacted]@careyn.nl

meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl

[REDACTED]

Van: [REDACTED]@careyn.nl>
Verzonden: maandag 7 augustus 2017 13:54
Aan: _Dienstpostbus IGZ Utrecht
CC: _Dienstpostbus IGZ afdeling V&V team RT; [REDACTED]; Meerdink, Marco
Onderwerp: Reactie Careyn op conceptverslag bestuursgesprek 17-07-2017
(2017-2033170/V2001133 [REDACTED])
Bijlagen: Reactie Careyn op conceptverslag bestuursgesprek d.d. 17 juli 2017.pdf; V200133
2017-2033170 conceptverslag gesprek bestuursgesprek Careyn
17-07-2017.docx.pdf

Urgentie: Hoog

Geachte mevrouw [REDACTED]

Bijgaand ontvangt u onze reactie op het conceptverslag met kenmerk 2017-2033170/V2001133/[REDACTED]. Graag zien wij de genoemde wijzigingen verwerkt.
We zien het vastgestelde verslag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Bestuursadviseur



Careyn Nieuw Tamarinde, Neckardreef 6, 3562 CN Utrecht | Postbus 900, 3100 AX Schiedam | www.careyn.nl
[REDACTED]@careyn.nl | 06 - [REDACTED] | Afwezig: [REDACTED]

Opmerkingen n.a.v. conceptverslag bestuursgesprek d.d. 17 juli 2017

IGZ-kenmerk: 2017-2033170/V2001133

Opdracht RvT

....

Het is voor de heer Meerdink een bewuste keuze geweest om, per zijn aantreden op 1 juni 2017, naar de toekomst van de organisatie te kijken, en niet teveel terug te kijken.

Eerste indrukken van bestuurder

Ziekteverzuim

....

Careyn heeft een gemiddeld ziekteverzuim van ca 9%. Dit percentage wisselt per locatie; er zijn locaties die onder het landelijk gemiddelde liggen. Er zijn ook locaties waar het verzuim nu bijna 20% is. Dit hoge percentage is het gevolg van zelfsturing / professionele sturing volgens de heer Meerdink. Dit hoge percentage is mede het gevolg van een veel te rigoureuze implementatie van 'professionele sturing', waardoor medewerkers zich verlaten en ontheemd voelen.

Financiën

...

De heer Meerdink maakt duidelijk dat, inclusief-exclusief de extra middelen van VWS, het tekort van Careyn uitkomt op een aanzienlijk verlies van meer dan een tiental miljoen euro. Met de extra middelen zal het spannend worden of Careyn er in slaagt zwarte cijfers te schrijven. De redenen voor dit verlies zijn volgens de heer Meerdink onder meer het rekenen op basis van landelijke tendensen terwijl de realiteit bij Careyn anders is; Careyn kent een hoger verzuimcijfer, exploiteert een aantal verliesgevende KSW-locaties zoals bijvoorbeeld in de regio Utrecht-stad, De pilot van 10.2 g binnen Utrecht houdt bovendien een nieuwe ongunstige manier van aanbesteden in. en v Verder zijn er nog een aantal verlieslatende onderdelen zijn zoals Kraamzorg, gezondheidscentra en jeugdgezondheidszorg. Dit alles vraagt op termijn keuzes, die ook moeten gaan over onderdelen als jeugdgezondheidszorg en de gezondheidscentra, die minder goed in de portfolio passen.

Het kost de heer Meerdink veel een deel van de tijd en inspanning om medewerkers binnen de organisatie - en ook binnen de raad van toezicht - hiervan bewust te maken. Eerder zijn door de raad van bestuur vooral keuzes gemaakt te besparen binnen de overhead in de zorg.

...

Organisatie in ontwikkeling

Binnen de organisatie zijn ook positieve initiatieven, prestaties en ontwikkelingen. De VVAR heeft bijvoorbeeld een advies uitgebracht over de noodzaak om ook extramuraal kwaliteit een impuls te geven organisatie van de extramurale zorg. Door deze initiatieven en ontwikkelingen heeft de heer Meerdink toch een positief beeld voor de langere termijn.

...

Van: [redacted]
 Aan: [redacted]
 Onderwerp: T.a.v. de raad van bestuur. Inzake: bestuursgesprek 1 september 2017
 Datum: maandag 7 augustus 2017 15:32:44

Geachte raad van bestuur,

Op verzoek van mevrouw [redacted] inspecteur, plan ik een bestuursgesprek op **vrijdag 1 september 2017, tussen 09.3-12.00 uur.**

Locatie: Stadskantoor Utrecht.

De precieze invulling en agenda volgt binnenkort.

Dat wil zeggen: een gezamenlijk gesprek van maximaal 1,5-2 uur tussen de inspectie en de raad van bestuur en raad van toezicht **of** twee gesprekken van maximaal een uur tussen de inspectie en de raad van bestuur en de inspectie en de raad van toezicht.

De inspectie verwacht in ieder geval dat vanuit de raad van bestuur beide bestuurders en vanuit de raad van toezicht tenminste de voorzitter, plaatsvervangend voorzitter en de leden met financiële portefeuille en kwaliteitsportefeuille vertegenwoordigd zijn.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
 medewerker toezicht

Werkdagen: [redacted]

.....
Landelijk Meldingenoverleg Verpleging & Verzorging

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht

Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....
 T 088 [redacted]

F 088 [redacted]

<http://www.igz.nl>



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Careyn
T.a.v. de raad van bestuur
Neckardreef 6
3562 CN UTRECHT

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Infichtingen bij
mevrouw [redacted]
E meldpunt@igz.nl

Datum 7 augustus 2017
Onderwerp beëindiging onderzoek melding [redacted]

Ons kenmerk
2017- [redacted]

Uw kenmerk
17105 [redacted]

Uw brief
10 augustus 2017

Geachte raad van bestuur,

Op 10.2.d [redacted] ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg een melding van [redacted], naar aanleiding van 10.2.d, 10.2.e [redacted]

Deze melding is bij de inspectie geregistreerd onder nummer [redacted]

De inspectie verzocht u om bovenstaande melding te onderzoeken.

Op 17 juli 2017 ontving de inspectie uw onderzoeksrapportage.

Ter aanvulling op de rapportage heeft de inspectie op 31 juli 2017 telefonisch contact gehad met de locatieverantwoordelijke van Maria-oord, [redacted].

De inspectie besprak de rapportage en de aanvullende informatie op 4 augustus jl. in het Landelijk Meldingenoverleg van de afdeling Verpleging & Verzorging. Met deze brief informeren wij u over het besluit van de inspectie ten aanzien van de verdere behandeling van deze melding.

Besluit inspectie

De inspectie oordeelt op basis van de door u verstrekte rapportage en aanvullende informatie, dat u de melding zorgvuldig onderzocht heeft. De opgestelde verbetermaatregelen sluiten aan op de analyse en de conclusies van de onderzoekscommissie. Echter, plaatst de inspectie nog wel een kanttekening bij de rapportage. Dit kan van belang zijn voor interne verbeteringen bij Careyn.

De onderzoekscommissie constateert tekortkomingen in de zorgverlening aan de cliënt gedurende de nacht. Daarop is door de onderzoekscommissie aanbevolen om de betrokken medewerker aan te spreken op de door haar verleende zorg. Om haar moverende reden heeft Careyn deze aanbeveling niet opgenomen in het verbeterplan, zonder enige toelichting door de bestuurder.

De inspectie rekent erop dat u in het vervolg concreet aangeeft of, en op welke wijze u opvolging geeft aan de aanbevelingen van de onderzoekscommissie en wanneer de beoogde verbetereffecten naar vewachting bereikt zijn.



Gelet op bovenstaande en artikel 8.23 Uitvoeringsbesluit Wkkgz, sluit de inspectie deze melding af. Wij danken u voor de informatie.

Ons kenmerk
2017- [redacted]

Vragen

Datum
7 augustus 2017

De inspectie vertrouwt erop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd. Heeft u toch nog vragen, neem dan contact met ons op via het meldpunt. U kunt dan vragen naar mevrouw [redacted], inspecteur en behandelaar van deze melding. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 09.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar meldpunt@igz.nl. Vermeld daarbij het kenmerk van deze brief.

Hoogachtend,
namens het Landelijk Meldingenoverleg
afdeling Veroleging & Verzorging

[redacted]
mevrouw [redacted]
[redacted] inspecteur

Van: [redacted]
Verzonden: _Dienstpostbus IGZ LMO V&V
 woensdag 9 augustus 2017 13:34
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: dossiers ([redacted]).

Geachte mevrouw [redacted]

Hierbij bevestig ik de ontvangst van onderstaand bericht.

Wij gaan akkoord met uw verzoek tot uitstel voor het aanleveren van de rapportage en ontvangen de rapportage **graag uiterlijk 16 oktober 2017.**

Het betreft de meldingen [redacted] en 2 burgermeldingen van familie van gedupeerde cliënten.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
 medewerker toezicht

Werkdagen: [redacted]

.....
Landelijk Meldingenoverleg Verpleging & Verzorging

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht

Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....
 T 088 [redacted]

F 088 [redacted]

<http://www.igz.nl>

Dubbel met doc 191

Van: _Dienstpostbus IGZ afdeling V&V team RT
Verzonden: woensdag 9 augustus 2017 09:02
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Vastgesteld verslag bestuursgesprek 17 juli 2017
Bijlagen: V2001133 2017-2035631 aanbiedbrief bij vastgesteld verslag bestuursgesprek 17-07-2017.pdf; V2001133 2017-2035631 vastgesteld verslag gesprek bestuurder 17-07-2017.pdf

Geachte raad van bestuur,

Namens mevrouw [REDACTED] inspecteur, stuur ik u bijgaand een aanbiedbrief met het vastgestelde verslag van het bestuursgesprek op 17 juli 2017.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
medewerker toezicht

Werkdagen: [REDACTED]

.....
Landelijk Meldingenoverleg Verpleging & Verzorging
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht
 Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

T 088 [REDACTED]
 F 088 [REDACTED]
<http://www.igz.nl>



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn
T.a.v. de raad van bestuur
Neckardreef 6
3562 CN UTRECHT

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
mevrouw [redacted]
[redacted]@igz.nl

Datum: 9 augustus 2017
Onderwerp: vaststellen verslag gesprek bestuurder 17 juli 2017

Ons kenmerk
2017-
2035631/V2001133/[redacted]

Uw e-mail
7 augustus 2017

Bijlage
Vastgesteld verslag

Geachte heer Meerdink,

Op 17 juli 2017 heeft een bestuursgesprek plaatsgevonden tussen Stichting Careyn en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Naar aanleiding van dit gesprek heeft de IGZ u een conceptverslag toegestuurd op 2 augustus 2017. In de brief bij het verslag vroeg ik u in geval van vragen, opmerkingen en feitelijke onjuistheden uiterlijk 9 augustus 2017 te reageren.

Uw reactie is op 7 augustus 2017 in goede orde ontvangen. Het verslag is aangepast.

Het verslag is hiermee vastgesteld en treft u bijgaand aan.

Hoogachtend

[redacted]
mevrouw [redacted]
[redacted] inspecteur



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

verslag

Datum
9 augustus 2017

Ons kenmerk
2017-
2035631/V2001133

Omschrijving Vastgesteld verslag bestuursgesprek Careyn
Vergaderdatum en -tijd 17 juli 2017, 13.00-14.30 uur
Vergaderplaats Careyn, bestuursbureau locatie 'Nieuw Tamarinde', Utrecht

Aanwezig

Namens Stichting Careyn:

De heer M. Meerdink, voorzitter raad van bestuur

Namens de Inspectie voor de Gezondheidszorg:

Mevrouw [redacted] inspecteur;

Mevrouw [redacted] inspecteur;

Mevrouw [redacted], notulist.

Kennismaking

Het overleg start met een wederzijdse kennismaking. De heer Meerdink is recent, per 1 juni van dit jaar, als voorzitter van de raad van bestuur van Careyn aangetreden. De heer Meerdink heeft een medische achtergrond en is voordien lange tijd binnen diverse zorgorganisaties werkzaam geweest, ondermeer als bestuurder bij Espria. Het laatste jaar is hij beschikbaar geweest als zelfstandig adviseur.

Opdracht RvT

In de profielschets van de vacature voor de nieuwe voorzitter raad van bestuur werd genoemd dat de kandidaat het vertrouwen van de buitenwereld terug moet winnen, een nieuwe organisatiestructuur moet opzetten en er voor moet zorgen dat de kwaliteit en financiën gezond worden en blijven.

Tijdens de sollicitatiegesprekken die de heer Meerdink voerde is aangegeven dat Careyn in 'zwaar weer' zit, waarbij vooral gewezen werd op de aanwijzing van de inspectie. Het is voor de heer Meerdink een bewuste keuze geweest om, per zijn aantreden op 1 juni 2017, naar de toekomst van de organisatie te kijken en niet teveel terug te kijken.

Ondertussen is de wervingsprocedure voor een tweede bestuurder/CFO concreet opgestart. Careyn streeft er naar dat per 1 december 2017 een geschikte kandidaat kan starten; de huidige arbeidsmarkt voor potentiële (CFO-) kandidaten maakt invulling van deze vacature waarschijnlijk wel lastiger.

Eerste indrukken van bestuurder*Eigenaarschap*

Inmiddels heeft de heer Meerdink de meeste Careyn-locaties bezocht en noemt Careyn een organisatie met een tekort aan eigenaarschap ('het is niet ons probleem, het gebeurt ergens anders ook'). Medewerkers zijn niet gewend elkaar aan te spreken. De heer Meerdink heeft dit recent doorbroken door intern - en vooruitlopend op het nieuwe beleid - een dienstopdracht uit te geven op het gebied van medicatieveiligheid. Uit ontvangen reacties blijkt dat medewerkers niet gewend zijn aan een dergelijke aanwijzing; er waren niet alleen positieve reacties.

Ziekteverzuim

Careyn heeft een gemiddeld ziekteverzuim van ca 9%. Dit percentage wisselt per locatie; er zijn locaties die onder het landelijk gemiddelde liggen. Er zijn ook locaties waar het verzuim nu bijna 20% is. Dit hoge percentage is volgens de bestuurder mede het gevolg van een veel te rigoureuze implementatie van "professionele sturing", waardoor medewerkers zich verlaten en ontheemd voelen.

Financiën

De financiële problemen binnen Careyn zijn nog niet opgelost.

Eerder is de inspectie door de bestuurder a.i. (de heer Luik) in grote lijnen op de hoogte gebracht over de kritische financiële positie van Careyn. De inspectie heeft vooral zorgen over de consequenties van tekorten op (het verbeteren van) de kwaliteit van zorg.

De heer Meerdink maakt duidelijk dat, exclusief de extra middelen van VWS, het tekort van Careyn uitkomt op een aanzienlijk verlies van meer dan een tiental miljoen euro. Met de extra middelen zal het volgens de bestuurder spannend worden of Careyn er in slaagt zwarte cijfers te schrijven. De redenen voor dit verlies zijn volgens de heer Meerdink onder meer het rekenen op basis van landelijke tendensen terwijl de realiteit bij Careyn anders is; Careyn kent een hoger verzuimcijfer, exploiteert een aantal verliesgevende KSW-locaties zoals bijvoorbeeld in de regio Utrecht-stad. De pilot van 10.2.g binnen Utrecht houdt bovendien een nieuwe ongunstige manier van aanbesteden in. Verder is er nog een aantal verlieslatende onderdelen zijn zoals Kraamzorg. Dit alles vraagt op termijn keuzes denkt de bestuurder. Die moeten ook gaan over onderdelen als jeugdgezondheidszorg en de gezondheidscentra, die minder goed in de portfolio passen.

Het kost de heer Meerdink tijd en inspanning om medewerkers binnen de organisatie - en ook binnen de raad van toezicht - hiervan bewust te maken. Eerder zijn door de raad van bestuur vooral keuzes gemaakt te besparen binnen de overhead in de zorg. Minder is gekeken naar de mogelijkheden voor besparing binnen andere onderdelen van de organisatie. Verder zijn er door de omstandigheden op dit moment veel interim-functionarissen bij Careyn; ook op dat punt kan bespaard worden, denkt de bestuurder. Desalniettemin zal volgens de bestuurder het actief terugdringen van ziekteverzuim bij Careyn verreweg de grootste besparing kunnen opleveren.

Organisatie in ontwikkeling

Binnen de organisatie zijn ook positieve initiatieven, prestaties en ontwikkelingen. De VVAR heeft bijvoorbeeld advies uitgebracht over de noodzaak om ook

extramuraal de kwaliteit een impuls te geven. Door deze initiatieven en andere ontwikkelingen heeft de heer Meerdink toch een positief beeld voor de langere termijn. Hij realiseert zich dat structurele veranderingen niet op korte termijn te realiseren zijn. Half september 2017 is het nieuwe plan van aanpak met daarin een voorstel voor een nieuwe organisatiestructuur gereed.

Aanwijzing

De heer Meerdink heeft de aanwijzing met bevindingen en conclusies bij zijn aantreden in juni 2017 gelezen. Op 7 augustus 2017 loopt de aanwijzing af en daarna toetst de inspectie de verbeteringen aan de hand van een aantal inspectiebezoeken. Vooruitlopend op deze inspectiebezoeken, geeft de heer Meerdink aan dat de inspectie verbeteringen gaat zien, maar dat Careyn organisatiebreed nog niet zal voldoen aan de vereiste verbeteringen uit de aanwijzing. Tegelijk spreekt de heer Meerdink de hoop uit dat de inspectie de gerealiseerde positieve veranderingen, waarop medewerkers met recht trots mogen zijn, niet over het hoofd gaat zien en weet te waarderen. Het door de inspectie opgevraagde resultaatverslag is intern door de heer Meerdink in een conceptversie ingezien en door hem als niet-transparant genoeg beoordeeld; hij heeft opdracht gegeven het verslag realistisch op te stellen.

Vervolg bij einde verbetertermijn aanwijzing

Het verrast de inspectie niet dat Careyn per 8 augustus 2017 niet zal voldoen aan de aanwijzing. Dit was ook aangegeven door de raad van bestuur tijdens de informatiedag op 19 april jl. De inspectie beraadt zich momenteel hoe zij de toetsing van de aanwijzing gaat invullen met bijvoorbeeld dergelijke voorkennis. Verder compliceren de wisselingen in de raad van bestuur (het beoordelen van Goed Bestuur als onderdeel van de aanwijzing).

De heer Meerdink verzoekt de inspectie om de raad van bestuur van Careyn mee te nemen binnen het communicatietraject naar aanleiding van de bevindingen en het vervolg van de aanwijzing.

De inspectie benadrukt dat in het natraject van de aankomende toetsing, een voorlopig besluit¹ over een maatregel altijd eerst wordt voorgelegd aan de raad van bestuur; Careyn krijgt gelegenheid om haar zienswijze kenbaar te maken. Die zienswijze gaat de inspectie vervolgens (mee)wegen ten behoeve van haar definitieve besluit.

De heer Meerdink schat in dat langere betrokkenheid van de inspectie de organisatie kan helpen om benodigde kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

Meldingen

De inspectie vraagt naar de kans dat calamiteiten, zoals recent in Grootenhoek en De Plantage, zich kunnen herhalen. De heer Meerdink acht die kans op dit moment nog niet uitgesloten. Zo heeft Careyn bijvoorbeeld nog afgelopen vrijdag een melding gedaan van een calamiteit bij De Zes Rozen in Spijkenisse. Dit betrof 10.2.d Veel heeft te maken met de huidige in- en exclusiecriteria in relatie tot de deskundigheid van personeel. De heer Meerdink tracht hierin stappen te zetten met duidelijke afspraken maar in zo'n grote organisatie als Careyn is dat niet snel gerealiseerd.

¹ Wanneer niet is voldaan aan de aanwijzing, betreft dit - in de regel - het voornemen tot het opleggen van Last onder Dwangsom, voorafgegaan door een begunstigingstermijn.

Vestigingsplaats

Op papier is Schiedam het hoofdkantoor van Careyn. Hier zijn in concreto ondersteunende diensten gevestigd zoals ict, administratie en servicebureau. Post via het postbusnummer kan dagenlang onderweg zijn. Als postadres is het efficiënter het vestigingsadres van deze locatie in Utrecht aan te houden.

Afronding gesprek

De inspectie bedankt de heer Meerdink voor de openheid van het gesprek.



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn
T.a.v. de raad van bestuur,
Postbus 900
3100 AX SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.lgz.nl

Inlichtingen bij

@lgz.nl

Datum 23 augustus 2017
Onderwerp sluiten burgermelding Careyn Thuiszorg

Ons kenmerk
2017-

Geachte raad van bestuur,

Op 10.2.d ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg een melding via het Landelijk Meldpunt Zorg van [redacted].

[redacted] informeert de inspectie over tekortschietende zorgverlening [redacted] door Careyn Thuiszorg.

10.2.d [redacted] diende hierover op 1 mei

2017 ook een klacht in bij Careyn.

De inspectie besprak en beoordeelde deze melding met aanvullende informatie van [redacted] op 24 juli 2017 in het meldingenoverleg van de afdeling Verpleging & Verzorging. Met deze brief informeren wij u over het oordeel en besluit van de inspectie over de behandeling van de melding.

Oordeel en besluit inspectie

De inspectie hoorde vanuit het gesprek dat zij had met de melder, dat Careyn de klacht reeds onderzocht en verbeteracties uitvoerde. Careyn betrok [redacted] hierbij, middels enkele gesprekken. De melder sprak haar tevredenheid uit over de behandeling van haar klacht door Careyn.

De inspectie oordeelt op basis hiervan dat Careyn de melding niet opnieuw hoeft te onderzoeken. Wel wenst de inspectie inzicht te krijgen in de resultaten van de genoemde verbeteracties.

De inspectie verwacht de resultaten van de door u uitgevoerde verbeteracties naar aanleiding van de klacht van [redacted], uiterlijk **25 september 2017** te ontvangen op bovenstaand adres.

Na ontvangst van het resultaatsverslag sluit de inspectie de melding conform artikel 8.23 Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

De melder heeft inmiddels bericht ontvangen dat de inspectie haar melding sluit.

Vragen

Heeft u nog vragen, neem dan contact met ons op via het meldpunt. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 9.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar meldpunt@igz.nl, onder vermelding van het registratienummer van uw melding.

Ons kenmerk
2017-

Datum
23 augustus 2017

Hoogachtend,
namens het Landelijk Meldpunt
afdeling Verpleging & Verzorging

mevrouw [redacted]
[redacted] inspecteur

Bericht medewerkers

Dag allen,

Wij zijn geschrokken van het artikel dat op zaterdag 12 augustus in het Algemeen Dagblad is verschenen en de manier waarop daarin een zeer eenzijdig beeld van onze organisatie wordt neergezet. Wij nemen afstand van dat beeld.

We weten allemaal dat Careyn het moeilijk heeft. Zowel om de kwaliteit van zorg op orde te krijgen als om financieel weer gezond te worden. Dat is een hard gevecht. Ikzelf ben in juni gestart omdat ik geloof dat we dat gevecht gaan winnen. Ik ben inmiddels op vrijwel alle locaties en bij meerdere thuiszorgteams op bezoek geweest. En ik ben, gelukkig, gesterkt in mijn overtuiging. Er wordt door gemotiveerde mensen hard gewerkt en niet zonder succes. Natuurlijk, en begrijpelijk, is er ook boosheid en verdriet. Maar voor onze cliënten wordt er keihard gewerkt. Dat geeft mij energie om er ook keihard voor te knokken. Samen met het hele directieteam.

In de ondernemingsraad, in de cliëntenraad, in de VVAR en op vele andere plaatsen wordt constructief kritisch meegedacht. Dank daarvoor! De brief van de VVAR, waaruit het AD citeert, is voor mij een blijk van betrokkenheid en van bezorgdheid. De betrokkenheid waardeer ik zeer. De bezorgdheid deel ik en onderstreept dat het een moeilijke opgave is waarvoor wij staan.

Wij zijn volstrekt open naar de belangrijke externe stakeholders. Zo zijn het Ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de zorgkantoren, zorgverzekeraars en de bank allemaal op de hoogte van onze grote uitdaging. En waar dat kan denken zij met ons mee en proberen waar mogelijk te helpen. Denk aan de extra gelden van VWS en aan de inzet van Waardigheid en Trots. Dat is geweldig!

Het artikel doet vermoeden dat de komende maand beslissend is voor ons voortbestaan. Dat is beslist niet zo. Welke uitspraak de inspectie in september over ons zal doen, weten wij niet. Er is veel verbeterd binnen Careyn, maar zelf hebben we de IGZ geschreven dat we er nog niet zijn.

In het najaar zullen wij onze plannen en de doorrekening daarvan met de bank bespreken en met hen nieuwe afspraken maken over de toekomst. Hoe de plannen er uit zien wordt in de komende periode duidelijk. Ook hier geldt dat de ondernemings- en cliëntenraad met ons meedenken.

We zijn er nog niet, maar de steun en de eerste tekenen van herstel zijn bemoedigend. Natuurlijk hebben we nog een behoorlijke weg te gaan. Maar dit geeft ons het vertrouwen om vol energie door te gaan met het zekerstellen van de toekomst van deze mooie organisatie in het belang van iedereen.

Wij houden jullie van de toekomstige ontwikkelingen op de hoogte. Heb je vragen, meld die dan bij jouw leidinggevende. Krijg je vragen van media, dan kun je die doorgeven aan het bestuurssecretariaat (T 030 [REDACTED] / [REDACTED]@careyn.nl)

Vriendelijke groet,
Namens het directieteam

Marco Meerdink
Voorzitter

Van: [redacted]@careyn.nl>
Verzonden: zaterdag 12 augustus 2017 17:33
Aan: [redacted]
CC: Meerdink, Marco
Onderwerp: interne berichtgeving
Bijlagen: Bericht medewerkers AD 12082017.pdf

Geachte dames [redacted],

Bijgaand ter informatie (zoals door Marco Meerdink toegezegd) het intern statement voor de medewerkers.

Hartelijke groet,

[redacted]

=====

[redacted]
 Bestuurssecretaris Careyn

Neckardreef 6
 3562 CN Utrecht
 T (intern) [redacted]
 T (extern) 030 [redacted]
 M 06 [redacted]

Postadres:
 Postbus 900
 3100 AX Schiedam



Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl

[REDACTED]

Van: Meerdink, Marco <[REDACTED]@careyn.nl>
Verzonden: zaterdag 12 augustus 2017 17:31
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: AD

geachte dames,

Zojuist heeft u ter informatie het extern statement van Careyn n.a.v. het artikel in het AD van vandaag ontvangen. U ontvangt ook nog het intern statement, zoals dat zojuist op ons intranet is geplaatst. Zodoende heeft u dezelfde informatie als onze medewerkers.

Wij vinden het uiteraard erg ongelukkig dat dit gebeurt en dan juist nu. Hopelijk stoort het uw werkzaamheden bij ons niet te zeer. Uiteraard ben ik graag bereid u persoonlijk te woord te staan indien u dat wenst.

Met vriendelijke groet,

Marco Meerdink
Voorzitter Raad van Bestuur Careyn.

Verstuurd vanaf mijn iPad

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl <<http://www.careyn.nl>>



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn,
Bestaande uit Aveant B.V. en Zuwe Zorg B.V.
en Careyn Zuid-Hollandse eilanden B.V.
en Careyn DWO/NWN B.V.
T.a.v de raad van bestuur
's-Gravelandeweg 290-322
3125 BK SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
mevrouw [redacted]
ri.utrecht@igz.nl

Ons kenmerk
2017-

2040033/V2001773/[redacted]

Bijlage
Conceptrapport

Datum 23 augustus 2017
Onderwerp inspectiebezoeken augustus 2017

Geachte bestuurder,

Tussen 9 en 15 augustus 2017 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg zes inspectiebezoeken aan Stichting Careyn. Doel van de bezoeken was het toetsen of Careyn de aanwijzing conform de brief d.d. 7 november 2016 (kenmerk 2016-1346122/V1012504/[redacted]), heeft nageleefd. De inspectie bezocht de volgende locaties:

- Op 9 augustus: Zorgcentrum Swellengrebel (kenmerk: V2001757)
- Op 9 augustus: Careyn Torenhoeve (kenmerk: V2001770)
- Op 11 augustus: Careyn De Plantage (kenmerk: V2001772)
- Op 11 augustus: Careyn, De Warande (kenmerk: V2001773)
- Op 15 augustus: Careyn locatie Woerdblok (kenmerk: V2001776)
- Op 15 augustus: Careyn Snavelenburg (kenmerk: V2001779)

Deze inspectiebezoeken zijn gebracht door een team van vier inspecteurs, per tweetal in wisselende samenstelling. Het team bestond uit:

mevrouw [redacted] inspecteur,
mevrouw [redacted] inspecteur, de heer [redacted],
[redacted] inspecteur en ondergetekende.

Hierbij ontvangt u de conceptversies van de inspectiebevindingen van die bezoeken; nog zonder de beoordelingen van de inspectie (locatie voldoet wel/niet aan aspect aanwijzing)

Als u feitelijke onjuistheden in deze documenten aantreft of als u naar aanleiding van de documenten nog vragen of opmerkingen heeft, dan kunt u dit melden. De inspectie ontvangt uw reactie graag schriftelijk, via ri.utrecht@igz.nl en in cc aan vvrt@igz.nl onder vermelding van naam met bijbehorend kenmerk, **uiterlijk binnen vijf dagen na ontvangst van deze brief**, ter attentie van ondergetekende. Een eerdere reactie kan natuurlijk ook.



Na ontvangst van uw reactie, of wanneer de inspectie binnen de gestelde termijn geen reactie van u heeft ontvangen, stelt de inspectie de inspectiebevindingen vast.

U ontvangt zo spoedig mogelijk de versies met de vastgestelde bevindingen, voorzien van een beoordeling van de inspectie, retour. Naar verwachting kan dat binnen maximaal twee dagen.

Ons kenmerk

2017-
2040033/V2001773/

Datum

23 augustus 2017

De vastgestelde bevindingen neemt de inspectie over in (een hoofdstuk van) het inspectierapport over de naleving van de aanwijzing door Stichting Careyn. Naar verwachting ontvangt u dit rapport in de tweede helft van september.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt door plaatsing op igz.nl/rapporten.

Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op igz.nl/onderwerpen.

De inspectie stuurt de conceptversies van de inspectiebevindingen naar de raad van bestuur. Ik verzoek u deze documenten aan de betreffende gesprekspartners/medewerkers te laten lezen.

Ik bedank u en uw medewerkers voor de open en constructieve wijze waarop met de inspectie van gedachten is gewisseld.

Hoogachtend

mevrouw
inspecteur



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Conceptbevindingen van het inspectiebezoek
aan Stichting Careyn,
Careyn De Plantage
in Brielle op 11 augustus 2017

Utrecht, augustus 2017

V2001757

1 (Conceptversie) Inspectiebevindingen locaties Careyn tussen 9-15 augustus 2017

Met verschillende inspectiebezoeken toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) of bij Stichting Careyn (hierna: Careyn) de aanwijzing¹ van de inspectie d.d. 7 november 2016, organisatiebreed is nageleefd binnen de gestelde termijn. Op drie verschillende dagen bracht de inspectie zes onaangekondigde bezoeken aan Careyn-locaties, verspreid over de vier districten bij Careyn.

De inspectie bezocht zes locaties van Careyn op 9, 11 en 15 augustus 2017

Hierna beschrijft de inspectie haar bevindingen bij het betreffende locatiebezoek.

Per paragraaf beschrijft de inspectie, per onderdeel van de aanwijzing d.d. 7 november 2017, hoe de inspectie de geleverde zorg heeft beoordeeld na het verstrijken van de gestelde verbetertermijn op 8 augustus 2017.

De conceptversie met inspectiebevindingen bevat nog niet de beoordeling van de inspectie per onderdeel van de aanwijzing. Deze beoordelingen volgen in de vast te stellen versie, nadat correctie van eventuele feitelijke onjuistheden in beschreven (concept)bevindingen heeft plaatsgehad.

¹ <http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.pdf>

1.1 BEVINDINGEN Locatiebezoek De Plantage d.d. 11-8-2017

Op 9 augustus 2017 heeft de inspectie bij Careyn haar locatie 'De Plantage' bezocht. Binnen Careyn valt deze locatie in het district Zuid-Hollandse Eilanden/Brabant (ZHEbra).

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met 6 uitvoerende medewerkers van 3 afdelingen;
- Gesprekken met 2 behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- 5 Cliëntdossiers van 3 afdelingen;
- Documenten, genoemd in bijlage 4;
- Een rondgang door over 3 afdelingencombinaties.

1.1.1 Naleving Cliëntdossier

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de elektronische cliëntdossiers (bij Careyn elektronisch zorgdossier genoemd, verder: EZD). In het vernieuwde EZD zijn onder meer de doelen in het zorgleefplan ge-update en terugbracht tot een overzichtelijk aantal. De vernieuwde versie is sinds eind maart beschikbaar. Deze is meer gebruiksvriendelijk voor de zorgverleners. Bij de juiste toepassing genereert de vernieuwde versie bijvoorbeeld automatisch, op basis van de actuele zorgbehoeften van cliënten, aandachtspunten voor de zorg en behandeling.

Verder beschikt Careyn over een stappenplan om het fysieke dossier te laten verdwijnen. Een belangrijke maatregel daartoe is het werken op tablets. Hiermee heeft iedere zorgverlener tijdens de zorg een actueel overzicht bij zich van de zorgafspraken.

a) Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier;

Tijdens de rondgang, het raadplegen van vijf cliëntendossiers, diverse documenten en in gesprekken met zorgverleners en cliënten constateert de inspectie het volgende:

De laatste maanden voorafgaand aan het inspectiebezoek, past de verzorging het vernieuwde EZD systeem toe zodra zorgverleners het zorgleefplan voor een cliënt multidisciplinair evalueren. Inmiddels is dit voor bijna alle cliënten in De Plantage gebeurd. De eerst verantwoordelijke verzorgenden (verder: EVV) kregen instructies over de toepassing van de vernieuwde versie.

De cliëntdossiers die de inspectie inzag, bevatten op onderdelen nog hiaten.

De inspectie mist in meerdere cliëntdossiers adequate rapportage en samenhang (zie hiervoor norm c).

Bij dossierinzage ziet de inspectie dat vier van de vijf EZD's relevante formulieren bevatten voor het geldende, vernieuwde EZD.

Bij dossierinzage ziet de inspectie in één van de vijf EZD's (via een overzicht met de compleetheidcheck) dat zorgverleners een verouderd formulier voor risico-inventarisatie toegepast hebben. Tevens ontbreken enkele andere formulieren.

EVV'ers en de kwaliteitverpleegkundigen kunnen de checkfunctie gebruiken voor (zelf) controle. Met deze checkfunctie is te zien of alle benodigde formulieren aanwezig zijn in het EZD.

Bij dossierinzage ziet de inspectie in vier van de vijf EZD's informatie over het welzijn en de zorgbehoefte van cliënten. Relevante zorgrisico's zijn in alle of vier dossiers beschreven en het EZD bevat een vastgesteld zorgleefplan. De inspectie ziet in alle nagekeken dossiers de opdrachten van behandel disciplines. Bijvoorbeeld in een transferplan. Verder constateert de

inspectie dat in het EZD een bijgewerkt elektronische formulier "Afspraak is Afspraak" aanwezig is.

De zorgverleners in De Plantage maken nagenoeg geen gebruik meer van papieren formulieren. In notulen van werkoverleg leest de inspectie duidelijke instructies om formulieren niet meer uit te printen en deze van de afdeling te verwijderen. Zo voorkomt de plantage dat zorgverleners werken aan de hand van verouderde informatie over de zorg.

Bij de rondgang ziet de inspectie dat zorgverleners tablets gebruiken voor rapportage en het raadplegen van zorginstructies. Op één afdeling treft de inspectie per cliënt een mapje met enkele (actuele) aantekeningen voor de ADL-zorg en (geldende) transferafspraken. De zorgverleners vertellen hierover dat zij de mapjes nog nauwelijks nodig hebben. Dit komt omdat de tablets beter functioneren met de aangepaste netwerkverbinding. Zorgverleners gebruiken de tablets nu dagelijks.

In de resultaatrapportage van Careyn staat dat met het gebruik van de takenfunctie in het EZD, de specifieke taken gedurende een week onder de aandacht komen bij de zorgverlener. Zorgverleners zien deze functie nog niet in gebruik.

- b) *Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters, plus via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

Een zorgverlener vertelt dat Careyn voor haar eigen uitzendkrachten van bureau DuoZorg Uitzendbureau B.V. (verder: DuoZorg) een account maakt. Hiermee kunnen de uitzendkrachten van Careyn inloggen in het cliëntdossier. Zo kunnen zij de rapportages lezen en maken op een tablet.

Voor uitzendkrachten van een ander bureau dan DuoZorg, die een langere periode komen helpen, regelen de zorgverleners ook een inlogcode. Zorgverleners hebben hiervoor instructies ontvangen. Die instructies zijn bekend en de inspectie ziet de instructies ook op prikborden hangen. Een aantal van deze groep uitzendkrachten zijn maar enkele dagen op de afdeling. In die situaties werken de vaste medewerkers met deze uitzendkracht samen en geven instructies over de cliëntenzorg. De uitzendkracht rapporteert vervolgens mondeling aan de vaste zorgverlener(s) terug. De vaste zorgverlener rapporteert daarna de bijzonderheden die zij van de uitzendkrachten vernemen in het EZD.

Naast de uitzendkrachten via DuoZorg of een ander bureau, maakt De Plantage ook nog gebruik van een groep eigen (vaste) oproepkrachten; zij hebben bij aanstelling een account gekregen waarmee ze kunnen inloggen en het EZD en zijn gemachtigd om te lezen en te rapporteren.

In notulen van werkoverleg leest de inspectie dat het onderwerp is besproken in de teams.

- c) *Ieder cliëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling;*

Naar aanleiding van de raadpleging van vijf cliëntendossiers, de gesprekken met zorgverleners en de eigen observaties constateert de inspectie het volgende:

Zorgverleners rapporteren bijna dagelijks over de cliënten. Echter, er is niet iedere week op alle doelen gerapporteerd en ook niet altijd volgens de SOAP-instructie van Careyn. De rapportage gaat meestal over de ADL-zorg of het (onrustige) gedrag van de cliënt. De informatie over hoe zorgverleners bijvoorbeeld het gedrag in positieve zin proberen te beïnvloeden, ontbreekt veelal.

Verder ziet de inspectie dat zorgverleners wel over opdrachten van behandeldisciplines rapporteren. Zo levert een verzoek tot observatie van stemming, concrete informatie op in de dagrapportages.

In De Plantage verblijven ook speciale cliëntgroepen met complex gedrag. De rol en de betrokkenheid van de psycholoog is in de EZD's wisselend navolgbaar. Benaderingsplannen ontbreken soms in het EZD. Zo vond bijvoorbeeld het multidisciplinaire team op 24 juli jl. een benaderingsplan nodig. Op 11 augustus jl. blijkt uit het dossier niet dat hier aan gewerkt is. Ondertussen beschikken zorgverleners niet over handvatten om de cliëntsituatie gepast te beïnvloeden.

Naast het voorgaande ziet de inspectie ook dat zorgverleners inmiddels de Groninger Welzijns Indicator (hierna: GWI) toepassen en aanvullen met informatie over de vier levensdomeinen. Zo worden de wensen en behoeften van cliënten in De Plantage halfjaarlijks opnieuw gepeild. Bij steekproeven ziet de inspectie dat zorgverleners de geïnventariseerde aandachtspunten uit de GWI en de risico-inventarisatie, grotendeels vertalen in actuele doelen van het zorgleefplan.

De inspectie merkt wel op dat zorgverleners de levensgeschiedenis niet of kort beschrijven. Bijvoorbeeld ontbreekt bij meerdere cliënten met beperkingen in cognitie en communicatie de informatie over wat zij tijdens hun werkzame leven deden of hoe de relatie met hun naasten was.

Ook sluiten de '*Afspraak is Afspraak*formulieren' in de regel aan bij de doelen in het zorgleefplan. De inspectie stelt vast dat aanpassingen plaatsvinden vlak nadat het zorgleefplan besproken is, of zoveel vaker als belangrijk is.

Gesprekpartners vertellen dat de cliënt of de cliëntvertegenwoordiger bij het MDO aanwezig zijn. De Plantage evalueert in dit overleg de zorg en stelt ook zorgleefplannen vast. Een zorgverlener vertelt dat de psycholoog en de welzijnsmedewerker vaak bij evaluaties van zorg en behandeling aanwezig zijn. Wie feitelijk bij het MDO aanwezig is, stemmen de aanwezige behandeldisciplines af met de zorgverleners tijdens het ingestelde Keek-op-de-Week-overleg in De Plantage.

Tevens verneemt de inspectie dat de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundig specialist de dag gezamenlijk starten met overleg voor onderlinge afstemming en supervisie.

1.1.2 **Naleving 'deskundigheid en inzet zorgverleners'**

- d) *Careyn voorziet zich zodanig van personele middelen (zowel kwantitatief als kwalitatief) dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede en passende zorg;*

Op basis van de rondgang over de locatie, in combinatie met inzage in documenten en gevoerde gesprekken blijkt het volgende.

In De Plantage verblijven in totaal 150 cliënten. Op enkele afdelingen verblijven cliënten met een niet aangeboren hersenletsel (NAH). Op andere afdelingen verblijven cliënten waarbij de lichamelijke beperking en/of de dementie voorop staat.

De Plantage heeft voor de zorgverlening aan deze cliënten, per eind juli 2017, bijna 103 fte beschikbaar. Zorgverleners vertellen dat deze formatie toereikend is voor de basiszorg. De Plantage vangt de ongeveer 2,5 fte vacatureruimte voorlopig op met invallers. Gesprekspartners vertellen dat dit lukt.

Op de meeste afdelingen werkt een Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP). Deze zorgverlener heeft een speciale taak binnen het team, zoals het signaleren van zorgbehoefte en voorbeeldgedrag uitdragen. In de dagelijkse praktijk let de GVP op het werken volgens richtlijnen en afspraken. Op andere afdelingen verwacht het management deze taak van bijvoorbeeld de verpleegkundige.

De formatie in het behandelteam is bijna elf fte. De vakgroep SO heeft geen vacatures. Naast de al aanwezige basispsycholoog, nam De Plantage onlangs een GZ-psycholoog in dienst. De ingangsdatum kent de inspectie niet; op de bezoeken was deze nog niet begonnen.

Het ziekteverzuim in De Plantage daalt en is in juli 2017 7,3%.

Het jaargemiddelde is eind juli 2017 7,9% terwijl dit per 1 mei jl. nog 8,3% was.

De kwaliteitverpleegkundige bewaakt de balans tussen enerzijds de kwaliteit en de draagkracht van teams en anderzijds de zorgzwaarte op een afdeling. Hiervoor past zij onder andere de nieuwe vastgestelde in- en exclusiecriteria (psychiatrische problematiek, complexe verpleegtechnische zorgbehoefte, alcoholverslaving en agressieproblemen) toe.

Het beleid rond professionele sturing² is in De Plantage op een aantal punten aangepast de afgelopen periode. De locatieverantwoordelijke heeft taken zoals roosteren en werving en selectie weg gehaald bij de teams. Nu kunnen teamleden zich focussen en bekwamen op het bieden van deskundige zorg. Hierbij horen wel taken zoals deelname aan de MIC-commissie. Verder heeft de Plantage nu één zorgverlener die de taak heeft om voor alle afdelingen het rooster te maken. De cursus gezond roosteren geeft daarvoor de basis. De roosteraar nam deel aan deze instructiecursus.

Ook moedigt de locatieverantwoordelijke het lidmaatschap van V&VN actief aan en maakt dit mogelijk voor de zorgverleners.

Coaches van W&T bespreken periodiek met teamleden de onderlinge taakverdeling.

De locatieverantwoordelijke stuurt samen met de kwaliteitverpleegkundigen sterk op controle en verbetering van kwaliteit.

De kwaliteitverpleegkundigen hebben een (over)volle agenda constateert de inspectie. In de notulen van één werkoverleg staan aanwijzingen dat deze volle agenda de laagdrempeligheid waarmee de kwaliteitverpleegkundige benaderd moet kunnen worden, nadelig beïnvloedt. De kwaliteitverpleegkundige is ook voorzitter van de MDO's voor cliënten van de afdelingen waaraan de kwaliteitverpleegkundige verbonden is. Op die manier draagt de kwaliteitsverpleegkundige bij aan de borging van de methodische cyclus van evaluatie en bijstellen van zorgplannen

De Plantage heeft een scholingsplan om de deskundigheid van zorgverleners op peil te brengen en te houden. Ten tijde van de bezoeken is 62% van de totale groep zorgverleners (ongeveer 125) volgens het scholingsplan bij/nageschoold.

Alle medewerkers volgen verplicht scholingen in verband met de doelgroepen op de locatie. Binnen het aanbod zit ook de ABC training om te leren reageren op onbegrepen gedrag. Ook agressie- en weerbaarheidstrainingen vinden plaats of zijn gepland.

De bij/nascholing rond voorbehouden en risicovolle handelingen (VRH) is, conform het verbeterplan van De Plantage geïntensiveerd. Er is voor alle zorgverleners van De Plantage een e-learningtraject. Zorgverleners moeten dit via het leerportaal volgen. Daarna volgt een praktijktoets. Uit overzichten blijkt dat op de bezoeken 12% van de zorgverleners (vijftien personen) vanaf niveau 3 niet navolgbaar bekwaam is tot het verrichten van veelvoorkomende verpleegtechnische handelingen in een verpleeghuis. Zorgverleners hebben in De Plantage een eigen verantwoordelijkheid in het bekwaam zijn voor de handelingen die zij verrichten. De roosteraar gaat er echter vanuit dat iedereen ingezet kan worden en houdt bij het maken van roosters geen rekening met een mogelijk verschil in bekwaamheid tussen zorgverleners. Dit punt heeft de aandacht van het management. De locatieverantwoordelijke vertelt dat betrokkenen uitdrukkelijk op restricties bij verpleegtechnisch handelen zijn geweest. De klinische lessen zijn in 2017 niet van de grond gekomen volgens het verbeterplan 2017.

In documenten ziet de inspectie verder dat Careyn ook de invallers via DuoZorg betreft bij het programma voor deskundigheidsbevordering. Zij hebben eveneens toegang tot het elektronisch

² Professionele Sturing is de door Careyn gekozen benaming voor het organisatiebeleid/sturingsmodel dat vanaf 2015 geldt bij Careyn. De strekking komt overeen met wat meestal met 'zelfsturende teams' bedoeld is.

leerportaal; toetsingen van e-learnings zijn volgens plan voor het einde van 2017 klaar. Ook de invallers kunnen zich inschrijven bij V&VN.

- e) *Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters, plus via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

De werkdruk en werklast zijn acceptabel vertellen zorgverleners tijdens de rondgang. Het rooster (bijvoorbeeld van de laatste week) toont een stabiele avond en nachtbezetting; op sommige afdelingen wisselt de beschikbare dagbezetting. Dit moet dan aangevuld met flexmedewerkers via het uitzendbureau of de invalpool.

In De Plantage is één roosteraar. De 'inzetberekenaar' van Careyn geeft de roosteraar houvast voor de planning. Iedere afdeling (met twee teams) krijgt de inzet van zorguren toegewezen. Deze inzetberekenaar vertaalt de actuele zorgzwaarte van de cliënten naar in te zetten uren zorgpersoneel per week.

Standaard kan de planner rekening houden met een deel dat gereserveerd is voor flexmedewerkers (uitzendkrachten, oproepkrachten en/of via meeruren van vaste medewerkers). Ook houdt de roosteraar rekening met de afspraak dat in teams en/of afdelingen altijd een verpleegkundige of vaste zorgverlener (niveau3) aanwezig is. Bovendien wil De Plantage dag en nacht altijd een verpleegkundige in huis aanwezig hebben.

Uit rooster- en formatieoverzichten blijkt dat de beschikbare formatie ongeveer gelijk is verdeeld is over soortgelijke afdelingen. De verdeling van beschikbare deskundigheid over de afdelingen is niet gelijk. In het resultaatverslag benoemt Careyn de best-practice om dit te optimaliseren. In De Plantage spelen dergelijke verbeteracties niet.

In de praktijk treft de inspectie op de afdeling voor 24 cliënten met NAH, een dagbezetting van zes zorgverleners overdag (drie aan iedere kant) en vier in de avond (twee aan iedere kant). Deze bezetting is normaal, zo vertelt een van de zorgverleners. Voor de minimale bezetting heeft de afdeling wel invallers nodig. Bij plotseling ziekteverzuim in de vroege ochtend improviseren de zorgverleners. Dan nemen zij met vijf, in plaats van met zes, zorgverleners de zorg op zich. In die situaties lukt dat toch omdat deze speciale afdeling zoveel mogelijk met vaste medewerkers en slechts enkele vaste invallers werkt.

Op een andere afdeling voor 21 cliënten met voornamelijk somatische problemen, treft de inspectie overdag vier zorgverleners (twee aan iedere kant). Het zijn een leerling niveau3, een leerling niveau4, een oproepkracht/niveau3 en een helpende niveau2.

De inspectie merkt aan enkele zaken dat zorgverleners een aanzienlijke werkdruk ervaren op deze afdeling. Zo was bijvoorbeeld rond het middaguur de ochtendverzorging van cliënten nog niet helemaal afgerond. In werkoverleg constateert het team dat meer aandacht nodig is voor de organisatie van de zorg op de afdeling.

Op basis van notulen en de kwaliteitsmonitoring stelt de inspectie vast dat de leiding inmiddels extra en gerichte aandacht regelde voor deze afdeling. Er is nu ondersteuning van een coach ter bevordering van inzicht- en overzicht in taken en de deskundigheid bij het team.

- f) *Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg;*

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Zorgverleners ervaren voldoende tijd om te rapporteren.

In de dossiers ziet de inspectie ook dat de zorgverleners daadwerkelijk (dagelijks) rapporteren. De behandeldisciplines beginnen de dag met een 'dagstart'; hierin bespreken zij (de overdracht van) bijzonderheden van de nacht.

Verder is er voldoende gelegenheid (overlap tussen diensten) voor een zorgvuldige onderlinge overdracht en/of het voeren van overleg.

1.1.3 **Naleving 'sturen op kwaliteit en veiligheid'**

- g) *Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 Wkkgz redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

De GWI kan ook overzichten genereren op afdelingsniveau en mogelijk op locatieniveau. In De Plantage is deze informatie beschikbaar. De Plantage gebruikt de feedbackinformatie als input voor gerichte coaching van bepaalde teams. Dit is zo in werkoverleg besproken, blijkt uit de notulen.

Het EZD kent enkele functies met een kwaliteitbewakend karakter. Zo levert bijvoorbeeld de 'compleetheidcheck' informatie over de manier waarop het EZD gebruikt is. Zorgverleners gebruiken deze functie soms ook voor (zelf)controle en aan auditoren biedt het mogelijkheid voor een elektronische audit.

De Plantage beschikt over informatie over de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Dit gebeurt onder andere via de interne audits van de kwaliteitverpleegkundigen. Twee keer per week voeren zij audits uit op thema's, gericht op bewaking van de professionele deskundigheid.

Ook de directie Kwaliteit en Veiligheid verricht periodieke audits in het kader van de aanwijzing. De laatste was op 12 juni 2017. De Plantage heeft naar aanleiding van de resultaten verdere verbetermaatregelen getroffen.

Medewerkers voelen zich veilig om incidenten te melden.

Deze meldingen zijn via het EZD verzameld en geregistreerd en leiden geautomatiseerd tot een aantal kwantitatieve analyses. De kwalitatieve analyses zijn een taak van de MIC-commissie (zie bij h). Er zijn overzichten met kwantitatieve analyses op locatieniveau. Dit kan nog niet op niveau van Careyn als geheel.

Op basis van gegevens (zoals auditgegevens) en observaties signaleert het ontwikkelteam nieuwe verbeterpunten. Vervolgens maakt het ontwikkelteam een passend plan van aanpak voor De Plantage. Het ontwikkelteam bestaat uit de locatieverantwoordelijke, de kwaliteitverpleegkundigen en de coach van W&T.

De inzetberekenaar geeft aan welke inzet en deskundigheid van zorgverleners nodig is om zorg te kunnen leveren passend bij de zorgzwaarte van de cliënten op de verschillende afdelingen. Daarnaast levert de HR-afdeling van Careyn een dashboard met gegevens over het verzuim en de formatie in De Plantage. Ook zijn via het dashboard gegevens beschikbaar over de feitelijke inzet van zorgverleners.

Verder heeft het District ZHE/Bra op districtniveau een klachtregistratiesysteem, De klachten over De Plantage worden gevolgd en de uitspraken vormen voor het management van De Plantage een impuls voor verdere verbetering van de cliëntenzorg.

- h) *Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC-meldingen;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

De MIC-commissie bestaat uit zeven taakhouders van de zeven afdelingen. De MIC-commissie komt eens per kwartaal bij elkaar. De MIC-commissieleden kregen enkele maanden geleden enige instructie over de procedure en over het maken van analyses. Desondanks merkt de inspectie dat kwalitatieve analyses weinig plaats vinden en/of weinig breedte en diepgang tonen. De MIC-commissie zoekt niet genoeg naar basisoorzaken (bijvoorbeeld waarom er 60 MIC-meldingen over medicatieonveiligheid zijn aangeleverd).

De meldingen van zorgverleners leveren relatief weinig informatie op over de context waarin het incident heeft plaatsgevonden. Een kwaliteitverpleegkundige geeft hierover aan dat de zelfanalyse door de melder en/of het team niet of niet voldoende tot stand (kan) komen.

Bij de laatste twee teamoverleggen van drie van de zeven afdelingen in De Plantage, is niets vastgelegd over een inhoudelijke terugkoppeling vanuit de MIC-commissie. Wel leest de inspectie in sommige notulen summiere procesopmerkingen zoals 'denk aan het invullen van MIC-meldingen'. Op een van de afdelingen hangt ziet de inspectie een MIC-monitor hangen tijdens de rondgang. Hierop staan het aantal meldingen van die maand vermeld.

i) *Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse;*

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken merkt de inspectie het volgende op:

Bij gebrek aan voldoende diepgaande analyse vanuit de MIC-commissie (zie onder h) leidt dit in De Plantage niet of onvoldoende tot verbetermaatregelen die aantoonbaar passend zijn.

In De Plantage verlopen momenteel de meeste verbeteringen op initiatief van het ontwikkelteam, op basis van het vastgestelde lokale verbeterplan.

Niettemin noemen gesprekspartners twee voorbeelden van succesvolle verbetermaatregelen na een MIC-analyse.

- De Plantage heeft nu aandacht voor in/exclusiebeleid op de afdeling. In dat verband brengt de kwaliteitverpleegkundige sinds kort huisbezoeken, voorafgaand aan opname.
- Na een vermissingsincident zorgt De Plantage voor een herzien protocol (Protocol Vermissing). De Plantage deelt dit protocol voor Careyn-breed gebruik.

j) *Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert;*

Vanuit documenten, gesprekken en de rondgang ziet de inspectie het volgende.

De inspectie ziet in de Verbetermonitor Kwaliteit en Veiligheid welke opmerkingen de auditors hebben gehad bij hun bevindingen in De Plantage. De verbeteracties van De Plantage zijn tot medio 2016 aangegeven; acties gedurende de looptijd van de aanwijzing zijn niet aangegeven in deze monitor. In De Plantage gebeurt monitoring op andere manieren; bijvoorbeeld maken de kwaliteitverpleegkundigen een eigen verslag over aandachtspunten en vorderingen.

De inspectie heeft van Careyn een resultaatverslag ontvangen.

De gegevens hiervoor zijn aangeleverd door de locatie/regiomanager en betreffen de situatie eind juli 2017.

Aangegeven is dat het verbeterthema 'Melding& opvolging van incidenten' behaald is. Toch stelt de inspectie vast dat de PDCA-cyclus op dit onderwerp hapert. Ondanks dat de MIC-procedure aangeeft dat de MIC-commissie conclusies terugkoppelt aan de melders, is in De Plantage geen communicatie op gang gekomen over de resultaten en visie vanuit de MIC-commissie. Op geen van de bezochte afdelingen waren evaluatie van MIC-resultaten een agendapunt in de laatste twee teambesprekingen, zo blijkt uit notulen. Daarbij komt dat de frequentie van het teamoverleg de slagvaardigheid in het bijstellen van verbeterprocessen beperkt (minder of gelijk aan 1x 6 weken).

Voor dit punt komen de bevindingen uit het interne rapport 'Melding & opvolging van incidenten' niet overeen met de bevindingen van de inspectie.

Voor wat betreft het thema's dossiervoering, heeft De Plantage technisch gezien voortgang geboekt, maar is de dossiervoering inhoudelijk nog niet op het juiste kwaliteitsniveau. Zie hiervoor de bevindingen onder a) en c). De Plantage scoort zichzelf op 85% op orde. De bevindingen van de inspectie komen hiermee niet overeen.

Voor wat betreft het thema deskundigheid personeel heeft De Plantage voortgang geboekt (zie hiervoor de bevindingen onder d) e) en f). Aangegeven is dat De Plantage zichzelf op dit punt nog niet voldoende in controll acht.

BIJLAGE:

De inspectie heeft onderstaande documenten opgevraagd en ingezien:

- 1) Plan van aanpak / scholingsplan voor het nieuwe dossier
- 2) De zorgprofielen van de huidige cliënten
- 3) Overzicht personeel in dienst met functieniveau
- 4) Afspraken over planningsnormen
- 5) Scholingsoverzicht 2017-08-09 scholingsplan 2017 /2018
- 6) Notulen van de laatste twee team overleggen
- 7) Verbeterplan van de locatie
- 8) Sturingsinformatie van de afgelopen twee maanden
- 9) Overzicht MIC meldingen 2017
- 10) Verslag van de laatste twee overleggen van de MIC commissie

Beschrijving locatie De Plantage

Careyn De Plantage (verder: De Plantage is een verpleeghuis in Brielle. De locatie hoort binnen Careyn bij het District ZHE/Bra. Het District is onderverdeeld in vijf (sub)regio's, waaronder West Voorne) en krijgt leiding van een districtdirecteur. Een districtdirecteur is lid van het managementteam bij Careyn

De Plantage is gevestigd in een gebouw met twee verdiepingen. Er zijn zeven afdelingen met ieder twee huiskamers met een eigen team van zorgverleners.

In totaal verblijven er 150 cliënten op de locatie. De Plantage kent levert zorg aan verschillende cliëntendoelgroepen, namelijk: jongeren met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), ouderen met NAH, gerontopsychiatrie, somatiek en psychogeriatrie. De zorgzwaarte varieert van ZZP 5-10. Op de bezoekdag hebben 42 cliënten indicatie ZZP 7 en 14 cliënten een ZZP 8.

In De Plantage werken ongeveer 125 zorgverleners (103 fte). De zorgverleners zijn gekwalificeerd van niveau 2 tot niveau 5. Van de zorgverleners heeft ongeveer 65 tot 70% deskundigheidsniveau 3 en bijna 15% deskundigheidsniveau 4 of 5. Het behandelteam omvat tezamen 11 fte.

De Plantage is een erkende Bopz-instelling



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

Conceptbevindingen van het inspectiebezoek
aan Stichting Careyn,
Careyn Torenhoeve
in Hellevoetsluis op 9 augustus 2017

Utrecht, augustus 2017

V2001757

1 (Conceptversie) Inspectiebevindingen locaties Careyn tussen 9-15 augustus 2017

Met verschillende inspectiebezoeken toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) of bij Stichting Careyn (hierna: Careyn) de aanwijzing¹ van de inspectie d.d. 7 november 2016, organisatiebreed is nageleefd binnen de gestelde termijn. Op drie verschillende dagen bracht de inspectie zes onaangekondigde inspectiebezoeken aan Careyn-locaties, verspreid over de vier 'districten bij Careyn.

De inspectie bezocht zes locaties van Careyn op 9, 11 en 15 augustus 2017

Hierna beschrijft de inspectie haar bevindingen bij het betreffende locatiebezoek. Per paragraaf beschrijft de inspectie, per onderdeel van de aanwijzing d.d. 7 november 2017, hoe de inspectie de geleverde zorg heeft beoordeeld na het verstrijken van de gestelde verbetertermijn op 8 augustus 2017.

De conceptversie met inspectiebevindingen bevat nog niet de beoordeling van de inspectie per onderdeel van de aanwijzing. Deze beoordelingen volgen in de vast te stellen versie, nadat correctie van eventuele feitelijke onjuistheden in beschreven (concept)bevindingen heeft plaatsgehad.

¹ <http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.pdf>

1.1 BEVINDINGEN locatie Careyn - Torenhoeve d.d. 9-8-2017

Op 9 augustus 2017 heeft de inspectie locatie Torenhoeve, te Hellevoetssluys bezocht. Binnen Careyn valt deze locatie in het district Zuid-Hollandse Eilanden/Brabant (ZHE/Bra).

Tijdens het inspectiebezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- 3 Cliënten, verblijvend op verschillende afdelingen/huiskamers;
- 1 Vrijwilliger/mantelzorger;
- Gesprekken met 4 uitvoerende medewerkers van 3 verschillende afdelingen;
- Gesprekken met een behandelaar en een welzijnsmedewerker;
- Gesprekken met locatieverantwoordelijke en regiomanager Hellevoetssluys;
- 6 Cliëntdossiers van cliënten van diverse afdelingen;
- Documenten, genoemd in bijlage 4;
- Een rondgang over alle afdelingen op de locatie.

1.1.1 Naleving Cliëntdossier

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de elektronische cliëntdossiers (bij Careyn elektronisch zorgdossier genoemd, verder: EZD). In het vernieuwde EZD zijn onder meer de doelen in het zorgleefplan ge-update en terugbracht tot een overzichtelijk aantal. De vernieuwde versie is sinds eind maart beschikbaar. Deze is meer gebruiksvriendelijk voor de zorgverleners. Bij de juiste toepassing genereert de vernieuwde versie bijvoorbeeld automatisch, op basis van de actuele zorgbehoeften van cliënten, aandachtspunten voor de zorg en behandeling.

Verder beschikt Careyn over een stappenplan om het fysieke dossier te laten verdwijnen. Een belangrijke maatregel daartoe is het werken op tablets. Hiermee heeft iedere zorgverlener tijdens de zorg een actueel overzicht bij zich van de zorgafspraken.

a) Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier;

Tijdens de rondgang, het raadplegen van zes cliëntendossiers, diverse documenten en in gesprekken met zorgverleners en cliënten constateert de inspectie het volgende.

De cliëntdossiers die de inspectie inzag, bevatten op onderdelen nog hiaten. De inspectie mist in meerdere cliëntdossiers gegevens in verband met de bedoeling van het zorgaanbod en de samenwerking daarbij (zie hiervoor norm c).

Naast het elektronisch zorgdossier (bij Careyn kortweg: EZD) maken zorgverleners gebruik van de papieren taaklijsten uit een afdelingsmap. Dit zijn taaklijsten per dagdeel per afdeling (zonder printdatum). Hierop staan de belangrijkste afspraken en taken per dagdeel per cliënt genoemd. Enkele vergelijkingen tussen de taaklijsten en de cliëntdossiers laten zien dat de informatie niet altijd overeenkomt. De inspectie zag bijvoorbeeld een taaklijst waarbij een cliënt tussen 22.30 en 23.30 uur naar bed gaat. Volgens het EZD (Zorgleefplan en het *Afspraak is Afspraak*formulier) moet dit uiterlijk om 21.00 uur gebeuren.

Naast het EZD heeft Torenhoeve per cliënt ook (papieren) 'schaduwmappen'. Deze bevatten (o.a. medische) basisgegevens en een zorgleefplan voor het geval de elektronische WIFI-verbinding niet beschikbaar is. Bij inzage treft de inspectie een verouderde versie van een zorgleefplan (oktober 2016). Door de verbeterde netwerkverbinding worden de mappen weinig gebruikt.

Voor alle cliënten in De Torenhoeve is de vernieuwde versie van het van het EZD in gebruik. Zowel cliënten als zorgverleners vertellen dat er geen papieren versie van het *Afspraak=Afspraak*formulier meer in omloop is.

In de resultaatrapportage van Careyn staat dat met het gebruik van de takenfunctie in het EZD specifieke taken gedurende een week onder de aandacht komen bij de zorgverlener. Zorgverleners zagen deze functie nog nooit in gebruik.

- b) *Clïëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;*

Op basis van de rondgang, bij inzage in clïëntdossiers en documenten zoals notulen en rooster, plus via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en clïëntvertegenwoordigers, constateert de inspectie het volgende.

Per huiskamer zijn zowel een tablet beschikbaar als een vaste pc. Allebei hebben deze goede toegang tot het elektronisch zorgdossier (hierna EZD). Op de locatie is ook nog een kantoorhoek met pc beschikbaar. In de praktijk is dit voldoende voor het gebruiken van het EZD door alle aanwezige zorgverleners en behandelaars.

Careyn regelt dat de uitzendkrachten via DuoZorg Uitzendbureau B.V.² (verder DuoZorg) vooraf een eigen inlogcode krijgen. Zo kunnen zij het EZD inzien en kunnen zij hierin rapporteren. Met drie steekproeven ziet de inspectie dat uitzendkrachten daadwerkelijk rapporteren.

In notulen van werkoverleg staat dat de zorgverleners zelf de autorisatie moeten aanvragen voor uitzendkrachten die niet via DuoZorg komt werken. In die notulen staat dat de zorgverleners dit in de praktijk lastig vinden. De afspraak is dat 'externe' uitzendkrachten aparte notities maken. Na de dienstoverdracht rapporteert de vaste kracht deze informatie in het EZD.

- c) *Ieder clïëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de clïënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling;*

Bij raadpleging van zes clïëntendossiers, in de gesprekken met zorgverleners en clïënten en door eigen observaties, constateert de inspectie het volgende.

De inspectie mist soms samenhang tussen zorg en behandeling en de feitelijke behoefte van clïënten. De elektronische formulieren voor risico-inventarisatie en welbevinden van de clïënt zijn ingevuld in het EZD aanwezig. Toch ziet de inspectie dat relevante aandachtspunten uit de Groninger Welbevinden Indicator³ (hierna GWI) en de risico-inventarisatie niet altijd terugkomen in het zorgleefplan. Volgens een zorgverlener komt dit omdat het zorgleefplan overzichtelijk moet blijven. Bijvoorbeeld is bij een clïënt op hoge leeftijd een valrisico vastgesteld met de vernieuwde risico-inventarisatie. In het recent herziene zorgleefplan is valpreventie (inclusief evaluatie medicatiegebruik) niet opgenomen, terwijl deze clïënt zich al een tijdlang zorgen maakt over de veelheid medicatie en onrust laat merken. Deze clïënt vraagt zich af of de (gerapporteerde) valpartijen van de laatste weken te maken hebben met het medicatiegebruik (inclusief diverse psychofarmaca).

De het EZD is niet altijd na te gaan of de zorgverleners de opdrachten van behandelaars opvolgen. Het ontbreekt geregeld aan rapportage hierover. Bijvoorbeeld rapporteren zorgverleners niet over pijn, terwijl de arts dit een weeklang nodig acht. Een andere behandelaar adviseert het gebruik van de transportrolstoel na een serie valpartijen. Over de toepassing van de transportrolstoel staat niets gerapporteerd. Deze afspraken (uit BTZO d.d. 27 juli jl.) staan wel in de betreffende dossiers vermeld; in het rapportagegedeelte. Toch heeft dit tot de bezoekdag niet geleid tot een verandering op het elektronische formulier *Afspraak is Afspraak*. Hiervoor zijn extra handmatige acties (kopiëren/plakken) nodig.

² Eigen uitzendbureau binnen het concern Careyn

³ Groninger Welbeing Indicator; levert indruk over de wensen, behoeften en tevredenheid van clïënten.

De zorgverlener ziet opdrachten van behandeldisciplines nooit als een taak op het dashboard van het cliëntdossier staan; volgens zorgverleners wordt deze functie niet gebruikt. Verder ziet de inspectie in cliëntdossiers dat zorgverleners de vraag om over stemming en gedrag te rapporteren wel geregeld opvolgen.

De inspectie merkt op dat de zorgverleners de actuele gegevens over kwetsbaarheden, wensen en behoeften van cliënten globaal noteren op het formulier-GWI. Zorgverleners werken de levensgeschiedenis nog niet uit. Tijdens het inspectiebezoek merkt de inspectie dat de vaste zorgverleners wel op de hoogte zijn van enkele achtergrondgegevens van de cliënten, ondanks dat dit niet in het dossier terug te vinden is.

Ook ziet de inspectie dat zorgverleners nagenoeg dagelijks rapporteren. Zij doen dit bijna altijd gekoppeld aan een zorgdoel. In Torenhoeve rapporteren zorgverleners meestal aan de hand van de SOAP⁴-methode. Zo leggen zorgverleners de ervaringen van de cliënt navolgbaar vast, onder meer voor bespreking.

De multidisciplinaire afstemming verloopt via een nieuw ingesteld overleg. Dit is het BehandelZorgTeamOverleg (BZTO). In dit tweewekelijks BZTO staat de voortgang, afstemming en bijstelling van zorg en behandeling van cliënten centraal. Nieuwe of bijgestelde afspraken zijn in het EZD gerapporteerd.

De afstemming met de cliënt over de aanpak bij zorg en behandeling vindt plaats in een apart overleg (MDO). Dit gebeurt in Torenhoeve twee keer per jaar op navolgbare wijze. Daarbij is een van de aandachtspunten de instemming met het zorgleefplan door of namens de cliënt. De instemming is meestal vastgelegd via een ondertekende versie van het zorgleefplan.

1.1.2 **Naleving 'deskundigheid en inzet zorgverleners'**

d) *Careyn voorziet zich zodanig van personele middelen (zowel kwantitatief als kwalitatief) dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede en passende zorg;*

Op basis van de rondgang over de locatie, in combinatie met inzage in documenten en gevoerde gesprekken constateert de inspectie het volgende.

In Torenhoeve verblijven cliënten met gerontopsychiatrische problemen. Zorgverleners zijn niet bijgeschoold over ingewikkeld gedrag en bijzondere gezondheidsproblemen bij deze speciale cliëntengroep. Het is daarom onduidelijk of de huidige deskundigheid van de zorgverleners past bij de zorg die de doelgroep nodig heeft. Verder zijn bijna de helft van de gediplomeerde zorgverleners op de bezoekdag niet meer aantoonbaar bekwaam voor voorkomende voorbehouden of risicovolle handelingen. In Torenhoeve werken alle zorgverleners geregeld alleen op een groep. Volgens een behandelaar vragen de zorgverleners wel op tijd om hulp. Ook wijzen de vragen van de zorgverleners volgens behandelaren op enig inzicht in mogelijke problematiek.

Torenhoeve heeft een scholingsplan voor 2017/2018.

Tot de bezoekdag richtte de scholing en instructie voor zorgverleners zich op het volgen van e-learningprogramma's voorbehouden en risicovolle handelingen (VRH), de ziekte van Huntington, het EZD plus rapporteren. Enkele aandachtsvelders⁵ zijn voor het EZD/rapporteren geschoold en instrueren vervolgens de collega's, samen met de kwaliteitverpleegkundige.

Volgens recente notulen van teamoverleg wijzen auditresultaten op het niet kennen en/of niet opvolgen van protocollen en richtlijnen door zorgverleners. Dit geldt bijvoorbeeld voor het protocol medicatieveiligheid. Dit beeld (het niet opvolgen van afspraken) komt overeen met de al langer bestaande tendens in overzichten van incidenten in de zorg. De interne klinische lessen hebben niet plaatsgevonden, ook al is dat wel een afspraak.

4 Subjectieve beleving cliënt/Objectieve signalen en observaties /Analyse met conclusie/Plan

5 Bij Careyn ook wel taakhouder genoemd

Met de actueel beschikbare formatie kan Torenhoeve haar huidige verzuim opvangen en basiszorg leveren. Careyn heeft in juli 2017 voor Torenhoeve 18,56 fte aan zorgverleners gecontracteerd. Vanwege de specifieke doelgroep zijn dit merendeels gediplomeerde V-ig/niveau 3 of gediplomeerde verpleegkundigen/niveau 4. Daarnaast is nog wat ruimte flexibel in te vullen met invallers. Het aantal leerlingen op de locatie is beperkt. Het gemiddelde ziekteverzuim op de locatie daalt gestaag en komt tot/met juli 2017 op een jaargemiddelde van 7,4%. In de maand juli is het verzuim op de locatie 4,6% geweest. Op de bezoekdag staat nog 1,5 fte vacature open. Invallers zijn nodig om basiszorg te kunnen leveren.

Na een periode van onvoldoende behandelaars, is de bezetting weer beter op peil. De bezetting is wel nog kwetsbaar, zeker in vakantietijd. Volgens een arts ervaren de behandeldisciplines ten tijde van de bezoekdag weer wat ruimte. Inmiddels pakt de eigen SO de behandeltaken stukje voor stukje weer op. Na een periode van afwezigheid is ook de psycholoog weer beschikbaar. Zorgverleners voelen zich nu meer gesteund. Volgens recente documenten hervatten de zorgverleners nu het wekelijkse omgangsoverleg. De tijdelijke contracten met ondersteunende basisartsen eindigen over enkele maanden van rechtswege. Wat er dan gebeurt is nog nu niet duidelijk.

Sinds mei 2017 ondersteunt een 4^e jaars leerling HBO-V/niveau5 Torenhoeve. Deze extra kwaliteitverpleegkundige komt gemiddeld twee dagen per week. Zorgverleners vertellen dat ze hiermee nu een bereikbare vraagbaak hebben. Volgens zorgverleners levert deze kwaliteitverpleegkundige duidelijke handvatten voor de zorg met professionele instructies. Verder werkt deze verpleegkundige af en toe mee in de zorg en audit de kwaliteit. Zorgverleners raadplegen de kwaliteitverpleegkundige ook in geval van roosterproblemen.

e) *Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters, plus via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

Torenhoeve kent vier leefgroepen, verdeeld over twee etages en met ieder een eigen huiskamer Om basiszorg te garanderen stelde het management voor Torenhoeve een minimumbezetting vast: behalve 's nachts is altijd één zorgverlener per huiskamer aanwezig, waarvan minstens een verpleegkundige niveau 4. Daarbij is in de ochtend nog drie uur assistentie nodig (omloopdienst) In de nacht is één zorgverlener (tenminste V-ig/niveau3) op de locatie met ondersteuning van domotica. Zo nodig kan de nachtdienst een beroep doen op de coördinerende verpleegkundige in de regio.

Enkele zorgverleners maken namens de teams het gezamenlijke rooster dat gelijkmatig is opgesteld. De basisbezetting blijkt haalbaar. Zorgverleners worden bij twee huiskamergroepen ingepland. Zo kennen de zorgverleners de cliënten op twee groepen goed en kan men gemakkelijk assisteren als dat nodig is.

Als het rooster niet sluitend is met/door vaste zorgverleners mogen de roosteraars uitzendkrachten aanvragen via een elektronisch portaal van DuoZorg. Maar liever lossen medewerkers het eerst zelf op door extra uren te werken. Zo gaat het ook als er plotseling enkele dagen zieken zijn. Gezien de doelgroep vinden de zorgverleners wisselende invallers geen handige oplossing. Er werken geregeld uitzendkrachten die de zorgverleners niet via DuoZorg inhuren.

De vaste zorgverleners ervaren een hoge werkdruk door de open vacatures (op de bezoekdag 1,5 fte). De locatieverantwoordelijke blijkt tijdens het inspectiebezoek op de hoogte van de inzet van uitzendkrachten. In de laatste week gebeurde dit voor 5 van de 70 diensten die per week nodig zijn; Verder werkten vaste zorgverleners extra.

Teams hoeven zich met de komst van de parttime locatieverantwoordelijke (april 2017) niet meer bezig te houden met taken zoals verzuimbegeleiding, vacatures en het plannen en bewaking van ontwikkeling. De roosteraars kregen een instructie over gezond roosteren.

- f) *Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg;*

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

De diensten in Torenhoeve zijn continue en duren maximaal acht uur. Er is nooit overlap in diensttijd. Het geven en inwinnen van overdrachtsinformatie gebeurt in Torenhoeve in eigen tijd.

Het management in Torenhoeve stuurt alleen op het lezen van cliëntrapportages bij het begin van de dienst. De zorgverleners zijn verplicht om over twaalf of dertien cliënten de rapportage van enkele dagen terug te lezen. Torenhoeve heeft geen formeel beleid dat een zorgvuldige overdracht garandeert. In het resultaatverslag zegt Careyn te sturen op roosters inclusief tijd voor overdracht.

Zorgverleners hebben voldoende tijd om te rapporteren. Er zijn daarvoor voldoende tablets en pc's. Rapporteren gebeurt op bijna alle dagen tussendoor en na de maaltijd en tegen het einde van de dienst.

1.1.3 **Naleving 'sturen op kwaliteit en veiligheid'**

- g) *Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 Wkkgz redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Vanuit de directie 'Kwaliteit en Veiligheid' worden op de locaties van Careyn audits verricht. Dit gebeurde in Torenhoeve voor de laatste keer in mei 2017. Uit de 'Verbetermonitor kwaliteit en veiligheid' d.d. mei 2017 blijkt dat Torenhoeve de voortgang minder dan tweemaandelijks monitort.

De GWI informatie is beschikbaar maar de uitkomsten van de GWI zijn in Torenhoeve niet recent geanalyseerd of worden (nog) niet als een informatiebron herkend.

De kwaliteitverpleegkundige krijgt sturing van de locatiemanager en is betrokken bij het opnamebeleid en de toepassing van in/exclusiecriteria. Ook verricht de kwaliteitverpleegkundige in De Torenhoeve interne audits op speciale onderwerpen. Tot het inspectiebezoek krijgt vooral medicatieveiligheid de aandacht van de kwaliteitverpleegkundige. De kwaliteitverpleegkundige deelt de auditresultaten met zorgverleners en bespreekt deze in teamoverleg. Echter, wat de opvolging daarna is, is niet helder. Effecten zijn onvoldoende navolgbaar, zo blijkt uit de notulen van het werkoverleg.

De verbeteragenda van Torenhoeve is breed van opzet. Het ontwikkelteam komt maandelijks bijeen. Volgens de planning is eind 2017 bijna alles gereed. In notulen is te zien dat de ontwikkelagenda nog vooral in het stadium verkeert van inrichting van processen. Tot nu pakt het ontwikkelteam het (verbeteren van) monitoren niet op.

De terugkoppeling van de locatieverantwoordelijke naar het regiomanagement verloopt aan de hand van een eenvoudige (schriftelijke) monitormethode. Het betreft schriftelijke (maar niet digitaal verzamelde) informatie, gericht op de vorderingen van beleid en kwaliteit in Torenhoeve. De terugkoppeling van de regiomanager naar de districtdirectie over de resultaten

op het gebied van beleid en kwaliteit heeft geen navolgbare basis. Dit verloopt mondeling vertelt de betrokkene.

Een HR- dashboard levert De Torenhoeve actuele overzichten over (onder andere) de bezetting per functie. Ook het verloop van personeel en de verzuimgegevens zijn opgenomen. Het management gebruikt dit systeem vooral om met de bedrijfsvoering in control te blijven. Ook is een inzetberekenaar beschikbaar. Deze tool combineert de informatie vanuit het Dashboard met bijvoorbeeld zorgindicaties van cliënten vanuit het EZD systeem.

Verder melden zorgverleners regelmatig voorkomende incidenten in de cliëntenzorg. De regelingen zijn beschikbaar via Intranet in het kwaliteitshandboek Het meldklimaat is veilig. Deze MIC-meldingen zijn automatisch geregistreerd in het EZD. Aantoonbaar is dit gebeurd tot half juli 2017 (week 29).

(Zie verder ook onder h) en i)

h) Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC meldingen;

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

De focus van de MIC-commissie ligt op cliëntniveau. Trends op locatie niveau zijn voor Torenhoeve nauwelijks herkend.

Het MIC-systeem levert automatisch een aantal kwantitatieve analyses.

De verdere analyses van de MIC-commissie hebben meer een kwantitatief dan een kwalitatief karakter. De maandanalyses hebben weinig diepgang. De procedure van nader onderzoek komt niet of onvoldoende op gang.

Bijvoorbeeld laten kwantitatieve MIC-analyses zien dat er structureel meer incidenten plaatsvinden op maandag, dinsdag en woensdag dan op andere dagen van de week. Toch is voor deze trend geen aandacht volgens de notulen van de MIC-commissie. Evenmin is in notulen iets terug te vinden over het gegeven dat zich overdag wel agressie-incidenten voordoen, en 's avonds kennelijk niet.

Zorgverleners melden en registreren geregeld voorkomende incidenten in de cliëntenzorg. Ze vertellen over een veilig meldklimaat.

Op casusniveau signaleert de commissie de noodzaak van nader onderzoek afhankelijk van de ernst en de omvang van de gevolgen van het incident. De startvraag is oppervlakkig, de PDCA-cyclus komt er niet mee op gang.

Sinds medio maart 2017 heeft Torenhoeve voor de analyse van de meldingen een commissie geïnstalleerd. Vanuit de twee teams is een aandachtsvelder lid van de commissie. De commissie heeft de opdracht om de meldingen op locatie niveau te analyseren aan de hand van een vastgesteld format. Ook is belangrijk dat de commissie aangeeft of er locatieoverstijgende leerpunten zijn. De commissie is enthousiast van start gegaan.

i) Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse;

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken merkt de inspectie het volgende op:

Bij gebrek aan voldoende- en diepgaande analyse van MIC-meldingen (zie onder h) leidt dit in Torenhoeve niet of onvoldoende tot verbetermaatregelen die aantoonbaar passend zijn

De inspectie signaleert dat noch de MIC-commissie, noch het management de haperende PDCA-cyclus in Torenhoeve heeft opgemerkt. De eventuele uitkomsten van nader onderzoek naar bepaalde incidenten, de verbeteracties en de effecten blijven onbekend. Ze komen niet terug op de agenda van de commissie. De PDCA-cyclus wordt niet rond gemaakt.

Bijvoorbeeld is de MIC-commissie niet nagegaan of 'het herhaald aandacht vragen voor medicatieveiligheid' de passende oplossing is geweest om meer incidenten te voorkomen. De MIC-analyses laten namelijk geen verbeterresultaat zien. Daarmee dringt zich de vraag op of de juiste basisoorzaak van medicatie-incidenten is aangepakt.

De onderwerpen van het lokale verbeterplan sluiten indirect aan bij de aanwijzing. Maar de voortgang van het lokale verbeterproces getuigt van minder urgente interventies op het punt van deskundigheidsbevordering. Meer kennis van de speciale cliëntendoelgroep is voor *alle* verbeterpunten in de aanwijzing een onmisbare randvoorwaarde.

De inspectie zag tijdens de rondgang Careyn-brede werkinstructies voor hygiëne, voor MIC-meldingen en voor onderlinge omgang op de prikborden hangen. Thema's die algemeen leven bij de zorgverleners, houden veelal verband met hygiëne (schoonmaak en hygiënisch werken) bleek tijdens gesprekken. Op de locatie is het bewustzijn rond thema's als deskundigheidsbevordering beperkt terug te vinden in overlegnotulen.

Zorgverleners vertellen niettemin dat zij de zorg redelijk in control hebben; de inspectie merkt dat het structurele overleg doorgang vindt, dat het ziekteverzuim afneemt en zorgverleners het meldklimaat veilig noemen.

(Zie verder ook onder g)

j) *Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert;*

Vanuit documenten gesprekken en de rondgang constateert de inspectie het volgende.

In Torenhoeve heeft de MIC-procedure (nog) geen evaluerende impact. De signalen zijn oppervlakkig, de PDCA-cyclus komt er niet of onvoldoende mee opgang.

Torenhoeve evalueert op basis van beperkte monitoring van de geleverde zorg (op basis van diverse audits door de kwaliteitverpleegkundige).

Het valideren en terugkoppelen gebeurt verder voornamelijk mondeling, via de reguliere overlegstructuur. Uit opgevraagde notulen maakt de inspectie op dat de frequentie van overleg tussen de locatieverantwoordelijke en zorgteams tweemaandelijks of minder is. Die frequentie is beperkt voor een organisatie met een forse en urgente verbeteropdracht (zoals aanwijzing).

De kwaliteitverpleegkundige is verder tweewekelijks aanwezig in het Behandel Zorg Team Overleg (BZTO). Dit is een overleg vooral voor cliënten. Het multidisciplinaire team verbetert vooral op individueel niveau de kwaliteit van zorg voor de cliënt.

Torenhoeve scoort merendeels groen op relevante items op de eigen 'verbetermonitor kwaliteit en veiligheid'. Op de bezochtdag is dit beeld al maandenlang niet getoetst.

De bevinding van de inspectie op het thema 'sturen op kwaliteit en veiligheid' wijkt af van de eigen beoordeling door Torenhoeve in de 'verbetermonitor kwaliteit en veiligheid'.

De Torenhoeve heeft niet aannemelijk gemaakt dat de MIC-procedure daadwerkelijk tot kwaliteitsverbetering leidt (zie onder h en i).

Ook wijken de bevindingen van de inspectie, op het thema cliëntdossier, af van de eigen beoordeling van Torenhoeve. Op dat punt zijn er zeker verbeteringen. Het methodisch werken vertoont echter een aantal belangrijke onvolkomenheden (zie ook onder c) of wordt bijvoorbeeld ondermijnd door werken aan de hand van niet actuele taaklijsten.

De inspectie signaleert dat in het resultaatverslag van Careyn (juli 2017) de deskundigheid van de medewerker als onvoldoende is beoordeeld. Basis hiervoor is de audit op 15 mei 2017 en de gegevens van het locatiemanagement (juli 2017). De inspectie constateert in documenten van Torenhoeve (een meer gedetailleerde versie van de verbetermonitor/tabel) dat het auditteam

dit aspect in mei 2017 niet heeft beoordeeld. Zo blijft voortdurende evaluatie uit en wordt structurele borging van verbetermaatregelen onvoldoende gevolgd.

De indruk van de inspectie op het gebied van inzet en deskundigheid komt overeen met die van Careyn; namelijk dat er wel voldoende zorgverleners zijn, maar dat de deskundigheid nog schort. (zie ook onder d)

De inspectie constateert dat zij de resultaten van het I top3-verbeterplan van Torenhoeve herkent. De aangeleverde informatie in het resultaatverslag, over de stand van zaken op de locatie, is door de locatieverantwoordelijke en de regiomanager geformuleerd.

Het ontwikkelteam⁶ bepaalt de ontwikkelagenda aan de hand van een aantal thema's⁷. De gekozen prioriteiten sluiten niet allemaal aan bij aanwijzing. Denk aan 'regionale promotie' en het 'bevorderen van het sociaal netwerk van cliënten'.

⁶ Het ontwikkelteam in de Torenhoeve bestaat uit de locatieverantwoordelijke, de Q-verpleegkundige, een aandachtsvelder uit de teams en de W&T coach (betrokken in verband met het project zinvolle dagbesteding)

⁷ De vaste thema's op de ontwikkelagenda van Careyn zijn: 1 cliënt, 2 bedrijfsvoering, 3 medewerkers, 4 kwaliteit, 5 monitoren

BIJLAGE:

De inspectie heeft onderstaande documenten opgevraagd en ingezien:

- 1) Plan van aanpak / scholingsplan voor het nieuwe dossier
- 2) De zorgprofielen van de huidige cliënten
- 3) Overzicht personeel in dienst met functieniveau
- 4) Afspraken over planningsnormen
- 5) Scholingsoverzicht 2017-08-09 scholingsplan 2017 /2018
- 6) Notulen van de laatste twee team overleggen
- 7) Verbeterplan van de locatie
- 8) Sturingsinformatie van de afgelopen twee maanden
- 9) Overzicht MIC meldingen 2017
- 10) Verslag van de laatste twee overleggen van de MIC commissie

Beschrijving locatie Torenhoeve

Torenhoeve is gesitueerd in Hellevoetsluis.

Torenhoeve maakt deel uit van Careyn. De locatie hoort binnen Careyn bij het District ZHE/Bra. Het District is onderverdeeld in vijf (sub)regio's en krijgt leiding van een districtdirecteur.

In de regio Hellevoetsluis zijn vier intramurale locaties voor verpleegzorg van Careyn.

Daarnaast levert Careyn ook thuiszorg in de regio ('s).

Voor aansturing van de vier intramurale verpleegzorginstellingen is een regiomanager beschikbaar. Voor in totaal vier intramurale locaties zijn drie locatieverantwoordelijken aangewezen. Een van hen stuurt de beide kleinschalige woonvoorzieningen (KSW) aan.

Torenhoeve is een Kleinschalige Woonvoorziening (KSW) voor 25 cliënten, waarbij de geronto-psychiatrische problemen op de voorgrond staan. Het is een BOPZ- erkende locatie in een karakteristieke gerestaureerde hoeve met tweeverdiepingen en een aanbouw. Iedere verdieping heeft twee leefgroepen. De huiskamers hebben een eigen ingang en zijn via een deur verbonden. Er zijn enkele afgeloten binnenplaatsen of tuinen waar bijvoorbeeld gerookt kan worden.

Torenhoeve ligt op een steenworp afstand van een verpleeghuis in Hellevoetsluis.

In Torenhoeve bestaan 4 huiskamers waarin steeds 6 of 7 cliënten samen leven. De cliënten beschikken verder over een eigen appartementje in de buurt van de huiskamer.

De zorgzwaarte van cliënten varieert van ZZP4-9; het aandeel complexe zorg ZZP 7-8-9 is het grootst.

In Torenhoeve werken ongeveer 25 zorgverleners (18,6 FTE). Daarbij staat nog 1,5 vacature open. Ongeveer 65% van de formatie is verzorgende niveau 3. Ongeveer 33% van de formatie is verpleegkundige niveau4 en ook is er een welzijnsmedewerker beschikbaar voor iedere verdieping.

De kern van het behandelteam bestaat uit een basisarts en/of SO, basispsycholoog, fysiotherapeut en ergotherapeute en eventuele andere disciplines



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Conceptbevindingen van het inspectiebezoek
aan Stichting Careyn,
Careyn De Warande
in Utrecht op 11 augustus 2017

Utrecht, augustus 2017

V2001757

1 (Conceptversie) Inspectiebevindingen locaties Careyn tussen 9-15 augustus 2017

Met verschillende inspectiebezoeken toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) of bij Stichting Careyn (hierna: Careyn) de aanwijzing¹ van de inspectie dd 7 november 2016, organisatiebreed is nageleefd binnen de gestelde termijn. Op drie verschillende dagen bracht de inspectie zes onaangekondigde bezoeken aan Careyn-locaties, verspreid over de vier 'districten' bij Careyn. De inspectie bezocht zes locaties van Careyn op 9, 11 en 15 augustus 2017.

Hierna beschrijft de inspectie haar bevindingen bij het betreffende locatiebezoek. Per paragraaf beschrijft de inspectie, per onderdeel van de aanwijzing dd 7-11-2017, hoe de inspectie de geleverde zorg heeft beoordeeld na het verstrijken van de gestelde verbetertermijn op 8 augustus 2017.

De conceptversie met inspectiebevindingen bevat nog niet de beoordeling van de inspectie per onderdeel van de aanwijzing. Deze beoordelingen volgen in de vast te stellen versie, nadat correctie van eventuele feitelijke onjuistheden in beschreven (concept)bevindingen heeft plaatsgehad.

¹ <http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.pdf>

1.1 BEVINDINGEN Locatiebezoek De Warande

Op 11 augustus 2017 heeft de inspectie locatie De Warande bezocht.
Binnen Careyn valt deze locatie in het district Utrecht stad.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met zeven uitvoerende medewerkers van afdeling;
- Gesprekken met twee behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- Vijf cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage;
- Een rondgang door de locatie.

1.1.1 Naleving Cliëntdossier

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de elektronische cliëntdossiers (bij Careyn elektronisch zorgdossier genoemd, verder: EZD). In het vernieuwde EZD zijn onder meer de doelen in het zorgleefplan geüpdate en terugbracht tot een overzichtelijk aantal. De vernieuwde versie is sinds eind maart beschikbaar. Deze is meer gebruiksvriendelijk voor de zorgverleners. Bij de juiste toepassing genereert de vernieuwde versie bijvoorbeeld automatisch, op basis van de actuele zorgbehoeften van cliënten, aandachtspunten voor de zorg en behandeling.

Verder beschikt Careyn over een stappenplan om het fysieke dossier te laten verdwijnen. Een belangrijke maatregel daartoe is het werken op tablets. Hiermee heeft iedere zorgverlener tijdens de zorg een actueel overzicht bij zich van de zorgafspraken.

a) Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier;

Tijdens de rondgang, het raadplegen van vijf cliëntdossiers, diverse documenten en in gesprekken met zorgverleners en cliënten constateert de inspectie het volgende:

De cliëntdossiers die de inspectie inzag, bevatten op onderdelen hiaten (zie hiervoor onder c). De inspectie mist in meerdere cliëntdossiers adequate rapportage en samenhang.

Volgens de gebruikelijke planning van de multidisciplinaire overleggen (hierna: MDO's) nemen zorgverleners de vernieuwde versie van het EZD in gebruik. Uit het verbeterplan van De Warande blijkt dat alle bestaande EZD's uiterlijk eind 2017 zijn omgezet naar de nieuwe methode. Tijdens het toezichtbezoek is dit proces nog gaande en zijn met name op afdeling 2 nog niet alle EZD's bij gewerkt en geactualiseerd.

Binnen wordt niet meer gewerkt met papieren dossiers, of onderdelen ervan.

De afgesproken werkwijze is dat zorgverleners benodigde zorgacties bij de actuele doelen opnemen in het elektronische 'afspraak is afspraak'-formulier. De inspectie treft van deze formulieren geen papieren versie in omloop. Maar bij dossierinzage blijkt het 'afspraak is afspraak'-formulier niet altijd actueel (en passend bij het vastgestelde zorgleefplan; zie ook onder c).

In de resultaatrapportage van Careyn staat dat met het gebruik van de takenfunctie in het EZD specifieke taken, gedurende een week, op het dashboard van het cliëntdossier onder de aandacht komen bij de zorgverlener. Zorgverleners zien deze functie nog niet in gebruik.

- b) *Clïëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters, plus via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

Iedere vaste medewerker van De Warande heeft een autorisatie met toegang tot het digitaal zorgdossier.

Binnen De Warande leent men de uitzendkrachten in via DuoZorg Uitzendbureau B.V. (verder: DuoZorg). DuoZorg is het eigen uitzendbureau van Careyn. Uitzendkrachten krijgen via DuoZorg een eigen account om in het EZD in te kunnen loggen. Uit de gesprekken met een uitzendkracht en een zorgverlener, blijkt dat het binnen De Warande bekend is dat uitzendkrachten een account krijgen voor het EZD.

Binnen de afdelingen van De Warande zijn tablets aanwezig waarop vaste zorgverleners en uitzendkrachten het EZD kunnen inzien en kunnen rapporteren. Maar noch de vaste zorgverleners, noch de uitzendkrachten werken met deze tablets. Het gebruik is om de vaste pc te gebruiken. De uitzendkrachten die langere tijd aan De Warande verbonden zijn werken daarbij vanuit een eigen account.

In de dagelijkse praktijk verloopt het gebruik van EZD's nog niet altijd volgens de gemaakte afspraken. Zo spreekt de inspectie tijdens het bezoek met een uitzendkracht die niet kan inloggen. De reden hiervoor is dat zij haar account niet had geactiveerd voordat ze kwam werken. In de praktijk geven zorgverleners mondelinge instructies aan uitzendkrachten voorafgaand en tijdens de te verlenen zorg. De uitzendkrachten rapporteren vervolgens mondeling terug aan de zorgverleners. De zorgverleners rapporteren dan schriftelijk de bijzonderheden die zij van de uitzendkrachten vernemen.

- c) *Ieder cliëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling;*

Bij raadpleging van vijf zorgdossiers, in de gesprekken met zorgverleners en cliënten en door eigen observaties constateert de inspectie het volgende:

De zorgverleners vertellen dat zij sinds kort zijn gestart met het invullen van de Groningen Wellbeing Indicator (GWI) om wensen en behoeften van cliënten in kaart te brengen. De inspectie zag dat de GWI in verschillende EZD's niet of onvolledig was ingevuld.

De zorgdossiers bevatten algemene (niet cliëntspecifieke) doelen. Bijvoorbeeld zag de inspectie op het gebied van voeding een actie dat de cliënt een dieet moet houden. Dit dieet zou moeten bijdragen aan het stabiliseren van het gewicht. Waar dat dieet uit bestaat en welke observaties de zorgverlener moet doen staat niet beschreven. Ook is de invulling en evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen beperkt. Verder blijkt dat medewerkers niet op alle doelen uit het zorgplan rapporteren. Bij een cliënt is één van de afgesproken acties uit het zorgplan de observatie van pijn. In de afgelopen tien dagen rapporteerden de zorgverleners niet op dit doel.

De inspectie zag een verschil in de volledigheid van EZD's tussen de twee bezochte afdelingen. Namelijk, Op afdeling De Warande 2 hebben de EVV'ers nog niet alle zorgdossiers omgezet. Sommige zorgdossiers bevatten geen of verouderde risicoanalyses. De informatie op het 'afpraak is afspraak'-formulier komt niet altijd overeen met de informatie in het zorgplan. Een zorgverlener vertelt dat de afspraak is om alleen te rapporteren bij bijzonderheden. Op deze locatie moeten zorgverleners wel eenmaal per week op elk doel rapporteren.

Op afdeling De Warande 3 constateert de inspectie dat de dossiervoering voor alle cliënten wel al in de vernieuwde versie van het EZD verloopt. Op deze afdeling zijn risico-inventarisaties aanwezig. Daarbij zijn passende doelen in een zorgleefplan geformuleerd en de evaluatiemomenten zijn zichtbaar.

Zorgverleners vertellen dat de afspraak is om minimaal eenmaal per week op elk doel te rapporteren. De EVV-ers doen in het weekend een check. Als dan nog rapportage op een doel ontbreekt, bespreekt de EVV'er dit met de cliënt. De informatie uit dit gesprek staat in het dossier onder "Hoe is het met u".

De kwaliteitsverpleegkundige kijkt binnen deze afdeling wekelijks alle rapportages na. Zij voorziet de rapportage van een oordeel door sterretjes. Aan de hand daarvan gaat ze met de zorgverleners in gesprek over de kwaliteit van rapportage. Zorgverleners geven aan dat deze methode een leereffect heeft.

Uit alle gesprekken blijkt dat EVV'ers de cliënt of cliëntvertegenwoordiger betrekken bij het bespreken van het zorgleefplan. In de nieuwe versie van het zorgplan is de instemming van de cliënt digitaal zichtbaar, middels een handtekening van de cliënt, of de vertegenwoordiger

1.1.2 Naleving 'deskundigheid en inzet zorgverleners'

- d) *Careyn voorziet zich zodanig van personele middelen (zowel kwantitatief als kwalitatief) dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede en passende zorg;*

Op basis van de rondgang over de locatie, in combinatie met inzage in documenten en gevoerde gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Uit de scholingsoverzichten blijkt dat het scholingsaanbod niet specifiek op de doelgroep van De Warande is gericht. In de afgelopen tijd is een toename te zien van cliënten met de ziekte van Parkinson. Hiervoor krijgen de zorgverleners vanuit De Warande geen specifieke scholing aangeboden. Op individueel niveau verdiepen sommige zorgverleners zich wel in deze problematiek.

Wel geven zorgverleners aan de afgelopen tijd ondersteuning te hebben gehad bij onbegrepen gedrag van cliënten. Deze kennisoverdracht vindt plaats door behandelaren.

De kwaliteitsverpleegkundige is bezig met een inventarisatie van de scholingsbehoefte gericht op de doelgroep. In het najaar zal een vertaling van deze inventarisatie in een nieuw scholingsplan zichtbaar zijn. In dit scholingsplan worden uitzendkrachten van DuoZorg meegenomen.

Verder vertellen de zorgverleners bij De Warande veel e-learnings te volgen over diverse onderwerpen. Zij doen dit via het digitale leerportaal. Zij vermelden dat ze de e-learning niet altijd voldoende vinden aansluit bij de leerbehoefte. Zorgverleners ervaren dat zij e-learnings moeten volgen over zorghandelingen die zij niet uit mogen of kunnen voeren.

Checks en balances om te bewaken dat medewerkers werken volgens geldende richtlijnen en protocollen, ontbreken. Die bewaking kan beter volgens de gesprekspartners. De aanspreekcultuur binnen de teams verbetert. Elkaar corrigeren is echter nog niet een vanzelfsprekendheid.

- e) *Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters, plus via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

Het opvullen van alle diensten in de zomerperiode is volgens zorgverleners niet in alle gevallen gelukt. Gemiddeld eenmaal per week vallen er gaten in het rooster. Zorgverleners geven wel aan dat het vele malen beter is dan andere jaren.

De locatieverantwoordelijke beoordeelt of de bezetting verantwoord is. Extra diensten worden ingezet als de zorgvraag verandert. Echter, het is niet altijd haalbaar. Het inzetten van extra diensten is altijd een besluit van de locatieverantwoordelijke.

De Warande heeft te maken met twee FTE vacatureruimte. Daarnaast is sprake van twee FTE ziekteverzuim door zwangerschapsverlof. Hierdoor is de bezetting volgens het management krap. Recent verbonden twee uitzendkrachten zich langere tijd aan De Warande om het ziekteverzuim op te vangen. Daarnaast zijn de locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige beschikbaar wanneer gaten in het rooster vallen.

In elke dienst is op alle afdelingen minimaal één zorgverlener van niveau 3 van het vaste team aanwezig. Het streven is meer vaste medewerkers in te zetten. Zeker in de zomerperiode is dit niet altijd haalbaar. Ook is er een aparte welzijnsmedewerker beschikbaar met gerichte aandacht voor de dagbesteding. Tijdens de zomerperiode zijn extra handen ingezet. Door het inzetten van scholieren die hand en spandiensten uitvoeren op de afdelingen. Dit is boven op de normaal ingezette formatie. En bedoeld om vaste medewerkers meer ruimte te geven om met uitzendkrachten te werken.

Voor de openstaande diensten benaderen de zorgverleners eerst de eigen collega's om extra te werken. Door grote betrokkenheid van de zorgverleners lukt het dikwijls de diensten zo op te vullen. Zorgverleners geven aan de werkdruk als pittig te ervaren, maar door grote onderlinge verbondenheid ervaren ze geen stress. Wanneer het invullen van diensten niet haalbaar is, vragen zorgverleners uitzendkrachten aan via een elektronisch portaal van DuoZorg. De locatieverantwoordelijke is op de hoogte van de inzet van uitzendkrachten.

De professionele sturing is de afgelopen periode niet veranderd. Desondanks geven zorgverleners aan meer "lucht" te hebben. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de taakverdeling en sturing door de locatieverantwoordelijke. Het takenpakket bestaat uit het maken van het eigen dienstrooster en verder veelal zorggerelateerde taken. Alle roosterveranderingen en aanvragen voor extra inzet gebeuren door de districtondersteuner. Teams voeren zelf sollicitatieprocedures uit. Maar de locatieverantwoordelijke heeft hierbij een grote sturende invloed volgens de gesprekspartners.

- f) *Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg;*

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

De zorgverleners van De Warande werken in diensten die elkaar met een uur overlappen. Deze tijd gebruiken de zorgverleners voor teamoverleggen en voor overdracht. Zorgverleners vertellen bij uitzendkrachten altijd ruim de tijd te nemen voor instructie en overdracht.

Voor rapportage hebben zorgverleners naar eigen zeggen voldoende tijd. Zij geven wel aan dat rapportage vaak de sluitpost is in de zorgverlening. Prioriteit gaat uit naar het leveren van de zorg. Hierdoor nemen zorgverleners niet altijd de tijd om te rapporteren. De inspectie heeft in de zorgdossiers die zij heeft ingezien niet altijd de relevante rapportages terug gevonden.

1.1.3 Naleving 'sturen op kwaliteit en veiligheid'

- g) *Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 Wkkgz redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

De verbeterplannen op het gebied van deskundigheid van personeel, het cliëntdossier en de MIC meldingen zijn in volle gang. Het management heeft de stand van zaken van de verbeterplannen duidelijk in beeld. De locatieverantwoordelijke heeft goed contact met de zorgverleners. Zij is goed op de hoogte van de werkbelasting en scholingsbehoefte van zorgverleners.

De locatieverantwoordelijke vertelt bewuste keuzes gemaakt te hebben in het doorvoeren van de verbeteringen. De locatiemanager realiseert zich dat niet alle verbeteringen binnen een korte periode behaald kunnen worden. Zorgverleners en management geven aan dat ze sinds april 2017 gestart zijn met het implementeren van verbeterplannen. Zorgverleners geven aan zich gesteund te voelen door de locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige.

De kwaliteitsverpleegkundige toetst regelmatig de cliëntdossiers en voert op verschillende thema's interne audit's uit. Voor september 2017 staat een een audit gepland op cliëntdossier en medicatieveiligheid.

Iedere maand beschrijft de kwaliteitsverpleegkundige in de verbetermonitor de stand van zaken aan de hand van observaties en signalen. In het ontwikkelteam van de locatie worden deze verbeterplannen besproken en waar nodig de verbeteracties bijgesteld.

Een inschatting van tijd en belastbaarheid van zorgverleners is bij het opstellen van het verbeterplan gemaakt. Het verbeterplan laat zien dat 1 december 2017 alle verbeteringen ingevoerd en geborgd moeten zijn. Volgens de locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige is dit een reële planning.

- h) *Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreeerde MIC-meldingen;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Recent installeerde De Warande een MIC-commissie. Ten tijde van het inspectiebezoek was deze commissie twee keer bij elkaar geweest voor overleg. In de overleggen bespreekt de commissie de trends in meldingen in analyseert ze een individuele melding.

De analyses van individuele meldingen bij De Warande kennen onvoldoende diepgang. Ook de analyses op trends zijn onvoldoende. Slechts één categorie meldingen, namelijk de medicatiefouten, was geanalyseerd. De MIC-commissie stelde vast dat op het onderwerp Vallen geen verbetermogelijkheden waren maar een gedegen analyse op dit onderwerp ontbrak. In de uitwerking van de MIC's die de inspectie inzag kwam de commissie niet tot basisoorzaken.

- i) *Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse;*

ii)

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Bij gebrek aan voldoende- en diepgaande analyse van MIC-meldingen (zie onder h) leidt dit in De Warande niet of onvoldoende tot verbetermaatregelen die aantoonbaar passend zijn.

Het aantal verbeteringen op basis van MIC-analyses is ook beperkt omdat de analyses nog te weinig opleveren. Op één onderwerp, te weten medicatiefouten, is een verbeterplan ingezet. Dit verbeterplan is uitgevoerd.

j) *Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert;*

Vanuit documenten gesprekken en de rondgang constateert de inspectie het volgende:

De Warande werkt door middel van verbeterplannen aan kwaliteitsverbetering. In de verbeterplannen is de evaluatie en de voortgang van de verbeteringen duidelijk te volgen. De locatieverantwoordelijke en kwaliteitsverpleegkundige hebben goed in beeld wat de stand van zaken is. Zij kunnen zodoende sturen op thema's als het cliëntdossier, deskundigheidsbevordering en MIC's. In een ontwikkelteam worden de verbeterplannen en de voortgang daarvan actief gevolgd en zonodig bijgestuurd. In dit ontwikkelteam zitten behandelaren, kwaliteitsverpleegkundige en locatieverantwoordelijke

De bevindingen die de inspectie in de praktijk heeft gezien, komen overeen met het resultaatverslag en de verbeterplannen van De Warande. In het zorgdossier is de PDCA cyclus onvoldoende rond. Ook in de deskundigheid personeel komen de bevindingen overeen. En tot slot komen de bevindingen rondom de MIC-procedure overeen.

BIJLAGE:

De inspectie heeft onderstaande documenten opgevraagd en ingezien:

- 1) Plan van aanpak / scholingsplan voor het nieuwe dossier;
- 2) De zorgprofielen van de huidige cliënten;
- 3) Overzicht personeel in dienst met functieniveau;
- 4) Afspraken over planningsnormen;
- 5) Scholingsoverzicht 2017-08-09 scholingsplan 2017 /2018;
- 6) Notulen van de laatste twee team overleggen;
- 7) Verbeterplan van de locatie;
- 8) Sturingsinformatie van de afgelopen twee maanden;
- 9) Overzicht MIC meldingen 2017
- 10) Verslag van de laatste twee overleggen van de MIC commissie.

Beschrijving locatie De Warande

De Warande is een seniorencomplex van Careyn en onderdeel van het district Utrecht-Stad. De Warande is gevestigd op tweede en derde verdieping in een appartementencomplex in de wijk Overvecht. Het appartementen complex opende 4,5 jaar geleden haar deuren. In het naastgelegen gebouw is locatie Careyn Nieuw-Tamarinde gevestigd.

Een locatieverantwoordelijke stuurt De Warande aan. Deze functionaris stuurt ook een deel van Careyn Nieuw-Tamarinde aan.

Bij De Warande wonen 36 cliënten met een somatische zorgvraag (veelal zorgzwaartepakket 6). De cliënten wonen op twee afdelingen in het appartementencomplex. In de overige ruimte in het complex wonen senioren zelfstandig.

De cliënten van De Warande hebben allen een eigen appartement met badkamer en slaapkamer. Per negen bewoners is er een gezamenlijke huiskamer met keuken. In deze huiskamer kunnen bewoners samen eten of activiteiten doen.

Ongeveer 25 zorgverleners (+/- negentien FTE) zorgen voor de cliënten bij De Warande. Ongeveer de helft van hen is verzorgende niveau 3.



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

Conceptbevindingen van het inspectiebezoek
aan Stichting Careyn,
Careyn Snavelenburg
in Maarssen op 15 augustus 2017

Utrecht, augustus 2017

V2001779

1

(Conceptversie) Inspectiebevindingen locaties Careyn tussen 9-15 augustus 2017

Met verschillende inspectiebezoeken toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) of bij Stichting Careyn (hierna: Careyn) de aanwijzing¹ van de inspectie van 7 november 2016, organisatiebreed is nageleefd binnen de gestelde termijn. Op drie verschillende dagen bracht de inspectie zes onaangekondigde bezoeken aan Careyn-locaties, verspreid over de vier districten bij Careyn.

De inspectie bezocht zes locaties van Careyn op 9, 11 en 15 augustus 2017.

Hierna beschrijft de inspectie haar bevindingen bij het betreffende locatiebezoek.

Per paragraaf beschrijft de inspectie, per onderdeel van de aanwijzing van 7 november 2016, hoe de inspectie de geleverde zorg heeft beoordeeld na het verstrijken van de gestelde verbetertermijn op 8 augustus 2017.

De conceptversie met inspectiebevindingen bevat nog niet de beoordeling van de inspectie per onderdeel van de aanwijzing. Deze beoordelingen volgen in de vast te stellen versie, nadat correctie van eventuele feitelijke onjuistheden in beschreven (concept)bevindingen heeft plaatsgehad.

¹

[http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.p
df\)](http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.pdf)

1.1 BEVINDINGEN Locatiebezoek 'Careyn Snavelenburg'

Op 15 augustus 2017 heeft de inspectie locatie Snavelenburg bezocht.
Binnen Careyn valt deze locatie in het district Utrecht-West.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Vier cliënten op de afdeling voor somatische zorg;
- Een cliëntvertegenwoordiger van cliënt op PG-afdeling;
- Gesprekken met meer dan tien uitvoerende medewerkers van alle afdelingen;
- Gesprekken met twee behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- Vier cliëntdossiers van twee afdelingen (begane grond en eerste verdieping);
- Documenten, genoemd in bijlage 4;
- Een rondgang over drie afdelingen met tezamen zes huiskamers/teams.

1.1.1 Naleving Cliëntdossier

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de elektronische cliëntdossiers (bij Careyn elektronisch zorgdossier genoemd, verder: EZD). In het vernieuwde EZD zijn onder meer de doelen in het zorgleefplan ge-update en terugbracht tot een overzichtelijk aantal. De vernieuwde versie is sinds eind maart beschikbaar. Deze is meer gebruiksvriendelijk voor de zorgverleners. Bij de juiste toepassing genereert de vernieuwde versie bijvoorbeeld automatisch, op basis van de actuele zorgbehoeften van cliënten, aandachtspunten voor de zorg en behandeling.

Verder beschikt Careyn over een stappenplan om het fysieke dossier te laten verdwijnen. Een belangrijke maatregel daartoe is het werken op tablets. Hiermee heeft iedere zorgverlener tijdens de zorg een actueel overzicht bij zich van de zorgafspraken.

a) *Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier;*

Tijdens de rondgang, het raadplegen van vijf cliëntdossiers, diverse documenten en in gesprekken met zorgverleners en cliënten constateert de inspectie het volgende:

Op de bezoekdag heeft Snavelenburg bijna 70% van de cliëntdossiers nog niet omgezet naar de vernieuwde versie van het EZD. Dit gebeurt in het tempo van de gebruikelijke MDO-cyclus. Volgens het verbeterplan heeft Snavelenburg alle bestaande cliëntdossiers uiterlijk eind 2017 bijgesteld en herzien aan de hand van de vernieuwde methode voor dossiervoering. Zo is het ontwikkelvermogen van Snavelenburg maximaal benut volgens het management.

De cliëntdossiers die de inspectie inzag, bevatten op onderdelen nog hiaten (zie hiervoor norm c). De inspectie mist in meerdere cliëntdossiers adequate rapportage en samenhang.

Snavelenburg maakt geen gebruik meer van papieren cliëntdossiers.

De zorgverleners gebruiken het elektronische 'Afspraak is Afspraak'-formulier om de langlopende afspraken vast te leggen. Van het 'Afspraak is Afspraak'-formulier is geen papieren versie meer in omloop. Wel gebruiken zorgverleners dagelijks de zogenaamde 'dagagenda' (zie hierna) in een uitgeprinte versie.

De zorgverleners noteren/kopiëren cliëntgebonden acties en (korter lopende) afspraken uit het actuele zorgleefplan handmatig in de cliëntagenda van het EZD. Iedere dag printen de zorgverleners 's ochtends een 'dagagenda' uit. Hierop staan de specifieke (zorg)taken voor die dag voor alle cliënten verzameld. Deze dagagenda kunnen ze genereren vanuit de digitale cliëntdossiers. Op die manier komen de afspraken op de uitgeprinte 'dagagenda' automatisch overeen met de afspraken uit de diverse cliëntdossiers.

Behandeldisciplines noteren opdrachten in de (dag)rapportage. Daarmee staan deze opdrachten niet direct ook in de cliëntagenda genoteerd. Daarvoor moeten de zorgverleners extra handelingen verrichten.

In de resultaatrapportage van Careyn staat dat met het gebruik van de takenfunctie in het EZD, specifieke taken, gedurende een week, op het dashboard van het cliëntdossier onder de aandacht komen bij de zorgverlener. Zorgverleners zagen deze functie nog niet in gebruik.

- b) *Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters, plus via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

Iedere vaste medewerker van Snavelenburg heeft een account met toegang tot het digitaal zorgdossier. Per huiskamer zijn tablets beschikbaar. Op iedere afdeling is voorlopig nog een kantoorhoek met pc beschikbaar. Zowel tablet als pc hebben goede toegang tot het EZD (oude en nieuwe versie). Op deze manier kunnen alle aanwezige zorgverleners gebruik maken van het EZD. Behandeldisciplines beschikken over een persoonlijke tablet.

Careyn regelt dat de uitzendkrachten via DuoZorg Uitzendbureau (verder DuoZorg) vooraf een eigen inlogcode krijgen. Zo kunnen deze invallers het EZD inzien en kunnen zij hierin rapporteren.

Snavelenburg leent uitzendkrachten alleen in via DuoZorg. De aanwezige uitzendkrachten kunnen inloggen in het cliëntdossier om onder andere rapportages te lezen en te maken. De inspectie ziet in de cliëntdossiers dat uitzendkrachten daarin rapporteren.

- c) *Ieder cliëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling;*

Bij raadpleging van vier cliëntdossiers, in de gesprekken met zorgverleners en cliënten en door eigen observaties constateert de inspectie het volgende:

De inspectie zag dossiers in via steekproeven. Dit waren toevallig dossiers waarbij de vernieuwde versie van het EZD is toegepast.

Het cliëntdossier bij Snavelenburg mist nog samenhang. Zo vullen zorgverleners voor iedere cliënt een Groningen Wellbeing Indicator (GWI) in. In de toelichting bij de GWI vermelden zorgverleners enige informatie over de levensgeschiedenis, wensen en behoeften van cliënten. Deze informatie uit de GWI komt niet terug in het zorgplan van de cliënt. Ook missen enkele dossiers een recente risico-inventarisatie. Een ander dossier bevat wel een risico-inventarisatie, maar deze is ingevuld na het vaststellen van het zorgleefplan. De doelen uit het zorgleefplan komen dan niet overeen met de risico's uit de inventarisatie.

Zorgverleners rapporteren niet consequent op aandachtspunten en opdrachten vanuit het zorgleefplan. Zo is het voor één cliënt belangrijk dat zorgverleners maandelijks het gewicht observeren. In het dossier ontbreekt deze meting voor drie achtereenvolgende maanden. Andere cliënten hebben een benaderingsplan; hierop rapporteren zorgverleners niet. Ook een gevraagde halfjaarlijkse screening op stemming en gedrag ontbreekt. Op de pg-afdeling ziet de inspectie twee dossiers in waarin op drie achtereenvolgende dagen geen dagrapportage staat. Op de somatische afdeling ziet de inspectie wel dagelijkse rapportages. Zorgverleners koppelen de rapportage aan een gesteld doel, maar gaan hier vervolgens niet altijd inhoudelijk op in. De

SOAP²-methode is nauwelijks toegepast. Ook op de somatische afdeling rapporteren zorgverleners niet altijd over de observatie-opdrachten.

Zorgverleners nodigen cliënten of hun vertegenwoordigers altijd uit voor de zorgleefplanbesprekingen. In de dossiers is de inspraak van de cliënt of de vertegenwoordiger niet voldoende terug te zien.

Voor iedere cliënt is in het EZD een 'Afspraak is Afspraak'-formulier aanwezig. De toepassing wijkt op deze locatie wat af van toepassing op andere locaties. In Snavelenburg noteren zorgverleners – volgens intern beleid - alleen de langlopende afspraken op dit formulier. Het formulier hoeft daarom minder vaak aangepast.

1.1.2 **Naleving 'deskundigheid en inzet zorgverleners'**

d) *Careyn voorziet zich zodanig van personele middelen (zowel kwantitatief als kwalitatief) dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede en passende zorg;*

Op basis van de rondgang over de locatie, in combinatie met inzage in documenten en gevoerde gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Op de bezokedag heeft Snavelenburg 39 FTE verzorgenden in dienst en staan er nog vijf vacatures open. Snavelenburg is daarom nog sterk afhankelijk van invalkrachten. Snavelenburg heeft enkele langdurige (vaste) invallers. Dit zijn zorgverleners op niveau 2. Zij werken in Snavelenburg altijd samen met vaste zorgverleners op minimaal niveau 3. Sinds de aanwijzing zijn in Snavelenburg veertien vacatures opgevuld via intensieve werving. De komende weken komt nog een aantal nieuwe zorgverleners in dienst. Er blijven dan nog steeds enkele vacatures open. De locatiemanager ziet het risico op overbelasting van de vaste medewerkers. Daarom roostert Snavelenburg iets meer (vaste) invallers in dan wat gebruikelijk is bij Careyn. Dit is volgens het ontwikkelteam ook nodig om het verbetervermogen van vaste medewerkers maximaal te houden.

Het ziekteverzuim in Snavelenburg heeft per eind juli 2017 een jaargemiddelde van 7,6%. Met intensieve verzuimbegeleiding daalt het gemiddelde ziekteverzuim op de locatie gestaag. In de maand juli is het absolute verzuim op de locatie 7,0%. Dat is fors lager dan het verzuim bij aanvang van de aanwijzing. Dat was bijvoorbeeld in juni 2016 meer dan 15%. De personele omstandigheden (aantal vacatures en zieken) zijn beter dan voorafgaand aan de aanwijzing, maar vereist nog altijd extra veel invallers om de basiszorg te kunnen leveren.

Verschillende zorgverleners in Snavelenburg zijn volgens Careyn niet (meer) bekwaam voor diverse verpleegtechnische handelingen. Scholing hierop heeft daarom prioriteit gekregen. Op de bezokedag blijken dertien of veertien verzorgenden niet bekwaam voor voorbehouden en risicovolle handelingen die wel geregeld voorkomen in een verpleeghuis. Deze zorgverleners staan wel ingedeeld voor toekomstige scholing en toetsing. De taakhouders voor de roosterplanning hebben geen inzicht in de bekwaamheden van de zorgverleners. Zij geven aan dat zorgverleners zelf mondeling moeten aangeven of ze bekwaam zijn voor handelingen. Snavelenburg maakte met deze onbekwame (en daarmee ook onbevoegde) verzorgenden geen aparte afspraken over restricties bij verpleegtechnische handelingen. Daarentegen heeft Snavelenburg wel met DuoZorg de afspraak dat alle uitzendkrachten bevoegd en bekwaam zijn op het gevraagde niveau.

Snavelenburg heeft kwaliteitsverpleegkundigen die de ontwikkeling van professionaliteit en deskundigheid van de medewerkers ondersteunen. De bezetting van deze kwaliteitsverpleegkundigen staat onder druk door de vakantieperiode en persoonlijke omstandigheden van betrokkenen. In plaats van drie fulltime verpleegkundigen is de laatste weken feitelijk één verpleegkundige beschikbaar.

2. Subjectieve beleving cliënt/Objectieve signalen en observaties /Analyse met conclusie/Plan

Snavelenburg kan de doorlopende inzet van kritische kwaliteitsverpleegkundigen niet missen voor de ondersteuning van de benodigde ontwikkeling van professionaliteit en deskundigheid van medewerkers. Per september 2017 verwacht Snavelenburg weer beter op sterkte te zijn met de komst van een nieuwe kwaliteitsverpleegkundige.

Snavelenburg heeft reeds een aantal verbetermaatregelen getroffen om de inzet en deskundigheid van personeel beter bij de zorgvraag aan te laten sluiten.

Zo heeft Snavelenburg op 1 april jl. de beschikbare zorgverleners opnieuw verdeeld over de afdelingen. Tegelijkertijd zijn alle vier de afdelingen opgedeeld in twee units, met ieder een eigen team. Snavelenburg verdeelde de zorgverleners opnieuw op basis van deskundigheid over acht teams. Voor ieder team is daardoor nu een verpleegkundige (niveau 4) beschikbaar. Daarnaast heeft de locatieverantwoordelijke, in overleg met de zorgverleners, bepaald of zorgverleners het meest geschikt zijn voor psychogeriatric of voor somatiek. Zorgverleners vertellen op de bezoekdag allemaal blij te zijn met het resultaat. De kundigheid en de draagkracht van de teams zijn vergroot. De beschikbare coach³ begeleidt de groep verpleegkundigen bij een goede rolinvulling die past bij het niveau van de functie.

Snavelenburg waardeert de 'professionele autonomie'⁴ voor taken die de cliëntenzorg raken. Snavelenburg wijst bijvoorbeeld taakhouders aan voor deelname in de commissie voor incidentenanalyse (MIC-cie), voor voeding en voor roostering. Die taakhouders zijn speciaal voor de toegewezen taak geïnstrueerd en verantwoordelijk gemaakt. Alle p-taken (sollicitaties, beoordelingen enz.) heeft de locatieverantwoordelijke op zich genomen. Dit geldt ook voor de nodige ICT-autorisaties.

Zorgverleners volgen dit jaar veel scholing in Snavelenburg. Tot nu toe is die scholing vooral gericht op de cliëntendoelgroep. Dit is ook een belangrijke prioriteit in verband met de nieuwe samenstelling van de teams.

Om een grote inhaalslag te maken wat betreft deskundigheid van personeel organiseerde Snavelenburg recent een scholingsdag, waarin diverse trainingen op één dag werden gegeven. In de nabije toekomst staat opnieuw zo'n scholingsdag gepland. Careyn schoolde afgelopen jaar alle medewerkers op het gebied van onbegrepen gedrag. De medewerkers die de scholing hebben gemist krijgen de mogelijkheid de scholing in te halen.

De inspectie merkt ook dat Snavelenburg, ondanks alle moeilijke omstandigheden, aandacht heeft voor zinvolle dagbesteding en onbegrepen gedrag. Zorgverleners vertellen hoe ze de goede effecten van gewenste dagbesteding merken. Op de locatie laten zorgverleners met fotomateriaal zien hoe positief dit voor cliënten uitpakt. De zorgverleners in Snavelenburg zijn trots hierop.

e) *Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgwaarte en behoefte van de cliënten;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters, en via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

Op elke afdeling heeft een van de zorgverleners de taak om te roosteren. Deze taakhouders komen wekelijks bijeen om de roosters te bespreken. Bij deze overleggen is tijdelijk een externe deskundige aanwezig ter ondersteuning en vaak ook de locatieverantwoordelijke. De taakhouders volgden een scholing 'gezond roosteren'. In Snavelenburg roostert de planner geen meeruren in om ongewenste overbelasting te voorkomen.

³ Snavelenburg neemt deel aan het programma Waardigheid & Trots. Vanuit dit programma is een coach aanwezig die ook deelneemt in het ontwikkelteam van de locatie.

⁴ Term die bij Careyn in het resultaat verslag gebruikt; Professionele autonomie houdt verband met eigen regelruimte op basis van professionele verantwoordelijkheid en deskundigheid.

Door langdurig ziekteverlof en vacatureruimte komen de roosters dikwijls niet rond zonder het regelen van invallers. Snavelenburg zet dan uitzendkrachten in via DuoZorg. De meeste uitzendkrachten hebben niveau 2. Bij DuoZorg zijn weinig zorgverleners van een hoger niveau beschikbaar.

De inspectie woont een overleg bij over de roosterplanning. De inspectie merkt dat de roosteraars opletten dat op de teams altijd een vaste kracht werkt op niveau 3. Zo mogelijk leveren teams elkaar onderling hulp om dit te kunnen garanderen. Snavelenburg heeft tijdelijk een extra ondersteuner beschikbaar die helpt om de vakbekwaamheid in het roosteren op peil te brengen.

In de dagelijkse praktijk is het rooster in Snavelenburg kwetsbaar voor onverwacht kortdurend verzuim. Maar normaal gesproken zijn er op de afdeling deskundige zorgverleners beschikbaar voor het leveren van de nodige cliëntenzorg en zijn er genoeg zorgverleners om toezicht te houden op de cliënten. De inspectie ziet bij de rondgang overal minstens twee zorgverleners per team voor negen tot elf cliënten. Daarnaast is er nog ondersteuning op het gebied van dagbesteding en ziet de inspectie een enkele (extra) vakantiekracht aanwezig.

Nu de capaciteit naar 81 cliënten is teruggebracht, werken er 's nachts drie zorgverleners waarvan minimaal twee op niveau 3.

Zorgverleners vertellen in het algemeen een vermindering in de werkdruk te ervaren na de herverdeling van de teams en de taken. Niet alleen de deskundigheid is eerlijk verdeeld over de afdelingen. Ook vertellen zorgverleners dat ze de (kleinere groep) cliënten nu beter kennen. Onderling overleg is nu eenvoudiger te organiseren. De zorgverleners merken dat de collegialiteit is toegenomen en ervaren nu weinig meningsverschillen over het rooster. Verschillende taken zijn vanaf de aanwijzing weer belegd bij het management en de kwaliteitsverpleegkundigen. Toch ervaren zorgverleners - en meer nog de behandel disciplines - (nog steeds) een hoge werkdruk. Zij vertellen echter óók meer tijd en grip te hebben op werk en taken.

Ook de inspectie contateert bijvoorbeeld dat structureel overleg doorgaat. Verder merkt de inspectie ook op dat zorgverleners soms niet toekomen aan het melden van incidenten of het rapporteren over de zorg. Bij dossierinzage zag de inspectie hiervan meerdere voorbeelden.

- f) *Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg;*

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Ook door de opmerkingen onder c) en h) merkt de inspectie dat de feitelijke gelegenheid voor zorgvuldig rapporteren onder druk staat. De inspectie ziet een relatieve hoge werklust voor vaste zorgverleners. Het werken met veel invallers vereist permanent veel coördinatie door de vaste medewerker op een team. Het lukt daarom niet altijd om zorgvuldig te rapporteren en incidentmeldingen blijven soms achterwege. Dit is een belangrijk aandachtspunt omdat goede rapportage onmisbaar is voor continuïteit van goede en veilige zorg.

De taakhouders roosteren volgden een scholing 'gezond roosteren'. Hierdoor weten zij met welke rusttijden ze rekening moeten houden. De roosters voorzien in minimaal een uur overlap tussen diensten. Dit uur kunnen zorgverleners gebruiken voor een zorgvuldige overdracht van de cliëntenzorg, eventueel overleg en eventuele extra taken. In de praktijk gebeurt dit ook.

De inspectie merkt op dat zorgverleners geregeld extra activiteiten vrijwillig in hun eigen tijd oppakken. Dit getuigt van grote betrokkenheid en goede sfeer, maar levert ook aanzienlijke risico's op overbelasting.

1.1.3 **Naleving 'sturen op kwaliteit en veiligheid'**

- g) *Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 Wkkgz, redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Careyn heeft diverse registraties die afgeleid zijn van cliëntinformatie. Dit zijn geschikte informatiebronnen over de kwaliteit van zorg. De locatieverantwoordelijke maakt hiervan gebruik. Het MIC registratiesysteem is daar een van. Ook vanuit de HR-beheersystemen is informatie beschikbaar. Bijvoorbeeld over de status van bij/nascholing van zorgverleners, van personele bezetting en ziekteverzuim. Daarnaast voert de kwaliteitsverpleegkundige periodieke audits uit op verschillende thema's. De informatie hieruit wordt besproken in het ontwikkelteam. Dit levert geregeld aanleiding om verbeteringen door te voeren en – zoals bij medicatieveiligheid – doorgevoerde verbeteringen (met wekelijkse audits door de apothekersassistent) te borgen.

Zorgverleners laten merken dat ze een veilig werkklimaat ervaren. Openheid over verlies van kwaliteit van zorg kan op waardering rekenen en lijkt vanzelfsprekend. Zorgverleners vertellen dat ze de locatieverantwoordelijke gemakkelijk kunnen bereiken en daarbij hun problemen en zorgen kunnen delen.

De locatieverantwoordelijke heeft goed in beeld wat de stand van zaken van de diverse verbeterplannen is. Zij gebruikt hiervoor, naast de kwantitatieve gegevens, 'monitoring by walking around'. Dit is geen formeel systeem, maar geeft de locatieverantwoordelijke op laagdrempelige wijze informatie. De grote betrokkenheid van het management draagt bij aan de veranderbereidheid van de zorgverleners.

De locatieverantwoordelijke woont op dit moment diverse overleggen bij van zorgverleners met speciale taken ter informatie en ondersteuning. Vanuit deze overleggen verzamelt de locatieverantwoordelijke laagdrempelig informatie over kwaliteit en over het verloop van het verbeteren. Gesprekspartners (ook de zorgverleners) vinden deze informatie nuttig, ook al staat niet alles op papier.

h) Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC-meldingen;

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Zorgverleners stellen dat de meldcultuur bij Snavelenburg veilig is. Wat zorgverleners precies wel en niet moeten melden is niet voor iedereen duidelijk. Zo treft de inspectie in een dossier een MIC-melding aan van een zorgverlener die vergeten is een belsensor aan te zetten bij een cliënt. Een andere zorgverlener legt uit dat 'sommigen dat een MIC melding waard vinden'. De sensor blijkt vaker vergeten te zijn. Afhankelijk van de zorgverlener maakt men daar wel of niet een melding van.

Snavelenburg heeft sinds begin 2017 een commissie ingesteld voor het analyseren van MIC-meldingen. In deze commissie zitten de kwaliteitsverpleegkundige, de locatieverantwoordelijke en de taakhouders vanuit de afdelingen. De taakhouders zijn geschoold en getraind in het analyseren van MIC-meldingen.

Elk overleg bespreekt de MIC-commissie de aantallen meldingen en de trends hierin. Van de soort meldingen die het meest voorkomt maakt de MIC-commissie een analyse en een verbeterplan. Andere categorieën meldingen zoals over bijvoorbeeld vallen of agressie analyseert de commissie niet. Verder analyseert de MIC-commissie evenmin andere trends. Bijvoorbeeld het beeld dat meldingen op bepaalde dagen in de week vaker voorkomen dan op andere. Ook op individueel niveau analyseert Snavelenburg de meldingen nog onvoldoende. Zo treft de inspectie in een dossier meer dan tien meldingen in de afgelopen drie maanden. Noch behandelaars, noch de zorgverleners, zien hierin een reden voor analyse.

Sinds begin dit jaar resulteerde het analyseren van de meest voorkomende meldingen in een analyse van de medicatiefouten. Uit de analyse blijkt dat de incidenten vooral door de afwijkende deeltijden veroorzaakt zijn.

- i) *Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse;*

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Zie ook de opmerkingen onder h);

Bij gebrek aan voldoende diepgaande analyse van alle MIC-meldingen leidt dit in Snavelenburg niet of onvoldoende tot verbetermaatregelen die aantoonbaar passend zijn.

Het aantal verbeteringen op basis van MIC-analyses is ook beperkt omdat de analyses nog te weinig opleveren.

Niettemin analyseerde de MIC-commissie wel adequaat de veel voorkomende medicatiefouten. Zij vond als basisoorzaak de afwijkende deeltijden. Het passende verbeterplan richt zich op het gebruik van de timerfunctie op de beschikbare tablets. Zorgverleners krijgen daardoor een signaal wanneer de medicatie gedeeld moet worden. Het probleem is hiermee aantoonbaar opgelost.

Daarnaast audit de apothekersassistent wekelijks een vast aantal punten om de kwaliteit van de medicatieveiligheid te monitoren. De kwaliteitverpleegkundige ontvangt feedbackinformatie per afdeling. De kwaliteitverpleegkundige doet audits om het resultaat van verbeteracties te volgen. Waar mogelijk gebruikt de locatiemanager geautomatiseerde managementinformatie om verbeterresultaten te peilen.

- j) *Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert;*

Vanuit documenten, gesprekken en de rondgang constateert de inspectie het volgende:

Snavelenburg heeft verbeterplannen op diverse onderwerpen.

Zo zijn er verbeterplannen voor de thema's medicatieveiligheid, het cliëntdossier en de MICs, al stelt de inspectie wel vast dat het effect van de MIC-procedure nog onvoldoende is te noemen.

Per thema staan in een overzicht een aantal acties beschreven, inclusief een ingevulde startdatum. De bedoelde stand van zaken in mei en in juli 2017 is in de verbeterplannen opgenomen.

Het ontwikkelteam komt iedere twee weken bij elkaar en beoordeelt de status van de verbeterresultaten. Hierbij betreft het ontwikkelteam de auditgegevens en andere registraties. Hierdoor heeft het management de stand van zaken van de verbeterresultaten in beeld. De beoordelingen klinken door in de heldere keuzes in prioriteiten. De locatieverantwoordelijke vindt dit nodig en heeft het ontwikkeltempo naar professionele autonomie verlaagd ten gunste van de aandacht voor professioneel werken en het bereiken van een goede personele bezetting. Tenslotte ervaren betrokken zorgverleners - en meer nog de behandel disciplines - een hoge druk op het doorvoeren van verbetering.

De inspectie heeft van Careyn een resultaatverslag ontvangen over de status begin augustus jl. De inspectie herkent de resultaten van het lokale top3-verbeterplan, zoals het ontwikkelteam deze vaststelde en door de locatieverantwoordelijke c.q. Careyn zijn beschreven. Ook de inspectie ziet bij het inspectiebezoek, net als blijkt uit het resultaatverslag van Careyn, dat Snavelenburg het gewenste verbeterniveau nog niet heeft bereikt. Zie hiervoor de bevindingen bij a) en c) en d) en f) over de dossiervoering en de inzet van voldoende deskundige zorgverleners. Uit de documenten blijkt dat Snavelenburg op diverse punten nog een verbeterplan te maken heeft. In de verdere ontwikkeling en borging van professionaliteit, ziet de inspectie een belangrijk aandachtspunt.

De inspectie herkent ook de merendeels goede score op relevante punten bij 'sturen op kwaliteit en veiligheid'. Dit beeld, zoals ook beschreven onder g), komt overeen.

BIJLAGE:

De inspectie heeft onderstaande documenten opgevraagd en ingezien:

- 1) Plan van aanpak / scholingsplan voor het nieuwe dossier;
- 2) De zorgprofielen van de huidige cliënten;
- 3) Overzicht personeel in dienst met functieniveau;
- 4) Afspraken over planningsnormen;
- 5) Scholingsoverzicht 2017-08-09 scholingsplan 2017 /2018;
- 6) Notulen van de laatste twee team overleggen;
- 7) Verbeterplan van de locatie;
- 8) Sturingsinformatie van de afgelopen twee maanden;
- 9) Overzicht MIC-meldingen 2017;
- 10) Verslag van de laatste twee overleggen van de MIC-commissie.

Beschrijving locatie Snavelenburg

Careyn Snavelenburg (verder: Snavelenburg) is een BOPZ erkende locatie in Maarssen. De locatie is een onderdeel van het district Utrecht-West van Careyn.

Snavelenburg wordt aangestuurd door een locatieverantwoordelijke. In dit geval valt deze functie samen met het niveau van regiomanager. In het district Utrecht-West zijn nog twee andere regiomanagers. Het district staat onder leiding van een districtdirecteur. Een districtdirecteur is lid van het managementteam bij Careyn.

Snavelenburg is gevestigd in een gedateerd gebouw met twee verdiepingen. De locatie heeft al een aantal jaar verbouwplannen, die in het najaar van 2017 gerealiseerd worden. Het gaat om een revitalisering van het gebouw en groot onderhoud inclusief nieuwe stoffering. Mede hierom is de capaciteit het laatste jaar langzaam teruggebracht naar de huidige omvang.

Snavelenburg heeft een totale capaciteit voor 81 cliënten met een indicatie voor intramurale verpleegzorg met behandeling. Per verdieping zijn er twee afdelingen, die ieder verdeeld zijn in twee units. Elke unit heeft een eigen team van zorgverleners. Verder zijn er diverse voorzieningen voor behandeling en een restaurant dat voor cliënten, gasten en wijkbewoners toegankelijk is.

Snavelenburg heeft op de begane grond de afdelingen voor cliënten met PG-problemen (maximaal 38 cliënten, zorgzwaartepakket 5 en 7). Hier hebben de huiskamers toegang tot een afgesloten tuin. Op de eerste verdieping wonen de cliënten met een somatische zorgvraag (maximaal 44 cliënten, zorgzwaartepakket 6 en 8). Soms zijn nog enkele cliënten opgenomen ter ondersteuning van de eerste lijn (ELZ).

Bij Snavelenburg werken ongeveer zestig zorgverleners (39 FTE). Ongeveer 60% van hen is verzorgende niveau 3. Ongeveer 15% is helpende niveau 2 en ongeveer 25% is verpleegkundige niveau 4 of 5.



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

Conceptbevindingen van het inspectiebezoek
aan Stichting Careyn,
Careyn Swellengrebel
in Utrecht op 9 augustus 2017

Utrecht, augustus 2017

V2001757

1 (Conceptversie) Inspectiebevindingen locaties Careyn tussen 9-15 augustus 2017

Met verschillende inspectiebezoeken toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) of bij Stichting Careyn (hierna: Careyn) de aanwijzing¹ van de inspectie dd 7 november 2016, organisatiebreed is nageleefd binnen de gestelde termijn. Op drie verschillende dagen bracht de inspectie zes onaangekondigde bezoeken aan Careyn-locaties, verspreid over de vier districten van Careyn. De inspectie bezocht zes locaties van Careyn op 9, 11 en 15 augustus 2017.

Hierna beschrijft de inspectie haar bevindingen bij het betreffende locatiebezoek. Per paragraaf beschrijft de inspectie, per onderdeel van de aanwijzing dd 7 november 2017, hoe de inspectie de geleverde zorg heeft beoordeeld na het verstrijken van de gestelde verbetertermijn op 8 augustus 2017.

De conceptversie met inspectiebevindingen bevat nog niet de beoordeling van de inspectie per onderdeel van de aanwijzing. Deze beoordelingen volgen in de vast te stellen versie, nadat correctie van eventuele feitelijke onjuistheden in beschreven (concept)bevindingen heeft plaatsgehad.

¹

<http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.pdf>

1.1 BEVINDINGEN Locatiebezoek Swellengrebel

Op 9 augustus 2017 heeft de inspectie locatie Swellengrebel bezocht. Binnen Careyn valt deze locatie in het district Utrecht-Stad.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met vier verzorgenden IG;
- Gesprekken met twee behandelaars, de specialist ouderengeneeskunde (hierna: SO) en de psycholoog;
- Gesprekken met het management(team); de vervangend locatiemanager, de regiomanager en (tijdens de terugkoppeling) de directeur Kwaliteit en Veiligheid;
- Vijftal cliëntdossiers van diverse afdelingen;
- Documenten, genoemd in bijlage 4;
- Een rondgang door de locatie.

1.1.1 Naleving Cliëntdossier

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de elektronische cliëntdossiers (bij Careyn elektronisch zorgdossier genoemd, verder: EZD). In het vernieuwde EZD zijn onder meer de doelen in het zorgleefplan ge-update en terugbracht tot een overzichtelijk aantal. De vernieuwde versie is meer gebruiksvriendelijk voor de zorgverleners. Bij de juiste toepassing genereert de vernieuwde versie bijvoorbeeld automatisch, op basis van de actuele zorgbehoeften van cliënten, aandachtspunten voor de zorg en behandeling. Verder beschikt Careyn over een stappenplan om het fysieke dossier te laten verdwijnen. Een belangrijke maatregel daartoe is het werken op tablets. Hiermee heeft iedere zorgverlener tijdens de zorg een actueel overzicht bij zich van de zorgafspraken.

a) *Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier;*

Naar aanleiding van de rondgang, het raadplegen van vijf zorgdossiers, het raadplegen van diverse documenten en in gesprekken met zorgverleners en cliënten constateert de inspectie het volgende:

De cliëntdossiers die de inspectie inzag, bevatten op onderdelen hiaten (zie hiervoor norm c).

Een aantal EZD's zijn nog niet up-to-date gemaakt volgens zorgverleners. Dit gebeurt normaliter wanneer een EZD in een regulier MDO wordt besproken. Uit de 'Notulen Ontwikkelteam Swellengrebel, dd 4-7-2017' blijkt dat het ontwikkelteam het voornemen heeft om alle bestaande dossiers uiterlijk eind 2017 om te zetten. Er is beschreven dat papieren *Afspraak is Afspraak*-formulieren verdwijnen. In de resultaatrapportage van Careyn (dd 31 juli 2017) staat dat 70% van de dossiers niet omgezet zijn naar de nieuwe methode. Gesprekspartners kunnen niet aangeven wat de actuele stand van zaken is ten tijde van het bezoek.

EVV'ers zijn gestart met het vereenvoudigen van het EZD. Vanwege tijdgebrek is men er nog niet in geslaagd om volgens plan de dossiers aan te passen. Ook vertellen zij te weinig tijd te hebben om de omgezette EZD's volledig aan te passen. Met de huidige bezetting en voorkomende ziekmeldingen, geven zij de voorkeur voor de zorg aan cliënten. EVV-taken komen daardoor volgens hen in het gedrang. Het (omgezette) elektronisch zorgdossier bevat daardoor een niet compleet *'Afspraak is Afspraak'*-formulier.

Een papieren versie *Afspraak is Afspraak*-formulier is op de PG-afdeling in gebruik. Deze bevinden zich op de kamer van de cliënten. EVV'ers zorgen er voor dat deze up-to-date blijven. Een uitzendkracht vertelt dat zij gebruik maakt van de papieren versie *Afspraak is Afspraak*-formulier. Een steekproef laat zien dat de papieren versie overeenkomt met de actuele digitale versie.

In de resultaatrapportage van Careyn staat dat met het gebruik van de takenfunctie in het EZD specifieke taken, gedurende een week, op het dashboard van het cliëntdossier onder de aandacht komen bij de zorgverlener. Zorgverleners zagen deze functie nog niet in gebruik.

b) Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;

De inspectie constateert tijdens een rondgang, inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosteren en via de gesprekken met aanwezige zorgverleners het volgende:

Uit de gesprekken met een uitzendkracht en een zorgverlener, blijkt dat Careyn voor alle uitzendkrachten een autorisatie aanvraagt. Hiermee kunnen uitzendkrachten inloggen in het EZD zodat zij rapportages kunnen lezen en maken.

Toch kon een uitzendkracht die de inspectie sprak nog niet inloggen. Reden is dat de autorisatie niet werkt, ondanks dat zij verschillende pogingen deed om deze te laten werken en hierbij de hulp vroeg van vaste collega's.

Zorgverleners vertellen dat zij uitzendkrachten mondeling instrueren over de zorg die een uitzendkracht kan bieden aan cliënten.

Op de PG-afdeling gebruiken uitzendkrachten daarbij de papieren versie van *Afspraak is Afspraak*-formulieren. Op andere afdelingen instrueren de zorgverleners de uitzendkrachten mondeling. Uitzendkrachten rapporteren volgens alle zorgverleners mondeling terug. De zorgverleners rapporteren bijzonderheden die zij van de uitzendkrachten vernemen.

Het gebruik van de tablets op Swellengrebel vindt nog niet plaats.

Dit komt o.a. door problemen met het draadloze internet, waardoor op tablets de toegang tot het EZD nog niet of niet voldoende haalbaar is.

c) Ieder cliëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling;

Bij raadpleging van vijf cliëntdossiers en in de gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Deze zorgdossiers waren niet actueel. Sommige zorgdossiers bevatten geen of verouderde risicoanalyses. De meeste EZD's bevatten algemene (niet cliënt-specifieke) doelen. In meerdere dossiers is de evaluatie van geboden zorg en ondersteuning niet navolgbaar. In de zorgdossiers van cliënten met (meerdere) vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen, zijn geen observatiedoelen aanwezig. Uit het gesprek met de behandelaren blijkt dat er wel evaluatiemomenten zijn. Dit gebeurt op basis van de informatie die zorgverleners mondeling overdragen. De evaluatiemomenten en de uitkomsten daarvan zijn niet in alle zorgdossiers navolgbaar.

In het EZD, van een cliënt met gedragsbeïnvloedende medicatie, is niet terug te vinden of behandelaren voor de start alternatieven afwegen. Het zorgdossier bevat geen doel over observatie naar het effect van de medicatie. Afspraken over een benaderingswijze zijn bij een cliënt met onbegrepen gedrag niet terug te vinden.

Verder blijkt dat medewerkers niet op doelen rapporteren. Op de afdeling somatiek rapporteren zorgverleners alleen bijzonderheden. Volgens gesprekspartners kan het rapporteren over bijvoorbeeld bejegening en gedrag beter. Doelen op het gebied van (onbegrepen) gedrag en benadering ontbreken veelal. De wensen en behoeften van de cliënten waren in alle gevallen niet terug te vinden in het zorgdossier.

Ondanks de niet complete zorgdossiers ziet de inspectie in een (omgezet) EZD, dat de EVV'er de wens van een cliënt om op haar gewicht te letten als doel opneemt. In overleg met de client zijn bejegeningssafspraken gemaakt. Op de aanwezige doelen in dit zorgdossier is een passende samenhang te vinden in de beschrijving van risico's, doelen en acties.

Ook blijkt uit alle gesprekken dat EVV'ers de cliënt of cliëntvertegenwoordiger betrekken bij het bespreken van het zorgleefplan. Dit doen zij voorafgaand en na de bespreking van het MDO. Voor het MDO worden client en clientvertegenwoordigers uitgenodigd. In de praktijk maakt men hier weinig gebruik van.

1.1.2 **Naleving 'deskundigheid en inzet zorgverleners'**

- d) *Careyn voorziet zich zodanig van personele middelen (zowel kwantitatief als kwalitatief) dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede en passende zorg;*

Op basis van de rondgang over de locatie, in combinatie met inzage in documenten en gevoerde gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Swellengrebel beschikt niet over een scholingsplan dat aansluit bij de benodigde zorg en ondersteuning per afdeling. Ook ontbreekt het aan een inventarisatie of de aanwezige kennis van medewerkers voldoende is.

Uit het gesprek met de behandelaren blijkt dat zij vinden dat de vaste zorgverleners over het algemeen voldoende deskundig zijn. Zorgverleners signaleren volgens de SO tijdig de juiste zorgen of risico's. De behandelaren geven aan dat de draagkracht en deskundigheid per team wisselt. Op afdeling somatiek is een relatief nieuwe samenstelling van het team. Zorgverleners in dit team hebben nog onvoldoende kennis op bijvoorbeeld het thema onbegrepen gedrag.

Zorgverleners vinden dat zij voldoende deskundigheid kunnen betrekken en voldoende scholingsmogelijkheden hebben via het digitale leerportaal. Zij geven aan dat het vrijblijvend is of ze de scholingen volgen. Een overzicht welke op de doelgroep gerichte opleidingen zorgverleners het afgelopen jaar gevolgd hebben ontbreekt. Zorgverleners geven aan al jaren geen functioneringsgesprek te hebben gehad. Verder maken zij zelf inschattingen over de geschiktheid en competenties van (nieuw) ingezette uitzendkrachten.

Careyn zorgde in mei 2017 voor de instructie van het nieuwe EZD voor de zogenaamde taakhouders EZD. Uit de uitnodiging blijkt dat daar in ieder geval een zorgverlener per afdeling aan moest deelnemen. Uit een overzicht 'Planning extra uitleg EZD', blijkt dat zorgverleners van de afdelingen van Swellengrebel in augustus 2017 een extra uitleg gaan krijgen. Verder beschikt Careyn over een strategische scholingsplan en een opleidingsplanning voor 2017-2018. Hierin is te zien dat Careyn de zorgverleners diverse doelgroepgerichte opleidingen aanbiedt.

Een check of alle zorgverleners werken volgens de geldende richtlijnen en protocollen kan volgens de gesprekspartners beter. De aanspreekcultuur binnen de teams zou kunnen verbeteren volgens gesprekspartners. Het corrigeren van elkaars handelen is niet een vanzelfsprekendheid. Er is geen systeem waarbinnen dit geborgd is.

De beschikbare formatie van behandeldisciplines voor het zorgaanbod in Swellengrebel, is sinds kort op orde. Zij leveren hierdoor een bijdrage aan meer continuïteit binnen Swellengrebel. Zij doen dit onder andere door het structureel brengen van arts- en gedragsvisites op de afdelingen.

- e) *Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgwaarde en behoefte van de cliënten;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters, plus via de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

Swellengrebel heeft per afdeling een formatienorm voor gewenste bezetting op basis van de ZZP's van cliënten. Vanuit inzage in de roosters constateert de inspectie het volgende. Het verschil met de begrootte uren voor de weken 25-30 2017 geeft weer dat de feitelijke inzet van uren iedere week minder is dan de norm. Op afdeling 1 betreft dit 30%, op afdeling 2 betreft dit 4%, op afdeling 3 betreft dit 17%, op afdeling 4 betreft dit 19%. Op de roosters is te zien dat een groot deel van de diensten in een week (15 van de ongeveer 70 diensten) niet ingevuld kan worden. De planner van een team dient daarop een uitzendbureau te vragen om deze diensten in te vullen. Uit de inzage van de roosters en gesprekken met de kwaliteitsverpleegkundigen, blijkt niet dat alle diensten daadwerkelijk zijn ingevuld.

Uitzendkrachten worden ingezet via DuoZorg Uitzendbureau B.V. (verder: DuoZorg). Gestreefd wordt om zoveel mogelijk uitzendkrachten voor een langere periode in te zetten. Zorgverleners geven aan dat dit niet altijd lukt. Wel ziet de inspectie dat op elke afdeling minimaal 1 vaste medewerker aanwezig is op de dag en in de avond.

Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat de voldoende ervaren bezetting per afdeling wisselt. Op een pg-afdeling is men tevreden met de bezetting ten opzichte van vorig jaar. Op een afdeling somatiek komt het voor dat een zorgverlener samen met één uitzendkracht de dagdienst draait voor dertig cliënten, terwijl er eigenlijk vier zorgverleners moeten zijn. Uit een ander voorbeeld blijkt dat één vaste zorgverlener met twee uitzendkrachten in een dagdienst werkt. Zorgverleners vertellen dat de bezetting in de avonden meestal geen probleem is.

Zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor de roosterplanning en verzoeken aan een uitzendbureau bij bijvoorbeeld ziekmeldingen.

Uit de gesprekken met zorgverleners en de kwaliteitsverpleegkundigen blijkt dat het vertrouwen in duoZorg onder zorgverleners laag is. De verzoeken om extra diensten kunnen vaak niet ingevuld worden. Een zorgverlener vertelt dat zij bij een ziekmelding niet het uitzendbureau belt. Dit komt omdat zij op het rooster heeft gezien dat een of meerdere openstaande diensten toch al niet zijn ingevuld.

Sinds januari is een opnamestop ingeroepen. Reden hiervoor is om de te korten te kunnen opvangen. Toch vond tijdens het inspectiebezoek op afdeling 4 de opname van een nieuwe cliënt plaats. Een EVV'er verricht de bijkomende taken hiervoor, tijdens de reguliere avonddienst.

Door een uitzendkracht langdurig op de afdeling in te zetten is het volgens het team goed te doen. De zorgverlener die de inspectie heeft gesproken geeft aan dat dit een besluit is van het team.

In een dashboard met sturingsinformatie zag de inspectie dat het ziekteverzuim per maand tijdens het afgelopen half jaar daalde van 10,7% naar 5,8 % in juli 2017.

- f) *Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg;*

Op basis van inzage dossiers en documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Zorgverleners die de inspectie sprak ervaren onvoldoende tijd voor de rapportage. Zorgverleners geven aan dat zij de zorg aan cliënten altijd voorrang geven, en door onvoldoende invulling van openstaande diensten en ziekmeldingen het rapporteren er nog wel eens bij inschiet. Uit de inzage van cliëntdossiers blijkt dat zorgverleners niet alle rapportage-waardige informatie rapporteren. Bij een cliënt op de afdeling somatiek is in de periode vanaf 18 juli 2017, alleen een rapportage zichtbaar over de voeding van de cliënt.

Zorgverleners ervaren voldoende tijd voor de overdracht van zorg. Er is een overlap in diensten om een goede overdracht te kunnen realiseren.

1.1.3 **Naleving 'sturen op kwaliteit en veiligheid'**

- g) *Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 Wkkgz redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Swellengrebel beschikt over een HR dashboard inclusief een overzicht wat betreft (onder andere) de bezetting per functie. Ook het verloop van personeel en de verzuimgegevens is hierin opgenomen.

Verdere sturingsinformatie op basis van zorginhoudelijke kwaliteits- of auditgegevens ontbreken. Kwaliteitsverpleegkundigen vertellen wel regelmatig op afdelingen te toetsen of de in het ontwikkelteam geformuleerde verbeteringen behaald worden. Zo toetsen zij regelmatig de zorgdossiers. De inspectie heeft daar geen resultaten van gezien.

- h) *Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreeerde MIC meldingen;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Swellengrebel heeft een MIC-Commissie. Deze is onderdeel van het Ontwikkelteam. Volgens de betrokkenen staat het functioneren van deze MIC-Commissie in de kinderschoenen. Iedere afdeling heeft een of twee zorgverleners met het aandachtsgebied meldingen. Uit de rapportage van de MIC-Commissie van het eerste kwartaal 2017 staat dat het aantal meldingen overeen komt met de voorgaande periode. Dit verslag geeft een verbeteractie weer naar aanleiding van meldingen van vermissing van een cliënt. Een analyse naar basisoorzaken of verbetermaatregelen ontbreekt in dit verslag.

In het overzicht 'MIC Meldingen per maand', ontbreekt het aan een analyse op basisoorzaken. Bijvoorbeeld in het overzicht 'Medicatie meldingen per maand, jan-juli 2017', is een verdeling te zien naar mogelijke oorzaken van medicatie-incidenten. Als oorzaken zijn onder andere genoemd 'Medicijn niet gegeven' of 'Verkeerde dosering gegeven'. Een nadere analyse naar de basis van deze redenen ontbreekt.

- i) *Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse;*

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Doordat de analyse van meldingen onvoldoende is, ontbreken passende verbeterplannen. Verbeteringen worden in gang gezet door de kwaliteitsverpleegkundige. De verbeteringen zijn niet geformuleerd vanuit een analyse op basisoorzaken. Bijvoorbeeld is in een teamoverleg het onvoldoende dubbel aftekenen bij risicovolle medicatie besproken. Hier is extra aandacht voor gevraagd. Er zijn nu minder meldingen op dit onderwerp. Echter, de inspectie heeft geen goede analyse gezien die gekeken heeft naar de basisoorzaken.

j) *Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert;*

Vanuit documenten gesprekken en de rondgang constateert de inspectie het volgende:

Navolgbare sturingsinformatie op basis van zorginhoudelijke kwaliteits- of auditgegevens ontbreekt. Swellengrebel kent het 'overzicht verbetertrajectjes a.d.h.v. PDC'. Dit document geeft een aantal verbetertrajecten weer op de thema's sturen op kwaliteit, cliëntdossier en inzet en deskundigheid van medewerkers. Per thema staat in dit overzicht een aantal onderwerpen met een ingevulde startdatum. Echter, een vermoedelijke einddatum of tijdspad ontbreekt. De aandachtspunten en acties staan in een actielijst beschreven. Uit die beschrijvingen blijkt dat Swellengrebel op alle thema's nog ontwikkelpunten heeft. Een voorbeeld hiervan is dat alle teams nog veel te doen hebben in het aanpassen van het EZD. Het ontwikkelteam volgt de voortgang via onderling overleg en stuurt zo nodig bij. De (tussentijdse) evaluatieresultaten zijn niet navolgbaar. In dit ontwikkelteam zitten behandelaren, een kwaliteitsverpleegkundige en de locatieverantwoordelijke.

De inspectie constateert dat bevindingen uit de verbetermonitor niet overeenkomen met de beschreven stand van zaken in de notulen van het verbeterteam in Swellengrebel. Verder komt de beoordeling op de MIC procedure en de deskundigheid personeel niet overeenkomt met de bevindingen van de inspectie .

BIJLAGE

Beoordeelde documenten

- Dienstroosters Swellengrebel week 29;
- Communicatie- en scholingsplan Dossiers & Processen op orde;
- Planning extra uitleg EZD;
- MIC Meldingen per maand, Swellengrebel; jan-juli 2017;
- Medicatie meldingen per maand, jan-juli 2017;
- Overzichten MIC en medicatie meldingen per afdeling, jan-juli 2017;
- Overzichten norm, inzet uren, verschil en begroot per afdeling weken 25-30 2017;
- MIC commissie – periodieke rapportage; kwartaal1 2017;
- Overzicht verbetertrajectjes a.d.h.v. PDC, dd. 6-6-2017;
- Notulen Ontwikkelteam Swellengrebel, dd 4-7-2017;
- Overzicht bezetting per functie, het verloop van personeel en de verzuimgegevens, t/m juli 2017;
- Dashboard HR Audit;
- Overzicht bezetting bedden / formatie/prognose per locatie;
- Verbetermonitor kwaliteit en veiligheid; dd. 8-6-2017;
- Overzicht ZZP's per afdeling;
- Diverse notulen van teamoverleggen, periode juni/juli;
- Scholing voor zorgprofessionals 2017-2018;
- Strategisch opleidingsjaarplan 2017;
- Stappenplan uitfaseren fysiek dossier; dd. 22-6-2017;
- Aanpak project; Dossiers & Processen op orde.

Beschrijving locatie Swellengrebel

Swellengrebel is een verpleeghuis met vier afdelingen voor cliënten met een psychogeriatrische of somatische zorgvraag. Op de twee gesloten pg-afdelingen op de derde en vierde etage, verblijven cliënten met voornamelijk een ZZP 5 en een enkele cliënt met een ZZP7. Op de twee afdelingen voor somatiek cliënten op eerste en tweede etage verblijven voornamelijk cliënten met een ZZP 6 of 8 en één cliënt met een ZZP 5. Iedere afdeling biedt ongeveer ruimte aan 25 cliënten. In totaal zijn er ongeveer tien (op dit moment) niet ingevulde plekken. Naast deze afdelingen biedt Swellengrebel zorg aan ongeveer honderd cliënten in de aanleunwoningen. Swellengrebel beschikt over diverse voorzieningen zoals een restaurant, kapper en een stilleruimte.

Binnen Swellengrebel werken per afdeling zorgverleners op niveau 3 en 4, en helpenden. De openstaande vacatureruimte wordt zoveel mogelijk ingevuld door uitzendkrachten. Dit betreft niveau 2 of 3 medewerkers of de zogenaamde 'helpende handjes' (zonder of met onbekend opleidingsniveau). Drie kwaliteitsverpleegkundigen (waarvan een vacature is ingevuld per 1 september) coachen de teams op kwaliteit van zorg. Een nieuwe locatiemanager startte 1 juni 2017 en is verantwoordelijk voor de aansturing van de locatie.

Careyn implementeerde in een eerder stadium de ontwikkeling naar zelforganiserende teams. Vanuit het project 'Professionele sturing' is voor de locatie Swellengrebel een aantal ontwikkelingen hierin 'on hold' gezet. De afdelingen kregen extra ondersteuning bij bijvoorbeeld de planning en roostering. In maart 2017 volgde een opnamestop om de geboden zorg en ondersteuning beter aan te laten sluiten bij de zorgbehoefte van cliënten. Op dit moment worden de openstaande plaatsen weer ingevuld, op aangeven van de afdelingen. De teams krijgen coaching van een coach die hen ondersteunt bij het versterken van de zelfsturing.

Rapport naleving aanwijzing dd 7-11-2016 Stichting Careyn,
Inspectiebevindingen locatie Careyn – Swellengrebel op 9 augustus 2017

Swellengrebel heeft een ontwikkelteam. Hierin sturen en volgen de kwaliteitsverpleegkundigen en de locatiemanager op de gemaakte plannen en stellen waarnodig acties of aandachtspunten vast.



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

Conceptbevindingen van het inspectiebezoek
aan Stichting Careyn,
Careyn Woerdblok
in Naaldwijk op 15 augustus 2017

Utrecht, augustus 2017

V2001776

1 (Conceptversie) Inspectiebevindingen locaties Careyn tussen 9-15 augustus 2017

Met verschillende inspectiebezoeken toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) of bij Stichting Careyn (hierna: Careyn) de aanwijzing¹ van de inspectie dd 7 november 2016, organisatiebreed is nageleefd binnen de gestelde termijn. Op drie verschillende dagen bracht de inspectie zes onaangekondigde bezoeken aan Careyn-locaties, verspreid over de vier districten van Careyn. De inspectie bezocht zes locaties van Careyn op 9, 11 en 15 augustus 2017.

Hierna beschrijft de inspectie haar bevindingen bij het betreffende locatiebezoek. Per paragraaf beschrijft de inspectie, per onderdeel van de aanwijzing dd 7 november 2017, hoe de inspectie de geleverde zorg heeft beoordeeld na het verstrijken van de gestelde verbetertermijn op 8 augustus 2017.

De conceptversie met inspectiebevindingen bevat nog niet de beoordeling van de inspectie per onderdeel van de aanwijzing. Deze beoordelingen volgen in de vast te stellen versie, nadat correctie van eventuele feitelijke onjuistheden in beschreven (concept)bevindingen heeft plaatsgehad.

¹ <http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.pdf>

1.1 BEVINDINGEN Locatiebezoek Woerdblok

Op 15 augustus 2017 heeft de inspectie locatie Woerdblok (hierna: Woerdblok), bezocht. Binnen Careyn valt deze locatie in het district DWO/NWN

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met vier verzorgenden IG en een helpende en een kwaliteitsverpleegkundige;
- Gesprek met een psycholoog;
- Gesprekken met het management(team); de regiomanager en (tijdens de terugkoppeling) de districtsmanager;
- Zestal cliëntdossiers van diverse afdelingen;
- Documenten, genoemd in bijlage 4;
- Een rondgang door de locatie.

1.1.1 Naleving Cliëntdossier

Woerdblok werkt met een elektronisch zorgdossier (hierna EZD), en startte in 2017 met het vereenvoudigen hiervan. In het vernieuwde EZD zijn onder meer de doelen in het zorgleefplan ge-update en terugbracht tot een overzichtelijk aantal. De vernieuwde versie is meer gebruiksvriendelijk voor de zorgverleners. Verder beschikt Careyn over een stappenplan om het fysieke dossier te laten verdwijnen. Een belangrijke maatregel daartoe is het werken op tablets. Hiermee heeft iedere zorgverlener tijdens de zorg een actueel overzicht beschikbaar van de zorgafspraken.

a) *Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier;*

Tijdens de rondgang, het raadplegen van zes zorgdossiers, diverse documenten en in gesprekken met zorgverleners en cliënten constateert de inspectie het volgende:

Bij Woerdblok is het de verwachting dat het omzetten van alle dossiers eind 2017 is gerealiseerd. De inspectie constateert dat ongeveer 20% van de zorgdossiers nog niet omgezet naar de nieuwe methode.

Binnen Woerdblok werken nog niet alle zorgverleners met de tablets.

Volgens zorgverleners is het de eigen keuze van zorgverleners om veelal te werken aan de vaste computers en/of geprinte onderdelen te gebruiken om de juiste zorg te kunnen leveren.

Op iedere woning gebruiken de teams de papieren versies van de "Afspraak is Afspraak"-formulieren. Deze papierenversies van het 'Afspraak is Afspraak'-formulier zijn een uitdraai uit het Elektronisch Zorg Dossier. Uit steekproeven blijkt dat de informatie op deze papieren versies bij Klein Schalig Wonen (hierna : KSW) overeen komt met de informatie in de digitale cliëntdossiers. Echter voor beschut wonen is dit niet het geval en bevatten de papieren 'Afspraak is Afspraak'-formulieren niet in alle gevallen dezelfde informatie als het digitale dossier.

Daarnaast maakt Woerdblok gebruik van zogenaamde looproutes. In deze 'looproute' staat bijvoorbeeld welke ADL-zorg een bepaalde cliënt krijgt. Ook bevat het bijzonderheden zoals de toediening van insuline en de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen. De inspectie heeft geen afwijkingen gezien tussen de looproutes en het EZD.

De cliëntdossiers die de inspectie inzag, bevatten op onderdelen hiaten (zie hiervoor norm c).

In de resultaatrapportage van Careyn staat dat met het gebruik van de takenfunctie in het EZD specifieke taken, gedurende een week, op het dashboard van het cliëntdossier onder de aandacht komen bij de zorgverlener. Zorgverleners zagen deze functie nog niet in gebruik.

- b) *Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;*

Tijdens de rondgang, het raadplegen van zes cliëntdossiers, diverse documenten en in gesprekken met zorgverleners en cliënten constateert de inspectie het volgende:

Uit de gesprekken met twee uitzendkrachten en verschillende verzorgenden-IG, blijkt dat alle uitzendkrachten beschikken over een autorisatie. Daarmee kunnen ze inloggen in het EZD. Zij kunnen hierin lezen en rapporteren. Uitzendkrachten die vaker of langer in Woerdblok werken maken gebruik van de tablets om te rapporteren. Uitzendkrachten die maar kort zijn ingezet rapporteren niet zelf; dat wordt gedaan door de vast zorgverleners.

Vaste zorgverleners maken over het algemeen gebruik van de vaste computer op de afdeling. Daarnaast zijn op alle afdelingen tablets aanwezig

Ondanks de aanwezige tablets, lezen uitzendkrachten voorafgaand aan de dienst niet altijd het EZD. Zij gaan uit van de papieren en mondelinge informatie die zij krijgen. Een uitzendkracht vertelt dat deze informatie houvast biedt om de juiste zorg te kunnen leveren. Ook de uitzendkrachten die voor enkele diensten worden ingezet werken volgens deze methode. Zoals onder a) is aangegeven maken de zorgverleners in Woerdblok, naast het EZD, ook gebruik van een papieren versie 'Afspraak is Afspraak' = formulier en het formulier dat 'looproute' heet..

- c) *Ieder cliëntdossier bevat een logisch verband tussen enerzijds de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en anderzijds de invulling van de zorg en behandeling;*

Bij raadpleging van zes zorgdossiers en in de gesprekken constateert de inspectie het volgende:

De bevindingen komen voor KSW en beschut wonen niet op alle onderdelen met elkaar overeen.

De EZD's, die de inspectie binnen 'beschut wonen' inzag, bevatten nog onvoldoende samenhang. In de zorgdossiers is nog onvoldoende logisch verband zichtbaar tussen de risico's, wensen en behoeften van de cliënt en de invulling van de zorg en behandeling.

In een zorgdossier blijkt dat sprake is van 'geaccepteerd' valrisico bij een cliënt met Parkinson. Deze cliënt wil zoveel mogelijk eigen regie behouden. De huisarts is bij deze overweging niet betrokken.

In een zorgdossier leest de inspectie dat een cliënt verward is en niet goed drinkt. Rapportages op deze onderwerpen ontbreken. Ook ontbreken acties over bijvoorbeeld de signalen waar zorgverleners op moeten letten. Verder bleek dat een cliënt gestart

was met nieuwe pijnmedicatie. Deze verandering in medicatie was niet opgenomen in het zorgplan en het 'Afspraak is Afspraak'-formulier.

Doelen over de evaluatie van bijvoorbeeld medicatiegebruik zijn afwezig. Doelen bevatten een algemene (niet cliëntspecifieke) formulering. Benaderingswijzen ontbreken veelal.

Zorgverleners maken zelf de afweging wanneer zij de huisarts of andere behandelaars inschakelen. De betrokken behandelaars zijn niet bij een multidisciplinair overleg aanwezig.

De inspectie ziet dat EVV'ers binnen KSW zorgen voor een actuele risicoanalyse in het clientdossier. Zij beschrijven ook een uitgebreide, persoonlijke levensgeschiedenis. De cliëntdossiers bevatten cliëntspecifieke doelen en daarbij passende acties. De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning zijn navolgbaar. Bij alle cliënten met onbegrepen gedrag zijn afspraken gemaakt over de benaderingswijze van de cliënt.

Zorgverleners rapporteren op beide afdelingen nog onvoldoende doelgericht. In de rapportage staat dat een cliënt bijvoorbeeld onrustig gedrag vertoont. Zorgverleners beschrijven niet hoe dit gedrag tot uiting komt. En ook niet welke acties zij verrichten om het gedrag in positieve zin te beïnvloeden.

Uit alle gesprekken blijkt dat EVV'ers de cliënt of cliëntvertegenwoordiger betrekken bij het bespreken van het zorgleefplan. Dit doen zij voorafgaand en na de bespreking van het MDO. Ieder zorgdossier bevat een door de cliënt of cliëntvertegenwoordiger ondertekend zorgleefplan.

1.1.2 **Naleving 'deskundigheid en inzet zorgverleners'**

- d) *Careyn voorziet zich zodanig van personele middelen (zowel kwantitatief als kwalitatief) dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede en passende zorg;*

Op basis van de rondgang over de locatie, in combinatie met inzage in documenten en gevoerde gesprekken constateert de inspectie het volgende:

De behandelaar geeft aan dat zorgverleners tijdig zorgen of risico's over een client signaleren aan de behandelaars. En adviezen of afspraken van behandelaars worden goed opgevolgd. De psycholoog werkt aan het vergroten van het inzicht van zorgverleners op het thema onbegrepen gedrag en bejegening. Zij doet dit door gebruik te maken van een vast stappenplan. Volgens de psycholoog vergroot dit de bewustwording van de benodigde kennis en bejegening van cliënten. Zorgverleners vinden dat zij de behandelaars voldoende en makkelijk kunnen bereiken. Daarnaast ervaren zij voldoende scholingsmogelijkheden via het digitale leerportaal. Zij geven aan dat het voor hen duidelijk is welke scholing zij verplicht moeten volgen. Een overzicht van de gevolgde scholingen heeft de inspectie ingezien.

Woerdblok beschikt over een opleidingsjaarplan 2017 en een scholingsplanning 2017-2018 DWD/NWN. Hierin is te zien dat Careyn de zorgverleners diverse relevante opleidingen aanbiedt. Alle zorgverleners volgen (verplicht) een scholing over dementie en omgang onbegrepen gedrag. Bij beide afdelingen werken diverse gespecialiseerde verzorgenden psychogeriatric.

De controle op bevoegd- en bekwaamheden voor uitzendkrachten, vindt volgens een uitzendkracht plaats door het uitzendbureau. Het is voor de inspectie niet duidelijk

geworden of controle plaatsvindt op voldoende scholing en/of de bevoegd- en bekwaamheden van uitzendkrachten via DuoZorg Uitzendbureau B.V. (hierna: DuoZorg).

De aanspreekcultuur binnen de teams verbetert. Elkaar corrigeren is echter nog niet een vanzelfsprekendheid. Een systeem waarbinnen geborgd is dat medewerkers werken volgens geldende richtlijnen en protocollen ontbreekt. Desondanks heeft de inspectie een voorbeeld gezien waarbij dit wel het geval is. In een cliëntdossier en in een daarbij behorend protocol blijkt dat de medewerker volgens protocol handelde. Zo staat vermeld dat de client op zijn hoofd is gevallen. De huisarts werd hiervan volgens de geldende richtlijn op de hoogte gesteld.

- e) *Careyn roostert de medewerkers zodanig in dat het zorgaanbod kwantitatief en kwalitatief past bij de zorgzwaarte en behoefte van de cliënten;*

Tijdens de rondgang, bij inzage in cliëntdossiers en documenten zoals notulen en roosters en uit de gesprekken met aanwezige zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers constateert de inspectie het volgende:

Woerdblok heeft per afdeling een norm voor gewenste bezetting op basis van de ZZP's van cliënten.

Op KSW is per zes bewoners op de dag en in de avond een niveau drie zorgverlener aanwezig. Per twaalf cliënten is een omloop tot 12.30 uur aanwezig. Deze omloop is een niveau twee zorgverlener. Woerdblok streeft naar inzet van vaste zorgverleners maar gezien de openstaande vacatures is dit niet haalbaar. Vacatureruimte en ruimte door langdurig ziekteverzuim wordt zoveel mogelijk opgevangen door langdurige inzet van vaste uitzendkrachten en ZZP'ers.

Voor de 'gaten' in het dienstrooster benaderen de zorgverleners eerst de eigen collega's om extra te werken. Door grote betrokkenheid van de zorgverleners lukt het dikwijls de diensten zo op te vullen. In de zomerperiode is het desondanks toch een of tweemaal per week voorgekomen dat een omloop niet beschikbaar was. Uit roosteroverzichten constateert de inspectie dat de meeste openstaande diensten zijn ingezet door vaste uitzendkrachten van DuoZorg.

Binnen beschut wonen start men in de ochtend met vier collega's waarvan altijd een niveau drie medewerker voor 32 bewoners. In de avond werken twee zorgverleners en in de nacht een. Openstaande diensten worden veelal door eigen medewerkers opgevangen. Als dit niet lukt worden uitzendkrachten via DuoZorg ingezet. Het opvullen van alle diensten is volgens de zorgverleners niet in alle gevallen gelukt.

De formatie van de behandelaars binnen Woerdblok is op orde. Alle vacatures zijn afgelopen jaar ingevuld.

Een verandering in de professionele sturing heeft niet plaats gevonden. Desondanks geven zorgverleners aan meer "lucht" te hebben. Duidelijke afspraken over de taakverdeling en sturing daarop zijn hier behulpzaam bij. Het takenpakket bestaat uit het maken van het eigen dienstrooster, voeren van teamoverleggen en sollicitatieprocedures. De overige taken zijn gerelateerd aan de zorg. Alle roosterveranderingen en aanvragen voor extra inzet gebeuren door een centrale roosteraar.

- f) *Careyn organiseert de zorg zodanig dat er voldoende werktijd beschikbaar is voor adequate rapportage en overdracht van zorg;*

Op basis van inzage in dossiers en documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Zorgverleners geven aan dat zij de overdracht van zorg (deels) in eigen tijd uitvoeren.

Dit betreft op de KSW afdeling en de overdracht van de nacht- naar de dagdienst. Bij beschut wonen is bij geen enkele dienst een overlap in tijd voor overdracht.

Verschillende zorgverleners geven aan eerder te komen en na de dienst later weg te gaan. Dit doen ze vanwege het belang van een goede overdracht. De regiomanager geeft aan dat veel is geïnvesteerd in een goede overdracht. Het aspect tijd is hierin niet meegenomen.

Zorgverleners ervaren voldoende tijd voor de rapportage. Uit de inzage van cliëntdossiers blijkt dat zorgverleners dagelijks alle rapportagewaardige informatie rapporteren.

De EVV'ers krijgen extra tijd voor het verrichten van EVV-taken. Twee EVV'ers vertellen dat zij iedere week één dag tijd hebben voor organisatietaken en het up to date houden van de zorgleefplannen

1.1.3 **Naleving 'sturen op kwaliteit en veiligheid'**

- g) *Careyn verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg en toetst aan de hand van deze gegevens op systematische wijze of de wijze waarop de zorgaanbieder uitvoering geeft aan artikel 3 Wkkgz redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg;*

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Binnen de locatie is een ontwikkelteam ingesteld die zich richt op de verbetering en borging van de kwaliteit van de zorg. In dit ontwikkelteam hebben de regiomanager, kwaliteitsverpleegkundige en de behandelaren zitting.

Uit de notulen "verbetermonitor kwaliteit en veiligheid"; d.d. juni 2017 is te zien dat het ontwikkelteam acties formuleert en deze zo nodig bijstelt.

Woerdblok beschikt over een HR-dashboard met sturingsinformatie. Voor de regiomanager levert dit dashboard o.a. informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod in Woerdblok. Deze sturingsinformatie geeft inzicht over bezetting, ziekteverzuim en verloop van personeel.

Verder maakt Woerdblok gebruik van interne audits om de voortgang te monitoren en verbeteracties te formuleren. Zo ziet de inspectie auditverslagen op de thema's Bopz en medicatieveiligheid. Beide audits tonen aan dat Woerdblok nagenoeg volledig voldoet op deze thema's. In de auditverslagen staan bij enkele als onvoldoende beoordeelde auditnormen, verbeteracties of aanbevelingen beschreven.

De kwaliteitsverpleegkundige toetst de naleving van afspraken op bijvoorbeeld de thema's medicatieveiligheid en het cliëntdossier.

Ten tijde van het inspectiebezoek maakt het ontwikkelteam op basis van een analyse een bijgesteld verbeter/locatieplan. Dit gebeurt aan de hand van de verbeteracties en maatregelen die Woerdblok tot dusver nam.

Samen met een coach van Waardigheid & Trots kijkt het ontwikkelteam welke verbetermaatregelen extra ondersteuning kunnen gebruiken door een coach van Waardigheid & Trots.

h) Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC meldingen;

Op basis van documenten, dossierinzage en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Woerdblok heeft een MIC-Commissie. En iedere afdeling heeft een of twee zorgverleners met het aandachtsgebied meldingen.

De MIC-Commissie bespreekt volgens de kwaliteitsverpleegkundige alle meldingen. Tijdens iedere bijeenkomst van de commissie analyseert de commissie drie meldingen. De analyse levert naar inschatting van de MIC-commissie veel leerrendement op. De regiomanager deelt de leerervaringen uit de MIC-commissie van Woerdblok, in de MIC-Commissie op districtsniveau.

Uit het overzicht 'Verbetermaatregelen Woerdblok' en de rapportage van de MIC commissie, blijkt dat Woerdblok op trends en individuele meldingen oorzaken analyseert. Zo blijkt dat medicatiemeldingen bijvoorbeeld vooral 's avonds voorkwamen en herleidbaar waren naar individuele medewerkers. Een andere oorzaak van medicatiefouten is dat naast de baxters relatief veel gebruik gemaakt wordt van losse medicatie.

Uit de inzage van een cliëntdossier blijkt dat zorgverleners meldenswaardige situaties melden. Bijvoorbeeld bij een cliënt met een hoofdwond, stemden zorgverleners hierover af met de huisarts en legden ze melding en en adviezen vast in het cliëntdossier. Deze werkwijze komt overeen met het protocol MIC-meldingen.

i) Careyn maakt aantoonbaar welke passende verbetermaatregelen zij treft op basis van die analyse;

Op basis van documenten, rondgang en gesprekken constateert de inspectie het volgende:

Uit de gesprekken met zorgverleners en de kwaliteitsverpleegkundige, blijkt dat Woerdblok verbeteracties neemt op basis van (trends en analyses van) meldingen. Zo verbeterde Woerdblok bijvoorbeeld het aftekenen van verstrekte medicatie door zorgverleners. Uit het gesprek met de kwaliteitsverpleegkundige blijkt dat het aftekenen eerder niet altijd gebeurde. Zij constateerde dat dit vooral voorkwam bij de inzet van uitzendkrachten. Zij vroeg daarop de teams en de EVV'ers extra aandacht om uitzendkrachten op het belang van goed aftekenen te wijzen. Daarop controleert de kwaliteitsverpleegkundige regelmatig of dit ook gebeurt. De inspectie zag dat zorgverleners alle toedienmomenten op de medicatietoedienlijsten inderdaad aftekenen. De verbeteracties en de analyse waren terug te vinden in de documenten.

Woerdblok maakte voor uitzendkrachten een placemat met instructies over het melden van incidenten, het gebruik van het cliëntdossier en de toediening van medicatie. Woerdblok stelde deze placemat als 'tool' beschikbaar in de Careynbrede toolkit. Het implementeren en borgen van het gebruik van deze placemats is nog niet afgerond.

j) *Careyn laat zien volgens welk systeem zij het resultaat van verbeteringen evalueert;*

Vanuit documenten gesprekken en de rondgang constateert de inspectie het volgende:

Om succes van de voorgestelde verbeteracties te volgen worden evaluatiemomenten ingepland. De inspectie constateert dat woerdblok de verbeteracties en –maatregelen daadwerkelijk uitvoerde en evalueerde. Dit blijkt vanuit de gesprekken, documenten en de rondgang.

Ook vinden interne audits plaats op verschillende onderwerpen en volgt de kwaliteitsverpleegkundige de vorderingen.

Het resultaatverslag dat de inspectie over Woerdblok ontvangen heeft komt overeen met de bevindingen van de inspectie.

BIJLAGE

Beoordeelde documenten

- Overzicht ZZP's per afdeling;
- Overzicht bezetting per functie, het verloop van personeel en de verzuimgegevens, dd. 1-8-2017;
- Overzicht formatie vaste zorgverleners en uitzendkrachten;
- Dashboard ; klanttevredenheid, medewerkertevredenheid, meldingen en bedrijfsvoering;
- 2017-2018; scholing voor zorgprofessionals, DWD/NWN;
- Overzicht bevoegd- en bekwaamheden voor risicovolle en voorbehouden handelingen;
- Opleidingsjaarplan 2017;
- In- en exclusiecriteria;
- Toelichting- en afwegings-criteria Careyn Woerdblok Verblijf Licht;
- Resultaatsrapportage IGZ, Kwaliteit en Veiligheid;
- Prestatieoverleg dd. 18-7-2017;
- Prestatieoverleg regio NWN; dd. 20-6-2017;
- Werkwijze MIC analyse locatie Woerdblok; dd. mei 2017;
- Jaarplanning MIC analyse 2017;
- MIC commissie – periodieke rapportage; dd. juni 2017;
- MIC commissie district; dd. 10-7-2017;
- Verbetermaatregelen Woerdblok; dd. 10 mei 2017;
- Verbetermonitor Kwaliteit en Veiligheid; dd. juni 2017;
- Verbeterplan Wonen met Zorg DWO/NWN, locatie Woerdblok – Verblijf licht; 2016;
- Verbeterplan Wonen met Zorg DWO/NWN, locatie Woerdblok – Kleinschalig wonen; 2016;
- Notulen teambespreking KSW; dd. 25-7-2017;
- Verslag EVV-ergadering; dd. 14-06-2017 en 26-7-2017;
- Checklist en rapportage kwaliteit uitvoering Bopz; dd. 7-7-2017;
- Audit medicatie, dd. 8-8-2017.

Beschrijving locatie Woerdblok

Woerdblok is een verpleeghuis met twee afdelingen; KSW en beschut wonen. De cliënten van KSW wonen in een zogenaamde 'villa' verdeeld over 4 gesloten pg-woningen op de eerste en tweede etage. Dit zijn cliënten met voornamelijk een ZZP 5 of ZZP 7. De cliënten maken per woning gebruik van een gezamenlijke woon/leefkamer en iedere cliënt beschikt over een eigen appartement met sanitair.

Binnen beschut wonen zijn twee villa's, met ieder 32 cliënten. Iedere cliënt heeft een eigen appartement. Cliënten binnen beschut wonen hebben voor het grootste deel een ZZP 3 of 4 en enkele cliënten hebben een ZZP 5 of 6.

Binnen Woerdblok werken voornamelijk verzorgenden niveau 3 en 4, een verpleegkundige en helpenden (in de omloop). De openstaande vacatureruimte nam afgelopen periode sterk af, en wordt zoveel mogelijk ingevuld door vaste uitzendkrachten van niveau 2 of 3.

Drie kwaliteitsverpleegkundigen (waarvan een vacature is ingevuld per 1 september 2017) coachen de zelforganiserende teams op kwaliteit van zorg. De regiomanager is verantwoordelijk voor de aansturing van deze (en nog een andere) locatie.

Voor KSW maakt Woerdblok gebruik van het eigen behandelteam. Dit team bestaat uit onder andere een SO, een psycholoog en diverse paramedische disciplines. In de avond, nacht en weekenden draagt een externe partij zorg voor de bereikbaarheidsdienst.

Voor beschut wonen, werken zorgverleners veelal samen met behandelaars uit de eerste lijn, zoals de huisarts, een fysio- en een ergotherapeut.

Careyn implementeerde in een eerder stadium de ontwikkeling naar zelforganiserende teams. De teams krijgen coaching van een coach die hen ondersteunt bij het versterken van de zelfsturing. Dit wordt binnen Careyn professionele sturing genoemd.

Woerdblok heeft een ontwikkelteam. Hierin sturen en volgen de kwaliteitsverpleegkundigen en de regiomanager op de gemaakte plannen en stellen waarnodig acties of aandachtspunten vast.

Samen met een primair procescoach van Waardigheid & Trots, maakt het ontwikkelteam momenteel de gerealiseerde stand van zaken op. Daarop volgt een nieuw plan met bijgestelde doelen en verbeteracties. Een concept van dit plan was tijdens het inspectiebezoek in de maak.

Van: Dienstpostbus IGZ afdeling V&V team RT
Aan: @careyn.nl
Cc: ; ; ;
Onderwerp: Inspectiebevindingen locaties Careyn tussen 9-15 augustus 2017
Datum: donderdag 24 augustus 2017 14:16:29
Bijlagen: [V2001773 2017-2040033 aanbiedbrief bij conceptbevindingen De Warande 11-08-2017.pdf](#)
[V2001773 2017-2040033 conceptbevindingen De Warande 11-08-2017.pdf](#)
[V2001770 2017-2040042 aanbiedbrief conceptbevindingen Torenhoeve 09-08-2017.pdf](#)
[V2001770 2017-20140042 conceptbevindingen Careyn De Torenhoeve 09-08-2017.pdf](#)
[V2001779 2017-2040047 aanbiedbrief conceptbevindingen Snavelenburg 15-08-2017.pdf](#)
[V2001779 2017-2040047 conceptbevindingen Snavelenburg 15-08-2017.pdf](#)
[V2001776 2017-2040050 aanbiedbrief conceptbevindingen Woerdblok 15-08-2017.pdf](#)
[V2001776 2017-2040050 conceptbevindingen Woerdblok 15-08-2017.pdf](#)
[V2001757 2017-20400393 aanbiedbrief conceptbevindingen Swellengrebel 09-08-2017.pdf](#)
[V2001757 2017-20400393 conceptbevindingen Swellengrebel 09-08-2017.pdf](#)
[V2001772 2017-2040044 aanbiedbrief conceptbevindingen De Plantage 11-09-2017.pdf](#)
[V2001772 2017-20140044 conceptbevindingen Careyn De Plantage 11-08-2017.pdf](#)
Prioriteit: Hoog

Geachte raad van bestuur,

Hierbij ontvangt u het conceptbevindingen en de begeleidende brieven van het inspectiebezoeken aan:

Warande Utrecht op 11 augustus 2017
 Torenhoeve Hellevoetsluis op 9 augustus 2017
 Snavelenburg Maarssen op 15 augustus 2017
 Woerdblok Naaldwijk op 15 augustus 2017
 Swellengrebel Utrecht op 9 augustus 2017
 De Plantage Brielle op 11 augustus 2017

De conceptbevindingen worden u alleen per mail in pdf-vorm toegestuurd. Voor de inhoud verwijs ik u naar de bijlagen.

Ik wil u erop wijzen dat de aanbiedbrieven gedateerd zijn op 23 augustus 2017 i.p.v. 24 augustus 2017.

Zou u zo vriendelijk willen zijn om de ontvangst van deze email met bijlagen te bevestigen?

Met vriendelijke groet,


 Medewerker Toezicht

.....
Afdeling Verpleging en Verzorging
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht
 Postbus 2518 | 6401 DA Utrecht

.....
T telefoon : 088 120 5000 (alg) | 088  (doorkies)
F fax : 088 
M gsm : 06-
e-mail : @igz.nl
www.igz.nl

Van: [redacted]
Aan: [redacted] Dienstpostbus IGZ Utrecht
Cc: Dienstpostbus IGZ afdeling V&V team RT
Onderwerp: suggesties voor wijzigingen in conceptrapportages
Datum: maandag 28 augustus 2017 17:15:40
Bijlagen: [image001.png](#)
[20170828 Correcties en opmerkingen bij conceptrapportages inspectiebezoeken aug 2017 DEF.docx](#)
[20170828 Correcties en opmerkingen bij conceptrapportages inspectiebezoeken aug 2017 DEF.pdf](#)

Geachte mevrouw [redacted] en mevrouw [redacted]

Bijgaand doe ik u namens de bestuursvoorzitter onze suggesties voor wijzigingen in de zes conceptrapportages toekomen.

Voor het gemak zowel in Word- als in Pdf-formaat. Mocht dit nog aanleiding geven voor nadere vragen, dan zijn wij uiteraard bereid om nog nader toe te lichten.

Hartelijke groet,

[redacted]

 [redacted]
 Bestuurssecretaris Careyn

Neckardreef 6
 3562 CN Utrecht
 T (intern) [redacted]
 T (extern) 030 [redacted]
 M 06 [redacted]

Postadres:
 Postbus 900
 3100 AX Schiedam



Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl

Suggesties voor wijzigingen* bij conceptrapportages inspectiebezoeken Careyn augustus 2017

Hierbij doen wij u onze suggesties voor wijzigingen op grond van feitelijke onjuistheden toekomen. Dit lijkt mogelijk wat veel in omvang, maar komt naar ons idee de correctheid van de verslagen ten goede. Zoals gezegd, doen wij hierin uitsluitend suggesties.

Algemeen

- In de conceptrapportages hebben wij op een aantal plaatsen kunnen constateren dat bepaalde zaken niet bekend zijn bij onze medewerkers (zoals bv. de takenfunctie in Caress, de Vilans protocollen op intranet, de verplichting omtrent VRH), maar wel aanwezig cq. aan de orde zijn. Dit leidt uiteraard niet tot suggesties voor wijziging vanwege feitelijke onjuistheden, maar is voor ons wel aanleiding om hier gerichte maatregelen op te treffen.
- Controle op bevoegd- en bekwaamheden voor uitzendkrachten: bij het inschrijven bij Duozorg wordt er een diploma check gedaan en de handelingslijst passend bij de functie doorgenomen. Vanaf 1 juni 2017 nemen uitzendkrachten van Duozorg deel aan het leerportaal, de specifieke leeromgeving van Careyn. Duozorg is ISO gecertificeerd. De inschatting over geschiktheid en competenties van (nieuw) ingezette uitzendkrachten wordt dus niet door medewerkers gedaan (zoals bv in de concept rapportage Swellengrebel staat vermeld, wellicht kan dit gewijzigd worden?)
- In vrijwel alle rapporten (m.u.v. de Warande) wordt in 1.1 verwezen naar 'documenten, genoemd in bijlage 4'. Dit zou bijlage 1 moeten zijn.
- De terminologie zorgdossier en cliëntdossier/cliëntendossier wordt door elkaar gebruikt. Graag de term '*cliëntdossier*' hanteren.
- Idem voor EZD. Graag de term '*ECD*' gebruiken
- In verschillende rapportages merkt de IGZ op dat niet altijd gerapporteerd is volgens de SOAP-instructie van Careyn. Dit klopt ook, binnen Careyn is het niet verplicht alle rapportages volgens SOAP te doen. Het is een hulpmiddel bij het methodisch werken, wat benut kan worden. Wellicht kan dit genuanceerd worden in de tekst?
- Op het gebied van Professionele Sturing is feitelijk al e.e.a. veranderd. Met de komst van de locatieverantwoordelijke is de afstand tot de medewerkers / teams verkleind en de aandacht toegenomen. En daarmee zijn ook regeltaken uit het team gehaald. In het conceptrapport van de Warande is dit genuanceerd weergegeven; gaarne dit –indien mogelijk– ook in de andere rapportages opnemen.

Careyn Swellengrebel

- Pag. 3 3^e alinea van onder; typo gaarne wijzigen 'Een aantal ECD's **zis** ...'
- Pag. 4 2^e alinea van onder- de arts meldt dat de evaluaties van vrijheidsbeperkende maatregelen te vinden zijn in de vrijheidsbeperkende maatregel module. Deze module is getoond aan de Inspectie. Hier zijn ook evaluaties van ingezette middelen te vinden (door omzetting zijn de oude evaluatieformulieren 'middel en maatregel' te vinden onder 'formulieren' in Caress)
- Pag. 5 4^e alinea: Het scholingsplan van Utrecht stad is aanwezig en dus ook voor alle medewerkers van Swellengrebel. Per team kan aanvullende scholing worden gepland. Desgewenst kan dit nog worden nagezonden.

* vanwege feitelijke onjuistheden

- Pag. 5 4^e alinea laatste zin: 21 van de 33 medewerker van deze twee afdelingen zijn aantoonbaar geschoold op onbegrepen gedrag. Overige medewerkers worden nu ingepland. Wellicht kan dit nog gewijzigd worden?
- Idem 5^e alinea: Het scholingsoverzicht van de medewerkers, van alle afdelingen, zat in de map die voor inspectie klaar lag. Het scholingsoverzicht wordt bewaakt door het management.
- Pag. 6 4^e alinea: de zin '...de dagdienst draait voor dertig cliënten...' gaarne wijzigen in 'voor maximaal 25 cliënten'
- Pag. 6 2^e alinea van onder: 'opnamestop' gaarne wijzigen in 'instroombeperking, als direct gevolg van het feit dat de formatie zich onder de inzethnorm bevindt'
- Pag. 7 Verdere sturingsinformatie op basis van zorginhoudelijke kwaliteits- of auditgegevens ontbreken -> de resultaten van de audits van het team zorgaudit zijn overlegd (en begin juni j.l. nog verricht). Weergave hiervan was/is ook aanwezig in de map met documenten voor de IGZ.
- Pag. 8 2^e alinea van onder laatste zin: graag wijzigen in 'Deelnemers van het ontwikkelteam zijn: behandelaren, medewerkers van de afdelingen, kwaliteitsverpleegkundige en op uitnodiging de locatie verantwoordelijke.'
- Pag. 9 beschrijving locatie: zin schrappen 'Naast deze afdelingen biedt Swellengrebel zorg aan ongeveer honderd cliënten in de aanleunwoningen'. Deze zorg wordt door de thuiszorg geboden.
- Pag. 9: 'opnamestop' graag wijzigen in 'instroombeperking'
- Pag. 9 en 10: 'locatiemanager' graag wijzigen in 'locatieverantwoordelijke'

Careyn Torenhoeve

- Pag. 10: de bevindingen komen grotendeels overeen met het resultaatsverslag, maar dat wordt niet als zodanig benoemd in deze IGZ-rapportage. Wellicht kan dit nog aangevuld worden.
- Pag. 11 Beschrijving locatie Torenhoeve
'De zorgzwaarte van cliënten varieert van ZZP4-9; het aandeel complexe zorg ZZP 7-8-9 is het grootst' graag wijzigen in '... varieert van ZZP 5-7; het aandeel complexe zorg ZZP 6-7 is het grootst'
Het betreffende overzicht van cliëntgegevens met ZZP's, waaruit bovenstaande blijkt, is naderhand nog naar de inspecteur per mail verzonden.

Careyn De Plantage

- Pag. 6 1^e alinea: graag wijzigen in 'District ZHE-Breda heeft per 01 juli jl. een GZ-psycholoog in dienst genomen.'
- Pag. 6 5^e alinea: locatieverantwoordelijke graag wijzigen in 'regiomanager'. In het geval van de Plantage heeft de betreffende regiomanager één locatie onder haar hoede en vervult daarmee ook de functie van locatieverantwoordelijke.
- Idem: De klinische lessen hebben in 2017 wel plaatsgevonden, een overzicht is desgewenst beschikbaar
- Pag. 7 4^e alinea: graag wijzigen in 'In De Plantage zijn twee roosteraars'
- Pag. 7 7^e alinea: 'Op een andere afdeling voor 21 cliënten...' graag wijzigen in '...20 cliënten'
- Pag. 8 7^e alinea laatste zin: graag wijzigen in 'het ontwikkelteam is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit: arts, psycholoog en fysiotherapeut, kwaliteitsverpleegkundigen, HR-adviseur, Teamcoach, kwaliteitsadviseur en de regiomanager.'
- Pag. 9 1^e alinea 1^e regel: graag wijzigen in 'De MIC-commissie bestaat uit zeven taakhouders (van de zeven afdelingen), de verpleegkundig Specialist, drie behandelaren en de kwaliteitsverpleegkundige.'
- Idem 2^e regel: graag wijzigen in 'De MIC-commissie komt 1x per maand bijeen.'
- Pag. 9 laatste alinea: het resultaatsverslag bevatte niet alleen gegevens van de regiomanager/locatieverantwoordelijke, ook de auditgegevens zijn weergegeven. Daarin werd opvolging van de MIC nog als ontwikkelpunt aangegeven. Wellicht kan dit nog aangevuld worden.

- Pag. 10 laatste regel: graag wijzigen in '*...de Plantage zichzelf op dit punt voldoende in control acht*'. De regiomanager/locatieverantwoordelijke meldt dat dit gezegd zou zijn, wellicht kan dit nog aangepast worden?

Careyn de Warande

- Pag. 3 voorlaatste alinea: binnenkort wordt niet meer gewerkt met papieren dossiers...
- Pag. 9 beschrijving locatie: begin van de tekst graag wijzigen met volgende passage: '*De Warande bestaat uit twee afdelingen van Careyn die gevestigd zijn in een senioren complex van de woningbouw vereniging. De afdelingen Warande 2 en Warande 3 verlenen zorg aan cliënten van verschillende leeftijden met een somatische zorgvraag vanuit zowel een ZZP 6 als ZZP 8.*'

Careyn Woerdblok

- Algemeen: Op diverse plaatsen in de rapportage wordt gesproken over Beschut Wonen, graag wijzigen in '*Verblijf Licht*'. Het meest duidelijk komt dit naar voren in de beschrijving locatie Woerdblok.
- Pag. 3 1.1 Bevindingen locatie Woerdblok: Gesprekken met:
 - vier verzorgenden IG graag wijzigen in '*drie verzorgenden IG en een verpleegkundige en een...*'
 - districtsmanager graag wijzigen in districtsdirecteur
- 2^e regel van onder: de punt aan het einde van de zin is per abuis onderstreept.
- Pag. 8 4^e regel: 'En iedere afdeling heeft een of twee zorgverleners met het aandachtsgebied meldingen' graag wijzigen in '*... zorgverleners met het aandachtsgebied MIC*'

Beschrijving locatie Woerdblok

Binnen beschut wonen zijn twee villa's, met ieder 32 cliënten. Iedere cliënt heeft een eigen appartement. Cliënten binnen beschut wonen hebben voor het grootste deel een ZZP 3 of 4 en enkele cliënten hebben een ZZP 5 of 6.

Graag deze gehele bovenstaande alinea wijzigen in het volgende:

'Binnen Verblijf Licht wonen 70 bewoners (61 appartementen) verdeeld over twee villa's. Alle bewoners binnen Verblijf Licht beschikken over een ZZP zonder behandeling. Villa 2 beschikt over 26 appartementen en momenteel 30 bewoners (ivm echtparen). Villa 3 beschikt over 35 appartementen en momenteel 40 bewoners (eveneens door echtparen). Beide villa's beschikken over 1 etage beschut wonen, waar aanvullende zorg en begeleiding wordt geboden. Het betreft op beide etages 8 appartementen. Binnen de etages beschut wonen hebben de bewoners ZZP 4 PG grondslag of ZZP 5 maar nog steeds zonder behandeling.'

Careyn Snavelenburg

- Pag. 3: bij de informatiebronnen staat vermeld dat vier cliëntdossiers zijn ingezien. Verder op de pagina (onder a) iedere cliënt... staat dat er vijf cliëntdossiers zijn geraadpleegd.
- Idem alinea beginnend met '*Op de bezoekdag heeft Snavelenburg...*': gaarne de volgende zin als volgt wijzigen: '*Volgens het verbeterplan heeft Snavelenburg alle bestaande cliëntdossiers uiterlijk oktober 2017 bijgesteld...*'
De regiomanager/locatieverantwoordelijke heeft in het gesprek aangegeven dat zij nog een half jaar nodig heeft om het geheel op orde te hebben.
- Pag. 5 5^e alinea: er staat dat er 39 FTE zorgverleners in dienst zijn. Hierbij zijn de 10,17 FTE die in juni in opleiding zijn per abuis niet meegenomen (zowel niveau 3, 4 als 5 (desgewenst is een print van het dashboard van juni na te zenden). Wellicht kan dit nog vermeld worden.
- Idem: graag wijzigen in '*Snavelenburg heeft enkele langdurige (vaste) invallers. Dit zijn zorgverleners op niveau 2 (grotendeels) en niveau 3.*'
- Pag. 7: 1^e alinea laatste zin: Er staat dat in de nacht nu drie zorgmedewerkers werken waarvan minimaal 2 op niveau 3. Dit is minimaal 1 op niveau 3 en 1 verpleegkundige (niveau 4).

Weltevrede, I.M. (Marlies)

Van: _Dienstpostbus IGZ afdeling V&V team RT
Verzonden: dinsdag 29 augustus 2017 10:39
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Gesprek met raad van bestuur en raad van toezicht 1 september 2017
Bijlagen: V1012504 2017-2041663 brief met te bespreken punten bestuursgesprek 01-09-2017.pdf; routebeschrijving IGZ stadskantoor Utrecht.pdf

Urgentie: Hoog

Geachte bestuurder,

Op verzoek van mevrouw [REDACTED] inspecteur, bijgaand een brief met te bespreken punten tijdens het gesprek met de raad van bestuur en raad van toezicht op 1 september 2017.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
medewerker toezicht

Werkdagen: [REDACTED]

.....
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht
Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen
.....

T 088 120 5000
F 088 1205001
<http://www.igz.nl>

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: gesprek 1 september deelnemers
Datum: dinsdag 29 augustus 2017 11:18:03

Hai [redacted]

Dat zijn de volgende personen:

Raad van Bestuur

Marco Meerdink
Henk Möhlmann

Raad van Toezicht

Geri Bonhof
Yolande Witman
Marcel Visser
Marie-Hélène Schutjens

Ondersteuning

[redacted]

Hartelijke groet,

[redacted]

Van: [redacted]@igz.nl
Verzonden: dinsdag 29 augustus 2017 10:57
Aan: [redacted]
Onderwerp: gesprek 1 september deelnemers

Beste [redacted]

Zou je mij de namen van de deelnemers aan het gesprek op 1 september kunnen mailen?
Dan kan ik ze aanmelden bij de receptie van het Stadskantoor.

Groet,

[redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]
medewerker toezicht
Werkdagen: [redacted]

.....
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht
Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....
T 088 120 5000
F 088 1205001
<http://www.igz.nl>



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn,
bestaande uit Aveant B.V. en Zuwe Zorg B.V.
en Careyn Zuid-Hollandse eilanden B.V.
en Careyn DWO/NWN B.V.
t.a.v. De raad van bestuur
t.a.v. De raad van toezicht
's-Gravelandeweg 290-322
3125 BK SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
ri.utrecht@igz.nl

Inlichtingen bij
Mevrouw [REDACTED]
ri.utrecht@igz.nl

Ons kenmerk
2017-2041663
V1012504/[REDACTED]

Bijlage
routebeschrijving

Datum 29 augustus 2017
Onderwerp gesprek met rvb en rvt op 1 september 2017

Geachte raad van bestuur, geachte raad van toezicht,

Op 8 augustus jl. verstreek de verbetertermijn in de aanwijzing die de inspectie op 7 november 2016 gaf aan Careyn. Desgevraagd ontving de inspectie op 31 juli 2017 het resultaatverslag van Careyn.

Sinds 9 augustus jl. toetst de inspectie of Careyn de aanwijzing heeft nageleefd. In verband hiermee bracht de inspectie tussen 9 en 15 augustus jl. zes onaangekondigde inspectiebezoeken aan verschillende locaties van Careyn. De vastgestelde bevindingen hierbij zijn u op 29 augustus 2017 toegezonden. Vanwege de toetsing van de naleving van de aanwijzing, heeft de inspectie u ook gevraagd voor een gesprek op haar kantoor van de inspectie.

Het doel van dit gesprek is om aanvullende informatie te verzamelen over de besturing van Careyn. De inspectie gebruikt deze informatie, tezamen met de bevindingen bij de recente toezichtbezoeken, om te beoordelen of Careyn genoemde aanwijzing op alle vier de thema's (Cliëntdossier, Deskundigheid/inzet medewerkers, Sturen op kwaliteit en veiligheid, Goed bestuur) heeft nageleefd.

Het gesprek vindt plaats op **vrijdag 1 september 2017 om 09.30 uur** op het Stadskantoor in Utrecht, op de 6^e verdieping.(ruimte S4). U kunt zich melden aan de balie en vragen naar mevrouw [REDACTED]. De inspectie verzoekt u om uw identificatiebewijs mee te brengen. Hiernaar kan gevraagd worden.

Van de zijde van de inspectie zullen in ieder geval aanwezig zijn: mevrouw [REDACTED], manager Verpleging & Verzorging, mevrouw [REDACTED] inspecteur, en [REDACTED] inspecteur.

Van de zijde van Careyn verwacht de inspectie dat de raad van bestuur en een vertegenwoordiging van de raad van toezicht aanwezig zijn.

Specifiek richt de inspectie zich in dit gesprek op de drie aspecten in de aanwijzing onder het thema goed bestuur. De inspectie onderzoekt of in de huidige situatie bij Careyn de eerdere tekortkomingen, zoals genoemd in de aanwijzing bij het thema goed bestuur, zijn weggenomen.

- Voldoet Careyn aan de Zorgbrede Governancecode voor wat betreft sturen op kwaliteit en veiligheid?
- Heeft Careyn een adequate toedeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden die redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg?
- Heeft Careyn een stelsel voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van zorg?

Ons kenmerk
2017-2041663
V1012504/

Datum
29 augustus 2017

Vragen die bijvoorbeeld aan de orde kunnen komen zijn:

- Welke resultaten zijn geboekt op de thema's cliëntendossier, deskundigheid en inzet medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid? Welke risico- en belangenafwegingen zijn hierbij leidend?
- Zijn de gebreken in de randvoorwaarden voor verbetering van kwaliteit- en veiligheid van zorg opgeheven?
- Verloopt de implementatie van nieuw of aangepast beleid succesvol?
- Hoe monitort de bestuurder dit nu?
- Heeft Careyn focus op kwaliteit en veiligheid van zorg en de borging hiervan?

Aan de hand van de volgende twee agendapunten vormt de inspectie zich een indruk:

1. Reflectie door de raad van bestuur Careyn op de bevindingen van de inspectie
2. Reflectie door de raad van toezicht Careyn op de bevindingen van de inspectie

Het toezichtkader goed bestuur is richtinggevend voor de beoordeling van de inspectie.

Ter ondersteuning van het gesprek vraagt de inspectie om het actuele bestuursreglement van Careyn ter inzage te geven.

De inspectie maakt een verslag van het gesprek dat voor reactie zal worden voorgelegd.

De inspectie verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Voor eventuele toelichting of vragen kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Hooft d.

inspecteur



Inspectie voor de Gezondheidszorg
t.a.v. mevrouw [redacted], hoofd Meldpunt IGZ
Postbus 2518
6401 DA Heerlen

Per mail

Careyn

Careyn
Neckardreef 6
3562 CN Utrecht

Postbus 900
3100 AX Schiedam

Telefoon:
030-2588102
030-2588101
030 2588103

www.careyn.nl

Utrecht, 30-08-2017

Betreft: Melding nummer: [redacted]
Careyn Snavelenburg

In behandeling bij:

Doorkiesnummer:
06- [redacted]

E-mail:
[redacted]@careyn.nl

Ons kenmerk:

Uw kenmerk:

10.2.d,
10.2.e

Op 10.2.d hebben wij aan u een incident gemeld met betrekking tot geweld in de zorgrelatie in locatie Snavelenburg, PG-afdeling de Bole.

Zoals verzocht, treft u bijgaand aan de analyse van de onderzoekscommissie onder leiding van extern voorzitterschap van de heer [redacted]. Deze analyse en de daarin opgenomen aanbevelingen zijn besproken met de betrokken regiomanager. Op basis daarvan is door de regiomanager een verbeterplan gemaakt, dat u als de bijlage aantreft.

De analyse, conclusies en aanbevelingen worden door het bestuur onderschreven en de in het verbeterplan opgenomen maatregelen passen bij de aanbevelingen in het rapport.

[redacted] en [redacted] zijn betrokken bij de analyse van het incident. Zij voelen zich gehoord en gesteund door de medewerkers van Snavelenburg. Het incident is voor hen afgehandeld.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet

M. Meerdink
Voorzitter Raad van [redacted] ur

Bijlage:

- Rapportage incident Snavelenburg [redacted]
- Verbeterplan incident Snavelenburg

Stichting Careyn is
Ingeschreven in het
handelsregister KvK
27278704.

Van: [redacted]
Aan: "meldpunt@igz.nl"
Cc: [redacted]; [redacted]; [redacted] @careyn.nl
Onderwerp: Melding nummer IGZ_VMIT [redacted] Careyn Snavelenburg
Datum: woensdag 30 augustus 2017 11:27:42
Bijlagen: 17134 [redacted] 20170830 begeleidende brief.pdf
 17134 bijlage rapportage incident Snavelenburg IGZ [redacted].pdf
 17134 bijlage verbeterplan incident Snavelenburg IGZ VMIT [redacted].pdf

Geachte mevrouw [redacted],

Namens de Raad van Bestuur stuur ik u bijgaande rapportage m.b.t. een incident in locatie Snavelenburg (melding nummer IGZ_VMIT [redacted]) en het verbeterplan op basis van het rapport.

Met vriendelijke groet,

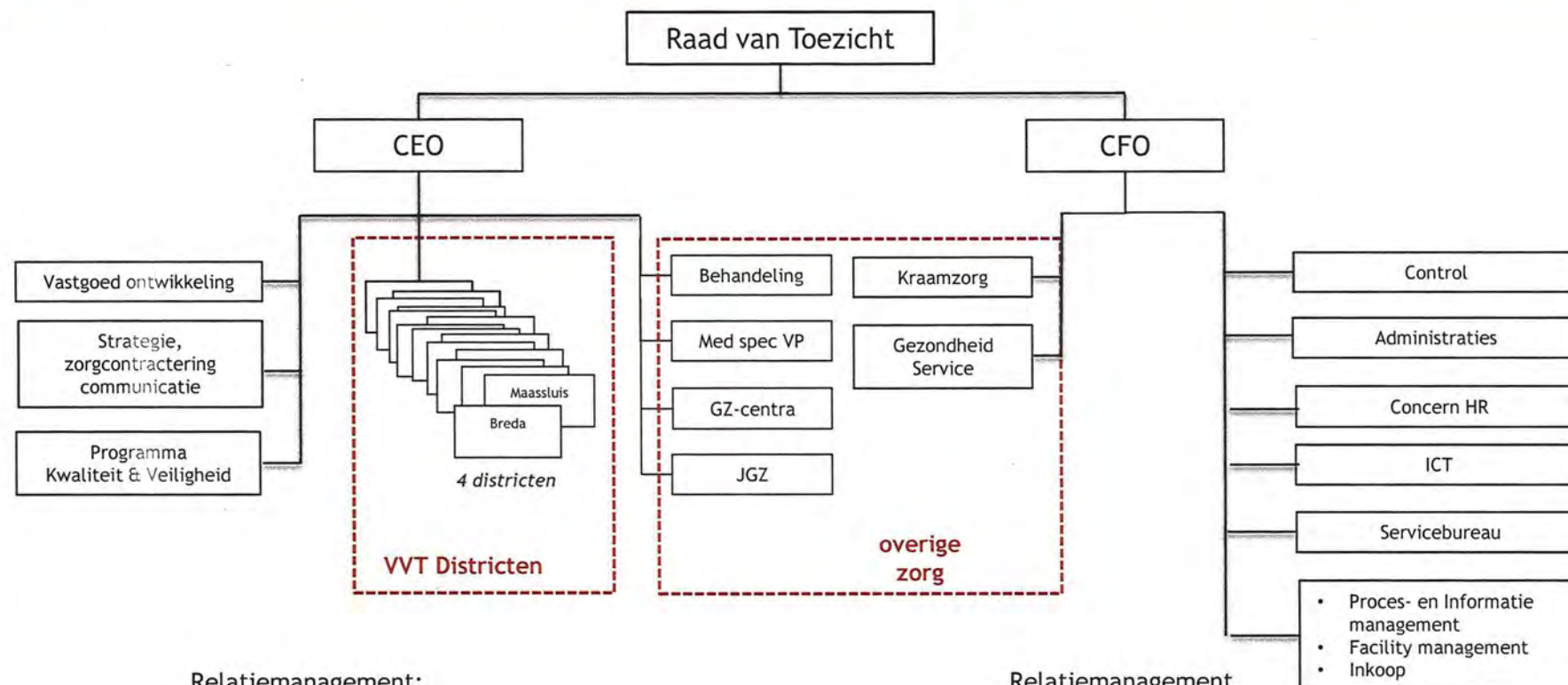
[redacted]
 Bestuurssecretariaat Careyn
 Secretariaresse van Jacqueline Scheidsbach, Ton Zwinkels en Ton de Klerk

T extern: (030) [redacted]
 T intern: [redacted]
 [redacted]@careyn.nl
 P: Postbus 900, 3100 AX Schiedam
 [redacted]

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl

Portefeuille verdeling RvB Careyn

Doc. 236



Relatiemanagement:

- Externe relaties
- Zorgkantoren, zorgverzekeraars
- Bestuurder CCR
- Bestuurder COR
- Gesprekspartner VVAR

Relatiemanagement

- Externe relaties
- Banken en financiers
- Bestuurder COR
- Overlegpartner vakorganisaties

Perscontacten



Samen werkt 't beter

Vastgesteld door RvB d.d. 11 januari 2017
Goedgekeurd door RvT d.d. 02 februari 2017

Van: [redacted]
Aan: @careyn.
Cc: @igj.nl
Onderwerp: RE: Reglement RvB Careyn
Datum: donderdag 31 augustus 2017 09:37:04
Bijlagen: image001.png

Geachte mevrouw [redacted],

Dank voor toezending, we voegen dit toe aan onze documentatie.

Met vriendelijke groet,

drs. [redacted]
[redacted] inspecteur

.....
Inspectie voor de Gezondheidszorg (VWS)
Bezoekadres: Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht
Correspondentie & afspraken:
meldpunt@igz.nl | 088-1 [redacted]
Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

.....
✉ [redacted]@igz.nl
☎ +31 [redacted]

Van: [redacted]@careyn.nl]
Verzonden: donderdag 31 augustus 2017 9:35
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: Reglement RvB Careyn

Geachte mevrouw [redacted]

In de uitnodiging voor het bestuursgesprek morgen verzoekt u om het bestuursreglement ter inzage. Bijgaand zend ik u op verzoek van de bestuursvoorzitter het bedoelde reglement. Uiteraard zullen wij morgen enkele hard-copy's voor u beschikbaar hebben tijdens het gesprek.

Met vriendelijke groeten,

[redacted]

=====
[redacted]
Bestuurssecretaris Careyn

Neckardreef 6
3562 CN Utrecht
T (intern) [redacted]
T (extern) 030 [redacted]
M 06 [redacted]

Postadres:
Postbus 900
3100 AX Schiedam

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: RE: Reglement RvB Careyn
Datum: donderdag 31 augustus 2017 13:41:02
Bijlagen: [image001.png](#)
[20170202 Portefeuilleverdeling RvB Careyn DEF.pdf](#)

Zie bijlage. De portefeuilleverdeling is ongewijzigd gebleven na benoeming van de huidige bestuurders.

Hartelijke groet,

[redacted]

Van: [redacted]@igz.nl]
Verzonden: donderdag 31 augustus 2017 13:34
Aan: @careyn.nl
CC: @igj.nl
Onderwerp: RE: Reglement RvB Careyn

Dag mevrouw [redacted]

Er wordt bij art 2.3 een bijlage genoemd. Is deze beschikbaar?

Met vriendelijke groet,

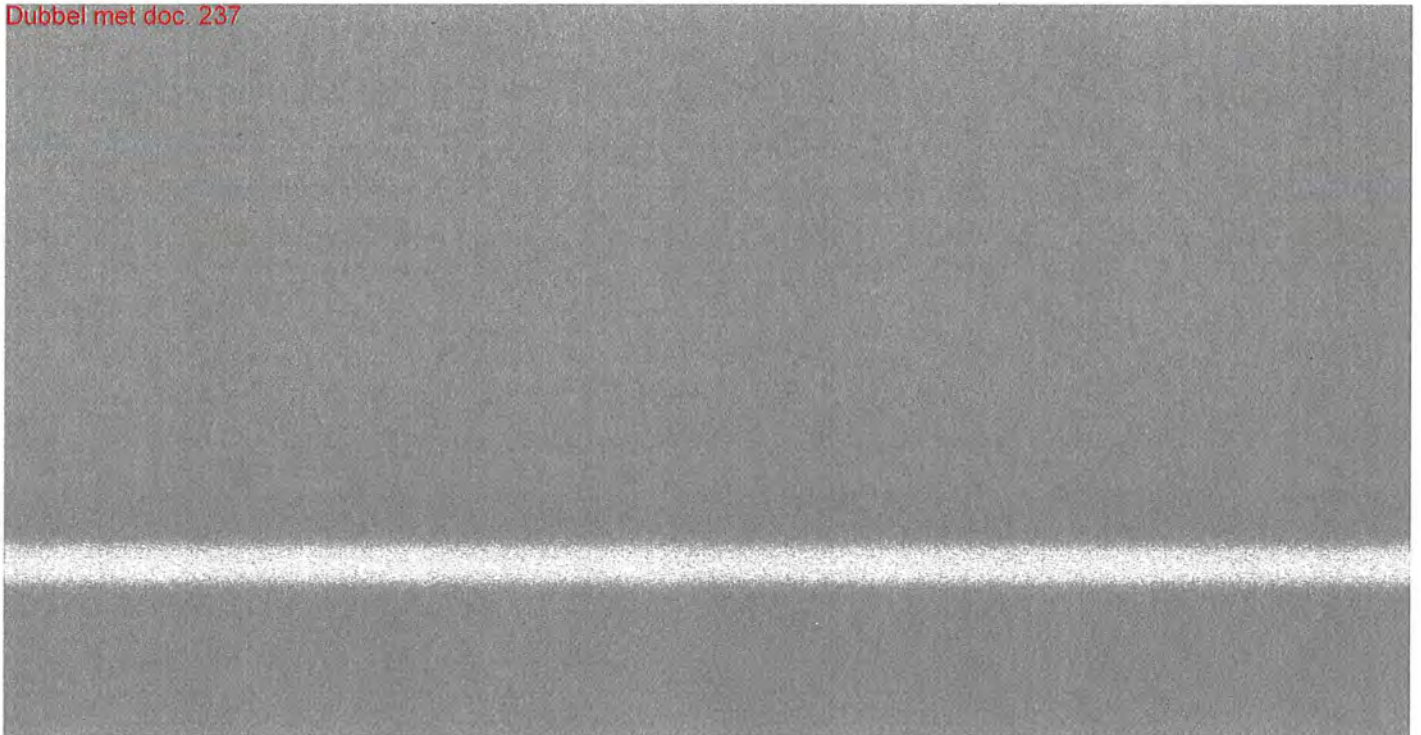
[redacted]
[redacted] inspecteur

.....
Inspectie voor de Gezondheidszorg (VWS)

✉ [redacted]@igz.nl
☎ +31 [redacted]

.....
[redacted]

Dubbel met doc. 237



REGLEMENT RAAD VAN BESTUUR VAN DE STICHTING CAREYN

Als bedoeld in artikel 6 lid 10 van de statuten van de Stichting Careyn

Artikel 1 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad van Bestuur**1.1. Algemeen**

De Raad van Bestuur bestuurt de Stichting binnen de statutair aan hem toegekende verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

1.2. Focus

De Raad van Bestuur dient primair het belang van de Stichting in de realisatie van zijn doelen als maatschappelijk ondernemer.

1.3. Houding en gedrag

Leden van de Raad van Bestuur zijn zich bewust van hun verantwoordelijkheid, maatschappelijke positie en voorbeeldfunctie en zullen uit dien hoofde geen handelingen verrichten of nalaten, die het belang of de reputatie van de Stichting schaden. De Raad van Bestuur bevordert dat medewerkers van de Stichting zich eveneens naar deze norm gedragen.

Artikel 2 Verantwoordelijkheden, bevoegdheden, functies, taken en aandachtsgebieden van de Raad van Bestuur**2.1. Collectieve en individuele verantwoordelijkheid**

Binnen de wettelijke en statutaire bestuurlijke verantwoordelijkheden is ieder lid van de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor het gehele bestuur en is een lid van de Raad van Bestuur afzonderlijk verantwoordelijk voor de aan hem toegedeelde functies, taken of aandachtsgebieden.

2.2. Voorzitterschap

De voorzitter van de Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk jegens de Raad van Toezicht voor het bestuur van Careyn en het functioneren van de Raad van Bestuur. Hij ziet toe op de eenheid van beleid van de Raad van Bestuur, en is in het bijzonder verantwoordelijk voor de voortgang van de werkzaamheden van de Raad van Bestuur, een zorgvuldige besluitvorming binnen de gehele organisatie en binnen de Raad van Bestuur in het bijzonder en de communicatie en het overleg tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. De voorzitter van de Raad van Bestuur wordt door de Raad van Toezicht in functie benoemd. De voorzitter is in- en extern als eerste aanspreekbaar op het totale beleid van de gehele organisatie.

Vicevoorzitter

De vicevoorzitter vertegenwoordigt het concern op een aantal terreinen en vervangt de voorzitter bij diens afwezigheid.

2.3. Taakverdeling

De Raad van Bestuur maakt binnen de door de Raad van Toezicht aangegane contractuele relaties met de daarbij vastgestelde benoemings- en arbeidsvoorwaarden onderling, een



Reglement Raad van Bestuur Stichting Careyn

toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden, functies, taken of aandachtsgebieden op. Deze toedeling wordt na goedkeuring door de Raad van Toezicht als bijlage aan dit reglement toegevoegd en is er een onlosmakelijk onderdeel van.

2.4. *Overleg*

Mocht – al dan niet door wijziging van omstandigheden – naar de mening van de Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur of een lid van de Raad van Bestuur de toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden, functies, taken of aandachtsgebieden aanleiding zijn om de aangegane contractuele relaties met de daarbij vastgestelde benoemings- en arbeidsvoorwaarden aan te passen, dan draagt de Raad van Toezicht – na overleg met de Raad van Bestuur en het lid van de Raad van Bestuur – daar zorg voor.

2.5. *Machtiging*

De Raad van Bestuur besluit hierbij tot het verlenen van volmacht aan ieder van de leden van de Raad van Bestuur, om namens de Stichting volmacht te kunnen verlenen aan een derde, om de Stichting te vertegenwoordigen in het rechtsverkeer in de breedste zin van het woord, binnen de door het betreffende lid van de Raad van Bestuur te bepalen grenzen van de betreffende volmacht en ter uitvoering van beleid dat is gebaseerd op een besluit van de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur besluit hierbij voorts, als vertegenwoordigend orgaan van de Stichting, waarbij de Stichting te dezen handelt als bestuurder van ieder van haar dochters, tot het verlenen van volmacht aan ieder van de leden van de Raad van Bestuur van de Stichting, om namens iedere dochter van de Stichting volmacht te kunnen verlenen aan een derde, om de betreffende dochter te vertegenwoordigen in het rechtsverkeer in de breedste zin van het woord, binnen de door het betreffende lid van de Raad van Bestuur te bepalen grenzen van de betreffende volmacht en ter uitvoering van beleid dat is gebaseerd op een besluit van de Raad van Bestuur van de Stichting, als bestuurder van de betreffende dochter. Iedere te verlenen volmacht aan een derde wordt schriftelijk vastgelegd en kan te allen tijde worden herroepen.

Artikel 3 Doel van het bestuur

3.1. *Algemeen*

Het doel van het bestuur is de realisatie van de doelstellingen van de Stichting.

3.2. *Maatschappelijke doelen*

Het bestuur realiseert de maatschappelijke doelen, die het na samenspraak met belanghebbenden en na verkregen goedkeuring van de Raad van Toezicht heeft vastgesteld, dan wel die door de overheid in wet- en regelgeving zijn vastgelegd en voorgeschreven.

3.3 *Strategische en beleidsdoelen*

Het bestuur realiseert doelen op strategisch en beleidsmatig niveau ten aanzien van de diensten en producten, het bedrijf en de leiding (management), met aandacht voor de kwaliteitsaspecten van de producten en diensten, de cliënttevredenheid, de personeelssatisfactie, de financiering en het financiële beheer.

3.4. Planning- en controlecyclus

Het bestuur legt de verwerkelijking van de in artikel 3 lid1, 2 en 3 genoemde doelen vast in een planning- en controlecyclus voor het concern en alle onderliggende bedrijven.

Artikel 4 Taken van het bestuur

Het bestuur heeft tot taak

- de visie te ontwikkelen en te implementeren,
- de doelen van het beleid en van de uitvoering daarvan vast te stellen,
- de strategie te vormen, te implementeren, te voeren en te evalueren,
- te beslissen als eindverantwoordelijke in de besluitvorming,
- intern en extern te communiceren,
- de Raad van Toezicht over voortgang van het concern en de onderliggende bedrijven te informeren
- de kwaliteit van de dienstverlening aan klanten te bevorderen en te bewaken,
- leiding te geven en medewerkers te motiveren,
- te organiseren,
- de organisatieontwikkeling, het management development en de organisatie in al zijn facetten te beheren en te beheersen.

Artikel 5 Verantwoording**5.1. Collectieve en individuele verantwoording**

De Raad van Bestuur verantwoordt zijn collectieve verantwoordelijkheid. Onverminderd de collectieve verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur is de voorzitter eindverantwoordelijk voor het totale beleid van de organisatie.

5.2. Verantwoording in de Raad van bestuur

Leden van het bestuur verantwoorden hun beleid en uitvoering van beleid binnen de Raad van Bestuur.

5.3. Verantwoording aan de Raad van Toezicht

De Raad van Bestuur is rechtstreeks verantwoording schuldig aan de Raad van Toezicht. Leden van de Raad van Bestuur zijn tezamen en afzonderlijk aan de Raad van Toezicht verantwoording schuldig voor de realisatie van de doelen genoemd in artikel 3 lid 1, 2 en 3, het daartoe ontwikkelde en gevoerde beleid en strategie, de bedrijfsvoering en de gehele organisatie. De voorzitter is daarenboven aanspreekbaar op de samenhang in het beleid en het functioneren van de Raad van Bestuur.

5.4. Werkwijze verantwoording

Het afleggen van verantwoording door de Raad van Bestuur vindt plaats in vergaderingen van de Raad van Toezicht dan wel in een daartoe aangekondigd, voorbereid en opgezet overleg tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur of leden van de Raad van Bestuur verantwoorden zich niet in individuele contacten met één of meer leden van de Raad van Toezicht. De voorzitter en vicevoorzitter van de Raad van Bestuur zijn samen met de voorzitter en vicevoorzitter van de Raad van Toezicht verantwoordelijk voor de voorbereiding van deze vergadering of dit overleg.



Artikel 6 Bereikbaarheid en waarneming

6.1. *Bereikbaarheid*

Bijzondere incidentele situaties daargelaten draagt de Raad van Bestuur er zorg voor dat te allen tijde minstens een lid van de Raad van Bestuur in functie is en bereikbaar.

6.2. *Waarneming*

De leden van de Raad van Bestuur nemen gedurende vakanties en andere korte periodes van afwezigheid onderling voor elkaar waar.

In geval van langdurige afwezigheid, bijvoorbeeld wegens ziekte, vakantie of anderszins, van een lid van de Raad van Bestuur stelt de Raad van Bestuur een voordracht op voor de Raad van Toezicht voor de eventuele waarneming dan wel deelt de Raad van Toezicht mee hoe de Raad van Bestuur de waarneming tussen de leden van de Raad van Bestuur onderling regelt.

Artikel 7 Vergaderingen van de Raad van Bestuur

7.1. *Dataplanning*

De Raad van Bestuur stelt uiterlijk in de laatste vergadering van een jaar de vergaderdata en tijdstippen vast voor de vergaderingen van het eerstvolgende jaar.

7.2. *Frequentie en aantal*

De Raad van Bestuur komt ten minste één maal per maand bijeen.

7.3. *Bijeenroepen*

De voorzitter van de Raad van Bestuur roept de vergadering bijeen. Ieder lid van de Raad van Bestuur heeft de bevoegdheid om, na overleg met de voorzitter, een vergadering wegens dringende redenen bijeen te roepen.

7.4. *Voorzitterschap*

De vergaderingen van de Raad van Bestuur worden voorgezeten door de voorzitter van de Raad van Bestuur.

7.5. *Agenda*

Elk lid van de Raad van Bestuur is gerechtigd onderwerpen te agenderen voor de vergadering van de Raad van Bestuur. Het lid van de Raad van Bestuur, dat een onderwerp op de agenda plaatst, zal waar mogelijk het betreffende agendapunt voorzien van een (schriftelijke) toelichting. In ieder geval zal de informatie waarover het betreffende lid te dien aanzien beschikt ter vergadering worden ingebracht.

7.6. *Vaststelling agenda*

De voorzitter van de Raad van Bestuur stelt de agenda vast gehoord hebbende de leden van de Raad van Bestuur.

7.7. *Deelname derden*

De Raad van Bestuur kan zich tijdens de vergadering structureel of incidenteel laten bijstaan door andere medewerkers van de Stichting of door derden, niet zijnde leden van de Raad van Toezicht, die hiertoe door de Raad van Bestuur zijn uitgenodigd.



7.8. Verslaglegging

Van de vergaderingen van de Raad van Bestuur wordt verslag opgemaakt. De verslaglegging is niet woordelijk – per onderwerp worden de gevraagde en gegeven informatie, de gehanteerde argumentatie en de gemaakte afspraken dan wel genomen besluiten weergegeven. Het verslag, de afsprakenlijst en het besluitenregister worden in de eerstvolgende vergadering besproken en vastgelegd.

Artikel 8 Besluitvorming

- 8.1. Een lid van de Raad van Bestuur kan zich door een schriftelijk door hem daartoe gevolmachtigd ander lid van de Raad van Bestuur ter vergadering doen vertegenwoordigen.
- 8.2. Besluiten welke ingevolge de statuten onderworpen zijn aan de goedkeuring van de Raad van Toezicht worden uitsluitend in een vergadering van de Raad van Bestuur genomen. Het betreffende onderwerp dient dan te allen tijde in de agenda opgenomen te zijn.
- 8.3. De Raad van Bestuur en de afzonderlijke leden ervan streven er naar dat besluiten in consensus met elkaar worden genomen.
In het bijzonder bevordert de voorzitter van de Raad van Bestuur dat de besluitvorming daadwerkelijk tot stand komt en dat dit op een zorgvuldige wijze geschiedt.
- 8.4. Indien geen consensus binnen de Raad van Bestuur bereikt wordt, neemt de voorzitter alsdan een besluit vanuit het belang van de Stichting. De overige leden van de Raad van Bestuur committeren zich aan dit besluit, ook in de uitvoering en de presentatie ervan.
- 8.5. In geval er sprake is van een zwaarwegend verschil van inzicht binnen de Raad van Bestuur kan een lid van de Raad van Bestuur zich wenden tot de voorzitter van de Raad van Toezicht. De voorzitter van de Raad van Toezicht overweegt, na de leden van de Raad van Bestuur gehoord te hebben, of een besluit van de Raad van Bestuur in aanmerking komt voor schorsing. Vervolgens informeert hij de Raad van Toezicht.
- 8.6. Beleidsbesluiten over aangelegenheden die tot de verantwoordelijkheden, bevoegdheden, functies, taken of aandachtsgebieden van een lid van de Raad van Bestuur behoren kunnen in een vergadering van de Raad van Bestuur alleen genomen worden als het betreffende lid aanwezig is of vertegenwoordigd, tenzij de voorzitter oordeelt dat het aanhouden van de besluitvorming niet in het belang van de Stichting is.
- 8.7. Een lid van de Raad van Bestuur is bevoegd binnen zijn verantwoordelijkheden, bevoegdheden, functies, taken of aandachtsgebieden besluiten te nemen tot uitvoering van het beleid dat door de Raad van Bestuur is vastgesteld. Het lid van de Raad van Bestuur informeert de Raad van Bestuur over zijn besluiten door schriftelijke rapportage dan wel mondeling in de vergadering van de Raad van Bestuur.
- 8.8. Leden van de Raad van Bestuur hebben de bevoegdheid om de beleidsvoorbereiding en -uitvoering van een ander lid van de Raad van Bestuur in de vergadering van de Raad van Bestuur aan de orde te stellen.



- 8.9. Een lid van de Raad van Bestuur treedt niet uitvoerend op in het functioneren van een onderdeel van de Stichting, zijn instellingen of organisatie, dat onder de verantwoordelijkheden, bevoegdheden, functies, taken of aandachtsgebieden van een ander lid van de Raad van Bestuur valt, tenzij dit naar het oordeel van de Raad van Bestuur in het belang van de Stichting, de instelling(en) of de organisatie en in een niet uitstelbare situatie noodzakelijk is. Hierover vindt met het betreffende lid van de Raad van Bestuur overleg plaats, tenzij dit feitelijk onmogelijk is.

Artikel 9 Medezeggenschap en inspraak

- 9.1. Uitgaande van het belang van de Stichting en van het belang van de gebruikers van de instellingen van de Stichting streeft de Raad van Bestuur in zijn handelen naar voldoende draagvlak bij de medewerkers.
- 9.2. De Raad van Bestuur onderkent de waarde van het vertegenwoordigend overleg namens de medewerkers (de Centrale Ondernemingsraad) en namens de cliënten (de Centrale Cliëntenraad) als een functioneel element van de instellingen en organisatie, en benut dit overleg ten volle.
- 9.3. De Raad van Bestuur neemt de vigerende wet- en regelgeving ter zake in acht en bevordert de totstandkoming van de benodigde reglementen en handelt conform deze reglementen.

Artikel 10 Openheid en externe verantwoording

- 10.1. De Raad van Bestuur draagt er zorg voor dat de activiteiten van de Stichting en van haar instellingen en organisatie, bestuurlijk, juridisch, organisatorisch en financieel goed geregeld zijn, inzichtelijk zijn en verantwoord worden.
- 10.2. De Raad van Bestuur biedt openheid over het beleid, de dienstverlening en de prestaties van de Stichting. De Raad van Bestuur legt ten aanzien van degenen, die het wettelijk of wat regelgeving betreft aangaat, verantwoording af en staat bij het concipiëren, ontwikkelen en uitvoeren van zijn beleid open voor de opvattingen van betrokken belanghebbenden. Informatieverstrekking, verantwoording en beleidsbeïnvloeding intern en extern worden door de Raad van Bestuur actief bevorderd.
- 10.3. De Raad van Bestuur bevordert dat hulpverleners niet alleen intern maar ook extern (aan cliënten en beroepsgenoten) verantwoording afleggen over hun handelen, zulks met inachtneming van de vigerende wet en regelgeving.

Artikel 11 Deskundigheid

- 11.1. De Raad van Bestuur is ervoor verantwoordelijk dat in de Raad van Bestuur voldoende deskundigheden en vaardigheden gewaarborgd zijn.



Reglement Raad van Bestuur Stichting Careyn

- 11.2. Elk lid van de Raad van Bestuur draagt er zorg voor dat zijn kennis en kunde ruim voldoende zijn en blijven voor een adequate functie vervulling in het belang van de Stichting.
Elk lid van de Raad van Bestuur laat zich daarop aanspreken door de overige leden van de Raad van Bestuur en via functioneringsgesprekken door de Raad van Toezicht.
- 11.3. Wanneer een lid van de Raad van Bestuur in specifieke gevallen de kennis en/of ervaring mist om in het belang van de Stichting adequaat te handelen dan laat hij zich bijstaan door de overige leden van de Raad van Bestuur of door andere personen.

Artikel 12 Evaluatie

- 12.1. De Raad van Bestuur bespreekt onder leiding van de voorzitter ten minste een maal per jaar zijn eigen functioneren en dat van de afzonderlijke leden en stelt zijn werkwijze op grond daarvan bij.
- 12.2. De voorzitter van de Raad van Bestuur maakt verslag van deze bespreking op en informeert door tussenkomst van de voorzitter van de Raad van Toezicht de Raad van Toezicht op hoofdlijnen hierover.

Artikel 13 Conflictregeling bij geschil tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

Voor het geval de Raad van Bestuur dan wel de Raad van Toezicht vindt dat er sprake is van een onoverbrugbaar verschil van inzicht tussen de beide raden, niet zijnde een arbeidsconflict tussen één of meer leden van de Raad van Bestuur en de Stichting, wordt als volgt gehandeld:

- De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zullen in eerste instantie in onderling overleg proberen tot overeenstemming te komen.
- Indien de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht niet in onderling overleg tot overeenstemming kunnen komen, zullen zij ter zake het conflict advies vragen aan een door hen gezamenlijk aan te wijzen partij die deskundig is op het terrein van het conflict en die partijen beide vertrouwen.
- Indien partijen het niet eens worden over een gezamenlijk aan te wijzen deskundige, dan wel het uitgebrachte advies niet tot overeenstemming leidt, beraadt de Raad van Toezicht zich over de positie van de Raad van Bestuur.
- Indien het belang van de Stichting dat vordert neemt de Raad van Toezicht een beslissing zonder de uitkomst van het voorgaande af te wachten.

Artikel 14 Gedragsregels

- 14.1. *Handelingsperspectief*
De Raad van Bestuur handelt vanuit en in het belang van de instelling, conform de doelstelling, die daartoe in de statuten is vastgelegd.



14.2. Belangenverstrengeling

Elk lid van de Raad van Bestuur heeft de plicht te vermijden dat er een belangenverstrengeling tussen de Stichting en het lid van de Raad van Bestuur ontstaat, dan wel de schijn van een belangenverstrengeling door het lid wordt opgeroepen.

14.3. Nevenfuncties

- a. De leden van de Raad van Bestuur betrachten openheid over hun eventuele nevenfuncties en nevenwerkzaamheden voor zover deze van belang en mogelijk van invloed zijn op hun functioneren als lid van de Raad van Bestuur – door onverenigbaarheid, tijdsbeslag of relationele betrekking. De leden van de Raad van Bestuur zullen geen nevenfuncties aanvaarden dan na voorafgaande toestemming van de Raad van Toezicht.
- b. Indien een lid van de Raad van Bestuur voorziet dat (de schijn van) een tegenstrijdig belang of onverenigbaarheid voor zichzelf of een ander lid van de Raad van Bestuur zou kunnen optreden, meldt hij dit terstond aan de voorzitter van de Raad van Bestuur. Indien het de voorzitter betreft, meldt de voorzitter dit terstond in de Raad van Bestuur. Indien naar het oordeel van de Raad van Bestuur zich een incidentele tegenstrijdigheid voor doet, waarvan de bezwaren kunnen worden opgelost door een tijdelijke voorziening, dan werkt het betrokken lid aan die voorziening mee. Indien naar het oordeel van de Raad van Bestuur een meer dan incidentele onverenigbaarheid van belangen aan de orde is, dan beëindigt het betreffende lid deze nevenfunctie of nevenwerkzaamheden.
- c. Indien een lid van de Raad van Bestuur voorziet dat een nevenfunctie of nevenwerkzaamheden invloed zal of zullen gaan hebben op de positie als lid van de Raad van Bestuur dan wel op de participatie aan de werkzaamheden van Raad van Bestuur, dan meldt hij dit terstond aan de voorzitter van de Raad van Bestuur. Indien naar de mening van de Raad van Bestuur de status van de Raad van Bestuur negatief beïnvloed wordt of de participatie aan de werkzaamheden van de Raad van Bestuur schade ondervindt dan beëindigt het betreffende lid deze nevenfunctie of nevenwerkzaamheden.

14.4. Geheimhouding

De leden van de Raad van Bestuur zijn verplicht tot geheimhouding van hetgeen hun uit hoofde van hun functie ter kennis is gekomen voor zover die verplichting uit de aard van de zaak volgt of hen uitdrukkelijk is opgelegd. Deze verplichting eindigt niet bij de beëindiging van het lidmaatschap van de Raad van Bestuur.

14.5. Publiciteit

De leden van de Raad van Bestuur doen geen publieke uitspraken over het beleid en besluiten van de Raad van Bestuur, tenzij op verzoek van dan wel na overleg met de voorzitter, die het aanspreekpunt van de Raad van Bestuur is.

14.6. Verbodsbepalingen

De leden van de Raad van Bestuur zullen zich ervan onthouden

- a. middellijk of onmiddellijk deel te nemen aan aannemingen van de Stichting;
- b. middellijk of onmiddellijk geschenken, provisie of commissieloon aan te nemen of te vorderen van personen die ten behoeve van de Stichting werkzaam zijn dan wel van (potentiële) leveranciers van de Stichting;



Reglement Raad van Bestuur Stichting Careyn

- c. van cliënten of van derden met wie zij door hun functie in aanraking komen, giften of beloning aan te nemen of te vorderen;
- d. zonder schriftelijke voorafgaande toestemming van de Raad van Toezicht personen in dienst van de Stichting voor persoonlijke doeleinden werkzaamheden te laten verrichten of iets dat aan de Stichting toebehoort voor persoonlijke doeleinden te gebruiken;
- e. zonder schriftelijke voorafgaande toestemming van de Raad van Toezicht deel te nemen aan het Toezicht of het bestuur van rechtspersonen, die middellijk of onmiddellijk producten en/of diensten ten behoeve van werkgever kunnen offreren dan wel samen werken met de zorginstelling dan wel voor samenwerking in aanmerking komen.

Artikel 15 Slotbepalingen

- 15.1. Dit reglement kan worden gewijzigd door een besluit van de Raad van Bestuur na verkregen goedkeuring van de Raad van Toezicht.
- 15.2. In voorkomende gevallen waarin dit reglement niet voorziet beslist de Raad van Bestuur met inachtneming van de wettelijke bepalingen en de statuten van de Stichting.
- 15.3. Bij de jaarlijkse evaluatie van de Raad van Bestuur gaat de Raad van Bestuur na of dit reglement nog aan de daaraan te stellen criteria voldoet.

Vastgesteld door Raad van Bestuur in vergadering d.d. 28 oktober 2015

Goedgekeurd door de Raad van Toezicht in vergadering d.d. 11 november 2015.

Careyn Breed, Alle D/R/L	Versiedatum: 11-11-2015	00248
Proceseigenaar: PE Besturen Careyn Breed (overstijgend)	Printdatum: 31-8-2017	Pagina 9 van 9

Van: Dienstpostbus IGZ afdeling V&V team RT
Aan: [redacted]; [redacted] @carevn.nl
Bcc: [redacted]
Onderwerp: Concept verslag bestuursgesprek Careyn 1 september 2017
Datum: vrijdag 8 september 2017 17:01:32
Bijlagen: V1012504 2017-2045766 conceptverslag BG Careyn 01-09-2017.pdf

Geachte voorzitter raad van bestuur van Stichting Careyn en/of geachte bestuurssecretaris,

Op 1 september jl. vond een gesprek plaats met de raad van bestuur en een vertegenwoordiging van de raad van toezicht van Careyn. Voorafgaand stuurde de inspectie op 29 augustus jl een brief met toelichting over het doel van het gesprek. In deze brief heeft de inspectie de beoogde gespreksonderwerpen aangegeven.

Bijgaand treft u de conceptversie van het verslag van dit gesprek. De inspectie beschouwt de informatie in het verslag als inspectiebevindingen. Zoals ook is aangegeven in de brief d.d. 29-8-2017, gebruikt de inspectie deze informatie in haar inspectierapport over de naleving van de aanwijzing door Careyn.

Vriendelijk verzoek ik u bijgaande verslagversie voor te leggen aan de leden van de raad van bestuur van Careyn en aan betrokken leden van de raad van toezicht van Careyn. De inspectie vraagt Careyn om een reactie op eventuele feitelijke onjuistheden. De inspectie verwacht die reactie binnen vijf werkdagen te ontvangen, dus **uiterlijk op vrijdag 15 september 2017**.

De inspectie ontvangt uw reactie graag schriftelijk, **via ri.utrecht@igz.nl en in CC naar VVRT@igz.nl onder vermelding van kenmerk 2017-2045766/V1012504.**

Nadat benodigde aanpassingen zijn verwerkt, stelt de inspectie het verslag vast. De vastgestelde versie wordt u zo spoedig mogelijk toegezonden. De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt door plaatsing op igz.nl/rapporten. Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op igz.nl/onderwerpen.

Ik veronderstel u tot zover voldoende te hebben geïnformeerd. Indien er nog vragen of onduidelijkheden zijn, neem dan gerust contact op via ons meldpunt. Desgewenst kunt u hiervoor ook contact zoeken met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
inspecteur

Inspectie voor de Gezondheidszorg (VWS)

Bezoekadres: Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht

Correspondentie & afspraken:

meldpunt@igz.nl | 088-1205000

Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

☒ [redacted]
+31 [redacted]



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Datum
8 september 2017

verslag

Doc 2017-2045766/V1012504

Omschrijving	Gesprek met de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van Careyn teneinde de Aanwijzing op het punt 'Goed Bestuur' te toetsen.
Vergaderdatum en -tijd	1 september 2017 van 9.30 tot 11.30 uur
Vergaderplaats	Stadskantoor, Utrecht
Aanwezig	Namens Careyn • Voltallige Raad van bestuur (RvB) • 4 leden van de Raad van Toezicht (RvT) Namens de inspectie: • mevrouw [REDACTED], Manager afd. Verpleging & Verzorging • mevrouw [REDACTED] inspecteur • mevrouw [REDACTED] inspecteur

De inspectie heet de leden van de RvB en RvT van Careyn welkom en staat kort stil bij het doel van het gesprek. De inspectie verzamelt tijdens dit gesprek aanvullende informatie over de besturing van Careyn. De inspectie gebruikt deze informatie, tezamen met de bevindingen bij de recente toezichtbezoeken, en resultaatsverslag van Careyn om te beoordelen of Careyn de aanwijzing van de inspectie (dd. 7 november 2016) op alle vier de thema's heeft nageleefd. In dit gesprek focust de inspectie op de drie aspecten bij het onderdeel Goed Bestuur. De inspectie onderzoekt of in de huidige situatie bij Careyn de eerdere tekortkomingen, zoals genoemd in de aanwijzing bij het thema goed bestuur, zijn weggenomen.

De inspectie vraagt de RvB en de RvT vanuit de drie aspecten van het onderdeel goed bestuur te reflecteren op de bevindingen van de inspectie en stelt waar nodig verdiepende vragen. Dit gespreksverslag is een zakelijke weergave van hetgeen besproken is in relatie tot bedoelde relevante aspecten uit de aanwijzing.

De RvB krijgt de conceptversie voorgelegd voor reactie op feitelijke onjuistheden.

Over systematische bewaking, beheersing en verbetering van zorg

De inspectie constateert dat het beeld dat de RvB schetste in het ontvangen resultaatsverslag over de aanwijzing, niet altijd overeenkwam met bevindingen van de inspectie op de locaties. Zo zijn de inspectiebevindingen, bij de bezochte

locaties die Careyn in haar resultaatverslag aanduidt als locaties met voor de relevante aspecten merendeels voldoende kwaliteitniveau, niet beter dan bij de locaties waarbij Careyn het kwaliteitniveau van relevante aspecten als onvoldoende aanmerkt in het resultaatverslag. Ook heeft de inspectie bijvoorbeeld opgemerkt dat op de verschillende locaties de deskundigheidsbevordering op verschillende manieren invulling krijgt. De inspectie vraagt zich af hoe de RvB en de RvT ervoor gaan zorgen dat iedereen bij Careyn zich op hetzelfde richt als het om professionele (en dus veilige) zorg gaat; dat de neuzen dezelfde kant op staan en de verwachtingen voor en over goede zorg duidelijk zijn, inclusief die over benodigde verbeteringen.

De RvB geeft aan dat in het verleden de verbinding tussen locaties vooral is gezocht in overkoepelende structuren, en minder in de inhoud. De (nieuwe) RvB denkt dat de verbinding vooral gezocht moet worden in een gezamenlijke visie op ziekte en gezondheid. Maar ook in een gedeelde visie op professioneel gedrag. Dat moet volgens de RvB de verbindende waarden- en normenset zijn. De structuren voor de organisatie van zorg kunnen dan per district best anders zijn.

Echter, op dit moment is er nog geen concrete visie op professionaliteit. Op 13 september a.s. komt een groep professionals van Careyn bij elkaar om samen met de RvB een gedeelde visie op professionaliteit te formuleren. Dit is een andere aanpak dan in het verleden, toen dit soort zaken centraal, zonder input van professionals, geregeld werd.

De RvB geeft tevens aan al in eerdere communicatie transparant te zijn geweest over de naleving van de aanwijzing. Careyn heeft vooruitgang geboekt, maar is er nog niet. De bevindingen van de recente inspectiebezoeken herkent Careyn. Wel waren er zaken die Careyn positiever in het resultaatverslag beschreven had dan nu het geval blijkt te zijn. Deze zaken heeft de RvB onmiddellijk toegevoegd aan de lijst van zaken die nog moeten gebeuren. De inspectie vraagt welke zaken dit dan betreft. De RvB geeft als voorbeeld de takenlijst van behandelaars die in het systeem zichtbaar had moeten zijn. Ook bestond onder zorgverleners de indruk dat scholingen vrijblijvend gevolgd konden worden. Dat was niet zo, maar dit was kennelijk onvoldoende bekend. De RvB constateert dat Careyn hier dus onvoldoende helder over heeft gecommuniceerd.

De inspectie vraagt hoe het kon gebeuren dat bepaalde zaken niet op orde waren, terwijl de RvB en RvT de indruk hadden dat het wel op orde was. Dit heeft de RvB zichzelf ook afgevraagd. Samen met het team van Waardigheid en Trots en de eigen auditteams heeft de RvB geconstateerd dat er toch een mate van subjectiviteit in de verschillende audits zit. RvB stuurt nu concreet op de verbeterpunten uit de rapportage van de interne auditteams, de waarnemingen vanuit Waardigheid & Trots en de inspectiebevindingen.

Careyn heeft het voornemen de nog als onvoldoende beoordeelde normaspecten op orde te brengen. Tot nu toe heeft de focus van verbeteren gelegen bij de intramurale zorg. In de nabije toekomst wil Careyn ook de extramurale zorg betrekken bij de verbeterplannen. Ook de OR heeft hierop aangedrongen. Onder meer om dit te kunnen realiseren handhaaft de RvB voorlopig nog de ingestelde projectstructuur van waaruit Careyn nu werkt. Ook de adviesfunctie van het interventieteam en waardigheid & trots zal, in een andere vorm, benut blijven.

De RvT vult aan dat de verschillen tussen locaties deels ook komen door niet goed afgemaakte fusies in het verleden en deels ook te maken hebben met

verschillen in geografische regio's. Cliënten in verschillende regio's hebben soms andere wensen. Daarnaast zijn er ook verschillen in het ziekteverzuim en de arbeidsmarkt.

De RvT geeft aan dat er heel veel gebeurd is en dat er plannen voor verdere verbeteringen gemaakt zijn. Deze plannen (oa voor aanpassing van de aansturingstructuur en communicatiestructuur) liggen gereed voor besluitvorming. Careyn heeft echter meer tijd nodig voor de realisatie en voor de borging van al deze processen.

De inspectie vraagt om verduidelijking van de huidige wijze waarop Careyn de kwaliteit en veiligheid momenteel in beeld heeft. Er zijn interne audits die de RvB en RvT concreet zicht geven op de stand van zaken. Gedeeltelijk vervangen de audits op dit moment een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS). Wanneer dit systeem goed is ingericht kunnen de audits anders vormgegeven worden.

De RvB vertelt dat Careyn 4 mensen als interne auditor heeft aangesteld. Een vijfde auditor is een externe partij. Binnenkort worden de audits verbreed naar extramuraal. De frequentie van de audits zal dan meer gaan afhangen van het vertrouwen dat de RvB in een bepaalde locatie of thuiszorgteam of in een bepaald onderwerp heeft.

Ook leden van de RvT lopen mee met de audits op locaties van Careyn. Zo kunnen zij voeling houden met de praktijk. Ook krijgt de RvT de uitkomsten van alle audits. Hierdoor heeft de RvT kwalitatief betere informatie dan in het verleden.

De inspectie stelt dat één van de punten uit de aanwijzing het inrichten- en laten functioneren van een bewakend systeem voor Meldingen Incidenten Cliënten (MIC) betreft. De inspectie heeft bij de bezoeken vastgesteld dat MIC-commissies zijn geïnstalleerd. De inspectie heeft echter ook opgemerkt dat er onvoldoende deskundigheid is op het gebied van MIC-analyses. In (concept) opleidingsplannen heeft de inspectie hiervoor nog geen gerichte aandacht gezien. Daarnaast ontbreken heldere communicatielijnen over dit onderwerp. De RvB erkent dat verdere deskundigheidsbevordering nodig is op het gebied van MIC. Ten eerste zegt de RvB dit bij zichzelf te zoeken. In het verleden kreeg de RvB MIC-verslagen die nietszeggend waren. De RvB verzuimde echter dan zelf verdiepende vragen te stellen. De RvB is het met de inspectie eens dat de analyses scherper moeten.

De inspectie merkt op dat ook aan de inputzijde gewerkt moet worden; als de MIC-meldingen inhoudelijk tekortkomen, valt er ook niet veel analyseren. De RvB geeft aan dat de rol van de kwaliteitsverpleegkundige hierbij essentieel is. Het gaat om professioneel kijken, denken en analyseren. De inspectie merkt op dat de focus bij de MIC (en de verbeterplannen in het algemeen) nog voornamelijk op medicatieveiligheid gericht is. Dit is begrijpelijk, omdat dit vaak concrete thema's zijn. Andere meldingen moeten echter ook geanalyseerd worden. De RvB erkent de noodzaak van dit soort verbeteringen, maar stelt ook dat een echte cultuuromslag voor nodig is. Men moet durven melden en men moet de zin inzien van het breed en diepgaand analyseren van meldingen. De RvB vindt het op zich zelf goed nieuws dat er nu meer gemeld wordt. Kennelijk weten medewerkers dat ze moeten melden en is er een veilige meldcultuur. Het begin is er. Op dit moment krijgt de RvB nog voornamelijk informatie over de aantallen en de aard van de meldingen en veel minder over oorzaken.

De RvB gaat de komende maanden de regiegroep kwaliteit en veiligheid overbrengen en inbedden vanuit de projectstructuur naar de bestaande, dan wel

de aangepaste aansturingstructuur. Daarmee vormt zich, volgens de bestuurder, een deskundig platform voor kwaliteit die op termijn, voor Careyn als geheel, ook als overkoepelende Meldingencommissie kan optreden. Nu moet de RvB het doen met de tijdelijke structuren zoals die er zijn. De RvB mist nog een risicomanagementsysteem waarmee zij zicht krijgt op waar welke maatregelen nodig zijn. Op dit moment, echter, is dit allemaal nog in wording. Voorlopig zal de RvB echter aansluiten bij de regiegroepen om voeling te houden met voorkomende problemen in de kwaliteit van zorg.

Over de structuur voor intern toezicht op de kwaliteit van zorg.

De RvT krijgt heeft het zich aangetrokken dat ze in het verleden onvoldoende geïnformeerd is geweest over de stand van zaken bij Careyn. Onder leiding van een externe deskundige vond er een evaluatie plaats en zijn de agenda en de werkwijze van de RvT aangepast. Inmiddels krijgt de RvT meer feitelijke constatering over het zorgaanbod van Careyn en minder zelfevaluatie. Daarbij lopen alle leden van de RvT mee met periodieke audits op locaties. Ook intensiverde de RvT de contacten met de OR, CR en de zorgkantoren. Hierdoor heeft de RvT meer informatiebronnen dan enkel de RvB.

Momenteel is het interne deelnameschema in de diverse commissies van de RvT zodanig aangepast dat er meer dwarsverbanden bestaan. Hierdoor krijgen alle RvT-leden meer (en breder) kennis over de stand van zaken bij Careyn. Eerder was ook de RvT min of meer verdeeld in aandachtsfunctionarissen voor zorg en voor financiën.

De inspectie vraagt om voorbeelden van informatie die dan nu wel boven tafel komt. De RvT vertelt dat de getallen die ze krijgen door de gesprekken 'kleur' krijgen. Het levert bijvoorbeeld concrete beelden op van gevolgen van de discussie centraal-decentraal in de praktijk. Door het overleg met de OR heeft de RvT meer zicht op de cultuuraspecten die spelen. Bij die bijeenkomsten kan de RvT ook signalen oppikken. Er is geen formele gespreksstructuur, de OR en de CR nemen contact op met RvT als er wat te bespreken is. Feitelijk was er gedurende de looptijd van de aanwijzing bijna iedere maand contact. Uit deze gesprekken is bijvoorbeeld begrepen dat er haast gemaakt moest worden met het vervangen van de interim bestuurders. De OR en CR maakten zich zorgen over het tragere tempo van de veranderingen bij Careyn.

Over verantwoordelijkheden, aansturing en structuur van Careyn

De inspectie vraagt hoe het komt dat het verandertempo niet toereikend was. De inspectie heeft namelijk opgemerkt dat verbeteringen pas laat in het traject van de aanwijzing zijn ingezet en verder gaan dan de dertien aspecten uit de aanwijzing. Desalniettemin heeft de inspectie bij tussentijdstoezicht opgemerkt dat Careyn, bijvoorbeeld ten aanzien van de dossiervoering, gedurende het eerste kwartaal van 2017 voorbereidingen heeft getroffen voor fundamentele verbeteringen in het ECD. Hoewel er inmiddels veel plannen en wensen gereed liggen, is op dit moment nog onduidelijk hoe Careyn op alle locaties de benodigde resterende verbeteringen voortvarend kan implementeren. Bijvoorbeeld mist de inspectie tijdens de bezoeken zo nu en dan urgentiebesef onder betrokkenen.

De RvB zegt dit te herkennen; er mist bij een deel van de medewerkers bijvoorbeeld urgentiebesef over professionaliteit en financieel beheer bij de medewerkers van Careyn. Medewerkers ervaren de verbeterplannen veel als 'het moet van centraal' en 'het is ons opgelegd.' De RvB streeft daarom naar cultuur met meer gevoel van 'eigenaarschap'.

De inspectie brengt ter sprake dat voor de diverse verbetertrajecten meerdere extra functionarissen zijn aangesteld voor bepaalde tijd, tot bijvoorbeeld 1 oktober of 1 december 2017. De RvB geeft in reactie hierop aan dat een formele aanpassing van de aansturingstructuur nu eerst belangrijk is. Hiervoor ligt inmiddels een voorstel gereed ten behoeve van inspraak en besluitvorming. Op aandringen van de ondernemingsraad, worden de tijdelijke contracten daarom pas op 1 januari herzien. Uiterlijk per 1 januari 2018 zal de RvB namelijk een finaal besluit nemen over de organisatiestructuur en de gevolgen hiervan. Tot die tijd blijft de projectstructuur in stand. Waar nodig en mogelijk worden tijdelijke contracten in ieder geval tot 1 januari 2018 verlengd. De RvB en de RvT verwachten wel dat in de definitieve structuur van Careyn de functies van locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige blijven bestaan. De huidige rollen van de locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige worden door cliënten en medewerkers namelijk zeer gewaardeerd. Ook de RvB heeft hun inzet zinvol gevonden. De voorgenomen nieuwe structuur zal wel gevolgen hebben voor andere managementlagen en rollen.

Daarnaast wil Careyn in de toekomst de focus nog duidelijker leggen op kwetsbare ouderen. De indeling met bedrijfsonderdelen die niet direct met kwetsbare ouderen te maken hebben zal daarom worden herzien. Met die focus kan Careyn wellicht ook de verdeling over vier districten herzien. Verder zegt de RvB te verwachten dat een (bijpassende) overlegstructuur met directe betrokkenheid van de RvB bij managementoverleg op districtniveau, de aansturing van Careyn efficiënter en adequater maakt.

De inspectie vraagt hoe ver het staat met de sollicitatiegesprekken voor de RvT en de RvB. De bemensing van de RvT is eind 2017 weer op volle sterkte. Voor wat betreft de leden van de RvB schetst de RvT een historie met drie wisselmomenten en vijf verschillende bestuurders gedurende de looptijd van de aanwijzing. Eerst vertrok de CEO de heer Van Dam. Ad interim kwam de heer Luik hiervoor in de plaats. Per april 2017 kwam de CFO functie van mevrouw Spek vacant. Sinds mei 2017 is deze post ad interim ingevuld door de aanwezige heer Möhlmann.

De raad van toezicht streeft zo spoedig mogelijk naar een vaste en stabiele RvB. De RvT heeft daarom bewust eerst de nieuwe CEO, tevens voorzitter van de RvB, aangezocht. Zo kan volgens de RvT en RvB naar een goede combinatie van bestuurders uitgekeken worden. De nieuwe voorzitter van de RvB (de heer Meerdink) is per 1 juni jl. geleden in dienst gekomen waarmee de ad interim bestuurder (de heer Luik) zijn taak kon beëindigen. Momenteel wordt de nieuwe CFO gezocht. Het ziet er naar uit dat er een goede kandidaat is met belangstelling en die binnen afzienbare tijd zou kunnen aantreden. De RvT hoopt uiterlijk 1 oktober a.s. helderheid over de procedure te kunnen geven.

De huidige voorzitters van de RvT en de RvB willen meer dwarsverbanden tussen de aandachtsgebieden kwaliteit van zorg en financieel beheer. De RvT besluit in haar eerstvolgende bijeenkomst (eerste helft september) over een andere portefeuilleverdeling tussen de twee bestuursleden binnen de RvB dan de verdeling in het verleden waarbij er een striktere scheiding tussen zorg en bedrijfsvoering was. De RvT concludeerde naar aanleiding van een eerdere evaluatie dat die scheiding niet wenselijk is voor een integrale aansturing van Careyn. In de advertentie voor de CFO heeft de RvT dan ook geprobeerd te benadrukken een tweede bestuurder te zoeken die een integrale benadering voorstaat. De huidige CEO/vzt RvB is nauw betrokken bij de wervingsprocedure.

De inspectie vraagt of de gekozen aanpak gaat voorkomen dat binnen de organisatie opnieuw twee werelden ontstaan die naast elkaar heen werken. De RvT en RvB erkennen het belang hiervan en menen, door het werven van de huidige voorzitter van de RvB en de toekomstige CFO hiervoor de juiste voorwaarden verschaft te hebben. Careyn zal integraal bestuurd worden. De inspectie heeft in het bestuursreglement kunnen zien dat dit ook formeel de bedoeling is.

Over sturing van randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid cliëntenzorg

De RvB wil een beter beeld hebben van de stand van zaken binnen de locaties. De RvB geeft aan dat het contact met de verschillende interne stakeholders daarom geïntensiveerd is. De RvB is heden ten dage kort aanwezig op elke vergadering van de Centrale OR en de Centrale CR. De RvB stelt zich voor dat binnen niet al te lange termijn minder vanuit het centrale directiebestuur, maar meer vanuit de districten gemanaged wordt. De voorzitter van de RvB kan dan de districtsvergaderingen bijwonen om zich te informeren. Het is niet de bedoeling dat de RvB zich letterlijk altijd in Utrecht begeeft; liever in de regio's 'op locatie'.

De inspectie vraagt zich af hoe de overlegstructuren nu functioneren en hoe de RvB de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie die hij ophaalt, in de gaten houdt. De RvB vertelt in de afgelopen 2,5 maand op zo goed als alle locaties geweest te zijn. Overal heeft hij verschillende mensen gesproken. Daarnaast komt er informatie uit gesprekken met waardigheid en trots en uit de audits. Dit zijn allemaal verschillende bronnen van informatie voor de RvB. Volgens de RvB is het echter meer van belang hoe Careyn kan zorgen dat alle medewerkers van Careyn daadwerkelijk weten wat het Careyn beleid is. De gebrekkige organisatiestructuur, met vaak letterlijk grote afstand tot medewerkers, gaf onvoldoende garantie voor effectieve communicatie. Het invoeren van de locatieverantwoordelijke is één van de oplossingen geweest om communicatieproblemen terug te dringen. Deze locatieverantwoordelijken zijn de verlengde arm van het (regio)management. De invoering is door alle betrokkenen als positief ervaren; de meerwaarde van de locatieverantwoordelijke is algemeen erkend.

De inspectie ziet dat de RvB heeft ingegrepen in de structuur van zelfsturing. De RvB bevestigt dat het invoeren van de locatieverantwoordelijke daar inderdaad een voorbeeld van is. De RvT geeft aan dat het invoeren van zelfsturing te rigoureuus is gegaan. Mensen zijn ontheemd geweest en voelden zich alleen staan.

De ontredde die de inspectie in juli 2016 aantrof, is verdwenen doordat er iemand is die verantwoordelijk is, bereikbaar is en knopen doorhakt. De inspectie heeft evenwel gemerkt dat de invulling van de rol van 'locatieverantwoordelijke' niet overal hetzelfde is. De RvB en RvT vertellen dat de rol van locatieverantwoordelijke op dit moment nog niet formeel is gemaakt en nog geen functiebeschrijving kent. De RvB wil samen met de interne stakeholders de definitieve structuur vorm geven.

De voorzitter van de RvB geeft aan dat hij zichtbaarder wil zijn dan zijn voorgangers. De locatiebezoeken in de afgelopen maanden zijn hiervan een voorbeeld. Hij streeft hiermee benaderbaar te zijn. Tegelijk zal hij ingrijpen wanneer zaken niet op orde zijn, zoals onlangs bij medicatieveiligheid. Dit is een nieuwe werkwijze voor Careyn. Voor het kunnen nemen van beslissingen op de

juiste plek is een nieuwe bevoegdhedenstructuur nodig. Hiervoor moet de RvB in gesprek met de interne stakeholders. Die hebben echter al veel veranderingen in management structuren meegemaakt, waardoor er ook enige scepsis is ontstaan over weer zo'n verandering.

De inspectie stelt dat in het verleden de sturing op financiën voorrang kreeg op de kwaliteit van zorg. De RvB geeft desgevraagd aan dat er nog steeds financiële zorgen zijn, maar op dit moment is er geen liquiditeitsprobleem. De tekorten komen mede doordat er fors geïnvesteerd is in kwaliteit. Op basis van benchmarkgegevens ziet de huidige CFO a.i. mogelijkheden om het komende jaar financiële ruimte te creëren om ontstane tekorten op te vangen; bijvoorbeeld met het inperken van centrale overhead en overkwalificatie van stafdiensten en door herziening van inkoopcontracten. Ook een nog verdere daling van het ziekteverzuim zou Careyn kunnen helpen om uit de rode cijfers te komen. In de begroting van 2018 is geanticipeerd op voortzetting en voltooiing van de kwaliteitsverbeteringen zoals invoering van de locatieverantwoordelijke, de inzet van kwaliteitverpleegkundigen, de versterking van de kwaliteitsdirectie en niet in de laatste plaats het verzuimbeleid en centrale werving. De personeelsbezetting in de zorg blijft zo buiten de scope van de benodigde bezuinigingsronde.

De RvT merkt nog op dat Careyn bewust gekozen heeft voor een brede aanpak. Hierdoor duurt het verbetertraject langer dan wanneer alleen gefocust zou zijn op de dertien punten uit de aanwijzing. Nu ligt er een duurzaam plan. De inspectie vraagt of er in de nabije toekomst meer tempo zal komen in alle ontwikkelingen. De RvT geeft aan dat Careyn de afgelopen periode aan een degelijk fundament heeft gebouwd. Nu dit (zo goed als) staat, kunnen veranderingen worden doorgevoerd. Doordat er een structuur komt waar die veranderingen in kunnen worden uitgezet, zal er tempo gemaakt kunnen worden. Daarnaast is er op korte termijn zicht op een voltallige RvT en een vaste RvB. Dit zal zorgen voor de stabiliteit die nodig is om in hoger tempo veranderingen door te voeren.

Afronding

De inspectie dankt alle aanwezigen voor getoonde openhartigheid en geeft een toelichting hoe het verdere proces van de beoordeling van de aanwijzing zal verlopen.

Zolang de aanwijzing niet wordt nageleefd kan de inspectie het traject niet afsluiten en ligt het opleggen van een last onder dwangsom in de rede. Careyn geeft hierbij aan in te zien dat ze niet aan de aanwijzing voldoet.

Echter, Careyn heeft de aanwijzing begrepen als een stevige reprimande aan het bestuur. Nu er weldra een geheel nieuwe RvB is, heeft Careyn volgens de RvT wel laten zien de aanwijzing serieus te hebben genomen.

De inspectie geeft aan dat aan alle punten uit de aanwijzing moet worden voldaan, inclusief de aspecten van goed bestuur. Careyn geeft aan dit te begrijpen en overziet dat dit helaas ook ongewenste gevolgen met zich mee zou kunnen brengen voor Careyn. Voorts hecht Careyn veel belang aan gezamenlijk nadenken over de communicatie naar de pers over eventueel opvolgende handhaving.

De inspectie geeft aan dat het voorgenomen besluit over de opvolgende handhaving omstreeks eind september verwacht wordt. Vervolgens krijgt Careyn in de eerste week van oktober gelegenheid om haar zienswijze hierop kenbaar te maken. Kort daarop ontvangt Careyn het definitieve besluit dat waarschijnlijk rond het einde van de tweede week van oktober openbaar gemaakt zal worden.



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Datum
8 september 2017

verslag

Doc 2017-2045766/V1012504

Omschrijving	Gesprek met de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van Careyn teneinde de Aanwijzing op het punt 'Goed Bestuur' te toetsen.
Vergaderdatum en -tijd	1 september 2017 van 9.30 tot 11.30 uur
Vergaderplaats	Stadskantoor, Utrecht
Aanwezig	Namens Careyn • Voltallige Raad van bestuur (RvB) • 4 leden van de Raad van Toezicht (RvT) Namens de inspectie: • mevrouw [REDACTED], Manager afd. Verpleging & Verzorging • mevrouw [REDACTED] inspecteur • mevrouw [REDACTED] inspecteur

De inspectie heet de leden van de RvB en RvT van Careyn welkom en staat kort stil bij het doel van het gesprek. De inspectie verzamelt tijdens dit gesprek aanvullende informatie over de besturing van Careyn. De inspectie gebruikt deze informatie, tezamen met de bevindingen bij de recente toezichtbezoeken, om het resultaatverslag van Careyn om te beoordelen of Careyn de aanwijzing van de inspectie (dd. 7 november 2016) op alle vier de thema's heeft nageleefd. In dit gesprek focust de inspectie op de drie aspecten bij het onderdeel Goed Bestuur. De inspectie onderzoekt of in de huidige situatie bij Careyn de eerdere tekortkomingen, zoals genoemd in de aanwijzing bij het thema goed bestuur, zijn weggenomen.

De inspectie vraagt de RvB en de RvT vanuit de drie aspecten van het onderdeel goed bestuur te reflecteren op de bevindingen van de inspectie en stelt waar nodig verdiepende vragen. Dit gespreksverslag is een zakelijke weergave van hetgeen besproken is in relatie tot bedoelde relevante aspecten uit de aanwijzing. De RvB krijgt de conceptversie voorgelegd voor reactie op feitelijke onjuistheden.

Over systematische bewaking, beheersing en verbetering van zorg

De inspectie constateert dat het beeld dat de RvB schetst in het ontvangen resultaatverslag over de aanwijzing, niet altijd overeenkwam met bevindingen van de inspectie op de locaties. Zo zijn de inspectiebevindingen, bij de bezochte

Overall 10.2.e

Overzicht van opmerkingen bij Doc.243 2017-09-08, V1012504 2017-2045766 conceptverslag BG Careyn 01-09-2017_incl. voorstel wijzigingen Careyn.pdf

Pagina: 1

 Nummer: 1	Auteur: 	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:38:26 +02'00'
1. bestuurssecretaris		

 Nummer: 2	Auteur: 	Onderwerp: Notitie Datum: 12-9-2017 15:59:11 +02'00'
1. het		

locaties die Careyn in haar resultaatverslag aanduidt als locaties met voor de relevante aspecten merendeels voldoende kwaliteitniveau, niet ¹er dan bij de locaties waarbij Careyn het kwaliteitniveau van relevante aspecten als onvoldoende aanmerkt in het resultaatverslag. Ook heeft de inspectie bijvoorbeeld opgemerkt dat op de verschillende locaties de deskundigheidsbevordering op verschillende manieren invulling krijgt. De inspectie vraagt zich af hoe de RvB en de RvT ervoor gaan zorgen dat iedereen bij Careyn zich op hetzelfde richt als het om professionele (en dus veilige) zorg gaat; dat de neuzen dezelfde kant op staan en de verwachtingen voor en over goede zorg duidelijk zijn, inclusief die over benodigde verbeteringen.

De RvB geeft aan dat in het verleden de verbinding tussen locaties vooral is gezocht in overkoepelende structuren, en minder in de inhoud. De (nieuwe) RvB denkt dat de verbinding vooral gezocht moet worden in een gezamenlijke visie op ziekte en gezondheid. Maar ook in een gedeelde visie op professioneel gedrag. Dat moet volgens de RvB de verbindende waarden- en normenset zijn. De structuren voor de organisatie van zorg kunnen dan per district best anders zijn.

Echter, op dit moment is er nog geen concrete visie op professionaliteit. Op 13 september a.s. komt een groep professionals van Careyn bij elkaar om samen met de RvB een gedeelde visie op professionaliteit te formuleren. Dit is een andere aanpak dan in het verleden, toen dit soort zaken centraal, zonder input van professionals, geregeld werd.

De RvB geeft tevens aan al in eerdere communicatie transparant te zijn geweest over de naleving van de aanwijzing. Careyn heeft vooruitgang geboekt, maar is er nog niet. De bevindingen van de recente inspectiebezoeken herkent Careyn. Wel waren er zaken die Careyn positiever in het resultaatverslag ²beschreven had dan nu het geval blijkt te zijn. Deze zaken heeft de RvB onmiddellijk toegevoegd aan de lijst van zaken die nog moeten gebeuren. De inspectie vraagt welke zaken dit dan betreft. De RvB geeft als voorbeeld de ³lijst van behandelaren die in het systeem zichtbaar had moeten zijn. Ook bestond onder ⁴verlener ⁵de indruk dat scholingen vrijblijvend gevolgd konden worden. Dat was niet zo, maar dit was kennelijk onvoldoende bekend. De RvB constateert dat Careyn hier dus onvoldoende helder over heeft gecommuniceerd.

De inspectie vraagt hoe het kon gebeuren dat bepaalde zaken niet op orde waren, terwijl de RvB en RvT de indruk hadden dat het wel op orde was. Dit heeft de RvB zichzelf ook afgevraagd. Samen met het team van Waardigheid en Trots en de eigen auditteams heeft de RvB geconstateerd dat er toch een mate van subjectiviteit in de verschillende audits zit. RvB stuurt nu concreet op de verbeterpunten uit de rapportage van de interne auditteams, de waarnemingen vanuit Waardigheid & Trots en de inspectiebevindingen.

Careyn heeft het voornemen de nog als onvoldoende beoordeelde normaspecten op orde te brengen. Tot nu toe heeft de focus van verbeteren gelegen bij de intramurale zorg. In de nabije toekomst wil Careyn ook de extramurale zorg betrekken bij de verbeterplannen. Ook de ⁶RvB heeft hierop aangedrongen. Onder meer om dit te kunnen realiseren handhaaft de RvB voorlopig nog de ingestelde projectstructuur van waaruit Careyn nu werkt. Ook de adviesfunctie van ⁷het interventieteam en waardigheid & trots zal, in een andere vorm, benut blijven.

De RvT vult aan dat de verschillen tussen locaties deels ook komen door niet goed afgemaakte fusies in het verleden en deels ook te maken hebben met

Overal 10.2.e

Pagina: 2

 Nummer: 1	Auteur:	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:38:41 +02'00'
3. altijd		
 Nummer: 2	Auteur:	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:42:27 +02'00'
4. beoordeeld		
 Nummer: 3	Auteur:	Onderwerp: Doorhalen Datum: 15-9-2017 07:40:46 +02'00'
 Nummer: 4	Auteur:	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:43:13 +02'00'
5. taakfunctie		
 Nummer: 5	Auteur:	Onderwerp: Doorhalen Datum: 15-9-2017 07:41:55 +02'00'
 Nummer: 6	Auteur:	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:43:43 +02'00'
6. een enkele		
 Nummer: 7	Auteur:	Onderwerp: Doorhalen Datum: 15-9-2017 07:43:47 +02'00'
 Nummer: 8	Auteur:	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:44:43 +02'00'
7. De COR en de VVAR		
 Nummer: 9	Auteur:	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:46:50 +02'00'
8. volgorde wijzigen, het in		e vorm benutten slaat alleen op het Interventieteam. W&T zal ongewijzigd voortgezet worden
 Nummer: 10	Auteur:	Onderwerp: Markering Datum: 15-9-2017 07:45:40 +02'00'

verschillen in geografische regio's. Cliënten in verschillende regio's hebben soms andere wensen. Daarnaast zijn er ook verschillen in het ziekteverzuim en de arbeidsmarkt.

De RvT geeft aan dat er heel veel gebeurd is en dat er plannen voor verdere verbeteringen gemaakt zijn. Deze plannen (oa voor aanpassing van de aansturingstructuur en communicatiestructuur) liggen gereed voor besluitvorming. Careyn heeft echter meer tijd nodig voor de realisatie en voor de borging van al deze processen.

De inspectie vraagt om verduidelijking van de huidige wijze waarop Careyn de kwaliteit en veiligheid momenteel in beeld heeft. Er zijn interne audits die de RvB en RvT concreet zicht geven op de stand van zaken. Gedeeltelijk vervangen de audits op dit moment een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS). Wanneer dit systeem goed is ingericht kunnen de audits anders vormgegeven worden. De RvB vertelt dat Careyn 4 mensen als interne auditor heeft aangesteld. Een vijfde auditor is een externe partij. Binnenkort worden de audits verbreed naar extramural. De frequentie van de audits zal dan meer gaan afhangen van het verzuim. De RvB in een bepaalde locatie of thuiszorgteam of in een bepaald onderwerp heeft.

Ook leden van de RvB lopen mee met de audits op locaties van Careyn. Zo kunnen zij voeling houden met de praktijk. Ook krijgt de RvT de uitkomsten van alle audits. Hierdoor heeft de RvT kwalitatief betere informatie dan in het verleden.

De inspectie stelt dat één van de punten uit de aanwijzing het inrichten- en laten functioneren van een bewakend systeem voor Meldingen Incidenten Cliënten (MIC) betreft. De inspectie heeft bij de bezoeken vastgesteld dat MIC-commissies zijn geïnstalleerd. De inspectie heeft echter ook opgemerkt dat er onvoldoende deskundigheid is op het gebied van MIC-analyses. In (concept) opleidingsplannen heeft de inspectie hiervoor nog geen gerichte aandacht gezien. Daarnaast ontbreken heldere communicatielijnen over dit onderwerp. De RvB erkent dat verdere deskundigheidsbevordering nodig is op het gebied van MIC. Ten eerste zegt de RvB dit bij zichzelf te zoeken. In het verleden kreeg de RvB MIC-verslagen die nietszeggend waren. De RvB verzuimde echter dan zelf verdiepende vragen te stellen. De RvB is het met de inspectie eens dat de analyses scherper moeten.

De inspectie merkt op dat ook aan de inputzijde gewerkt moet worden; als de MIC-meldingen inhoudelijk tekortkomen, valt er ook niet veel analyseren. De RvB geeft aan dat de rol van de kwaliteitsverpleegkundige hierbij essentieel is. Het gaat om professioneel kijken, denken en analyseren. De inspectie merkt op dat de focus bij de MIC (en de verbeterplannen in het algemeen) nog voornamelijk op medicatieveiligheid gericht is. Dit is begrijpelijk, omdat dit vaak concrete thema's zijn. Andere meldingen moeten echter ook geanalyseerd worden. De RvB erkent de noodzaak van dit soort verbeteringen, maar stelt ook dat er een echte cultuuromslag voor nodig is. Men moet durven melden en men moet de zin inzien van het breed en diepgaand analyseren van meldingen. De RvB vindt het op zich zelf goed nieuws dat er nu meer gemeld wordt. Kennelijk weten medewerkers dat ze moeten melden en dat er een veilige meldcultuur. Het begin is er. Op dit moment krijgt de RvB nog voornamelijk informatie over de aantallen en de aard van de meldingen en veel minder over oorzaken.

De RvB gaat de komende maanden de regiegroep kwaliteit en veiligheid overbrengen en inbedden vanuit de projectstructuur naar de bestaande, dan wel

Overal 10.2.e

Pagina: 3

 Nummer: 1 9. vertrouwen	Auteur: 	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:53:46 +02'00'
 Nummer: 2 10. RvB en van de RvT	Auteur: 	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:54:46 +02'00'
 Nummer: 3 11. daar	Auteur: 	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:55:06 +02'00'
 Nummer: 4 12. in de IGZ-rapportages staat dat	Auteur: 	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:56:05 +02'00'

de aangepaste aansturingstructuur. Daarmee vormt zich, volgens de bestuurder, een deskundig platform voor kwaliteit die op termijn, voor Careyn als geheel, ook als overkoepelende Meldingencommissie kan optreden. Nu moet de RvB het doen met de tijdelijke structuren zoals die er zijn. De RvB mist nog een risicomanagementsysteem waarmee zij zicht krijgt op waar welke maatregelen nodig zijn. Op dit moment, echter, is dit allemaal nog in wording. Voorlopig zal de RvB echter aansluiten bij de **Begieploeg** om voeling te houden met voorkomende problemen in de kwaliteit van zorg.

Over de structuur voor intern toezicht op de kwaliteit van zorg.

De RvT krijgt heeft het zich aangetrokken dat ze in het verleden onvoldoende geïnformeerd is geweest over de stand van zaken bij Careyn. Onder leiding van een externe deskundige vond er een evaluatie plaats en zijn de agenda en de werkwijze van de RvT aangepast. Inmiddels krijgt de RvT meer feitelijke constatering over het zorgaanbod van Careyn en minder zelfevaluaties. Daarbij lopen alle leden van de RvT mee met periodieke audits op locaties. Ook intensiverde de RvT de contacten met **de CR** en de zorgkantoren. Hierdoor heeft de RvT meer informatiebronnen dan enkel de RvB.

Momenteel is het interne deelnameschema in de diverse commissies van de RvT zodanig aangepast dat er meer dwarsverbanden bestaan. Hierdoor krijgen alle RvT-leden meer (en breder) kennis over de stand van zaken bij Careyn. Eerder was ook de RvT min of meer verdeeld in aandachtsfunctionarissen voor zorg en voor financiën.

De inspectie vraagt om voorbeelden van informatie die dan nu wel boven tafel komt. De RvT vertelt dat de getallen die ze krijgen door de gesprekken 'kleur' krijgen. Het levert bijvoorbeeld concrete beelden op van gevolgen van de discussie centraal-decentraal in de praktijk. Door het overleg met **de CR** heeft de RvT meer zicht op de cultuuraspecten die spelen. Bij die bijeenkomsten kan de RvT ook signalen oppikken. **Er is geen formele gespreksstructuur, de OR en de CR nemen contact op met RvT als er wat te bespreken is.** Feitelijk was er gedurende de looptijd van de aanwijzing bijna iedere maand contact. Uit deze gesprekken is bijvoorbeeld begrepen dat er haast gemaakt moest worden met het vervangen van de interim bestuurders. De **OR en CR** maakten zich zorgen over het tragere tempo van de veranderingen bij Careyn.

Over verantwoordelijkheden, aansturing en structuur van Careyn

De inspectie vraagt hoe het komt dat het verandertempo niet toereikend was. De inspectie heeft namelijk opgemerkt dat verbeteringen pas laat in het traject van de aanwijzing zijn ingezet en verder gaan dan de dertien aspecten uit de aanwijzing. Desalniettemin heeft de inspectie bij **10 essentiestoezicht** opgemerkt dat Careyn, bijvoorbeeld ten aanzien van de dossiervoering, gedurende het eerste kwartaal van 2017 voorbereidingen heeft getroffen voor fundamentele verbeteringen in het ECD. Hoewel er inmiddels veel plannen en wensen gereed liggen, is op dit moment nog onduidelijk hoe Careyn op alle locaties de benodigde resterende verbeteringen voortvarend kan implementeren. Bijvoorbeeld mist de inspectie tijdens de bezoeken zo nu en dan urgentiebesef onder betrokkenen.

De RvB zegt dit te herkennen; er mist bij een deel van de medewerkers bijvoorbeeld urgentiebesef over professionaliteit en financieel beheer **11 de medewerkers van Careyn.** Medewerkers ervaren de verbeterplannen veel als 'het moet van centraal' en 'het is ons opgelegd.' De RvB streeft daarom **12 ar cultuur** met meer gevoel van 'eigenaarschap'.

Overal 10.2.e

Pagina: 4

	Nummer: 1 13. regiegroep	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 08:00:00 +02'00'
	Nummer: 2	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Doorhalen Datum: 15-9-2017 07:57:51 +02'00'
	Nummer: 3	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Markering Datum: 15-9-2017 08:04:41 +02'00'
	Nummer: 4 14. met de COR, de CCR	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 07:59:37 +02'00'
	Nummer: 5	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Markering Datum: 15-9-2017 08:04:34 +02'00'
	Nummer: 6 15. COR	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Notitie Datum: 15-9-2017 08:00:13 +02'00'
	Nummer: 7	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Markering Datum: 15-9-2017 08:04:29 +02'00'
	Nummer: 8 16. Er was een formele gespreksstructuur (2x per jaar) met de COR en de CCR. Deze is geïntensiveerd. Voorts nemen de COR en de CCR contact op met de RvT wanneer zij dit nodig achten.	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Markering Datum: 15-9-2017 08:03:58 +02'00'
	Nummer: 9 17. de COR en CCR	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Markering Datum: 15-9-2017 08:04:19 +02'00'
	Nummer: 10 18. tussentijds toezicht (spatie ontbreekt)	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Markering Datum: 15-9-2017 08:06:18 +02'00'
	Nummer: 11 19. zinsdeel staat dubbel vermeld	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Doorhalen Datum: 15-9-2017 08:08:03 +02'00'
	Nummer: 12 20. een	Auteur: [REDACTED]	Onderwerp: Markering Datum: 15-9-2017 08:08:16 +02'00'

De inspectie brengt ter sprake dat voor de diverse verbetertrajecten meerdere extra functionarissen zijn aangesteld voor bepaalde tijd, tot bijvoorbeeld 1 oktober of 1 december 2017. De RvB geeft in reactie hierop aan dat een formele aanpassing van de aansturingstructuur nu eerst belangrijk is. Hiervoor ligt inmiddels een voorstel gereed ten behoeve van inspraak en besluitvorming. Op aandringen van de ondernemingsraad, worden de tijdelijke contracten daarom pas op 1 januari herzien. Uiterlijk per 1 januari 2018 zal de RvB namelijk een finaal besluit nemen over de organisatiestructuur en de gevolgen hiervan. Tot die tijd blijft de projectstructuur in stand. Waar nodig en mogelijk worden tijdelijke contracten in ieder geval tot 1 januari 2018 verlengd. De RvB en de RvT verwachten wel dat in de definitieve structuur van Careyn de functies van locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige blijven bestaan. De huidige rollen van de locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige worden door cliënten en medewerkers namelijk zeer gewaardeerd. Ook de RvB heeft hun inzet zinvol gevonden. De voorgenomen nieuwe structuur zal wel gevolgen hebben voor andere managementlagen en rollen.

Daarnaast wil Careyn in de toekomst de focus nog duidelijker leggen op kwetsbare ouderen. De indeling met bedrijfsonderdelen die niet direct met kwetsbare ouderen te maken hebben zal daarom worden herzien. Met die focus kan Careyn wellicht ook de verdeling over vier districten herzien. Verder zegt de RvB te verwachten dat een (bijpassende) overlegstructuur met directe betrokkenheid van de RvB bij managementoverleg op districtniveau, de aansturing van Careyn efficiënter en adequater maakt.

De inspectie vraagt hoe ver het staat met de sollicitatiegesprekken voor de RvT en de RvB. De bemensing van de RvT is eind 2017 weer op volle sterkte. Voor wat betreft de leden van de RvB schetst de RvT een historie met drie wisselmomenten en vijf verschillende bestuurders gedurende de looptijd van de aanwijzing. Eerst vertrok de CEO de heer Van Dam. Ad interim kwam de heer Luik hiervoor in de plaats. Per april 2017 kwam de CFO functie van mevrouw Spek vacant. Sinds mei 2017 is deze post ad interim ingevuld door de aanwezige heer Möhlmann.

De raad van toezicht streeft zo spoedig mogelijk naar een vaste en stabiele RvB. De RvT heeft daarom bewust eerst de nieuwe CEO, tevens voorzitter van de RvB, aangezocht. Zo kan volgens de RvT en RvB naar een goede combinatie van bestuurders uitgekeken worden. De nieuwe voorzitter van de RvB (de heer Meerdink) is per 1 juni jl geleiden in dienst gekomen waarmee de ad interim bestuurder (de heer Luik) zijn taak kon beëindigen. Momenteel wordt de nieuwe CFO gezocht. Het ziet er naar uit dat er een goede kandidaat is met belangstelling en die binnen afzienbare tijd zou kunnen aantreden. De RvT hoopt uiterlijk 1 oktober a.s. helderheid over de procedure te kunnen geven.

De huidige voorzitters van de RvT en de RvB willen meer dwarsverbanden tussen de aandachtsgebieden kwaliteit van zorg en financieel beheer. De RvT besluit ~~in haar eerstvolgende bijeenkomst (eerste helft september)~~ over een andere portefeuillevverdeling tussen de twee bestuursleden binnen de RvB dan de verdeling in het verleden waarbij er een striktere scheiding tussen zorg en bedrijfsvoering was. De RvT concludeerde naar aanleiding van een eerdere evaluatie dat die scheiding niet wenselijk is voor een integrale aansturing van Careyn. In de advertentie voor de CFO heeft de RvT dan ook geprobeerd te benadrukken een tweede bestuurder te zoeken die een integrale benadering voorstaat. De huidige CEO/vzt RvB is nauw betrokken bij de wervingsprocedure.

Overal 10.2.e

Pagina: 5

 Nummer: 1	Auteur: 	Onderwerp: Doorhalen	Datum: 15-9-2017 08:10:27 +02'00'
---	---	----------------------	-----------------------------------

21. in het 4e kwartaal

De inspectie vraagt of de gekozen aanpak gaat voorkomen dat binnen de organisatie opnieuw twee werelden ontstaan die naast elkaar heen werken. De RvT en RvB erkennen het belang hiervan en menen, door het werven van de huidige voorzitter van de RvB en de toekomstige CFO hiervoor de juiste voorwaarden verschaft te hebben. Careyn zal integraal bestuurd worden. De inspectie heeft in het bestuursreglement kunnen zien dat dit ook formeel de bedoeling is.

Over sturing van randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid cliëntenzorg

De RvB wil een beter beeld hebben van de stand van zaken binnen de locaties. De RvB geeft aan dat het contact met de verschillende interne stakeholders daarom geïntensiveerd is. De RvB is heden ten dage kort aanwezig op elke vergadering van de Centrale OR en de Centrale CR. De RvB stelt zich voor dat binnen niet al te lange termijn minder vanuit het centrale directiebestuur, maar meer vanuit de districten gemanaged wordt. De voorzitter van de RvB kan dan de districtsvergaderingen bijwonen om zich te informeren. Het is niet de bedoeling dat de RvB ~~ich letterlijk altijd in Utrecht begeeft~~; liever in de regio's 'op locatie'.

De inspectie vraagt zich af hoe de overlegstructuren nu functioneren en hoe de RvB de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie die hij ophaalt, in de gaten houdt. De RvB vertelt in de afgelopen 2,5 maand op zo goed als alle locaties geweest te zijn. Overal heeft hij verschillende mensen gesproken. Daarnaast komt er informatie uit gesprekken met waardigheid en trots en uit de audits. Dit zijn allemaal verschillende bronnen van informatie voor de RvB. Volgens de RvB is het echter meer van belang hoe Careyn kan zorgen dat alle medewerkers van Careyn daadwerkelijk weten wat het Careyn beleid is. De gebrekkige organisatiestructuur, met vaak letterlijk grote afstand tot medewerkers, gaf onvoldoende garantie voor effectieve communicatie. Het invoeren van de locatieverantwoordelijke is één van de oplossingen geweest om communicatieproblemen terug te dringen. Deze locatieverantwoordelijken zijn de verlengde arm van het (regio)management. De invoering is door alle betrokkenen als positief ervaren; de meerwaarde van de locatieverantwoordelijke is algemeen erkend.

De inspectie ziet dat de RvB heeft ingegrepen in de structuur van zelfsturing. De RvB bevestigt dat het invoeren van de locatieverantwoordelijke daar inderdaad een voorbeeld van is. De RvT geeft aan dat het invoeren van zelfsturing te rigoureuus is gegaan. Mensen zijn ontheemd geweest en voelden zich alleen staan.

De ontredde die de inspectie in juli 2016 aantrof, is verdwenen doordat er iemand is die verantwoordelijk is, bereikbaar is en knopen doorhakt. De inspectie heeft evenwel gemerkt dat de invulling van de rol van 'locatieverantwoordelijke' niet overal hetzelfde is. De RvB en RvT vertellen dat de rol van locatieverantwoordelijke op dit moment nog niet formeel is gemaakt en nog geen functiebeschrijving kent. De RvB wil samen met de interne stakeholders de definitieve structuur vorm geven.

De voorzitter van de RvB geeft aan dat hij zichtbaarder wil zijn dan zijn voorgangers. De locatiebezoeken in de afgelopen maanden zijn hiervan een voorbeeld. Hij streeft hiermee benaderbaar te zijn. Tegelijk zal hij ingrijpen wanneer zaken niet op orde zijn, zoals onlangs bij medicatieveiligheid. Dit is een nieuwe werkwijze voor Careyn. Voor het kunnen nemen van beslissingen op de

Overal 10.2.e

Pagina: 6

 Nummer: 1	Auteur: 	Onderwerp: Doorhalen	Datum: 15-9-2017 08:12:56 +02'00'
---	---	----------------------	-----------------------------------

22. alleen op het kantoor in Utrecht aanwezig is.

juiste plek is een nieuwe bevoegdhedenstructuur nodig. Hiervoor moet de RvB in gesprek met de interne stakeholders. Die hebben echter al veel veranderingen in management structuren meegemaakt, waardoor er ook enige scepsis is ontstaan over weer zo'n verandering.

De inspectie stelt dat in het verleden de sturing op financiën voorrang kreeg op de kwaliteit van zorg. De RvB geeft desgevraagd aan dat er nog steeds financiële zorgen zijn, maar op dit moment is er geen liquiditeitsprobleem. De tekorten komen mede doordat er fors geïnvesteerd is in kwaliteit. Op basis van benchmarkgegevens ziet de huidige CFO a.i. mogelijkheden om het komende jaar financiële ruimte te creëren om ontstane tekorten op te vangen; bijvoorbeeld met het inperken van centrale overhead ~~in overkwalificatie van stafdiensten~~ en door herziening van inkoopcontracten. Ook een nog verdere daling van het ziekteverzuim ~~Op Careyn kunnen helpen~~ om uit de rode cijfers te komen. In de begroting van 2018 is geanticipeerd op voortzetting en voltooiing van de kwaliteitsverbeteringen zoals invoering van de locatieverantwoordelijke, de inzet van kwaliteitverpleegkundigen, de versterking van de kwaliteitsdirectie en niet in de laatste plaats het verzuimbeleid en ~~Centrale~~ werving. De personeelsbezetting in de zorg blijft zo buiten de scope van de benodigde bezuinigingsronde.

De RvT merkt nog op dat Careyn bewust gekozen heeft voor een brede aanpak. Hierdoor duurt het verbetertraject langer dan wanneer alleen gefocust zou zijn op de dertien punten uit de aanwijzing. Nu ligt er een duurzaam plan. De inspectie vraagt of er in de nabije toekomst meer tempo zal komen in alle ontwikkelingen. De RvT geeft aan dat Careyn de afgelopen periode aan een degelijk fundament heeft gebouwd. Nu dit (zo goed als) staat, kunnen veranderingen worden doorgevoerd. Doordat er een structuur komt waar die veranderingen in kunnen worden uitgezet, zal er tempo gemaakt kunnen worden. Daarnaast is er op korte termijn zicht op een voltallige RvT en een vaste RvB. Dit zal zorgen voor de stabiliteit die nodig is om in hoger tempo veranderingen door te voeren.

Afronding

De inspectie dankt alle aanwezigen voor getoonde openhartigheid en geeft een toelichting hoe het verdere proces van de beoordeling van de aanwijzing zal verlopen.

~~Opzolang de aanwijzing niet wordt nageleefd kan de inspectie het traject niet afsluiten en ligt het opleggen van een last onder dwangsom in de rede. Careyn geeft hierbij aan in te zien dat ze niet aan de aanwijzing voldoet. Echter, Careyn heeft de aanwijzing begrepen als een stevige reprimande aan het bestuur. Nu er weldra een geheel nieuwe RvB is, heeft Careyn volgens de RvT wel laten zien de aanwijzing serieus te hebben genomen. De inspectie geeft aan dat aan alle punten uit de aanwijzing moet worden voldaan, inclusief de aspecten van goed bestuur. Careyn geeft aan dit te begrijpen en overziet dat dit helaas ook ongewenste gevolgen met zich mee zou kunnen brengen voor Careyn. Voorts hecht Careyn veel belang aan gezamenlijk nadenken over de communicatie naar de pers over eventueel opvolgende handhaving.~~

De inspectie geeft aan dat het voorgenomen besluit over de opvolgende handhaving omstreeks eind september verwacht wordt. Vervolgens krijgt Careyn in de eerste week van oktober gelegenheid om haar zienswijze hierop kenbaar te maken. Kort daarop ontvangt Careyn het definitieve besluit dat waarschijnlijk rond het einde van de tweede week van oktober openbaar gemaakt zal worden.

Overal 10.2.e

Pagina: 7

	Nummer: 1	Auteur: 	Onderwerp: Doorhalen	Datum: 15-9-2017 08:15:03 +02'00'
	23. het verbeteren in indiceren, registreren en declareren			
	Nummer: 2	Auteur: 	Onderwerp: Doorhalen	Datum: 15-9-2017 08:16:38 +02'00'
	Nummer: 3	Auteur: 	Onderwerp: Doorhalen	Datum: 15-9-2017 08:17:01 +02'00'
	24. helpt Careyn om...			
	Nummer: 4	Auteur: 	Onderwerp: Doorhalen	Datum: 15-9-2017 08:18:38 +02'00'
	25. kwaliteitsstaf			
	Nummer: 5	Auteur: 	Onderwerp: Doorhalen	Datum: 15-9-2017 08:18:54 +02'00'
	26. woord schrappen			
	Nummer: 6	Auteur: 	Onderwerp: Doorhalen	Datum: 15-9-2017 08:19:24 +02'00'
	27. Gelieve deze gehele alinea te verwijderen			



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn
Raad van bestuur
Postbus 900
3100 AX SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
Meldpunt IGZ
T 088 120 50 00
E meldpunt@igz.nl

Datum 14 september 2017

Onderwerp sluiten melding diefstal bij een cliënt, [REDACTED] en
sluiten twee meldingen ontslag wegens disfunctioneren Careyn -
Duozorg, [REDACTED] en [REDACTED]

Ons kenmerk

2017- [REDACTED]

Geachte raad van bestuur,

Op 10.2.d [REDACTED] deed [REDACTED], regiomanager, conform artikel 11 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een verplichte melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg over geweld in de zorgrelatie (diefstal bij een cliënt). De diefstal werd gepleegd door een voor Careyn onbekende persoon, [REDACTED].

10.2.d
10.2.e

Op [REDACTED] en [REDACTED] deed [REDACTED], senior kwaliteitsadviseur, twee verplichte meldingen bij de inspectie over ontslag wegens disfunctioneren van twee medewerkers in de thuiszorg van Careyn.

Het disfunctioneren in [REDACTED] betrof [REDACTED] die een cliënt in de nachtzorg alleen liet. Het disfunctioneren in [REDACTED] betrof [REDACTED] die zich in de nachtzorg door een voor Careyn onbekende zorgverlener (dezelfde als in [REDACTED]) had laten vervangen. Beide medewerkers werkten als ZZP'er via uitzendbureau Duozorg in de thuiszorg.

Op 1 september 2017 beoordeelde de inspectie uw meldingen samen met de informatie vanuit de gesprekken die de inspectie voerde met betreffende ontslagen zorgverleners, in het meldingenoverleg van de afdeling Verpleging & Verzorging. Met deze brief informeren wij u over het besluit van de inspectie.

Onderzoek door de inspectie

Betreffende [REDACTED] besloot de inspectie vanwege destijds lopend politieonderzoek en de niet te traceren dader, geen nader onderzoek te doen.

Betreffende [REDACTED] en [REDACTED] besloot de inspectie na ontvangst van uw aanvullende informatie de meldingen ontslag wegens disfunctioneren te onderzoeken.

Conform art. 25 lid 1 van de Wkkgz heeft de inspectie zich ingezet op het verzamelen van kennis over de relevante feiten en de af te wegen belangen die nodig zijn om te kunnen vaststellen of er sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg of anderszins voor het leveren van goede

zorg een bedreiging kan betekenen en daarom aanleiding kan zijn tot het nemen van maatregelen.

Over de uitkomst van het onderzoek naar het functioneren van beide zorgverleners doet de inspectie, in verband met de privacy van [] en [], aan u of anderen geen inhoudelijke mededelingen.

Ons kenmerk

2017-[]

Datum

14 september 2017

Besluit inspectie

Uit het onderzoek en de door u aangeleverde informatie werd duidelijk dat Duozorg als (vast) uitzendbureau van Careyn geen gebruik meer maakt van de inzet van [] en [] als verzorgende.

De inspectie wijst u er echter op dat de controle op en de borging van inzet van deskundig en bekwaam personeel onderdeel is van goed bestuur. U dient zich bij inzet van personeel conform art. 4 Wkkgz, te vergewissen van de deskundigheid en bekwaamheid en de wijze van functioneren van de zorgverlener in het verleden.

De inspectie besluit het onderzoek naar [] en [] te beëindigen. Daarmee sluit de inspectie de drie bovengenoemde meldingen.

De inspectie dankt u voor de aangeleverde informatie naar aanleiding van het ontslag van [] en []

Vragen

Heeft u nog vragen, neem dan contact met ons op via het meldpunt.

Wij zijn van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 9.00 en 17.00 uur op bovengenoemd telefoonnummer. U kunt ook een e-mail sturen naar meldpunt@igz.nl, onder vermelding van het registratienummer van de meldingen.

Hoogachtend,
namens het Landelijk Meldingenoverleg
afdeling Veroleging & Verzorging

[]
inspecteur

Van: [redacted]
Aan: [Dienstpostbus IGZ Utrecht](#)
Cc: [Dienstpostbus IGZ afdeling V&V team RT](#)
Onderwerp: kenmerk [redacted] reactie Careyn op conceptverslag bestuursgesprek 1 september 2017
Datum: vrijdag 15 september 2017 09:51:03
Bijlagen: image001.png
 [redacted] conceptverslag [redacted] Careyn 01-09-2017 incl. voorstel wijzigingen Careyn.pdf
 [redacted] Suggesties voor wijzigingen conceptverslag.pdf

Geachte mevrouw [redacted]

Zoals afgesproken treft u bijgaand onze reactie op het conceptverslag van het bestuursgesprek op 1 september 2017.

Mocht deze reactie nog vragen oproepen, aarzel niet om even contact op te nemen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

=====

[redacted]
 Bestuurssecretaris Careyn

Neckardreef 6
 3562 CN Utrecht
 T (intern) [redacted]
 T (extern) 030 [redacted]
 M 06 [redacted]

Postadres:
 Postbus 900
 3100 AX Schiedam



Denk alstublieft aan het milieu voor u deze email print.

Dit e-mailbericht en enige bijlage is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). In dit bericht vervatte opvattingen of meningen zijn die van de schrijver en niet per definitie die van Careyn. Is dit bericht niet voor u bestemd, dan wordt u vriendelijk verzocht dit aan de afzender te melden, het bericht te vernietigen, de inhoud niet te gebruiken en niet onder derden te verspreiden. Careyn is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor het onjuist, onvolledig en/of niet-tijdig versturen en ontvangen van de inhoud van dit bericht of voor eventuele gevolgen hiervan. Careyn is niet aansprakelijk voor virussen in dit e-mailbericht en/of enige bijlage. Voor informatie over Careyn raadpleegt u www.careyn.nl

Suggesties voor wijzigingen* bij conceptverslag bestuursgesprek Careyn-IGZ d.d. 1 september jl.

Hierbij doen wij u onze suggesties voor wijzigingen op grond van feitelijke onjuistheden toekomen. In de tekst van het verslag is dit reeds aangegeven. Voor de duidelijkheid zijn in onderstaande de betreffende zinnen nogmaals weergegeven (met de wijziging dan wel toevoeging in blauw weergegeven). De nummers verwijzen naar de nummers van de opmerking in de tekst van het conceptverslag.

Algemeen

In het kader van systematisch leren en verbeteren binnen het thema Goed Bestuur zijn de volgende zaken nog als relevant te benoemen. Deze zouden wellicht nog in het definitieve verslag verwerkt kunnen worden:

- Om zorgmedewerkers niveau 3 t/m 5 te stimuleren dat zij zich registreren in het kwaliteitsregister biedt Careyn het lidmaatschap van V&VN aan. De kosten van beide zaken worden vergoed door Careyn
- De leden van de raad van toezicht zijn lid van de NVTZ. In dat kader participeert de RvT in het NVTZ-programma 'Goed Toezicht'.
- De voorzitter van de RvB is lid van Werkgroep 71; een intercollegiaal toetsingsnetwerk met bestuurders uit de zorg. Voorts voert de voorzitter RvB periodiek coachingsgesprekken met een ervaren voormalig bestuurder, die op verschillende plekken ook toezichthouder is.
- Careyn participeert in de ouderennetwerken NUZO en GENERO, waarin ook de universiteiten hogescholen zijn vertegenwoordigd.

Pagina 1

1. Toevoeging bij aanwezig na 4 leden RvT: bestuurssecretaris
2.recente toezichtbezoeken, en het resultaatsverslag van Careyn om te beoordelen of

Pagina 2

3. ...voldoende kwaliteitniveau, niet altijd beter dan bij de locaties waarbij Careyn
4. ...die Careyn positiever in het resultaatsverslag beoordeeld had dan nu...
5. De RvB geeft als voorbeeld de taakfunctie van behandelaars die...
6. Ook bestond onder een enkele zorgverlener de indruk...
7. Ook de COR en de VVAR hebben hierop aangedrongen.
8. Ook de adviesfunctie van waardigheid & trots en het interventieteam zal benut blijven (laatstgenoemde waarschijnlijk in een andere vorm).

Pagina 3

9. De frequentie van de audits zal dan meer gaan afhangen van het vertrouwen dat...
10. Ook de leden van de RvB en de RvT lopen mee....
11. ...maar stelt ook dat daar een echte cultuuromslag...
12. ...en in de IGZ-rapportages staat dat er een veilige meldcultuur is.

Pagina 4

13. de RvB echter aansluiten bij de regiegroep om voeling te houden...
14. ...de contacten met de COR, de CCR en de zorgkantoren.
15. Door het overleg met de COR heeft...
16. Er was een formele gespreksstructuur (2x per jaar) met de COR en de CCR. Deze is geïntensiveerd. Voorts nemen de COR en de CCR contact op met de RvT wanneer zij dit nodig achten.

* vanwege feitelijke onjuistheden

17. ...haast moest worden gemaakt met het vervangen van de interim bestuurder (*enkelvoud*). De COR en CCR maakten...
18. ...inspectie bij tussentijds toezicht opgemerkt
19. er mist bij een deel van de medewerkers bijvoorbeeld urgentiebesef over professionaliteit en financieel beheer.
20. De RvB streeft daarom naar een cultuur met meer gevoel van 'eigenaarschap'.

Pagina 5

21. De RvT besluit in het 4^e kwartaal over een andere portefeuillevverdeling (*ter toelichting: dit gebeurt wanneer de nieuwe, vaste CFO aantreedt*)

Pagina 6

22. Het is niet de bedoeling dat de RvB alleen op het kantoor in Utrecht aanwezig is;

Pagina 7

23. bijvoorbeeld met het inperken van centrale overhead, het verbeteren in indiceren, registreren en declareren en door herziening van inkoopcontracten
24. Ook een nog verdere daling van het ziekteverzuim helpt Careyn om uit de rode cijfers te komen.
25. ...de versterking van de kwaliteitsstaf en...
26. ...en niet in de laatste plaats het verzuimbeleid en werving.
27. Bij voorkeur de een na laatste alinea in zijn geheel schrappen



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Datum
19 september 2017

verslag

Doc V1012504 2017-2048306

Omschrijving	Gesprek met de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van Careyn teneinde de Aanwijzing op het punt 'Goed Bestuur' te toetsen.
Vergaderdatum en -tijd	1 september 2017 van 9.30 tot 11.30 uur
Vergaderplaats	Stadskantoor, Utrecht
Aanwezig	Namens Careyn: • Voltallige Raad van bestuur (RvB) • 4 leden van de Raad van Toezicht (RvT) • Bestuurssecretaris Namens de inspectie: • Mevrouw [REDACTED], manager afd. Verpleging & Verzorging • Mevrouw [REDACTED] inspecteur • Mevrouw [REDACTED] inspecteur

Introductie en doel gesprek

De inspectie heet de leden van de RvB en RvT van Careyn welkom en staat kort stil bij het doel van het gesprek. De inspectie verzamelt tijdens dit gesprek aanvullende informatie over de besturing van Careyn. De inspectie gebruikt deze informatie, tezamen met de bevindingen bij de recente toezichtbezoeken, en het resultaatsverslag van Careyn om te beoordelen of Careyn de aanwijzing van de inspectie (d.d. 7 november 2016) op alle vier de thema's heeft nageleefd. In dit gesprek focust de inspectie op de drie aspecten bij het onderdeel Goed Bestuur. De inspectie onderzoekt of in de huidige situatie bij Careyn de eerdere tekortkomingen, zoals genoemd in de aanwijzing bij het thema goed bestuur, zijn weggenomen.

De inspectie vraagt de RvB en de RvT vanuit de drie aspecten van het onderdeel goed bestuur te reflecteren op de bevindingen van de inspectie en stelt waar nodig verdiepende vragen. Dit gespreksverslag is een zakelijke weergave van hetgeen besproken is in relatie tot bedoelde relevante aspecten uit de aanwijzing.

De RvB krijgt de conceptversie voorgelegd voor reactie op feitelijke onjuistheden.

Over systematische bewaking, beheersing en verbetering van zorg

De inspectie constateert dat het beeld dat de RvB schetste in het ontvangen resultaatsverslag over de aanwijzing, niet altijd overeenkwam met bevindingen van de inspectie op de locaties. Zo zijn de inspectiebevindingen, bij de bezochte locaties die Careyn in haar resultaatverslag aanduidt als locaties met voor de relevante aspecten merendeels voldoende kwaliteitniveau, niet beter dan bij de locaties waarbij Careyn het kwaliteitniveau van relevante aspecten als onvoldoende aanmerkt in het resultaatverslag. Ook heeft de inspectie bijvoorbeeld opgemerkt dat op de verschillende locaties de deskundigheidsbevordering op verschillende manieren invulling krijgt.

De inspectie vraagt zich af hoe de RvB en de RvT ervoor gaan zorgen dat iedereen bij Careyn zich op hetzelfde richt als het om professionele (en dus veilige) zorg gaat; dat de neuzen dezelfde kant op staan en de verwachtingen voor en over goede zorg duidelijk zijn, inclusief die over benodigde verbeteringen.

De RvB geeft aan dat in het verleden de verbinding tussen locaties vooral is gezocht in overkoepelende structuren, en minder in de inhoud. De (nieuwe) RvB denkt dat de verbinding vooral gezocht moet worden in een gezamenlijke visie op ziekte en gezondheid. Maar ook in een gedeelde visie op professioneel gedrag. Dat moet volgens de RvB de verbindende waarden- en normenset zijn. De structuren voor de organisatie van zorg kunnen dan per district best anders zijn.

Echter, op dit moment is er nog geen concrete visie op professionaliteit. Op 13 september a.s. komt een groep professionals van Careyn bij elkaar om samen met de RvB een gedeelde visie op professionaliteit te formuleren. Dit is een andere aanpak dan in het verleden, toen dit soort zaken centraal, zonder input van professionals, geregeld werd.

De RvB geeft tevens aan al in eerdere communicatie transparant te zijn geweest over de naleving van de aanwijzing. Careyn heeft vooruitgang geboekt, maar is er nog niet. De bevindingen van de recente inspectiebezoeken herkent Careyn. Wel waren er zaken die Careyn in haar resultaatverslag positiever beoordeeld had, dan nu het geval blijkt te zijn. Deze zaken heeft de RvB onmiddellijk toegevoegd aan de lijst van zaken die nog moeten gebeuren. De inspectie vraagt welke zaken dit dan betreft. De RvB geeft als voorbeeld de taakfunctie in het ECD-systeem, waarin opdrachten van behandelaars zichtbaar had moeten zijn. Ook bestond onder enkele zorgverleners de indruk dat scholingen vrijblijvend gevolgd konden worden. Dat was niet zo, maar dit was kennelijk onvoldoende bekend. De RvB constateert dat Careyn hier dus onvoldoende helder over heeft gecommuniceerd.

De inspectie vraagt hoe het kon gebeuren dat bepaalde zaken niet op orde waren, terwijl de RvB en RvT de indruk hadden dat het wel op orde was. Dit heeft de RvB zichzelf ook afgevraagd. Samen met het team van Waardigheid en Trots en de eigen auditteams heeft de RvB geconstateerd dat er toch een mate van subjectiviteit in de verschillende audits zit. RvB stuurt nu concreet op de verbeterpunten uit de rapportage van de interne auditteams, de waarnemingen vanuit Waardigheid & Trots en de inspectiebevindingen.

Careyn heeft het voornemen de nog als onvoldoende beoordeelde normaspecten op orde te brengen. Tot nu toe heeft de focus van verbeteren gelegen bij de intramurale zorg. In de nabije toekomst wil Careyn ook de extramurale zorg betrekken bij de verbeterplannen. Ook de COR en de VVAR hebben hierop aangedrongen.

Onder meer om dit te kunnen realiseren handhaaft de RvB voorlopig nog de ingestelde projectstructuur van waaruit Careyn nu werkt. Ook de adviesfunctie van Waardigheid & Trots en het interventieteam zal benut blijven (laatstgenoemde waarschijnlijk in een andere vorm).

De RvT vult aan dat de verschillen tussen locaties deels ook komen door niet goed afgemaakte fusies in het verleden en deels ook te maken hebben met verschillen in geografische regio's. Cliënten in verschillende regio's hebben soms andere wensen. Daarnaast zijn er ook verschillen in het ziekteverzuim en de arbeidsmarkt.

De RvT geeft aan dat er heel veel gebeurd is en dat er plannen voor verdere verbeteringen gemaakt zijn. Deze plannen (o.a. voor aanpassing van de aansturingstructuur en communicatiestructuur) liggen gereed voor besluitvorming. Careyn heeft echter meer tijd nodig voor de realisatie en voor de borging van al deze processen.

De inspectie vraagt om verduidelijking van de huidige wijze waarop Careyn de kwaliteit en veiligheid momenteel in beeld heeft. Er zijn interne audits die de RvB en RvT concreet zicht geven op de stand van zaken. Gedeeltelijk vervangen de audits op dit moment een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS). Wanneer dit systeem goed is ingericht kunnen de audits anders vormgegeven worden.

De RvB vertelt dat Careyn 4 mensen als interne auditor heeft aangesteld. Een vijfde auditor is een externe partij. Binnenkort worden de audits verbreed naar extramuraal. De frequentie van de audits zal dan meer gaan afhangen van het vertrouwen dat de RvB in een bepaalde locatie of thuiszorgteam of in een bepaald onderwerp heeft.

Ook leden van de RvB en de RvT lopen mee met de audits op locaties van Careyn. Zo kunnen zij voeling houden met de praktijk. Ook krijgt de RvT de uitkomsten van alle audits. Hierdoor heeft de RvB en de RvT kwalitatief betere informatie dan in het verleden.

De inspectie stelt dat één van de punten uit de aanwijzing het inrichten- en laten functioneren van een bewakend systeem voor Meldingen Incidenten Cliënten (MIC) betreft. De inspectie heeft bij de bezoeken vastgesteld dat MIC-commissies zijn geïnstalleerd. De inspectie heeft echter ook opgemerkt dat er onvoldoende deskundigheid is op het gebied van MIC-analyses. In (concept) opleidingsplannen heeft de inspectie hiervoor nog geen gerichte aandacht gezien. Daarnaast ontbreken heldere communicatielijnen over dit onderwerp. De RvB erkent dat verdere deskundigheidsbevordering nodig is op het gebied van MIC. Ten eerste zegt de RvB dit bij zichzelf te zoeken. In het verleden kreeg de RvB MIC-verslagen die nietszeggend waren. De RvB verzuimde echter dan zelf verdiepende vragen te stellen. De RvB is het met de inspectie eens dat de analyses scherper moeten.

De inspectie merkt op dat ook aan de inputzijde gewerkt moet worden; als de MIC-meldingen inhoudelijk tekortkomen, valt er ook niet veel analyseren. De RvB geeft aan dat de rol van de kwaliteitsverpleegkundige hierbij essentieel is. Het gaat om professioneel kijken, denken en analyseren. De inspectie merkt op dat de focus bij de MIC (en de verbeterplannen in het algemeen) nog voornamelijk op medicatieveiligheid gericht is. Dit is begrijpelijk, omdat dit vaak concrete thema's zijn. Andere meldingen moeten echter ook geanalyseerd worden. De RvB erkent de noodzaak van dit soort verbeteringen, maar stelt ook dat daarvoor een echte cultuuromslag nodig is. Men moet durven melden en men moet de zin inzien van het breed en diepgaand analyseren van meldingen.

De RvB vindt het op zich zelf goed nieuws dat er nu meer gemeld wordt. Kennelijk weten medewerkers dat ze moeten melden en staat in de IGZ-rapportages dat er een veilige meldcultuur is. Het begin is er. Op dit moment krijgt de RvB nog voornamelijk informatie over de aantallen en de aard van de meldingen en veel minder over oorzaken.

De RvB gaat de komende maanden de regiegroep kwaliteit en veiligheid overbrengen en inbedden vanuit de projectstructuur naar de bestaande, dan wel de aangepaste aansturingstructuur. Daarmee vormt zich, volgens de bestuurder, een deskundig platform voor kwaliteit die op termijn, voor Careyn als geheel, ook als overkoepelende Meldingencommissie kan optreden.

Nu moet de RvB het doen met de tijdelijke structuren zoals die er zijn.

De RvB mist nog een risicomanagementsysteem waarmee zij zicht krijgt op waar welke maatregelen nodig zijn. Op dit moment, echter, is dit allemaal nog in wording. Voorlopig zal de RvB echter aansluiten bij de regiegroep om voeling te houden met voorkomende problemen in de kwaliteit van zorg.

Over de structuur voor intern toezicht op de kwaliteit van zorg.

De RvT krijgt heeft het zich aangetrokken dat ze in het verleden onvoldoende geïnformeerd is geweest over de stand van zaken bij Careyn. Onder leiding van een externe deskundige vond er een evaluatie plaats en zijn de agenda en de werkwijze van de RvT aangepast. Inmiddels krijgt de RvT meer feitelijke constatering over het zorgaanbod van Careyn en minder zelfevaluaties.

Daarbij lopen alle leden van de RvT mee met periodieke audits op locaties. Ook intensiverde de RvT de contacten met de COR, de CCR en de zorgkantoren. Hierdoor heeft de RvT meer informatiebronnen dan enkel de RvB.

Momenteel is het interne deelnameschema in de diverse commissies van de RvT zodanig aangepast dat er meer dwarsverbanden bestaan. Hierdoor krijgen alle RvT-leden meer (en breder) kennis over de stand van zaken bij Careyn. Eerder was ook de RvT min of meer verdeeld in aandachtsfunctionarissen voor zorg en voor financiën. De leden van de raad van toezicht zijn lid van de NVTZ. De RvT participeert in het NVTZ-programma 'Goed Toezicht'.

De inspectie vraagt om voorbeelden van informatie die dan nu wel boven tafel komt. De RvT vertelt dat de getallen die ze krijgen door de gesprekken 'kleur' krijgen. Het levert bijvoorbeeld concrete beelden op van gevolgen van de discussie centraal-decentraal in de praktijk. Door het overleg met de COR heeft de RvT meer zicht op de cultuuraspecten die spelen. Bij die bijeenkomsten kan de RvT ook signalen oppikken. Er was een formele gespreksstructuur (twee keer per jaar) met de COR en de CCR. Deze is geïnventariseerd. Voorts nemen de COR en de CCR contact op met de RvT wanneer zij dit nodig achten. Feitelijk was er gedurende de looptijd van de aanwijzing bijna iedere maand contact. Uit deze gesprekken is bijvoorbeeld begrepen dat er haast gemaakt moest worden met het vervangen van de interim bestuurder en het benoemen van vaste bestuurders. De COR en CCR maakten zich zorgen over het tragere tempo van de veranderingen bij Careyn.

Over verantwoordelijkheden, aansturing en structuur van Careyn

De inspectie vraagt hoe het komt dat het verandertempo niet toereikend was. De inspectie heeft namelijk opgemerkt dat verbeteringen pas laat in het traject van de aanwijzing zijn ingezet en verder gaan dan de dertien aspecten uit de aanwijzing. Desalniettemin heeft de inspectie bij tussentijds toezicht opgemerkt dat Careyn, bijvoorbeeld ten aanzien van de dossiervoering, gedurende het eerste kwartaal van 2017 voorbereidingen heeft getroffen voor fundamentele verbeteringen in het ECD. Hoewel er inmiddels veel plannen en

wensen gereed liggen, is op dit moment nog onduidelijk hoe Careyn op alle locaties de benodigde resterende verbeteringen voortvarend kan implementeren. Bijvoorbeeld mist de inspectie tijdens de bezoeken zo nu en dan urgentiebesef onder betrokkenen.

De RvB zegt dit te herkennen; er mist bij een deel van de medewerkers bijvoorbeeld urgentiebesef over professionaliteit en financieel beheer. Medewerkers ervaren de verbeterplannen veel als 'het moet van centraal' en 'het is ons opgelegd.' De RvB streeft daarom naar een cultuur met meer gevoel van 'eigenaarschap'.

De inspectie brengt ter sprake dat voor de diverse verbetertrajecten meerdere extra functionarissen zijn aangesteld voor bepaalde tijd, tot bijvoorbeeld 1 oktober of 1 december 2017. De RvB geeft in reactie hierop aan dat een formele aanpassing van de aansturingstructuur nu eerst belangrijk is. Hiervoor ligt inmiddels een voorstel gereed ten behoeve van inspraak en besluitvorming. Op aandringen van de ondernemingsraad, worden de tijdelijke contracten daarom pas op 1 januari herzien. Uiterlijk per 1 januari 2018 zal de RvB namelijk een finaal besluit nemen over de organisatiestructuur en de gevolgen hiervan. Tot die tijd blijft de projectstructuur in stand. Waar nodig en mogelijk worden tijdelijke contracten in ieder geval tot 1 januari 2018 verlengd. De RvB en de RvT verwachten wel dat in de definitieve structuur van Careyn de functies van locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige blijven bestaan. De huidige rollen van de locatieverantwoordelijke en de kwaliteitsverpleegkundige worden door cliënten en medewerkers namelijk zeer gewaardeerd. Ook de RvB heeft hun inzet zinvol gevonden. De voorgenomen nieuwe structuur zal wel gevolgen hebben voor andere managementlagen en rollen.

Daarnaast wil Careyn in de toekomst de focus nog duidelijker leggen op kwetsbare ouderen. De indeling met bedrijfsonderdelen die niet direct met kwetsbare ouderen te maken hebben zal daarom worden herzien. Met die focus kan Careyn wellicht ook de verdeling over vier districten herzien. Verder zegt de RvB te verwachten dat een (bijpassende) overlegstructuur met directe betrokkenheid van de RvB bij managementoverleg op districtniveau, de aansturing van Careyn efficiënter en adequater maakt.

De inspectie vraagt hoe ver het staat met de sollicitatiegesprekken voor de RvT en de RvB. De bemensing van de RvT is eind 2017 weer op volle sterkte. Voor wat betreft de leden van de RvB schetst de RvT een historie met drie wisselmomenten en vijf verschillende bestuurders gedurende de looptijd van de aanwijzing. Eerst vertrok de CEO de heer Van Dam. Ad interim kwam de heer Luik hiervoor in de plaats. Per april 2017 kwam de CFO functie van mevrouw Spek vacant. Sinds mei 2017 is deze post ad interim ingevuld door de aanwezige heer Möhlmann.

De raad van toezicht streeft zo spoedig mogelijk naar een vaste en stabiele RvB. De RvT heeft daarom bewust eerst de nieuwe CEO, tevens voorzitter van de RvB, aangezocht. Zo kan volgens de RvT en RvB naar een goede combinatie van bestuurders uitgekeken worden. De nieuwe voorzitter van de RvB (de heer Meerdink) is per 1 juni jl. geleden in dienst gekomen waarmee de ad interim bestuurder (de heer Luik) zijn taak kon beëindigen. Momenteel wordt de nieuwe CFO gezocht. Het ziet er naar uit dat er een goede kandidaat is met belangstelling en die binnen afzienbare tijd zou kunnen aantreden. De RvT hoopt uiterlijk 1 oktober a.s. helderheid over de procedure te kunnen geven.

De huidige voorzitters van de RvT en de RvB willen meer dwarsverbanden tussen de aandachtsgebieden kwaliteit van zorg en financieel beheer. De RvT besluit in het 4^e kwartaal over een andere portefeuillevverdeling tussen de twee bestuursleden binnen de RvB dan de verdeling in het verleden waarbij er een striktere scheiding tussen zorg en bedrijfsvoering was. (ter toelichting: dit gebeurt wanneer de nieuwe, vaste CFO toetreedt). De RvT concludeerde naar aanleiding van een eerdere evaluatie dat die scheiding niet wenselijk is voor een integrale aansturing van Careyn. In de advertentie voor de CFO heeft de RvT dan ook geprobeerd te benadrukken een tweede bestuurder te zoeken die een integrale benadering voorstaat. De huidige CEO/vzt RvB is nauw betrokken bij de wervingsprocedure.

De inspectie vraagt of de gekozen aanpak gaat voorkomen dat binnen de organisatie opnieuw twee werelden ontstaan die naast elkaar heen werken. De RvT en RvB erkennen het belang hiervan en menen, door het werven van de huidige voorzitter van de RvB en de toekomstige CFO hiervoor de juiste voorwaarden verschaft te hebben. Careyn zal integraal bestuurd worden. De inspectie heeft in het bestuursreglement kunnen zien dat dit ook formeel de bedoeling is.

Over sturing van randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid cliëntenzorg

De RvB wil een beter beeld hebben van de stand van zaken binnen de locaties. De RvB geeft aan dat het contact met de verschillende interne stakeholders daarom geïntensiveerd is. De RvB is heden ten dage kort aanwezig op elke vergadering van de Centrale OR en de Centrale CR. De RvB stelt zich voor dat binnen niet al te lange termijn minder vanuit het centrale directiebestuur, maar meer vanuit de districten gemanaged wordt. De voorzitter van de RvB kan dan de districtsvergaderingen bijwonen om zich te informeren. Het is niet de bedoeling dat de RvB alleen op het kantoor in Utrecht aanwezig is; liever in de regio's 'op locatie'.

De inspectie vraagt zich af hoe de overlegstructuren nu functioneren en hoe de RvB de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie die hij ophaalt, in de gaten houdt. De RvB vertelt in de afgelopen 2,5 maand op zo goed als alle locaties geweest te zijn. Overal heeft hij verschillende mensen gesproken. Daarnaast komt er informatie uit gesprekken met waardigheid en trots en uit de audits. Dit zijn allemaal verschillende bronnen van informatie voor de RvB. Volgens de RvB is het echter meer van belang hoe Careyn kan zorgen dat alle medewerkers van Careyn daadwerkelijk weten wat het Careyn beleid is. De gebrekkige organisatiestructuur, met vaak letterlijk grote afstand tot medewerkers, gaf onvoldoende garantie voor effectieve communicatie. Het invoeren van de locatieverantwoordelijke is één van de oplossingen geweest om communicatieproblemen terug te dringen. Deze locatieverantwoordelijken zijn de verlengde arm van het (regio)management. De invoering is door alle betrokkenen als positief ervaren; de meerwaarde van de locatieverantwoordelijke is algemeen erkend.

De inspectie ziet dat de RvB heeft ingegrepen in de structuur van zelfsturing. De RvB bevestigt dat het invoeren van de locatieverantwoordelijke daar inderdaad een voorbeeld van is. De RvT geeft aan dat het invoeren van zelfsturing te rigoureus is gegaan. Mensen zijn ontheemd geweest en voelden zich alleen staan.

De ontreddering die de inspectie in juli 2016 aantrof, is verdwenen doordat er iemand is die verantwoordelijk is, bereikbaar is en knopen doorhakt. De

inspectie heeft evenwel gemerkt dat de invulling van de rol van 'locatieverantwoordelijke' niet overal hetzelfde is. De RvB en RvT vertellen dat de rol van locatieverantwoordelijke op dit moment nog niet formeel is gemaakt en nog geen functiebeschrijving kent. De RvB wil samen met de interne stakeholders de definitieve structuur vorm geven.

De voorzitter van de RvB geeft aan dat hij zichtbaarder wil zijn dan zijn voorgangers. De locatiebezoeken in de afgelopen maanden zijn hiervan een voorbeeld. Hij streeft hiermee benaderbaar te zijn. Tegelijk zal hij ingrijpen wanneer zaken niet op orde zijn, zoals onlangs bij medicatieveiligheid. Dit is een nieuwe werkwijze voor Careyn. Voor het kunnen nemen van beslissingen op de juiste plek is een nieuwe bevoegdhedenstructuur nodig. Hiervoor moet de RvB in gesprek met de interne stakeholders. Die hebben echter al veel veranderingen in management structuren meegemaakt, waardoor er ook enige scepsis is ontstaan over weer zo'n verandering.

De inspectie stelt dat in het verleden de sturing op financiën voorrang kreeg op de kwaliteit van zorg. De RvB geeft desgevraagd aan dat er nog steeds financiële zorgen zijn, maar op dit moment is er geen liquiditeitsprobleem. De tekorten komen mede doordat er fors geïnvesteerd is in kwaliteit. Op basis van benchmarkgegevens ziet de huidige CFO a.i. mogelijkheden om het komende jaar financiële ruimte te creëren om ontstane tekorten op te vangen; bijvoorbeeld met het inperken van centrale overhead, het verbeteren in indiceren, registreren en declareren en door herziening van inkoopcontracten. Ook een nog verdere daling van het ziekteverzuim helpt Careyn om uit de rode cijfers te komen. In de begroting van 2018 is geanticipeerd op voortzetting en voltooiing van de kwaliteitsverbeteringen zoals invoering van de locatieverantwoordelijke, de inzet van kwaliteitverpleegkundigen, de versterking van de kwaliteitsstaf en niet in de laatste plaats het verzuimbeleid en werving. De personeelsbezetting in de zorg blijft zo buiten de scope van de benodigde bezuinigingsronde.

Careyn bevordert dat zorgverleners van niveau 3-5 zich registreren in het kwaliteitsregister. Careyn vergoedt het lidmaatschap van beroepsverenigingen (zoals V&VN, Verenso, etc.) en de deelname in relevante kwaliteitsregisters. Op bestuurlijk niveau vindt intercollegiale toetsing plaats via deelname aan een toetsingsnetwerk met bestuurders in de zorg (Werkgroep 71). Tevens voert de bestuurder coachingsgesprekken met een ervaren bestuurder annex toezichthouder. Ook participeert Careyn in regionale netwerken voor ouderenzorg zoals NUZO en GENERO.

De RvT merkt nog op dat Careyn bewust gekozen heeft voor een brede aanpak. Hierdoor duurt het verbetertraject langer dan wanneer alleen gefocust zou zijn op de dertien punten uit de aanwijzing. Nu ligt er een duurzaam plan. De inspectie vraagt of er in de nabije toekomst meer tempo zal komen in alle ontwikkelingen. De RvT geeft aan dat Careyn de afgelopen periode aan een degelijk fundament heeft gebouwd. Nu dit (zo goed als) staat, kunnen veranderingen worden doorgevoerd. Doordat er een structuur komt waar die veranderingen in kunnen worden uitgezet, zal er tempo gemaakt kunnen worden. Daarnaast is er op korte termijn zicht op een voltallige RvT en een vaste RvB. Dit zal zorgen voor de stabiliteit die nodig is om in hoger tempo veranderingen door te voeren.

Afronding

De inspectie dankt alle aanwezigen voor getoonde openhartigheid en geeft een toelichting hoe het verdere proces van de beoordeling van de aanwijzing zal verlopen.

De inspectie geeft aan dat het rapport over de naleving van de aanwijzing en de correspondentie over het vervolg, omstreeks eind september verwacht wordt. Vervolgens krijgt Careyn in de eerste week van oktober gelegenheid om haar zienswijze hierop kenbaar te maken. Na afweging van een en ander, ontvangt Careyn kort daarop de definitieve versies. Deze worden openbaar gemaakt.

FW: Bestuursgesprek - Bericht (HTML)

Bestand Bericht Invoegen Opties Tekst opmaken Controleren ADOBE PDF Geef aan wat u wilt doen...

Knippen Kopieren Plakken Opmaak kopiëren/plakken

Klembord Opmaak

Aa HTML
Aa Tekst zonder opmaak
Aa Tekst met opmaak

Lettertype Alinea Stijlen

AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbC AaBbCcI AaB AaBbCcD AaBbCcE
1 Standaard 1 Geen af... Kop 1 Kop 2 Titel Ondertitel Subtiel b...

Stijl wijzigen Vervangen Selecteren Bewerken In-/uitzoomen

Aan... CC... Verzenden

Onderwerp FW: Bestuursgesprek

Van: [Redacted]
Verzonden: woensdag 27 september 2017 17:00
Aan: [Redacted]@careyn.nl
Onderwerp: Bestuursgesprek

Beste mevrouw [Redacted]

Hiermee bevestig ik het bestuursgesprek:

- Datum: donderdag 5 oktober a.s.
- Tijd: 16.30-18.00 uur
- Locatie: Utrecht
- Adres: Stadsplein 1

Bij dit gesprek zijn vanuit Inspectie Jeugd aanwezig:

- Mevrouw De Vries (hoofdinspecteur Maatschappelijke Zorg)
- Mevrouw [Redacted] (manager Verpleging & Verzorging)
- Mevrouw [Redacted] (inspecteur)
- De heer [Redacted] (inspecteur)
- Mevrouw [Redacted] (jurist)

Vereiste aanwezigheid vanuit Careyn: leden raad van bestuur en desgewenst een afvaardiging van de raad van toezicht.

Graag ontvang ik van u de namen die vanuit jullie aanwezig zijn.

Aanmelden
Bezoekers voor de inspectie melden zich in de centrale hal in het Stadskantoor bij de receptie. U krijgt bij de aanmelding een oranje koordje. Uw contactpersoon bij de inspectie wordt gebeld. Vervolgens gaat u met de trap, de roltrap of de lift naar het meetingpoint op de zesde etage. Daar treft u uw contactpersoon en wordt u begeleid naar de betreffende vergaderzaal.
Een geldig identiteitsbewijs is noodzakelijk.

Met vriendelijke groet,

[Redacted]
Managementassistent
Mevrouw drs. J.F. de Vries, Hoofdinspecteur M2

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Stadsplein 1 | 3521 AZ Utrecht
Postbus 2518 | 6401 DA HEERLEN

T 088 - [Redacted]
M 06 - [Redacted]
<http://www.igz.nl>

Komt u binnenkort op bezoek bij de IGZ? Vergeet dan niet om een geldig identiteitsbewijs mee te nemen. Deze heeft u nodig voor een ID-controle bij de balie van het Stadskantoor. Dit is een veiligheidsmaatregel van de rijksoverheid.*

[Zie en hoor het verhaal van de IGZ: Gerond vertrouwen](#)



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Careyn,
Bestaande uit Aveant B.V. en Zuwe Zorg B.V.
en Careyn Zuid-Hollandse eilanden B.V.
en Careyn DWO/NWN B.V.
T.a.v de raad van bestuur
T.a.v. de raad van toezicht
's-Gravelandeweg 290-322
3125 BK SCHIEDAM

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
mevrouw [redacted]
ri.utrecht@igz.nl

Ons kenmerk

2017-
2052213/V1012504/[redacted]

Bijlage

Voorlopig Rapport
Naleving Aanwijzing
d.d. 7 november 2016
Stichting Careyn

Datum 28 september 2017

Onderwerp voorlopig rapport naleving aanwijzing d.d. 7 november 2016 Stichting
Careyn

Geachte bestuurder en toezichthouders,

Bijgaand treft u de voorlopige versie van het inspectierapport over de naleving van de aanwijzing d.d. 7 november 2016 door Stichting Careyn. In augustus 2017 heeft de inspectie getoetst of Stichting Careyn de tekortkomingen heeft weggenomen.

Bijgaand rapport is gebaseerd op de vastgestelde bevindingen bij de zes locatiebezoeken die op 29 augustus 2017 zijn toegezonden en op het vastgestelde verslag van het gesprek op 1 september 2017 met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dat verslag is op 19 september per e-mail aan Careyn toegezonden.

Zoals benoemd in hoofdstuk 3 zal de inspectie de conclusie(s) en het opvolgend toezicht toelichten en bespreken met de raad van bestuur en mogelijk ook de raad van toezicht. Hiertoe heeft het secretariaat van de Hoofdinspecteur Maatschappelijke Zorg, mevrouw drs. J.F. de Vries per e-mail een bestuursgesprek gepland op 5 oktober aanstaande vanaf 16.30 uur tot maximaal 18.00u op ons kantoor in Utrecht (Stadsplateau 1). Hierover heeft mevrouw [redacted] 27 september 2017 per e-mail een afspraakbevestiging ontvangen.

Binnen enkele dagen na dit gesprek ontvangt u het voorgenomen besluit over de vervolgmaterie. De definitieve versie van bijgaand rapport is daarvan een bijlage. Dan zal ook de Pro Memorie paragraaf in hoofdstuk 3 geformuleerd zijn. Zoals eerder geschetst wordt Careyn vervolgens in de gelegenheid gesteld om een zienswijze kenbaar te maken over het voorgenomen besluit over de vervolgmaterie.



De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt door plaatsing op igz.nl/rapporten. Bij vervolgtoezicht na een aanwijzing betekent dit dat de inspectie tevens een persbericht plaatst. Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op igz.nl/onderwerpen.

Ons kenmerk2017-
2052213/V1012504/**Datum**

28 september 2017

Hoogachtend,

mevrouw
inspecteur