



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport
Naleving aanwijzing dd. 7 november 2016
Stichting Careyn

Utrecht, September 2017

V1012504 irt:

V2001757

V2001770

V2001772

V2001773

V2001776

V2001779

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding en belang 4
1.1.1	In juli 2016 inspectieonderzoek, waarna in november 2016 aanwijzing 4
1.1.2	Toets naleving aanwijzing in augustus 2017 5
1.2	Onderzoeksmethode in periode november 2016 tot september 2017 5
2	Conclusie over naleving aanwijzing d.d. 7 november 2016 6
2.1	Eindconclusie augustus 2017: vertrouwen groeit, naleving aanwijzing nog onvoldoende 6
2.2	Conclusie per thema met korte toelichting 7
2.2.1	Conclusie cliëntdossier 7
2.2.2	Conclusie deskundigheid en inzet medewerkers 8
2.2.3	Conclusie sturen op kwaliteit en veiligheid 10
2.2.4	Conclusie goed bestuur 12
3	Vervolgactie 13
3.1	Verdere handhaving 13
3.2	PM 13
4	Bevindingen inspectie bij zes locaties van Careyn, 9-15 augustus 2017 14
4.1	Bevindingen locatiebezoek SWELLENGREBEL 15
4.1.1	Cliëntdossier 15
4.1.2	Deskundigheid en inzet zorgverleners 17
4.1.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 20
4.2	Bevindingen locatiebezoek TORENHOEVE 22
4.2.1	Cliëntdossier 22
4.2.2	Deskundigheid en inzet zorgverleners 25
4.2.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 27
4.3	Bevindingen locatiebezoek DE PLANTAGE 31
4.3.1	Cliëntdossier 31
4.3.2	Deskundigheid en inzet zorgverleners 34
4.3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 37
4.4	Bevindingen locatiebezoek DE WARANDE 40
4.4.1	Cliëntdossier 40
4.4.2	Deskundigheid en inzet zorgverleners 42
4.4.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 44
4.5	Bevindingen locatiebezoek WOERDBLOK 46
4.5.1	Cliëntdossier 46
4.5.2	Deskundigheid en inzet zorgverleners 48
4.5.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 50
4.6	Bevindingen locatiebezoek SNAVELENBURG 53
4.6.1	Cliëntdossier 53
4.6.2	Deskundigheid en inzet zorgverleners 55
4.6.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 58
5	Bevindingen inzake Goed Bestuur 62
5.1	Inleiding 62
5.2	Tekortkomingen juli 2016 in relatie tot Goed Bestuur 62
5.3	Bevindingen augustus 2017 in relatie tot Goed Bestuur 62
Bijlage 1	Methode inspectiebezoeken en selectie locaties 66

Bijlage 2 Korte beschrijving bezochte locaties 67

Bijlage 3 Relevante wetten, normen en regelgeving bij aanwijzing Careyn 71

Bijlage 4 Beoordeelde documenten Careyn 72

Voorlopig

1 Inleiding

In de periode van 9 augustus 2017 tot en met 1 september 2017 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) getoetst of Stichting Careyn inclusief haar werkmaatschappijen¹ (hierna als geheel: Careyn) voldoet aan de aanwijzing² van de inspectie d.d. 7 november 2016, na het verstrijken van de termijn van negen maanden die Careyn heeft gekregen om tekortkomingen weg te nemen.

In dit rapport beschrijft de inspectie in hoofdstuk 1 de achtergrond en de onderzoeksmethode. Vervolgens is in hoofdstuk 2 de conclusie van het onderzoek naar de naleving van de aanwijzing geformuleerd en geeft de inspectie in hoofdstuk 3 aan wat dit betekent voor het vervolgtoezicht. In de hoofdstukken 4 en 5 zijn de inspectiebevindingen beschreven. Tot slot volgen nog enkele bijlagen met relevante achtergrondinformatie en/of opsommingen.

Waar dat kan, schrijft de inspectie haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.

1.1 Aanleiding en belang

1.1.1 *In juli 2016 inspectieonderzoek, waarna in november 2016 aanwijzing*

Op 7 november 2016 krijgt Careyn een aanwijzing. Careyn moet de intramurale ouderenzorg verbeteren op de thema's cliëntdossier, de deskundigheid en inzet van medewerkers, sturen op kwaliteit en veiligheid en op goed bestuur.

Met de daarvoor gegeven termijn van negen maanden is rekening gehouden met de aard en omvang van de tekortkomingen en de organisatie. De termijn is met het (toenmalige) bestuur van Careyn afgestemd.

Samengevat kreeg Careyn deze handhavende maatregel opgelegd omdat de organisatie, voor wat betreft haar intramurale zorgaanbod, structureel te weinig oog toonde voor het belang van goede persoonsgerichte zorg die veilig is en van goed niveau. De systematische kwaliteitszorg in de organisatie functioneerde niet adequaat en de sturing op kwaliteit en veiligheid was onvoldoende.

In het voorjaar van 2016 signaleerde de inspectie op diverse locaties van Careyn terugkerende incidenten en calamiteiten met gelijksoortige basisoorzaken sinds 2015. In juli 2016 bracht de inspectie toezichtbezoeken bij Careyn en stelde vast dat eerdere verbeterplannen voor met name de multidisciplinaire dossiervoering, de deskundigheidsbevordering en de medicatieveiligheid onvoldoende tot benodigde resultaten voor goede zorg hadden geleid. Eerst nadat de inspectie de noodzaak van direct te nemen maatregelen benadrukte, bracht Careyn haar medicatieveiligheid op orde in september 2016. Het lerende vermogen van de organisatie schoot structureel tekort. Ook constateerde de inspectie onvoldoende implementatie van (nieuw) beleid van zelfsturing binnen teams en een groot accent binnen de gehele organisatie op de bedrijfsvoeringresultaten. Tijdens bestuursgesprekken in het najaar van 2016, (h)erkenden de bestuurders van Careyn de ernst en impact van de gesignaleerde problemen. De (toenmalige) voorzitter van de raad van bestuur heeft zich vervolgens teruggetrokken.

1 Stichting Careyn, althans Aveant B.V., althans Zuwe Zorg B.V., althans Careyn Zuid-Hollandse eilanden B.V., althans Careyn DWO/NWN B.V.. Als geheel: Careyn

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

1.1.2 *Toets naleving aanwijzing in augustus 2017*

In augustus 2017 toetst de inspectie of de zorgaanbieder de aanwijzing d.d. 7 november 2016 in de gehele organisatie heeft nageleefd. Daartoe beoordeelt de inspectie of Careyn daadwerkelijk alle tekortkomingen - die de grondslag vormden voor deze aanwijzing - heeft weggenomen, nadat de gestelde termijn van negen maanden is verstreken. In hoofdstuk 2 staan de conclusies van de inspectie beschreven.

1.2 **Onderzoeksmethode in periode november 2016 tot september 2017**

De inspectie baseert zich bij haar toezicht op geldende wetten, professionele standaarden, veldnormen en vastgestelde kwaliteitskaders. In bijlage 3 staat een overzicht van de wet- en regelgeving die bij het toetsen van de naleving van de aanwijzing van belang is.

Tijdens de negen maanden termijn van de aanwijzing heeft de inspectie de voortgang van het verbeterproces gevolgd aan de hand van (1) het ontvangen plan van aanpak van Careyn d.d. 30 december 2016), (2) de aangekondigde informatiedagen op 30 januari 2017 en op 19 april 2017 waarbij de inspectie zich door de interne stakeholders heeft laten informeren over de vorderingen en eventuele belemmeringen daarbij, (3) het ontvangen resultaatverslag op 28 februari 2017, en (4) de onaangekondigde bezoeken aan zes locaties van Careyn verspreid over de vier districten in de periode van 15 maart 2017 tot 3 april 2017.

Bij afloop van de verbetertermijn heeft de inspectie (1) een resultaatverslag ontvangen op 31 juli 2017 en (2) onaangekondigde bezoeken gebracht aan zes locaties van Careyn verspreid over de vier districten in de periode van 9 augustus 2017 tot en met 15 augustus 2017. Op de volgende locaties van Careyn is getoetst of de tekortkomingen voldoende zijn weggenomen (Zie bijlage 1 voor details van aanpak).

- Careyn - Swellengrebel in regio Utrecht-Stad op 9 augustus 2017
- Careyn - De Torenhoeve in regio Zuid-Hollandse Eilanden & Brabant op 9 augustus 2017
- Careyn - De Plantage in regio Zuid-Hollandse Eilanden & Brabant op 11 augustus 2017
- Careyn - De Warande in regio Utrecht-Stad op 11 augustus 2017
- Careyn - Snavelenburg in regio Utrecht-West op datum 15 augustus 2017
- Careyn - Woerdblok in regio Delfland Westland Oostland / Nieuwe Waterweg Noord op 15 augustus 2017

Tevens heeft de inspectie (3) op 1 september 2017 een gesprek gevoerd met de raad van bestuur en de raad van toezicht over de besturing van Careyn en de verbeteraanpak, aan de hand van de inspectiebevindingen.

2 Conclusie over naleving aanwijzing d.d. 7 november 2016

Dit hoofdstuk betreft de conclusie van de inspectie over de naleving van de aanwijzing door Careyn. Daartoe heeft de inspectie getoetst of Careyn de tekortkomingen uit de aanwijzing heeft weggenomen binnen de gegeven termijn van 9 maanden.

Voor het naleven van de aanwijzing is nodig dat, na het formuleren van een plan van aanpak, de verbetermaatregelen organisatiebreed zijn geïmplementeerd en hebben geleid tot het wegnemen van de tekortkomingen in de zorgverlening binnen de hele organisatie. Alleen dan is sprake van naleving van de aanwijzing die betrekking heeft op de zorgverlening binnen heel Careyn en kan de inspectie concluderen dat de aanwijzing wordt nageleefd. Daarom past de inspectie bij haar beoordelingen een tweepuntschaal (wel/niet) toe.

De bevindingen in de hoofdstukken 4 en 5 liggen ten grondslag aan de conclusie

2.1 **Eindconclusie augustus 2017: vertrouwen groeit, naleving aanwijzing nog onvoldoende**

De inspectie concludeert dat op de meeste locaties van Careyn de realisatie van passende verbetermaatregelen nog gaande is en dat de tekortkomingen in de organisatie nog niet zijn weggenomen. De inspectie stelt vast dat Careyn de aanwijzing niet binnen de gegeven termijn naleeft.

Toelichting

In paragraaf 2.2 is deze conclusie per thema verder uitgewerkt. Net als de inspectie constateerde Careyn in haar resultaatsverslag dat het verbetertraject nog niet is afgerond.

Careyn stond in november 2016 voor een forse verbeteropdracht. Veel van de tekortkomingen hielden verband met elkaar en de opgelopen achterstand was aanzienlijk, zoals kort geschetst in paragraaf 1.1.1 van dit rapport en in de aanwijzing. Tegelijkertijd kreeg Careyn vanaf november 2016 te maken met diverse wisselingen³ in de aansturing van de organisatie. De huidige (vaste) voorzitter van de raad van bestuur is ten tijde van dit inspectieonderzoek minder dan drie maanden in functie.

Vanaf november 2016 volgt de inspectie intensief de aanpak van Careyn om tekortkomingen weg te nemen. De inspectie stelt vast dat sinds de laatste maanden het noodzakelijke verbetertempo op dreef is gekomen. Doorgevoerde wijzigingen in de invulling van het management dragen weliswaar bij aan een stabiele aansturing van de organisatie op langere termijn. De eerste fase van het verbetertraject, waarin belangrijke en omvangrijke verbetermaatregelen zijn voorbereid, heeft Careyn echter meer tijd gekost dan in eerste instantie was voorzien.

Inmiddels voert Careyn, in augustus 2017, op alle thema's van de aanwijzing, passende verbetermaatregelen door. Met substantiële verbetermaatregelen op het gebied van het elektronische cliëntdossiers (bij Careyn elektronisch cliëntdossier genoemd, verder: ECD), de verplichte bij/na scholing voor medewerkers, de ondersteuning op locatieniveau met leiding en deskundigheid en het terugdringen van verzuim, verbetert Careyn momenteel haar fundamentele voor het bieden van goede zorg en het (kunnen) sturen op kwaliteit en veiligheid. Ook heeft Careyn, waar nodig, de invulling van het management binnen haar organisatie gewijzigd. Verder is Careyn zich in dit stadium terdege bewust dat het

³ Per 15 november 2016 benoemde de raad van toezicht een interim CEO/tevens voorzitter van de raad van bestuur; per 1 mei 2017 benoemde de raad van toezicht een interim CFO. Per 1 juni 2017 benoemde de raad van toezicht de nieuwe vaste voorzitter van de raad van bestuur.

(her)inrichten van het kwaliteitmanagementsysteem nog moet aanvangen. Dit punt verkeert bij Careyn nog in de ontwerpfase, onder andere omdat Careyn, volgtijdelijk, eerst haar aansturingstructuur wil herijken in nauw overleg met interne stakeholders en externe adviseurs, onder leiding van de vernieuwde raad van bestuur. Voor deze beoogde verbetering van de aansturing van de organisatie heeft Careyn een plan gemaakt dat nog voor (wettelijke) inspraakprocedures moet worden voorgelegd.

Deze voornemens hebben nog niet geleid tot toetsbare resultaten. Deze moeten worden afgewacht nadat de besluitvorming en de implementatie zijn gepasseerd. Tot nu zijn de verbetermaatregelen op het gebied van sturen op kwaliteit en veiligheid minder effectief gebleven. Naast het feit dat de achterstand in deskundigheid hierbij een rol speelt, hapert de informatiestroom en (interne) communicatie geregeld en daarmee ook de PDCA-cyclus. Dit vermindert het verbetervermogen van Careyn. Op dit moment ontbreekt het Careyn nog aan een duurzaam en betrouwbaar functionerend stelsel voor systematische bewaking, verbetering en evaluatie van de kwaliteit van het zorgaanbod voor de cliënten.

Careyn stelt zich open en transparant op omtrent de stand van zaken in de organisatie en legt hierover intern en extern verantwoording af. Het algemene (werk)klimaat is herstellend gebleken qua veiligheid en voorbeeldgedrag en er is sprake van management dat oog heeft voor de kwaliteit van zorg. Dit zijn belangrijke aspecten voor de kwaliteit en veiligheid van de cliëntenzorg en het lerend vermogen in de organisatie.

Dit alles betekent dat Careyn het benodigde verbeterproces in gang heeft gezet. Resultaten zijn merkbaar maar nog niet alle tekortkomingen zijn weggenomen zoals in paragraaf 2.2 is beschreven. Careyn is nog niet klaar met het organisatiebreed doorvoeren van de verbetermaatregelen.

De geconstateerde ontwikkelingen en de veranderingen in de cultuur van de organisatie dragen bij aan het groeiend vertrouwen van de inspectie in de aanpak van het huidige bestuur bij het voltooien van de, nog altijd belangrijke, verbeteropdracht voor Careyn.

2.2 Conclusie per thema met korte toelichting

2.2.1 Conclusie cliëntdossier

De in de aanwijzing d.d. 7 november 2016 geconstateerde tekortkomingen op het thema cliëntdossier zijn niet voldoende weggenomen. Hierdoor voldoet Careyn niet aan het onderdeel van de aanwijzing met betrekking tot het thema cliëntdossier. Hierna wordt per onderdeel uit de aanwijzing de conclusie op dit thema toegelicht:

- a) Iedere cliënt beschikt over een compleet en actueel dossier;
De dossiervoering van Careyn voldoet op geen van de bezochte locaties aan de geldende norm voor wat betreft de onderdelen en de actualiteit. Zie hiervoor ook bij c).
De inspectie constateert wel dat Careyn haar ECD gebruiksvriendelijker heeft gemaakt voor de zorgverleners, onder andere met automatisch gegenereerde overzichten en koppelingen van cliëntgebonden informatie.
- b) Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;
Careyn voldoet op één van de zes bezochte locaties niet aan geldende normen voor wat betreft de toegankelijkheid van dossiervoering in het kader van continuïteit van zorg en behandeling. Op vijf van de zes bezochte locaties zijn de tekortkomingen bij de toegankelijkheid van het ECD voldoende weggenomen.

De inspectie concludeert dat het beleid van Careyn op dit punt voldoet maar nog niet overal is geïmplementeerd. Careyn werkt enkel met ECD en faciliteert de toegankelijkheid ervan met tablets, vaste werkplekken en autorisatiecodes. Mits de aanvraagprocedure gevolgd is, krijgen invallers en uitzendkrachten eigen autorisatiecode en kunnen zij via tablets inloggen in de ECD's.

Op één van de bezochte locaties volgen zorgverleners deze werkwijze van Careyn niet. De invallers kunnen het cliëntdossier niet raadplegen indien nodig en niet gebruiken voor relevante voortgangsrapportage. Vijf van de zes bezochte locaties volgen het beleid van Careyn wel en hebben op dit punt de tekortkoming ondervangen.

- 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.

De dossiervoering van Careyn voldoet op geen van de bezochte locaties aan de geldende normen voor wat betreft de methodische en cliëntgerichte werkwijze. Op de zes bezochte locaties is het proces van dossierherziening nog niet afgerond. Wensen, behoeften en zorgrisico's bij cliënten zijn niet altijd bekend en/of zijn onvoldoende opgevolgd. Het proces van dossierherziening verloopt op de meeste locaties aan de hand de halfjaarlijkse evaluaties van het zorgleefplan van cliënten. De benodigde bij/nascholing over de juiste toepassing van de dossiervoering is nog niet door alle betrokkenen afgerond.

Het ECD van Careyn biedt nu meer dan voorheen waarborgen dat de zorgbehoefte van cliënten bekend zijn. Dit komt door de koppeling met de Groninger Welbevinden Indicator die automatisch een lijst aandachtspunten genereert voor de multidisciplinaire zorg en behandeling. De in het ECD gevraagde inventarisatie van de individuele gezondheidsrisico's levert nu eveneens een overzicht van aandachtspunten op. Afwijken van aandachtspunten vereist verantwoording in het ECD.

2.2.2 Conclusie deskundigheid en inzet medewerkers

De in de aanwijzing d.d. 7 november 2016 geconstateerde tekortkomingen op het thema deskundigheid en inzet medewerkers zijn niet voldoende weggenomen. Hierdoor voldoet Careyn niet aan het onderdeel van de aanwijzing met betrekking tot het thema deskundigheid en inzet medewerkers. Hierna wordt per onderdeel uit de aanwijzing de conclusie op dit thema toegelicht:

- 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;

Vier van de zes bezochte locaties voldoen niet aan geldende normen met betrekking tot de beschikbaarheid van voldoende deskundige medewerkers binnen de zorgverlening. Op twee van de zes bezochte locaties heeft Careyn voldoende gewaarborgd dat medewerkers bekwaam zijn voor de zorgverlening aan de cliëntendoelgroep en dat alleen aantoonbaar bekwame medewerkers voorbehouden risicovolle handelingen verrichten.

Op de bezochte locaties die niet voldoen is de deskundigheid van de zorgverleners nog onvoldoende op peil in relatie tot de aanwezige (complexe) cliëntendoelgroepen en geldende veldnormen.

Careyn kent nog geen vastgesteld scholingsbeleid om de deskundigheid op peil te krijgen en te houden. Als verbetermaatregel heeft Careyn nu een scholingskalender opgesteld met aanbod van de meest noodzakelijke, en door Careyn verplicht gestelde, bij/nascholing van alle medewerkers in de zorg. De

zelfsturing is op dit punt losgelaten. Careyn faciliteert de verplichte bij/nascholing. Echter op bijna alle bezochte locaties zijn die programma's nog niet afgerond. De doelgroepgerelateerde bij/nascholing start merendeels in het najaar van 2017 en loopt door tot in 2018.

De deskundigheid van behandelteams is in meerdere regio's van Careyn kwetsbaar door langlopende vacatures en/of tijdelijke vervanging op ander (minder gespecialiseerd) niveau. Careyn faciliteert de noodzakelijke geaccrediteerde bij/nascholing van alle behandelaars voldoende om de BIG-registraties te kunnen behouden en opleidingsplaatsen in stand te houden.

De Uitzendkrachten van DuoZorg (onderdeel van Careyn) draaien mee in het verplichte bij/nascholingprogramma voor voorbehouden en risicovolle handelingen. Naast het bieden van bij/nascholing faciliteert Careyn verder voor medewerkers van niveau 3-5 het lidmaatschap van V&VN en deelname in het kwaliteitsregister.

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

Op twee van de zes bezochte locaties voldoet Careyn niet aan geldende normen met betrekking tot de dagelijkse beschikbaarheid van voldoende en deskundige zorgverleners. Op vier locaties zijn de tekortkomingen op dit punt voldoende weggenomen.

Door combinaties van verzuim en vacatures is de dagelijkse bezetting op afdelingen geregeld beperkt tot de minimale sterkte. Plotseling kortdurend verzuim levert dan, per direct, een extra (rooster)probleem op. Op twee van de bezochte locaties lossen noch planners, noch leiding, noch zorgverleners dit probleem adequaat op. Op bedoelde locaties past de roosterbezetting dan onvoldoende bij de noodzakelijke zorgtaken voor aanwezige (complexe) cliëntendoelgroepen. Dergelijke situaties komen bij enkele bezochte locaties geregeld voor.

Verder zijn de roosters over het algemeen wel verbeterd omdat Careyn vaste planners heeft bepleit (gebruik is niet overal verplicht gesteld). Daarbij heeft Careyn deze geroutineerde planners geschoold op de door Careyn geformuleerde verwachtingen voor gezond roosteren. Daarnaast spant Careyn zich in om vacatures goed ingevuld te krijgen. Het verloop onder medewerkers is aanzienlijk bij Careyn. Veel (wisselende) invallers zijn nodig. Toch is de ervaren werkdruk verminderd omdat het ziekteverzuim op alle bezochte locaties gedaald is. De planners maken, zo mogelijk, gebruik van vaste invallers, al dan niet met een tijdelijke overeenkomst. Het lukt hen vrijwel altijd om aan de interne norm te voldoen dat op alle afdelingen tenminste 1 verzorgende niveau 3 beschikbaar is. Mede door een lastige arbeidsmarkt heeft Careyn vaak helpenden (niveau 2) als invaller.

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

Op vier van de zes bezochte locaties voldoet Careyn niet aan de geldende normen met betrekking tot zorgvuldige (professionele) rapportage en overdracht om de continuïteit van zorg en behandeling te waarborgen. Op twee van de zes locaties lukt dit wel en zijn er op dit punt geen tekortkomingen in de zorgverlening. Op vier van de bezochte locaties heeft Careyn de overdracht niet professioneel gefaciliteerd. Roostertechnisch is op deze locaties geen rekening gehouden met gelegenheid voor een goede dienstoverdracht tussen medewerkers in de zorgverlening. Professionele afspraken over de aanpak van de overdracht ontbreken soms. Daarbij komt dat vaste medewerkers extra coördinerende taken krijgen wanneer met invallers gewerkt moet worden. Er is dan geregeld gebrek aan tijd voor rapportage en overdracht.

2.2.3 Conclusie sturen op kwaliteit en veiligheid

De in de aanwijzing d.d. 7 november 2016 geconstateerde tekortkomingen op het thema sturen op kwaliteit en veiligheid, zijn niet voldoende weggenomen. Hierdoor voldoet Careyn niet aan het onderdeel van de aanwijzing met betrekking tot het thema sturen op kwaliteit en veiligheid. Hierna wordt per onderdeel uit de aanwijzing de conclusie op dit thema toegelicht:

- 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;

Twee van de zes bezochte locaties voldoen niet aan de geldende normen met betrekking tot het systematisch verzamelen en registreren van gegevens over de kwaliteit van zorg en het verbeteren ervan. Op vier van de zes locaties zijn de tekortkomingen op dit punt ondervangen.

Op twee locaties zijn de verbeterresultaten sinds 2 maanden of meer niet (navolgbaar) vastgelegd of gevolgd, ook niet in notulen van periodiek overleg. Op andere locaties is de sturingsinformatie tussentijds vaker vastgelegd en gevolgd in ontwikkeling door bijvoorbeeld de kwaliteitverpleegkundigen. Verder melden zorgverleners de incidenten in de zorg via het ECD. De inspectie concludeert dat het meldklimaat veilig is maar dat zorgverleners soms onvoldoende op de hoogte zijn of- en wanneer er sprake is van een incident waarover een melding op zijn plaats is.

Op alle locaties wordt de informatie over de kwaliteit van zorg fragmentarisch verzameld en is deze informatie niet per se in een daarvoor adequaat ingericht systeem geregistreerd en beschikbaar. Soms zijn de sturing en bijsturing alleen van mondelinge informatie over zelfevaluaties afhankelijk. De overlegstructuur functioneert niet adequaat. Verbetereffecten worden tussentijds nog weinig anders gevolgd dan via periodieke interne audits door de centrale afdeling kwaliteit. Dit gebeurt in de regel niet vaker dan halfjaarlijks op een locatie. Op diverse van de bezochte locaties beoordeelt de inspectie het niveau van de kwaliteit van zorg minder goed dan de aangegeven beoordelingen van de audit-commissie in het interne resultaatverslag. Careyn ziet in dat het kwaliteitssysteem verbetering nodig heeft en is van plan om in het voorjaar van 2018 een nieuw systeem te implementeren om goed op de hoogte te raken van de kwaliteit van zorg en de implementatie van verbetermaatregelen.

- h) Careyn analyseert aantoonbaar alle geregistreerde MIC meldingen;

Vijf van de zes bezochte locaties voldoen niet aan de geldende normen met betrekking tot (de kwaliteit van) het analyseren van geregistreerde meldingen over incidenten in de cliëntenzorg. Eén van de zes bezochte locaties kent op dit punt geen tekortkomingen meer.

In de meeste MIC-commissies schiet het analytisch inzicht en/of de kennis van geschikte analysemethode nog tekort. Onderzoeken missen een brede focus en (de benodigde) diepgang. Aspecten zoals de personele bezetting, de samenwerking en regie, de kennis van richtlijnen, de omstandigheden en werklust op specifieke momenten komen nauwelijks in beeld.

Daarbij is de eventuele terugkoppeling van onderzoeksresultaten nog niet gewaarborgd omdat het thema MIC nauwelijks aan bod komt in (soms weinig frequent) periodiek overleg op afdelingen. Zorgverleners kennen dan de verbeterpunten niet of nauwelijks.

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

Vijf van de zes bezochte locaties voldoen niet aan de geldende normen met betrekking tot (de kwaliteit van) het doorvoeren van passende verbetermaatregelen naar aanleiding van meldingen over incidenten in de cliëntenzorg. Eén van de zes bezochte locaties kent op dit punt geen tekortkomingen meer.

Dit punt hangt nauw samen met punt h). Bij gebrek aan voldoende- en diepgaande analyse van meldingen over incidenten binnen de cliëntenzorg leidt dit bij Careyn evenmin of onvoldoende tot verbetermaatregelen, die aantoonbaar passend zijn.

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

Drie van de zes bezochte locaties voldoen niet aan de geldende normen met betrekking tot het meten en evalueren van het effect van doorgevoerde verbetermaatregelen. Op de drie andere bezochte locaties van Careyn verloopt de monitoring van verbeteringen actiever en zijn effecten betrouwbaar in beeld gebracht.

Betrouwbare informatie over verbeteracties, de voortgang en de effecten ontbreekt nog geregeld bij Careyn. Zonder (periodieke) informatie over verbetereffecten kan evaluatie niet plaatsvinden. De PDCA-cyclus vindt dan onvoldoende plaats.

2.2.4 *Conclusie goed bestuur*

De in de aanwijzing d.d. 7 november 2016 geconstateerde tekortkomingen op het thema goed bestuur, zijn niet voldoende weggenomen. Hierdoor voldoet Careyn niet aan het onderdeel van de aanwijzing met betrekking tot het thema goed bestuur. Hierna wordt de conclusie op dit thema toegelicht:

De inspectie heeft de naleving van de aanwijzing getoetst aan de hand van de in de aanwijzing d.d. 7 november 2016 geconstateerde tekortkomingen. De bevindingen zijn in hoofdstuk 5 verwoord. In de aanwijzing staat dat Careyn aan het volgende moet voldoen:

- k) Careyn maakt aantoonbaar met bovenstaande te voldoen aan artikel 3.1 van de Zorgbrede Governancecode 2010;
- l) Careyn draagt zorg voor een zodanige toedeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden, bestuurlijke bevoegdheden evenals afstemmings- en verantwoordingsplichten dat dit redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg;
- m) Careyn draagt binnen haar organisatie zorg voor een stelsel voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.

De inspectie ziet met betrekking tot het thema goed bestuur weliswaar een stijgende lijn maar concludeert ook dat nog niet alle tekortkomingen zijn weggenomen. De getroffen maatregelen voor goede randvoorwaarden om tot kwaliteitsverbetering te komen, hebben nog niet op alle punten tot voldoende effect geleid. De organisatie- en overlegstructuur is onvoldoende op orde op het punt van systematische kwaliteitsbewaking en verbetering. Het tijdelijke scholingsbeleid is weliswaar passend voor het opheffen van geconstateerde lacunes maar de realisatie is nog niet geheel gelukt (en niet voorzien) binnen de gestelde termijnen. Mede door de verschillende wisselingen in de raad van bestuur is het verbetertempo laat op gang gekomen. Daarnaast voldoet Careyn niet aan de aanwijzing op de thema's cliëntdossier, deskundigheid en inzet medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid. Dit alles tezamen leidt tot de conclusie dat Careyn het onderdeel goed bestuur uit de aanwijzing niet naleeft.

Positieve ontwikkelingen

Desalniettemin ziet de inspectie wel degelijk ook positieve ontwikkelingen. Bijvoorbeeld hebben de (tijdelijk) ingelaste steunstructuren en de extra deskundigheid op verpleegkundig niveau, ertoe geleid dat medewerkers aanzienlijk minder op zichzelf aangewezen zijn en bij behoefte sturing ervaren. Het verzuim is dalend bij zorgverleners. Van aanhoudend overmatige werklast en werkdruk voor de zorgverleners is bij de meeste van de bezochte locaties inmiddels geen sprake meer. Het (her)positioneren van een locatieverantwoordelijke is een succesfactor gebleken volgens alle gesprekspartners. Tevens is het aanpassen dan wel stoppen van de eerder verplichte werkwijze voor professionele (zelf)sturing gunstig geweest voor het op gang brengen van verbeteringen. Vanuit diverse invalshoeken is het op meerdere locaties van Careyn gelukt om teams te ontlasten van een aantal tijdrovende regeltaken en ruimte te maken voor (persoonlijke) ontwikkeling en verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Bovendien staat het thema kwaliteit- en veiligheid van het zorgaanbod centraal bij de verdere beleidsontwikkelingen bij Careyn. Tegelijk zijn er nu meer randvoorwaarden voor integrale sturing van Careyn aanwezig met de aangelegde dwarsverbanden tussen zorgkwaliteit en bedrijfsvoering; dit zowel op bestuurlijk niveau als op binnen het interne toezicht.

3 Vervolgactie

3.1 **Verdere handhaving**

Op grond van de conclusie(s) van de inspectie, zoals genoemd in hoofdstuk 2, vervolgt de inspectie haar handhaving.

Derhalve ontvangt Careyn tegelijk met dit rapport een uitnodiging voor een bestuursgesprek. Bij dit gesprek licht de inspectie haar conclusie toe en presenteert de voorgenomen maatregel aan de raad van bestuur en de raad van toezicht.

Na het bestuursgesprek volgt – separaat – per brief het voorgenomen handhavingsbesluit.

3.2 **PM**

Pro Memorie

Betreft urgentie en verbetervermogen in relatie tot maatregel.

Volgt in vastgestelde versie.

Voorlopig

4 Bevindingen inspectie bij zes locaties van Careyn, 9-15 augustus 2017

Met verschillende inspectiebezoeken toetste de Inspectie voor de Gezondheidszorg of bij Careyn de aanwijzing⁴ van de inspectie d.d. 7 november 2016, organisatiebreed is nageleefd binnen de gestelde termijn. Daartoe bracht de inspectie op drie verschillende dagen zes onaangekondigde bezoeken aan Careyn-locaties, verspreid over de vier districten van Careyn. Deze volgende inspectiebezoeken vonden plaats op 9, 11 en 15 augustus 2017. De inspectie bezocht de volgende locaties:

- Careyn - Swellengrebel in regio Utrecht-Stad (9-8-2017)
- Careyn - De Torenhoeve in regio Zuidhollandse Eilanden & Brabant (9-8-2017)
- Careyn - De Plantage in regio Zuidhollandse Eilanden & Brabant (11-8-2017)
- Careyn - De Warande in regio Utrecht-Stad (11-8-2017)
- Careyn - Snavenburg in regio Utrecht-West (15-8-2017)
- Careyn - Woerdblok in regio Delfland Westland Oostland / Nieuwe Waterweg Noord (15-8-2017)

Hierna beschrijft de inspectie haar bevindingen bij het betreffende locatiebezoek. Per paragraaf beschrijft de inspectie, per locatie, voor alle relevante aspecten 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

⁴ <http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.pdf>

4.1 Bevindingen locatiebezoek SWELLENGREBEL

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

De inspectie toetst bij dit locatiebezoek of Careyn de aanwijzing van de inspectie d.d. 7 november 2016, op deze locatie heeft nageleefd binnen de gestelde termijn, door het wegnemen van de tekortkomingen in de zorgverlening.

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 de bijlage;
- Een rondgang door de locatie.

4.1.1 **Cliëntdossier**

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de ECD. In het vernieuwde ECD zijn onder meer de doelen in het zorgleefplan geüpdate 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;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

Naar aanleiding van de rondgang, het raadplegen van vijf cliëntdossiers, 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 ECD's is nog niet up-to-date gemaakt volgens zorgverleners. Dit gebeurt normaliter wanneer een ECD in een regulier MDO wordt besproken.

Uit de 'Notulen Ontwikkelteam Swellengrebel, d.d. 4 juli 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 (d.d. 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.

De eerst verantwoordelijk verzorgenden (hierna EVV'ers) zijn gestart met het vereenvoudigen van het ECD. 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 ECD'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 cliëntdossier 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 ECD 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;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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 ECD 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 ECD 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;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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

Deze cliëntdossiers waren niet actueel. Sommige cliëntdossiers bevatten geen of verouderde risicoanalyses. De meeste ECD's bevatten algemene (niet cliëntspecifieke) doelen. In meerdere dossiers is de evaluatie van geboden zorg en ondersteuning niet navolgbaar. In de cliëntdossiers 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 behandelend arts registreert de uitkomsten van de evaluaties. De input (observatiegegevens) daarvoor is niet in alle cliëntdossiers navolgbaar.

In het ECD, van een cliënt met gedragsbeïnvloedende medicatie, is niet terug te vinden of behandelaren voor de start alternatieven afwegen. Het cliëntdossier 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 cliëntdossier.

Ondanks de niet complete cliëntdossiers ziet de inspectie in een (omgezet) ECD, dat de EVV'er de wens van een cliënt om op haar gewicht te letten als doel opneemt. In overleg met de cliënt zijn bejegeningafspraken gemaakt. Op de aanwezige doelen in dit cliëntdossier, 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 cliënt en cliëntvertegenwoordigers uitgenodigd. In de praktijk maakt men hier weinig gebruik van.

4.1.2

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;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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

Swellengrebel beschikt wel over een scholingsplan dat over het geheel aansluit bij de benodigde zorg en ondersteuning per afdeling. Realisatie is aanmerkelijk later voorzien dan de dag van het inspectiebezoek. Een inventarisatie of de kennis van aanwezige medewerkers voldoende is technisch mogelijk maar is in Swellengrebel niet of onvoldoende in gebruik om bij te sturen in roostering of scholing.

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 van bijvoorbeeld het thema onbegrepen gedrag. In sommige andere teams is deze scholing door een deel van de zorgverleners wel gevolgd en afgerond (namelijk door respectievelijk 1, 0, 11, 7 zorgverleners per team).

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 van welke op de doelgroep gerichte opleidingen de 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 ter evaluatie en verdere inplanning op de afdeling.

Careyn zorgde in mei 2017 voor de instructie van het nieuwe ECD voor de zogenaamde taakhouders ECD. Uit de uitnodiging blijkt dat daar in ieder geval één zorgverlener per afdeling aan moest deelnemen. Uit een overzicht 'Planning extra uitleg ECD', 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 zorgzwaarte en behoefte van de cliënten;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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.

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 één 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 maximaal 25 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 één of meerdere openstaande diensten toch al niet zijn ingevuld.

Sinds januari is een instroombeperking ingeroepen, als direct gevolg van het feit dat de formatie zich onder de inzetnorm bevindt. Zo wil Swellengrebel de tekorten in beschikbaarheid van zorgverleners 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;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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 rapportagewaardige 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.

4.1.3 **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;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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.

Sturingsinformatie op basis van zorginhoudelijke kwaliteit- of auditgegevens is deels aanwezig. Het team zorgaudit heeft op 8 juni 2016 een algehele audit verricht op zorginhoudelijke onderwerpen. Gegevens hierover zijn bekend. Binnen Swellengrebel zijn de verbeterresultaten sinds 2 maanden niet of minder navolgbaar. De kwaliteitverpleegkundigen vertellen wel regelmatig op afdelingen te toetsen of de in het ontwikkelteam geformuleerde verbeteringen behaald worden. Bijvoorbeeld toetsen zij regelmatig de cliëntdossiers. De inspectie heeft van deze audits door de kwaliteitverpleegkundige geen resultatenoverzicht gezien. Ook in notulen van het ontwikkelteam (d.d. 4 juli 2017) staan over deze monitoring geen resultaten vermeld.

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

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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 Kiescommissie 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, januari-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;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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;*

Locatie Swellengrebel voldoet niet.

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

Navolgbare sturingsinformatie op basis van zorginhoudelijke kwaliteit- of auditgegevens ontbreekt. Swellengrebel kent het 'overzicht verbetertrajectjes aan de hand van 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 tijdpad 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 ECD. Het ontwikkelteam volgt de voortgang via onderling overleg en stuurt zo nodig bij. De (tussentijdse) evaluatieresultaten zijn niet navolgbaar. Deelnemers van het ontwikkelteam zijn: behandelaren, medewerkers van de afdelingen, kwaliteitsverpleegkundige en op uitnodiging de locatie verantwoordelijke.'

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.

4.2 Bevindingen locatiebezoek TORENHOEVE

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

De inspectie toetst bij dit locatiebezoek of Careyn de aanwijzing van de inspectie d.d. 7 november 2016, op deze locatie heeft nageleefd binnen de gestelde termijn, door het wegnemen van de tekortkomingen in de zorgverlening.

Tijdens het inspectiebezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- drie cliënten, verblijvend op verschillende afdelingen/huiskamers;
- één vrijwilliger/mantelzorger;
- gesprekken met vier uitvoerende medewerkers van drie verschillende afdelingen;
- gesprekken met een behandelaar en een welzijnsmedewerker;
- gesprekken met locatieverantwoordelijke en regiomanager Hellevoetsluis;
- zes cliëntdossiers van cliënten van diverse afdelingen;
- documenten, genoemd in bijlage;
- een rondgang over alle afdelingen op de locatie.

4.2.1 Cliëntdossier

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de ECD. In het vernieuwde ECD 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;*

Locatie Torenhoeve voldoet niet.

Tijdens de rondgang, het raadplegen van zes cliëntdossiers, 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 ECD 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 ECD (Zorgleefplan en het 'Afspraak is Afspraak'-formulier) moet dit uiterlijk om 21.00 uur gebeuren.

Naast het ECD heeft Torenhoeve per cliënt ook (papieren) 'schaduwritten'. 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 ECD in gebruik. Zowel cliënten als zorgverleners vertellen dat er geen papieren versie van het 'Afspraak is Afspraak'-formulier meer in omloop is.

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

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

Locatie Torenhoeve voldoet

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

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

Careyn regelt dat de uitzendkrachten via DuoZorg vooraf een eigen inlogcode krijgen. Zo kunnen zij het ECD 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 ECD.

- 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;*

Locatie Torenhoeve voldoet niet

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

De inspectie mist soms samenhang tussen zorg en behandeling en de feitelijke behoefte van cliënten. De elektronische formulieren voor risico-inventarisatie en welbevinden van de cliënt zijn ingevuld in het ECD aanwezig. Toch ziet de inspectie dat relevante aandachtspunten uit de Groninger Welbevinden Indicator⁵ (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 cliënt op hoge leeftijd een valrisico vastgesteld met de vernieuwde risico-inventarisatie. In het

5 Groninger Welbeing Indicator; levert indruk over de wensen, behoeften en tevredenheid van cliënten.

recent herziene zorgleefplan is valpreventie (inclusief evaluatie medicatiegebruik) niet opgenomen, terwijl deze cliënt zich al een tijdlang zorgen maakt over de veelheid medicatie en onrust laat merken. Deze cliënt vraagt zich af of de (gerapporteerde) valpartijen van de laatste weken te maken hebben met het medicatiegebruik (inclusief diverse psychofarmaca).

De het ECD is niet altijd na te gaan of de zorgverleners de opdrachten van behandelaren 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.

De zorgverlener ziet opdrachten van behandel disciplines 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 SOAP⁶-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 ECD 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.

⁶ Subjectieve beleving cliënt/Objectieve signalen en observaties /Analyse met conclusie/Plan

4.2.2 **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;*

Locatie Torenhoeve voldoet niet

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 ECD plus rapporteren. Enkele aandachtsvelders⁷ zijn voor het ECD/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.

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 behandelaren, is de bezetting weer beter op peil. De bezetting is wel nog kwetsbaar, zeker in vakantietijd. Volgens een arts ervaren de behandel disciplines ten tijde van de bezoekdag weer wat ruimte. Inmiddels pakt de eigen SO de behandel taken 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.

⁷ Bij Careyn ook wel taakhouder genoemd

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;*

Locatie Torenhoeve voldoet.

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 één 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 huiskamer groepen 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 bezokedag 1,5 fte). De locatieverantwoordelijke blijkt tijdens het inspectiebezoek op de hoogte van de inzet van uitzendkrachten. In de laatste week gebeurde dit voor vijf van de zeventig 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;*

Locatie Torenhoeve voldoet niet.

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.

4.2.3 **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;*

Locatie Torenhoeve voldoet niet.

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 ECD 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 ECD. 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;

Locatie Torenhoeve voldoet niet.

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

De focus van de MIC-commissie ligt op cliëntniveau. Trends op locatieniveau 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 locatieniveau 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;*

Locatie Torenhoeve voldoet niet.

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;*

Locatie Torenhoeve voldoet niet.

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 bezoekdag 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 kijken 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 van die beoordeling zijn 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 feitelijk niet heeft beoordeeld in mei 2017. 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 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 ontwikkelteam⁸ bepaalt de ontwikkelagenda aan de hand van een aantal thema's⁹. De gekozen prioriteiten sluiten niet allemaal aan bij aanwijzing. Denk aan 'regionale promotie' en het 'bevorderen van het sociaal netwerk van cliënten

⁸ 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)

⁹ De vaste thema's op de ontwikkelagenda van Careyn zijn: 1 cliënt, 2 bedrijfsvoering, 3 medewerkers, 4 kwaliteit, 5 monitoren

4.3 Bevindingen locatiebezoek DE PLANTAGE

Op 11 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).

De inspectie toetst bij dit locatiebezoek of Careyn de aanwijzing van de inspectie d.d. 7 november 2016, op deze locatie heeft nageleefd binnen de gestelde termijn, door het wegnemen van de tekortkomingen in de zorgverlening.

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)
- vijf cliëntdossiers van 3 afdelingen
- documenten, genoemd in bijlage
- een rondgang door over 3 afdelingencombinaties.

4.3.1 **Cliëntdossier**

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de ECD. In het vernieuwde ECD 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;*

Locatie De Plantage voldoet niet.

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 ECD systeem toe zodra zorgverleners het zorgleefplan voor een cliënt multidisciplinair evalueren. Inmiddels is dit voor bijna alle cliënten in De Plantage gebeurd. De EVV'ers 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 ECD's relevante formulieren bevatten voor het geldende, vernieuwde ECD.

Bij dossierinzage ziet de inspectie in één van de vijf ECD'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 ECD.

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

Locatie De Plantage voldoet

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 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 ECD.

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 ECD 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;*

Locatie De Plantage voldoet niet.

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. Notities van ervaringen en belevenissen van de cliënt zelf ontbreken geregeld in de rapportages; de SOAP¹⁰-methode is in het ECD-systeem van Careyn wel een zichtbare suggestie. 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 ECD's wisselend navolgbaar. Benaderingsplannen ontbreken soms in het ECD. 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.

10 Subjectieve beleving cliënt/Objectieve signalen en observaties/Analyse en conclusie/Plan

4.3.2 **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;*

Locatie De Plantage voldoet.

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 in De Plantage is op districtniveau (ZHE-Breda) sinds 1 juli jl. tevens een GZ-psycholoog beschikbaar. Het ziekteverzuim in De Plantage daalt en is in de maand juli 2017 feitelijk 7,3%. Het jaargemiddelde is eind juli 2017 7,9% terwijl dit per 1 mei jl. nog 8,3% was.

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

Het beleid rond professionele sturing¹¹ is in De Plantage op een aantal punten aangepast de afgelopen periode. De locatieverantwoordelijke heeft regeltaken 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 twee zorgverleners die de taak hebben om voor alle afdelingen het rooster te maken. De cursus gezond roosteren geeft daarvoor de basis. De roosteraars namen 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.

¹¹ 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.

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 bezoekdag 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 bezoekdag 12% van de zorgverleners (vijftien personen) vanaf niveau3 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 gewezen.

De klinische lessen zijn in 2017 op gang gekomen; in de periode maart-juni zijn op de locatie vijf klinische lessen aangeboden.

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 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;*

Locatie De Plantage voldoet.

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 zijn twee roosteraars. 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 gelijksoortige 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 twintig 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;*

Locatie De Plantage voldoet.

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.

4.3.3 **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;*

Locatie De Plantage voldoet.

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 ECD kent enkele functies met een kwaliteitbewakend karakter. Zo levert bijvoorbeeld de 'compleetheidcheck' informatie over de manier waarop het ECD 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 ECD 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 is multidisciplinair samengesteld; de locatieverantwoordelijke (tevens regiomanager) is onderdeel hiervan.

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 geregistreeerde MIC-meldingen;

Locatie De Plantage voldoet niet.

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

De MIC-commissie bestaat uit twaalf personen; te weten de zeven taakhouders (van de zeven afdelingen), de Verpleegkundig Specialist, drie behandelaars en een kwaliteitverpleegkundige.

De MIC-commissie komt één keer per maand 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;

Locatie De Plantage voldoet niet.

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 vermissingincident 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;*

Locatie De Plantage voldoet niet.

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. Dit punt was voor De Plantage nog een ontwikkelpunt bij de laatste zorgaudit op 12 juni 2017. Toch stelt de inspectie vast dat op de locatie 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 één keer zes 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 voldoende in control acht.

4.4 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.

De inspectie toetst bij dit locatiebezoek of Careyn de aanwijzing van de inspectie d.d. 7 november 2016, op deze locatie heeft nageleefd binnen de gestelde termijn, door het wegnemen van de tekortkomingen in de zorgverlening.

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.

4.4.1 **Cliëntdossier**

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de ECD. In het vernieuwde ECD 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;*

Locatie De Warande voldoet niet.

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 MDO's nemen zorgverleners de vernieuwde versie van het ECD in gebruik. Uit het verbeterplan van De Warande blijkt dat alle bestaande ECD'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 ECD's bij gewerkt en geactualiseerd.

Binnen Warande 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 'afpraak is afspraak'-formulier. De inspectie treft van deze formulieren geen papieren versie in omloop. Maar bij dossierinzage blijkt het 'afpraak 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 ECD 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) *Cliëntdossiers zijn op alle momenten voor de zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening toegankelijk;*

Locatie De Warande voldoet

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 cliëntdossier.

Binnen De Warande leent men de uitzendkrachten in via DuoZorg. DuoZorg is het eigen uitzendbureau van Careyn. Uitzendkrachten krijgen via DuoZorg een eigen account om in het ECD 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 ECD.

Binnen de afdelingen van De Warande zijn tablets aanwezig waarop vaste zorgverleners en uitzendkrachten het ECD 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 ECD'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;*

Locatie De Warande voldoet niet.

Bij raadpleging van vijf cliëntdossiers, 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 ECD's niet of onvolledig was ingevuld.

De cliëntdossiers 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 ECD's tussen de twee bezochte afdelingen. Namelijk, Op afdeling De Warande 2 hebben de EVV'ers nog niet alle cliëntdossiers omgezet.

Sommige cliëntdossiers 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 ECD 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.

4.4.2 **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;*

Locatie De Warande voldoet niet.

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 behandelaars. 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;*

Locatie De Warande voldoet niet.

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;*

Locatie De Warande voldoet.

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 cliëntdossiers die zij heeft ingezien niet altijd de relevante rapportages terug gevonden.

4.4.3 **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;*

Locatie De Warande voldoet.

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 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 geregistreerde MIC-meldingen;*

Locatie De Warande voldoet niet.

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;*

Locatie De Warande voldoet niet.

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;*

Locatie De Warande voldoet.

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 zo nodig 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 cliëntdossier 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.

4.5 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

De inspectie toetst bij dit locatiebezoek of Careyn de aanwijzing van de inspectie d.d. 7 november 2016, op deze locatie heeft nageleefd binnen de gestelde termijn, door het wegnemen van de tekortkomingen in de zorgverlening.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- gesprekken met drie verzorgenden IG, een verpleegkundige, een helpende en een kwaliteitsverpleegkundige
- gesprek met een psycholoog
- gesprekken met het management(team); de regiomanager en (tijdens de terugkoppeling) de districtsdirecteur
- zestal cliëntdossiers van diverse afdelingen
- documenten, genoemd in bijlage
- een rondgang door de locatie.

4.5.1 Cliëntdossier

Woerdblok werkt met ECD en startte in 2017 met het vereenvoudigen hiervan. In het vernieuwde ECD zijn onder meer de doelen in het zorgleefplan geüpdate 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;

Locatie Woerdblok voldoet niet.

Tijdens de rondgang, het raadplegen van zes cliëntdossiers, 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 cliëntdossiers nog niet is 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 cliëntdossier. Uit steekproeven blijkt dat de informatie op deze papieren versies bij Klein Schalg Wonen (hierna: KSW) overeen komt met de informatie in de digitale cliëntdossiers. Echter voor de afdeling Verblijf Licht 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 ECD.

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 ECD 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;*

Locatie Woerdblok voldoet.

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 ECD. 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 ECD. 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 ECD, 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;*

Locatie Woerdblok voldoet niet

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

De bevindingen komen voor KSW en Verblijf Licht niet op alle onderdelen met elkaar overeen.

De ECD's, die de inspectie binnen Verblijf Licht inzag, bevatten nog onvoldoende samenhang. In de cliëntdossiers 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 cliëntdossier 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 cliëntdossier 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 cliëntdossier. 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 cliëntdossier bevat een door de cliënt of cliëntvertegenwoordiger ondertekend zorgleefplan.

4.5.2 **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;*

Locatie Woerdblok voldoet.

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 cliënt 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. Controle op bevoegd- en bekwaamheden gebeurt voor uitzendkrachten als volgt: bij het inschrijven checkt DuoZorg het diploma en wordt de handelingenlijst passend bij de functie doorgenomen. Vanaf 1 juni 2017 nemen uitzendkrachten van DuoZorg deel aan het leerportaal, de specifieke leeromgeving van Careyn. Toetsingen zijn voorzien per eind 2017. DuoZorg is ISO gecertificeerd.

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 cliënt 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;*

Locatie Woerdblok voldoet.

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 Verblijf Licht 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 behulpzaam in Woerdblok. Het takenpakket bestaat deels uit regeltaken. Teams maken 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. Een locatieverantwoordelijke is beschikbaar voor Woerdblok

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

Locatie Woerdblok voldoet niet.

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 Verblijf Licht 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.

4.5.3 **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;*

Locatie Woerdblok voldoet.

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;

Locatie Woerdblok voldoet.

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 MIC.

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 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;

Locatie Woerdblok voldoet.

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 Careyn-brede 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;*

Locatie Woerdblok voldoet.

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 navolgbaar de vorderingen.

Het resultaatverslag dat de inspectie over Woerdblok ontvangen heeft komt overeen met de bevindingen van de inspectie.

4.6 Bevindingen locatiebezoek SNAVELENBURG

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

De inspectie toetst bij dit locatiebezoek of Careyn de aanwijzing van de inspectie d.d. 7 november 2016, op deze locatie heeft nageleefd binnen de gestelde termijn, door het wegnemen van de tekortkomingen in de zorgverlening.

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;
- Een rondgang over drie afdelingen met tezamen zes huiskamers/teams.

4.6.1 **Clïëntdossier**

Careyn startte in 2017 met het vereenvoudigen van de ECD. In het vernieuwde ECD 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;*

Locatie Snavelenburg voldoet niet.

Tijdens de rondgang, het raadplegen van vier 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 ECD. Dit gebeurt in het tempo van de gebruikelijke MDO-cyclus. Volgens het verbeterplan heeft Snavelenburg alle bestaande cliëntdossiers uiterlijk eind oktober 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 ECD. 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 ECD, 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;*

Locatie Snavelenburg voldoet.

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 cliëntdossier. 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 ECD (oude en nieuwe versie). Op deze manier kunnen alle aanwezige zorgverleners gebruik maken van het ECD. Behandeldisciplines beschikken over een persoonlijke tablet.

Careyn regelt dat de uitzendkrachten via DuoZorg vooraf een eigen inlogcode krijgen. Zo kunnen deze invallers het ECD inzien en kunnen zij hierin rapporteren. Snavelenburg leent uitzendkrachten alleen in via DuoZorg. DuoZorg checkt de diploma's en de handelingsbekwaamheid. 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;*

Locatie Snavelenburg voldoet niet.

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 ECD 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 SOAP¹²-methode is als hulpmiddel nauwelijks toegepast. De ervaringen en belevingen van cliënten zijn niet altijd gedocumenteerd. Ook op de somatische afdeling rapporteren zorgverleners niet altijd over de observatieopdrachten. 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 ECD 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.

4.6.2 **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;*

Locatie Snavelenburg voldoet niet.

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 bijna 50 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 (grotendeels) en niveau 3.

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

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

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 bezoekdag 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.

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 coach¹³ begeleidt de groep verpleegkundigen bij een goede rolinvulling die past bij het niveau van de functie.

Snavelenburg waardeert de 'professionele autonomie'¹⁴ 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 personeelstaken (sollicitaties, beoordelingen enz.) heeft de locatieverantwoordelijke op zich genomen. Dit geldt ook voor de nodige ICT-autorisaties.

¹³ Snavelenburg neemt deel aan het programma Waardigheid & Trots. Vanuit dit programma is een coach aanwezig die ook deelneemt in het ontwikkelteam van de locatie.

¹⁴ Term die bij Careyn in het resultaat verslag gebruikt; Professionele autonomie houdt verband met eigen regelruimte op basis van professionele verantwoordelijkheid en deskundigheid.

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 zorgzwaarte en behoefte van de cliënten;*

Locatie Snavelenburg voldoet.

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:

De professionele sturing is op de locatie on hold gezet en met de komst van de locatieverantwoordelijke (tevens regiomanager) anders ingevuld omdat meerdere regeltaken zijn overgenomen. Niettemin heeft op elke afdeling één 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.

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 één op niveau 3 en minimaal één op niveau 4 (verpleegkundige).

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 behandeldisciplines - (nog steeds) een hoge werkdruk. Zij vertellen echter óók meer tijd en grip te hebben op werk en taken.

Ook de inspectie constateert 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;*

Locatie Snavelenburg voldoet niet.

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 volgens 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.

4.6.3 **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;*

Locatie Snavelenburg voldoet.

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;*

Locatie Snavelenburg voldoet niet.

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;*

Locatie Snavenburg voldoet niet.

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 Snavenburg 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;*

Locatie Snavenburg voldoet.

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

Snavenburg heeft verbeterplannen op diverse onderwerpen.

Zo zijn er verbeterplannen voor de thema's medicatieveiligheid, het cliëntdossier en de MIC's, 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. Volgens de locatieverantwoordelijke heeft Snavenburg nog een half jaar nodig om te gaan voldoen aan de punten uit de aanwijzing.

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 Snavenburg 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 Snavenburg op diverse punten nog een verbetering 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.

Voorlopig

5 Bevindingen inzake Goed Bestuur

5.1 Inleiding

Na het verstrijken van de gegeven termijn toetst de inspectie of Careyn de aanwijzing¹⁵ van de inspectie d.d. 7 november 2016, organisatiebreed naleeft. Goed bestuur maakt onderdeel uit van deze aanwijzing.

Samengevat verwacht de inspectie, op basis van de aanwijzing, dat Careyn haar organisatie en aansturing adequaat heeft ingericht om tot goede zorg te komen, dat er een stelsel functioneert voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg en dat Careyn daarbij de gedragscode voor goed bestuur volgt.

De inspectie toets of de aanwijzing op het onderdeel goed bestuur is nageleefd doordat de eerder geconstateerde tekortkomingen zijn weggenomen. Aan de hand van eerder geconstateerde tekortkomingen beschrijft de inspectie haar bevindingen

5.2 Tekortkomingen juli 2016 in relatie tot Goed Bestuur

In de aanwijzing d.d. 7 november constateerde de inspectie – kort samengevat – de volgende tekortkomingen:

- A. *Het gebrek aan voldoende randvoorwaarden belemmerde het realiseren van verbeteringen en kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid;*
- B. *Het gebrek aan implementatie van de invoering van het model van professionele (zelf)sturing bij de zorgteams op locatie;*
- C. *Onvoldoende aandacht voor sturing door de RvB op kwaliteit en veiligheid door de focus op het orde brengen van de financiële situatie.*

5.3 Bevindingen augustus 2017 in relatie tot Goed Bestuur

Op basis van de vastgestelde bevindingen van de inspectiebezoeken aan zes locaties van Careyn, het gesprek met de raad van bestuur en raad van toezicht op 1 september 2017 en documenten die zijn ingezien en/of ontvangen (zie bijlage 4), constateert de inspectie het volgende:

Careyn heeft de genoemde tekortkomingen op het onderwerp goed bestuur nog niet geheel weggenomen. De bestuurder is hierover open en transparant geweest

Ad A) Gebrek aan voldoende randvoorwaarden belemmerden het realiseren van verbeteringen en kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid

Belangrijke voorwaarden om tot een goed zorgaanbod voor cliënten te komen zijn de beschikbaarheid van een goed functionerende structuur voor aansturing en overleg en de beschikbaarheid van voldoende- en deskundige medewerkers die zich gezond voelen en gezond blijven. In 2016 schoot Careyn op deze aspecten tekort

Inmiddels heeft de verbetering van het actuele sturingsmodel plus de huidige overlegstructuur de aandacht van Careyn. De overlegstructuur functioneert nog onvoldoende adequaat. Dit laatst belemmert het realiseren van kwaliteitsverbeteringen nog steeds. Adequate structuren ontbreken en/of zijn onvoldoende gebruikt om (navolgbaar) te communiceren.

¹⁵<http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Aanwijzing+Careyn+Schiedam+november+2016.pdf>

Als interventie bereidt Careyn zich voor op het vernieuwen van de aansturingstructuur en het implementeren van een bijpassende overlegstructuur.

De raad van bestuur heeft een aantal maatregelen getroffen om betere randvoorwaarden voor kwaliteitverbetering te scheppen. Een aantal van deze maatregelen heeft volgens Careyn de uitvoerende teams ontlast van een aantal regeltaken bij de zelfsturing. Echter, met betrekking tot het takenpakket heeft de inspectie bij haar bezoeken wisselend resultaat aangetroffen; sommige regeltaken zijn op een aantal locaties niet losgelaten. Aldaar hebben medewerkers minder of te weinig tijd beschikbaar voor de dagelijkse zorgtaken ofwel besteden noodgedwongen privétijd.

Concreet betreft het pakket van maatregelen bijvoorbeeld de inrichting van een steunende projectstructuur gericht op benodigde verbeteringen. Tevens zijn de afdelingen voor kwaliteit en voor de Human Resources versterkt. Daarnaast zijn, per vijftig intramurale cliënte, kwaliteitverpleegkundigen toegevoegd aan de locaties. Ook hebben behandelteams een (coördinerende) leidinggevende toegewezen gekregen op districtniveau en zijn locatieverantwoordelijke aangewezen voor alle intramurale locaties. Diverse regeltaken hoeven zo niet meer door de teams opgepakt. Regiomanagers hebben op sommige punten de vrijheid behouden hoe deze maatregelen in te passen in de dagelijkse praktijk. Via het ingestelde kwaliteitsoverleg op locaties zijn accenten aangebracht en worden de effecten gevolgd op locatieniveau.

Over het geheel genomen blijkt dat de medewerkers, door het genoemde maatregelenpakket, belangrijke verbeteringen ervaren met betrekking tot de randvoorwaarden om goede zorg te leveren. Zo is de overbelasting inmiddels aanzienlijk minder geworden of zelfs verdwenen. Zorgverleners zeggen meer sturing te ervaren en hebben meer gelegenheid en energie voor primaire zorgtaken en voor de eigen (verplichte) deskundigheidsbevordering. Er is meer stabiliteit en houvast voor de zorgverleners en de teams doordat de kaders voor zorg en werk duidelijker zijn, met vaste aanspreekpunten.

Ook heeft Careyn een scholingskalender gemaakt om eerder opgelopen achterstanden in te halen en de deskundigheid van zorgverleners op het door Careyn beoogde peil te kunnen garanderen. De scholingskalender betreft het ingeplande, centraal geregelde en verplicht gestelde scholingsaanbod. Het afronden van e-learning programma's is onderdeel hiervan. De planning van het scholingsprogramma loopt slechts gedeeltelijk synchroon met de aanwijzing en reikt tot medio 2018.

Vorderingen en effecten van deskundigheidsbevordering zijn deels te volgen via het in werking gestelde HR-dashbord. Zo kunnen de bij/nascholingsresultaten gemonitord door zowel de zorgverlener als de leidinggevende op locatieniveau. Echter, nog niet alle leidinggevendenden zijn zich al voldoende bewust van de mogelijkheden op dit punt. Actieve en tijdige bijsturing schiet zo nu en dan nog tekort.

Verder kent Careyn nog geen algemeen scholingsbeleid, op basis van visie en gestelde organisatiedoelen.

Careyn bevordert de beschikbare deskundigheid tevens door deelname aan verbeterprogramma's van Waardigheid en Trots. Op een aantal locaties voeren teams periodiek gesprekken, onder leiding van toegewezen coaches. Doel hiervan is om de inzichten en onderlinge samenwerking te verbeteren.

Daarnaast heeft Careyn haar zorgverleners van niveau 3-5 gefaciliteerd in het lidmaatschap van relevante beroepsverenigingen zoals V&VN en in deelname in relevante kwaliteitregisters. Op die manier committeren zorgverleners zich aan voldoende goede bij/nascholing. Voorts bleek bij inspectiebezoeken dat leidinggevendenden nog niet met alle zorgverleners een jaarlijks gesprek voeren over ontwikkeling en functioneren.

Verder heeft Careyn haar verzuimbeleid geïntensiveerd en de aansturing gecentraliseerd. Dit levert inmiddels merkbaar gunstig resultaat op. Het ziekteverzuim op de intramurale locaties is aanmerkelijk gedaald en dit proces gaat gestaag verder. Tegelijkertijd is de HR directie versterkt met een speciaal wervingsteam waardoor vacatures zo snel als mogelijk worden opgevuld. Zo heeft Careyn de teams ontlast van deze tijdrovende taken. In het verlengde hiervan heeft Careyn ook ondersteuning bij roostertaken aangeboden en gefaciliteerd. Desgewenst kan deze taak door een team worden overgedragen aan geroutineerde planners. Die groep planners is door Careyn geschoold in gezond roosteren. Op enkele van de bezochte locaties waar de roosterplanning nog voornamelijk op teamniveau geregeld wordt, voldoet de personele planning onvoldoende aan algemene en/of intern gestelde normen.

Ad B) Het gebrek aan implementatie van de invoering van het model van professionele (zelf)sturing bij de zorgteams op locatie

De inspectie stelt vast dat Careyn de verdere implementatie van het model voor professionele (zelf)sturing formeel heeft stilgezet; de reële mogelijkheden binnen een team zijn nu leidend. Ook heeft Careyn de zelfsturing op teamniveau ingeperkt. Met name heeft Careyn de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de HR-taken aan andere functionarissen toegewezen. Onder andere hiervoor is op alle locaties een locatieverantwoordelijke beschikbaar. Deze persoon is nu een herkenbaar aanspreekpunt voor de medewerkers. Alle betrokkenen, op alle niveaus in de organisatie, staan achter deze keuze en waarderen het effect. Op een aantal locaties vervult de regiomanager zelf de rol van locatieverantwoordelijke.

De gekozen constructie met locatieverantwoordelijken, is op dit moment van tijdelijke aard en dient als verlengde arm van het regiomanagement. De raad van bestuur en de raad van toezicht willen de functie van locatieverantwoordelijke formaliseren. Dit voornemen is meegenomen in het ontwerpplan voor aanpassingen in de aansturingstructuur van Careyn.

Sinds januari 2017 is de regiomanager verantwoordelijk gemaakt voor de systematische bewaking en verbetering van kwaliteit en veiligheid op de locaties in een regio¹⁶. Daarmee is deze verantwoordelijkheid niet langer alleen belegd bij de zelfsturende teams op de locaties.

Ad C) Onvoldoende aandacht voor sturing door de RvB op kwaliteit en veiligheid door de focus op het op orde brengen van de financiële situatie

De raad van toezicht heeft nieuwe bestuurders benoemd.

Per 1 mei 2017 is er een interim CFO-lid van de raad van bestuur.

Per 1 juni 2017 is de huidige (vaste) voorzitter van de raad van bestuur aangesteld.

Eerder benoemde de raad van toezicht, per 1 november 2016, voor deze vrijgekomen functie een interim bestuurder.

Mede op geleide van evaluatie en reflectie hebben de raad van bestuur en de raad van toezicht, bij de aansturing van de organisatie en het interne toezicht, meer dwarsverbanden gerealiseerd tussen de aandachtsgebieden kwaliteit van zorg en financiën. Bijvoorbeeld maken zij nu meer gebruik van verschillende informatiebronnen. Beide leden van de raad van bestuur geven aan zich volledig verantwoordelijk te voelen voor beide aandachtsgebieden. Dit in tegenstelling tot de eerdere invulling van deze verantwoordelijkheidsverdeling.

De raad van toezicht wil voorkomen dat de zorgkwaliteit en de bedrijfsvoering nogmaals zover van elkaar vervreemd (kunnen) raken. Ten tijde van de toetsing overweegt de raad

¹⁶ In een district zijn veelal meerdere regio's. In één regio heeft Careyn meestal meer locaties.

van toezicht welke aanvullende maatregelen nog genomen kunnen worden om de integrale aansturing van Careyn duurzaam te borgen.

Ook heeft de raad van bestuur de afdeling voor kwaliteit sterker gepositioneerd in de hiërarchie van de organisatie. Careyn heeft voor deze afdeling, die zorg draagt voor interne audits en monitoring van benodigde verbeterresultaten, een directeur met specifieke bevoegdheden aangesteld.

Ondanks de ingerichte projectorganisatie om de verbeteringen op het gebied van kwaliteit en veiligheid Careynbreed aan te jagen en te coördineren, hebben de voorkomende wisselingen in de raad van bestuur een ongunstige invloed gehad op het verbetertempo en het uiteindelijke resultaatniveau. Bijvoorbeeld zijn bij herhaling nadere kennismakingsrondes met interne- en externe stakeholders en nadere oriëntatie op de stand van zaken noodzakelijk geweest om het kwaliteitsbeleid van Careyn gericht te kunnen (bij)sturen. Het heeft tot eind januari geduurd alvorens vast is komen te staan volgens welke sturingsfilosofie en binnen welke kaders Careyn haar maatregelen neemt. Vervolgens zijn voorbereidingen eind maart afgerond en is de feitelijke start van het verbeteren vanaf april op gang gebracht in de organisatie. De planvorming voor het herijken van het aansturingsmodel voor Careyn is pas na 1 juni 2017 opgepakt.

Daarnaast hebben de raad van bestuur en de raad van toezicht, in afstemming met de interne- en externe stakeholders, intussen ook een ontwerp gemaakt voor aanpassing van het aansturingmodel voor Careyn. Het belang van de kwaliteit van zorg is daarbij – naar eigen zegge – als centraal uitgangspunt gekozen.

Bijlage 1 Methode inspectiebezoeken en selectie locaties

De inspectie selecteerde voor dit onderzoek zes locaties op basis van de informatie in het toegezonden resultaatverslag door Careyn. De inspectie koos de bezochte locaties, evenredig verspreid over de vier districten van Careyn. Daarbij koos de inspectie 2 locaties die volgens het resultaatverslag van Careyn, op relevante punten, redelijk goede beoordelingen hadden gekregen bij de interne audits van Careyn én sinds 2016 niet waren bezocht door de inspectie. Ook koos de inspectie 2 locaties die de inspectie eerder bezocht had, voorafgaand aan de aanwijzing (juli 2016). Tenslotte koos de inspectie nog 2 andere locaties die sinds 2016 niet waren bezocht door de inspectie.

Tijdens inspectiebezoeken toetsen twee inspecteurs of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Bij deze zes inspectiebezoeken was één van de inspecteurs nog niet eerder bij het toezicht op Careyn betrokken. Bij dit onderzoek beperkt de inspectie zich tot het beoordelen in hoeverre Careyn op de betreffende locatie de aanwijzing heeft nageleefd. De inspectie richt zich hiervoor specifiek op de genoemde aspecten in de aanwijzing. Het beoordelen ervan gebeurt aan de hand van het beschikbare toezichtkader van de inspectie. Voor de beoordeling beperkt de inspectie zich bij dit onderzoek tot een tweepuntschaal. In dit rapport zijn de aspecten uit de aanwijzing steeds geordend naar thema en opgesomd aan de hand van a) tot en met m).

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens een inspectiebezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Careyn geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Bij de introductie van de inspectiebevindingen per locatie beschrijft de inspectie welke informatiebronnen gebruikt zijn om tot de beoordelingen te komen. Inspecteurs beoordelen op het niveau van de dagelijkse zorgverlening of de zorgaanbieder goede zorg verleent. Om een beeld te krijgen van de locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats waardoor de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgmedewerkers. Daarna zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig en onderzoeken of en hoe cliënten hun zorg ontvangen. In verschillende huiskamers voeren de inspecteurs door de dag heen gesprekken met zorgmedewerkers, behandelaren, cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers. De inspectie ziet meerdere cliëntdossiers en documenten in en woont zo mogelijk overlegvormen bij zoals een multidisciplinair overleg, een overdrachtsmoment of een ander relevant overleg.

Kortom, waar mogelijk maakt de inspectie gebruik van de volgende informatiebronnen:

- een rondgang over de locaties.
- cliënten die op locaties verblijven;
- cliëntvertegenwoordigers van cliënten;
- Gesprekken met zorgverleners op afdelingen;
- Gesprekken met behandelaren;
- Gesprekken met locatieverantwoordelijken en/of regiomanagement
- Inzage in 4 à 6 cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 4;

Bijlage 2 Korte beschrijving bezochte locaties

Locatie De Warande te Utrecht

De Warande bestaat, voor zover het Careyn betreft, uit twee afdelingen die gevestigd zijn in een seniorencomplex van de woningbouwvereniging in de wijk Overvecht in het Careyn-district 'Utrecht-Stad'. Het appartementen complex opende 4,5 jaar geleden haar deuren. De Warande is gevestigd op tweede en derde verdieping in het gebouw. 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. De Warande valt binnen de verantwoordelijkheid van de districtdirectie Utrecht-Stad.

Bij De Warande wonen 36 cliënten met een somatische zorgvraag. 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.

De cliënten wonen op twee afdelingen in het appartementencomplex. In de overige ruimte in het complex wonen senioren zelfstandig. De afdelingen Warande 2 en Warande 3 verlenen zorg aan cliënten van verschillende leeftijden met zorgvraag vanuit zowel een ZZP 6 (merendeels) als ZZP 8.

Ongeveer 25 zorgverleners (circa 19 FTE) zorgen voor de cliënten bij De Warande. Ongeveer de helft van hen is verzorgende niveau 3.

Locatie Swellengrebel te Utrecht

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. 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 locatieverantwoordelijke 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 - in de dagelijkse praktijk van 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 instroombeperking 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. Een (tijdelijk aangestelde) locatieverantwoordelijke is sinds juni 2017 beschikbaar.

Swellengrebel heeft een ontwikkelteam. Dit team stuurt en volgt ontwikkelingen op de gemaakte plannen en stellen waarnodig acties of aandachtspunten vast.

Locatie Torenhoeve te Hellevoetsluis

Careyn-Torenhoeve is gesitueerd in Hellevoetsluis. De locatie is een kleinschalige woonvoorziening (KWS) en hoort binnen Careyn bij het District ZHE/Bra. Dit District is onderverdeeld in vijf (sub)regio's en krijgt leiding van een districtdirecteur. Torenhoeve ligt op een steenworp afstand van een verpleeghuis in Hellevoetsluis.

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 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 afgesloten binnenplaatsen of tuinen waar bijvoorbeeld gerookt kan worden.

Torenhoeve biedt plaats aan 25 cliënten, waarbij de geronto-psychiatrische problemen op de voorgrond staan. Verdeeld over 4 huiskamers leven steeds 6 of 7 cliënten tezamen. De cliënten beschikken over een eigen appartementje in de buurt van de huiskamers.

De zorgwaarte van cliënten varieert van ZPZ 5-7; de helft betreft complexe zorg..

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 niveau 4 en ook is er voor iedere verdieping een welzijnsmedewerker beschikbaar.

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

Locatie De Plantage te Brielle

Careyn De Plantage is een verpleeghuis in Brielle (regio West-Voorne). 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 wordt aangestuurd door een locatieverantwoordelijke. In dit geval valt deze functie samen met het niveau van regiomanager.

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

De Plantage is een erkende Bopz-instelling

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 psychogeriatric. De zorgwaarte varieert van ZPZ 5-10. Op de bezoekdag hebben 42 cliënten indicatie ZPZ 7 en 14 cliënten een ZPZ 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.

Locatie Woerdblok te Naaldwijk

Woerdblok is een verpleeghuis met twee afdelingen; KSW en Verblijf Licht. De locatie is een onderdeel van het district Delft-Westland-oost/Nieuwe Waterweg Noord (DWO/NWN). Dit district van Careyn kent 4 regio's. Woerdblok valt binnen de regio Naaldwijk. Woerdblok heeft voor de afdeling KleinSchalig Wonen een BOPZ-erkenning.

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 Verblijf Licht wonen 70 bewoners (61 appartementen) verdeeld over twee villa's. Alle bewoners binnen Verblijf Licht beschikken over een ZZP zonder behandeling. De ene villa beschikt over 26 appartementen. Hier verblijven momenteel 30 bewoners (i.v.m. echtparen). De andere villa beschikt over 35 appartementen. Hier verblijven 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 voor Verblijf Licht hebben de bewoners ZZP 4 PG grondslag of ZZP 5 maar nog steeds zonder behandeling.

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 Verblijf Licht, 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.

Locatie Snavelenburg te Maarssen

Careyn 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.

Bijlage 3 Relevante wetten, normen en regelgeving bij aanwijzing Careyn

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging 2011,
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis
- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, januari 2017
- Nota Medische verslaglegging Verenso 2009
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012
- Richtlijn Verenso Onbegrepen gedrag.
- Zorgbrede Governancecode 2010
- Zorgbrede Governancecode 2017
- Toezichtkader Goed Bestuur IGZ/NZa 2016.

Voorlopig

Bijlage 4 Beoordeelde documenten Careyn

Opgevraagd:

- ontvangen plan van aanpak d.d. 31 januari 2017
- ontvangen tussentijds resultaatverslag d.d. 28 februari 2017
- ontvangen resultaatverslag d.d. 31 juli 2017
- actueel bestuursreglement Careyn.

Ontvangen:

- conceptadvies interventieteam versie 4 september 2017.

Tijdens de locatiebezoeken heeft de inspectie steeds gevraagd onderstaande documenten in te kunnen zien voor de betreffende locatie.

- 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 en 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

Verdere relevante informatie:

- Website www.Careyn.nl