



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Stichting Sint Annaklooster,  
locatie Eikenburg  
in Eindhoven op 5 juli 2018

Utrecht, september 2018

V2005246

## Inhoud

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

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) bracht op 5 juli 2018 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Sint Annaklooster, locatie Eikenburg (hierna: Eikenburg) in Eindhoven.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Mochten de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport. De inspectie schrijft haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.

De begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

### 1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt Eikenburg om een actueel beeld te krijgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening.

Doel van het inspectiebezoek is te beoordelen of Eikenburg voldoet aan de normen voor goede en veilige zorg.

### 1.2 Beschrijving locatie

Stichting Sint Annaklooster biedt diverse vormen van zorg aan. Dit betreft onder andere thuiszorg, logeerhuizen, hospicezorg, re-integratie van ex-gedetineerden en veelplegers in de maatschappij (rentree) en verpleeghuiszorg in de regio Eindhoven. De hospices, logeerhuizen en rentree hebben ook een bovenregionale functie. De stichting biedt in twee locaties intramurale verpleeghuiszorg: in locatie Terhage en in Eikenburg. Deze locaties komen voort uit twee kloosterverzorgingshuizen. Een teamhoofd stuurt beide locaties aan.

De missie van Sint Annaklooster is het bieden van hartverwarmende zorg voor iedereen die dat nodig heeft, zodat mensen zelf invulling kunnen blijven geven aan hun leven. De focus hierbij ligt op kwetsbare cliënten aan de onderkant van de samenleving.

Eikenburg is een kleinschalig verpleeghuis op het Eindhovense terrein Eikenburg. Het verpleeghuis ligt in een parkachtige omgeving. Het huis telt 21 appartementen, verdeeld over twee etages. Alle appartementen hebben eigen sanitair. Eikenburg is een open zorginstelling. Het huis heeft een besloten binnentuin. Het interieur van de locatie past bij de doelgroep en maakt een huiselijke indruk.

#### *Zorgverlening*

Tijdens het inspectiebezoek wonen er 22 cliënten in Eikenburg. Van hen hebben twee cliënten een ZFP 4, zeventien een ZFP 5 en drie een ZFP 6. Er wonen vier cliënten met somatische zorgvragen, de overige cliënten hebben psychogeriatrische zorgvragen.

Verpleegkundigen, verzorgenden IG, helpenden, woonzorgondersteuners en een welzijnscoach verlenen de zorg. Er is 24 uur per dag een verpleegkundige bereikbaar en beschikbaar.

Eikenburg maakt sinds 1 januari 2018 gebruik van behandelaars van een externe behandel dienst. Deze dienst levert een klinisch geriater (onder supervisie van een specialist ouderengeneeskunde), een psycholoog, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist en een diëtist. Voor 1 januari 2018 nam Eikenburg deze diensten af van een andere externe behandelorganisatie. Er is een externe tandarts verbonden aan Eikenburg.

#### *Ontwikkelingen*

Een aantal jaren geleden maakte Eikenburg de omslag van kloosterverzorgingshuis naar verpleeghuis.

In 2015 startte Sint Annaklooster met de invoering van zelforganiserende teams. Het team zorgmedewerkers in Eikenburg heeft een verpleegkundige die in de (parttime) functie als teamcoach de collega's coacht naar zelforganisatie en de kwaliteit van de zorgverlening bewaakt.

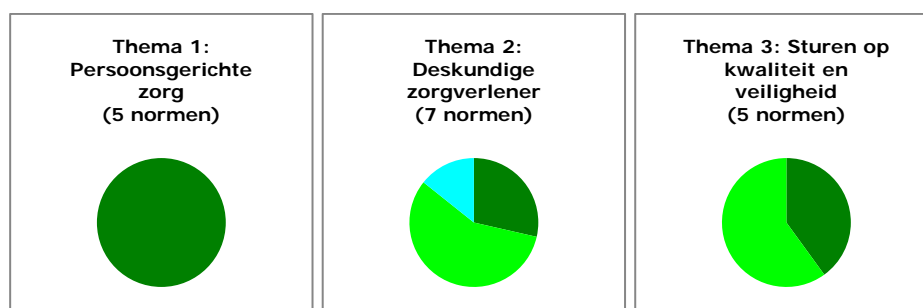
## 2 Conclusie

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

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Eikenburg. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

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



### 2.2 Wat gaat goed

Cliënten in Eikenburg krijgen persoonsgerichte zorg en een passende dagbesteding. Zorgverleners kennen de cliënten goed en benaderen hen met warmte en respect. Zij betrekken cliënten(vertegenwoordigers) bij de zorgplanbespreking en het maken van afspraken.

Eikenburg zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Het kwaliteitssysteem functioneert en er is in Eikenburg sprake van een cultuur gericht op leren en verbeteren.

### 2.3 Wat kan beter

Eikenburg kan het vermogen om te leren en verbeteren verder ontwikkelen door verbeteringen te realiseren in het behandelen van incidentmeldingen.

Een verbeterpunt in de multidisciplinaire zorgverlening is het uitwisselen van kennis over de zorg die de verschillende disciplines verlenen.

Verder vraagt het rapporteren in het cliëntdossier meer aandacht. De continuïteit in de zorgverlening is niet altijd gegarandeerd, mede door hiaten in de verslaglegging.

### 2.4 Conclusie bezoek

Cliënten in Eikenburg kunnen rekenen op zorg die grotendeels voldoet aan de normen die de inspectie heeft beoordeeld. Uit de bevindingen blijkt dat het management en de zorgverleners weten wat zij kunnen verbeteren en dat zij daaraan werken.

De inspectie heeft er daarom vertrouwen in dat Eikenburg erin zal slagen om te voldoen aan de normen waar Eikenburg nog niet volledig aan voldoet.

### 3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat we van u als zorgaanbieder verwachten. Daarna leest u wat de inspectie zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

#### 3.1 **De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht**

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

De inspectie concludeert dat de zorg in Eikenburg op dit moment van voldoende kwaliteit is en verwacht dat deze op orde blijft. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op de andere verpleeghuislocatie. Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

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

## 4 Resultaten

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

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

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

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

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

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

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

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

Blauw: De norm is **niet getoetst**

### 4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

#### 4.1.1 Resultaten

##### Norm 1.1<sup>1</sup>

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

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

Iedere cliënt heeft een actueel zorgplan. De bij de cliënt betrokken zorgverleners bespreken het zorgplan tweemaal per jaar in een multidisciplinair overleg (MDO). De verantwoordelijk verpleegkundige bespreekt het zorgplan voorafgaand aan het MDO met de cliënt (vertegenwoordiger). In principe is de cliënt en/of diens vertegenwoordiger aanwezig bij het MDO.

Gesprekspartners vertellen dat zorgverleners tussentijdse wijzigingen in het zorgplan altijd bespreken met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger.

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

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

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

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners de cliënten goed kennen. Zij zijn op de hoogte van bijzonderheden uit hun verleden en kennen huidige wensen

<sup>1</sup> Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

en behoeften. Deze persoonlijke voorkeuren ziet de inspectie terug in het cliëntdossier. Zorgmedewerkers weten ook hoe cliënten reageren op bepaalde interventies. Zo vertelt een zorgmedewerker dat zij (te) onrustig gedrag van een cliënt voor het ontbijt kan verminderen door met de cliënt te gaan wandelen. De cliënt is daarna rustig genoeg om te ontbijten.

Tijdens de maaltijd ziet de inspectie dat een cliënt moeite heeft met het goed hanteren van het bestek. Ze gebuikt soms haar hand en neemt slechts af en toe een hap. Een zorgmedewerker maakt contact met de cliënt en vraagt of ze kan helpen. De cliënt reageert niet maar de zorgmedewerker neemt het niet over. De inspectie hoort dat dit een bewuste keuze is. Zorgmedewerkers weten dat de cliënt angstig wordt als zij activiteiten overnemen.

Uit gesprekken blijkt dat zorgmedewerkers ook bekend zijn met familieomstandigheden. Zo vraagt een zorgmedewerker een cliënt naar de gezondheidssituatie van haar zoon.

In alle gesprekken komt naar voren dat Eikenburg aan elke cliënt passende dagbesteding biedt. De cliënten geven volgens de welzijnscoach aan dat zij graag zinnige activiteiten doen. Als voorbeelden zijn onder andere soep koken, taart bakken, salades maken en creatieve activiteiten genoemd.

#### Norm 1.3

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

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

Uit diverse gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners weten wat de cliënt zelf kan en wil. Zij ondersteunen de cliënt als het nodig is of als de cliënt erom vraagt. Zo geeft een zorgmedewerkster tijdens het eten advies over het hanteren van het bestek. Een andere zorgmedewerkster merkt dat een cliënt een bepaald gerecht niet lekker vindt. Zij bespreekt met de cliënt een alternatief.

Zorgverleners houden rekening met de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Zo hoort de inspectie dat een aantal cliënten bij het ontbijt in de eetzaal zelf de boterhammen pakt en belegt. Zorgmedewerkers maken voor andere cliënten de boterham klaar. Cliënten kunnen ook zelf bepalen hoe laat ze willen ontbijten.

Tijdens de lunch ziet de inspectie dat in een eetkamer de warme maaltijd in schalen wordt geserveerd vanaf een serveertrolley. De woonzorgondersteuner geeft aan dat cliënten die dat willen en daartoe in staat zijn, zelf hun warme maaltijd opscheppen. In de andere eetkamer helpen zorgmedewerkers de cliënten met de maaltijd.

Een cliënt vertelt dat hij over enkele weken naar het buitenland op vakantie gaat. Hij regelde dit zelfstandig, na overleg met de arts of de vakantie verantwoord was gezien zijn gezondheidssituatie.

Een zorgmedewerker noemt dat twee cliënten iedere ochtend op eigen initiatief de binnentuin aanvegen.

Cliënten kunnen deelnemen aan verschillende activiteiten. Tijdens het inspectiebezoek geniet een aantal cliënten van muziek van een harpist die in de locatie aanwezig is. Dit is een wekelijkse activiteit.

#### Norm 1.4

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

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

De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners cliënten met warmte en respect benaderen. Zij besteden aandacht aan de cliënten, benoemen wat ze gaan doen, hebben geduld en maken fysiek contact (zoals hand op de schouder, aai over de wang). Ook geven ze complimenten. Bijvoorbeeld dat een cliënt een mooi kapsel heeft.



Tijdens de observatie in de eetkamer van Eikenburg merkt de inspectie op dat de zorgmedewerker aan een cliënt vraagt of zij haar mag helpen. Zorgmedewerkers die cliënten helpen met het eten besteden ook aandacht aan andere cliënten. De zorgmedewerkers geven aan dat zij aan elke cliënt vragen hoe hij of zij wil worden aangesproken. De inspectie ziet dat zij dit vastleggen in het cliëntdossier van de betreffende cliënt. De cliëntenraad spreekt over betrokken zorgmedewerkers die de cliënten warmte en geborgenheid bieden.

Norm 1.5

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

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

Zo hoort de inspectie van een zorgmedewerker dat een aantal cliënten op zondag samen met hun partner of een vrijwilliger de eredienst bezoekt in hun kerk buiten de instelling.

De welzijnscoach vertelt dat Eikenburg mogelijkheid biedt om partners van cliënten in het appartement van de cliënt te laten overnachten. Hiervoor stelt Eikenburg een bed beschikbaar.

Eikenburg regelde een vrijwilliger om een cliënt te ondersteunen in het gebruik van de computer.

## 4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

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

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

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

### 4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

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

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

Zorgverleners stellen bij het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) vragen over het doel en over proportionaliteit en subsidiariteit. Bij een cliënt met gedragsproblemen vindt eerst een gedragsinterventie plaats voordat de arts besluit tot het voorschrijven van een gedrag beïnvloedend medicijn.

In het gesprek met de teamcoach komt naar voren dat de zorgaanbieder een cliënt uitplaatste. Deze cliënt paste gezien haar zorgbehoefte niet meer binnen de locatie. Door haar dwaalgedrag was deze cliënte een gevaar voor haarzelf en de omgeving. Bij iedere cliënt stellen zorgverleners vast of 's nachts toezicht nodig is via Domotica.

De inspectie ziet in de dossiers dat zorgmedewerkers cliëntgebonden gezondheidsrisico's inventariseren. Zij verwerken die in doelen en acties in het zorgplan.

In een dossier ziet de inspectie dat multidisciplinair overleg plaatsvond over een cliënt die regelmatig viel. Bij deze cliënt is in overleg met de familie gekozen om het valrisico te accepteren en geen verdere maatregelen in te zetten.

#### Norm 2.2

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

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

Alle cliënten hebben een actueel zorgplan. In de ECD 's ziet de inspectie dat zorgverleners de levensgewoontes van cliënten (tijd van opstaan bijvoorbeeld) in het ECD vastleggen. Samen met de cliënt en diens familie kijken de eerstverantwoordelijk verpleegkundigen (EVV) naar de dag invulling van de cliënten en stellen hierop doelen vast. Cliënten met onbegrepen of problematisch gedrag hebben een benaderingsadvies. In een van de dossiers ziet de inspectie ook een uitgebreide beschrijving van de ADL zorg.

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

Tijdens de dossierinzage blijkt dat de rapportage over het ingezette (medisch) beleid verdere aandacht nodig heeft. Zo ziet de inspectie bijvoorbeeld in een zorgplan staan, dat de arts een bepaald medicijn voorschreef. In de weken daarna ontbreekt rapportage over het effect van het medicijn op de gezondheidssituatie van de cliënt. De inspectie hoort ook dat mondelinge overdrachten niet altijd goed vastgelegd zijn in het zorgdossier. In diverse gesprekken komt naar voren dat binnen de locatie bekend is dat verbeteringen nodig zijn in het rapporteren. Dit bleek onder andere uit een audit. Eikenburg heeft acties uitgezet om dit te verbeteren.

De levensgeschiedenis van de cliënten is nog niet opgenomen in het cliëntdossier. Deze informatie is van 70% van de cliënten bekend en wordt, volgens verschillende gesprekspartners binnenkort opgenomen in het zorgdossier van de cliënten.

#### Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.

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

In het Kwaliteitsverslag van Sint Annaklooster 2017-2018 staat dat ieder team binnen de stichting een verpleegkundige heeft met het aandachtsgebied kwaliteit en een zorgmedewerker die een rol heeft in het bespreken van MIC-meldingen. Volgens de zorgaanbieder spelen beide medewerkers een belangrijke rol in het systematisch reflecteren door het team.

In het gesprek met de teamcoach komt naar voren dat op maandag een bewonersbespreking plaatsvindt. In dit overleg reflecteren zorgmedewerkers op de zorgverlening aan de cliënten.

Eens in de maand bespreken de zorgmedewerkers samen met de psycholoog de geboden zorgverlening aan een cliënt.

Uit de gesprekken komt naar voren dat in Eikenburg een systematische reflectie op de zorgverlening nog niet plaatsvindt. Zorgmedewerkers zoeken nog hoe zijn daar goed invulling aan kunnen geven.

#### Norm 2.4

Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

De norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.5

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

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

Alle gesprekspartners vertellen dat de personele bezetting toereikend is, gelet op de zorgvragen van de cliënten. Op basis van de ZZP's past de zorgaanbieder indien nodig de personele bezetting aan.

Eikenburg zet sinds mei 2017 woonzorgondersteuners in. Zij ondersteunen de zorgmedewerkers aan het begin van de ochtenddienst. Daarna zijn zij aanwezig in de huiskamer. Daar houden zij toezicht en ondersteunen zij de cliënten bij het eten en bij activiteiten. Zorgmedewerkers vertellen dat zij blij zijn met de inzet van de woonzorgondersteuners.

Eikenburg heeft sinds een jaar een welzijnscoach. Zij zorgt voor een op de cliënten gericht activiteiten aanbod.

In Eikenburg zijn zorgmedewerkers die een aandachtsveld hebben. Het betreft zorginhoudelijke onderwerpen als MIC, familie zorg, kwaliteit en hygiëne.

De klinisch geriater vertelt dat de zorgmedewerkers groeien in hun deskundigheid.

Zij hebben minder medische ondersteuning nodig dan begin januari 2018.

Artsen en paramedici hebben gemerkt dat zorgmedewerkers meer informatie nodig hebben over de zorg die artsen en paramedici verlenen. Zij gaan na de zomerperiode de zorgmedewerkers hierin scholen. Daarmee willen zij het kennisniveau en de samenwerking met de (para)medische disciplines verder verbeteren.

Uit de gesprekken komt naar voren dat in de afgelopen jaren weinig scholing plaatsvond op zorginhoudelijke onderwerpen. Zorgmedewerkers hebben met name meer kennis nodig over dementie en andere psychogeriatrische ziektebeelden. Het management herkent dit en vertelt dat zij hier inmiddels acties op heeft gezet.

#### Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

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

Uit de gesprekken komt naar voren dat zorgmedewerkers protocollen en richtlijnen raadplegen. Zij geven bijvoorbeeld aan dat er een actueel protocol mondzorg is. De inspectie ziet in een dossier concrete mondzorginterventies.

Zorgmedewerkers volgen elke twee jaar scholing in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Daarbij toetst de zorgaanbieder de theorie aan de hand van de beschikbare protocollen en de praktijk. De regie voor deze scholing ligt bij de zorgaanbieder.

De teamcoach vertelt dat zij ervoor zorgt dat wijzigingen in protocollen en richtlijnen terecht komen bij alle zorgmedewerkers. Zij vertelt dat zij in de gaten houdt of de zorgmedewerkers werken volgens de protocollen. De inspectie ziet in een medicatieklapper dat zorgmedewerkers zich niet altijd houden aan afspraken over het paraferen van toegediende medicatie. Er staan niet bij alle deelmomenten paraferen.

#### Norm 2.7

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

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

Zorgverleners bespreken tweemaal per jaar het zorgplan van de cliënt in een MDO.

De klinisch geriatr en de betrokken disciplines zijn aanwezig bij de MDO's.

Zorgverleners bespreken cliënten ook in het bewonersoverleg. Een keer in de maand is de psycholoog hierbij aanwezig.

De klinisch geriatr is wekelijks aanwezig in Eikenburg. Daarnaast is zij op afroep beschikbaar. De klinisch geriatr vindt dat zorgmedewerkers tijdig de behandelaars inschakelen. Volgens alle gesprekspartners zijn de communicatielijnen kort. Men weet elkaar gemakkelijk te vinden.

Als sprake is van complexe problematiek schakelen zorgverleners externe deskundigen in. Genoemd is het inschakelen van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

### 4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

#### 4.3.1 Resultaten

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

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

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

Gesprekspartners vertellen dat het management in het 'meerjarenbeleidsplan 2018-2020' handen en voeten geeft aan de missie en visie. Daarin staat 'Kijken vanuit de bewoner' en hartverwarmende zorg verlenen centraal.

De inspectie ziet de hartverwarmende zorg, die de zorgaanbieder in haar missie noemt, tijdens het bezoek terug in de benadering van en de zorgverlening aan de cliënten.

De zorgaanbieder besteedt aandacht aan de veiligheid van cliënten. De zorgaanbieder past in Eikenburg domotica toe zodat de cliënten zo maximaal mogelijk in vrijheid kunnen bewegen. Daarnaast, zo stelt de zorgaanbieder, ondersteunt de domotica de zorgmedewerkers in hun werk. Domotica dient als extra ogen en oren om goede zorg te bieden. De domotica betreft: opsta-alarmering, verlaat-de-kamer-melding en schilbeveiliging. Eikenburg zet domotica in nauwe samenspraak met de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger individueel in.

##### Norm 3.2

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

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

Uit de gesprekken komt naar voren dat zorgmedewerkers incidenten melden. De aandachtsvelders binnen Eikenburg verzamelen de meldingen en koppelen deze terug in het teamoverleg. In het teamoverleg bespreken de zorgmedewerker verbetermaatregelen.

De teamcoach en het teamhoofd vertellen dat de meldingsbereidheid van zorgmedewerkers aandacht behoeft. Binnen Eikenburg zien de medewerkers het melden van incidenten nog te weinig als mogelijkheid om te verbeteren. De klinisch geriater vertelt dat zij nog geen informatie krijgt over MIC-meldingen.

Uit de doorgenomen documenten komt naar voren dat Eikenburg naar aanleiding van incidenten voornamelijk op casusniveau verbetermaatregelen formuleert.

Verteld is dat trends met eventuele verbetermaatregelen op stichtingsniveau ontbreken; in de nieuwe MIC-procedure is hier wel aandacht voor.

Wel heeft Sint Annaklooster aan de hand van gemelde incidenten het medicatiebeleid binnen de stichting hernieuwd. Vanwege het hoge aantal valincidenten stelt Sint Annaklooster ook een nieuw valpreventieprogramma op.

In april 2017 vond een interne audit plaats naar de uitvoering van de MIC-procedure. Daarin werd duidelijk dat het noodzakelijk was de MIC-procedure aan te passen. In augustus 2018 vindt implementatie plaats van de verbeterde procedure.

### Norm 3.3

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

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

Het management beschikt over actuele kwaliteitsinformatie. Dit betreft onder andere de visie en missie met de koers tot 2020 plus een jaarplanning van acties en ambities, kwaliteitsverslag 2017 en een kwaliteitsplan 2018.

Sint Annaklooster bewaakt, beheerst en verbetert de kwaliteit en veiligheid van de zorg op verschillende manieren. Gesprekspartners vertellen dat naast het meten van de cliënttevredenheid de zorgaanbieder ook in gesprek is met verwanten van de cliënten. Daarnaast voert de zorgaanbieder jaarlijks externe en interne audits uit.

De cliëntenraad geeft aan dat het management de cliëntenraad tijdig betreft bij de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Binnen Sint Annaklooster zijn een aantal commissies actief die, volgens de zorgaanbieder, een rol spelen in het leren en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hierbij noemt de zorgaanbieder onder andere de ethische commissie.

### Norm 3.4

De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgverleners voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

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

In Eikenburg is sprake van een cultuur gericht op leren en verbeteren. Er is aandacht en ruimte voor scholing en reflectie. Verbeterpunten zoals het methodisch werken pakt men op.

Sint Annaklooster stelt als doel om alle zorgteams binnen de zorgorganisatie zelf organiserend te laten werken. Het traject is in 2015 ingezet. Verteld is dat het team binnen Eikenburg nog aan het begin van de zelfsturing staat. Een teamcoach ondersteunt de zorgmedewerkers in Eikenburg in het proces naar zelforganisatie.

Samen met de drie andere zorgaanbieders in de ouderenzorg vormt Sint Annaklooster een lerend netwerk. Voornemen is om op verschillende niveaus binnen de organisaties bij elkaar "in de keuken" te kijken.

Naast het jaarplan op organisatieniveau stelt elke locatie een jaarplan op, waarin de locatie aan de hand van vastgestelde thema 's, doelen stelt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Uit verschillende gesprekken komt naar voren dat de zorgmedewerkers in Eikenburg nog moeite hebben met het elkaar professioneel aanspreken als iets niet goed gaat.

Norm 3.5<sup>1</sup>

Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

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

Volgens de welzijnscoach zijn ongeveer 25 vrijwilligers actief binnen Eikenburg. De locatie zet de vrijwilligers voornamelijk bij de activiteiten in, zoals het samen koken, een wandeling maken met een cliënt, een muziekactiviteit (een harpist komt wekelijks spelen voor de cliënten), het ondersteunen van een cliënt bij het gebruik van de computer.

In het jaarplan 2018 van Eikenburg leest de inspectie dat de zorgaanbieder het van belang vindt dat het sociaal netwerk van de cliënt vanuit thuis na opname van de cliënt in stand wordt gehouden. Eikenburg stelt als doel dat er in 2018 aantoonbaar wordt samengewerkt in de driehoek cliënt-familie-professional.

De zorgaanbieder stelde een scholing over familiezorg (hoe betrekken we de familie van de cliënten bij de zorgverlening) verplicht voor alle medewerkers. De scholing is inmiddels afgerond, zo wordt duidelijk tijdens het bezoek. De uitrol hiervan moet, volgens de gesprekspartners nog plaatsvinden. Duidelijk wordt dat zowel de zorgmedewerkers in Eikenburg als de familie van de cliënten nog zoekende zijn om in de nabije toekomst meer handen en voeten te geven aan de samenwerking in de driehoek cliënt-familie-professional.

## Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Eikenburg geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- gesprek met een cliënt uit Eikenburg, tevens lid van de cliëntenraad van Sint Annaklooster;
- observatie van vier cliënten op afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met drie uitvoerende medewerkers van afdeling;
- gesprek met de klinisch geriater;
- gesprek met de teamcoach en het teamhoofd;
- vier cliëntdossiers van Eikenburg;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door locatie.

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

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

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

### **Uitleg observatiemethode SOFI**

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

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

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

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

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



## Bijlage 2 Beoordeelde documenten

Noteer hier de documenten die je ingezien hebt

- Overzicht van ZZP'ers van cliënten van Eikenburg op 5-7-2018;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op Eikenburg;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van Eikenburg;
- Overzicht van scholing in de afgelopen jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar;
- Jaarplan 2018, verpleeghuis Eikenburg;
- Kwaliteitsjaarverslag 2017-2018 verpleeghuiszorg Sint Annaklooster;
- Kwaliteitsjaarplan 2017-2018 verpleeghuiszorg Sint Annaklooster;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van Eikenburg;
- Overzicht externe audits 2017-2018 Eikenburg;
- Overzicht interne audits 2017-2018 Eikenburg;
- Meerjarenbeleidsplan Sint Annaklooster 2018-2020 met daarin de visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Welzijn binnen verpleeghuis Eikenburg, december 2017;
- Opleverdocument project "Vraag het de bewoner", vanuit Waardigheid en Trots;
- Projectplan "Vraag het de bewoner" in samenwerking met Waardigheid en Trots;
- Overeenkomst tussen Sint Annaklooster en externe behandeldienst.