



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Zuidwester, locatie
Scheldestraat 56F
in Goes op 14 augustus 2018

Utrecht, oktober 2018

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Scheldestraat 56F 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 5
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
3.3	Thema Persoonsgerichte zorg 8
3.3.1	Resultaten 8
3.4	Thema Deskundige zorgverlener 10
3.4.1	Resultaten 11
3.5	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
3.5.1	Resultaten 14
Bijlage 1	Methode 17
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 19

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna 'de inspectie') bracht op 14 augustus 2018 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Zuidwester, locatie Scheldestraat 56F (hierna: Scheldestraat 56F) in Goes.

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 ontving de afgelopen weken meerdere (anonieme) meldingen over de kwaliteit en veiligheid van de zorg bij locatie Scheldestraat 56F van Stichting Zuidwester. De meldingen duiden op een onveilige situatie voor cliënten en zorgverleners van de locatie.

De inspectie bezoekt locatie Scheldestraat 56F om te kijken hoe het staat met de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

1.2 Beschrijving Scheldestraat 56F

Locatie Scheldestraat 56F is gevestigd in Goes en is onderdeel van Stichting Zuidwester. De locatie bevindt zich in een nieuwbouwcomplex uit 2011 waar in totaal twaalf woongroepen zijn. Op Scheldestraat 56F is plaats voor vier cliënten met een ernstige tot zeer ernstige verstandelijke beperking en bijkomende problematiek. Nummer 56F is gesitueerd in een bovenetage van het wooncomplex. Cliënten hebben een eigen appartement met badkamer. Er is een gezamenlijke woonkamer en keuken. Verder heeft Scheldestraat 56F een ruim balkon.

Cliënten

Tijdens het inspectiebezoek wonen drie cliënten op Scheldestraat 56F. Twee cliënten hebben een zorgprofiel (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering en één cliënt heeft een zorgprofiel Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering. Twee cliënten hebben een indicatie voor meerzorg. Meerzorg is extra zorg bovenop de zorg die een cliënt krijgt volgens zijn/haar zorgprofiel.

De twee cliënten met een meerzorg-indicatie krijgen dagbesteding op de woning. De andere cliënt gaat naar een naastgelegen dagbestedingslocatie van Stichting Zuidwester.

Het team en de begeleiding

Het team van Scheldestraat 56F bestaat uit zes vaste zorgverleners en twee vaste flexmedewerkers. Ten tijde van het inspectiebezoek zijn er twee vaste zorgverleners langdurig afwezig. De vaste zorgverleners hebben een afgeronde opleiding SPW niveau drie of vier. Eén zorgverlener heeft een hbo-opleiding afgerond. Vanwege het hoge ziekteverzuim binnen het klein team worden er vaak (vaste) flexmedewerkers of uitzendkrachten ingezet.

Bij de zorg aan cliënten van Scheldestraat 56F is een gedragsdeskundige betrokken voor 12 tot 16 uur per week. Daarnaast zijn er andere disciplines zoals een logopedist, fysiotherapeut, bewegingsagoog en muziektherapeut betrokken. Voor de medische zorg wordt er een beroep gedaan op de AVG.

Het team wordt aangestuurd door een zorgmanager. De locatie valt onder verantwoordelijkheid van een regiomanager.

Overdag zijn er drie zorgverleners aanwezig op Scheldestraat 56F. Twee zorgverleners werken van 7.30 uur tot 15.00 uur en één zorgverlener van 8.30 uur tot 15.00 uur. Om 15.00 uur starten twee zorgverleners de avonddienst, hun dienst eindigt om 21.30 uur. Daarnaast werkt er een zorgverlener van 15.00 uur tot 22.00 uur. 's Nachts wordt gebruik gemaakt van een uitluistersysteem. Sommige cliënten hebben ook cameratoezicht.

Recente ontwikkelingen

De locatie heeft last van personeelsverloop en een hoog ziekteverzuim. Dit is gestegen van 5,15% in februari 2018 naar 24,24% in juli 2018, zo blijkt uit een toegezonden document. Een week voor het inspectiebezoek werd besloten om de cliënten van Scheldestraat 56F vóór 1 september 2018 te laten verhuizen naar een andere locatie binnen Zuidwester. Op de dag van het inspectiebezoek bleek er een bijeenkomst te zijn waarin dit besluit verder werd uitgewerkt. Onder andere de voorzitter raad van bestuur, regiomanager, zorgmanager en de gedragsdeskundige waren bij deze bespreking aanwezig.

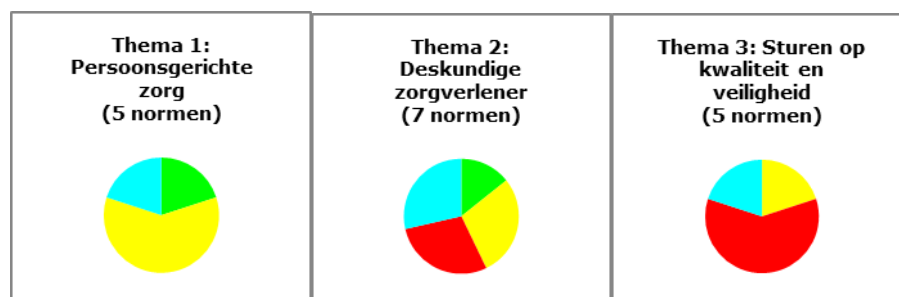
2 Conclusie

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 Scheldestraat 56F. 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

Tijdens het inspectiebezoek zijn in de locatie Scheldestraat 56F zorgverleners aanwezig die de cliënten al lang kennen. Zij zijn erg begaan met de cliënten en stellen zich open en transparant op naar de inspectie.

Het management, de gedragsdeskundige en bestuurder spreken open over hun zorgen en overwegingen over de kwaliteit en veiligheid van de zorg aan de cliënten van Scheldestraat 56F.

2.3 Wat kan beter

Dossiervoering kan beter. Er is nu een papieren zorgplan en een elektronisch cliëntdossier. De informatie komt niet altijd overeen.

2.4 Wat moet beter

Stichting Zuidwester komt de afspraken die in de zorgplannen van de cliënten van Scheldestraat 56F staan niet of onvoldoende na. De persoonsgerichte zorg moet verbeteren door meer specifieke aandacht te bieden aan de eigen regie van de cliënt. Er is geen veilige cultuur waarin reflectie mogelijk is. Hoewel zorgverleners (bijna) incidenten melden, worden meldingen niet structureel geanalyseerd en opgevolgd. Hierdoor herhalen incidenten zich, Cliëntvertegenwoordigers zijn ontevreden en hebben geen vertrouwen in Stichting Zuidwester. Zij geven signalen af door middel van klachten, maar voelen zich niet gehoord.

2.5 Conclusie bezoek

De zorg op de Scheldestraat 56F voldoet grotendeels niet of geheel niet aan de getoetste normen.

Het lukt Stichting Zuidwester niet om de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de drie cliënten op orde te krijgen. De inspectie constateert dat alle betrokkenen zich zorgen maken en verbeteringen willen. Het lukt de verschillende partijen echter niet om dezelfde taal te spreken, de problemen te analyseren en te werken aan de verbeteringen van de basisoorzaak(en). De verschillende pogingen van het management om continuïteit van de zorg op orde te krijgen zijn mislukt. Incidenten

blijven en klachten nemen niet af. De bestuurder ziet zich genoodzaakt om de cliënten in zeer korte periode over te plaatsen.

Een cliëntvertegenwoordiger laat aan de inspectie weten niet akkoord te gaan met de verplichte overplaatsing. De inspectie concludeert dat er inmiddels een impasse is ontstaan waar de cliënten van de Scheldestraat 56F de dupe van zijn.

De bestuurder kan niet concreet aangeven wat ten grondslag ligt aan deze impasse. Hierdoor zou herhaling, bij situaties waar eveneens meerdere problemen tegelijkertijd spelen, mogelijk kunnen zijn. De inspectie ziet in de kwaliteitssystemen onvoldoende het 'leren en verbeteren' terug. Zo is het niet duidelijk wat er met klachten van cliëntvertegenwoordigers gebeurt. Reflecteren en leren binnen het team leiden niet tot verbeteringen.

De inspectie heeft onvoldoende vertrouwen in de verbeterkracht van Stichting Zuidwester dat soortgelijke cultuurproblemen voorkomen of tijdig gesignaleerd gaan worden. De drie cliënten en het team zullen waarschijnlijk na het vaststellen van dit rapport niet meer op de locatie Scheldestraat 56F zijn. Verbeteringen op deze locatie in deze context zijn voor de inspectie dan niet meer toetsbaar. Echter, gezien de normoverschrijdingen wil de inspectie volgen welke stappen Stichting Zuidwester gaat nemen om van soortgelijke situaties te kunnen leren en te gaan verbeteren.

3 Wat zijn de vervolgacties

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

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

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

De inspectie verwacht over zes weken na ontvangst vastgesteld rapport van Stichting Zuidwester een verslag met de volgende inhoud:

- Een analyse op basisoorzaak(en) van de ontstane problemen op de Scheldestraat 56F met de daaraan gekoppelde verbetermaatregelen om herhaling tegen te gaan.
- Een interne audit op basis van de normen die onvoldoende scores op de huidige locatie(s) van de voormalig cliënten van Scheldestraat 56F.
- Daarnaast wil de inspectie geïnformeerd worden hoe u de klachten van de cliëntvertegenwoordigers en zorgverleners in verband met de gedwongen overplaatsing afgehandeld hebt.

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

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie zal het verslag na ontvangst beoordelen en zich beraden over eventuele vervolgacties.

De inspectie kan altijd de kwaliteit en veiligheid opnieuw toetsen in een (on)aangekondigd inspectiebezoek.

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De inspectie scoorde tijdens het bezoek of Scheldestraat 56F 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 of de aandachtspunten scoren zo ver onder de maat dat er nauwelijks sprake is van positieve punten; verbetering is noodzakelijk.

Blauw: De norm is **niet getoetst**

3.3 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.

3.3.1 Resultaten

Norm 1.1¹

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F grotendeels niet** aan de norm.

De cliënten van Scheldestraat 56F hebben een persoonlijk plan. Hierin staan doelen en afspraken beschreven die met de cliëntvertegenwoordigers zijn afgestemd. Uit gesprekken met de cliëntvertegenwoordigers en de zorgverleners blijkt dat de afspraken die zijn opgenomen in het zorgplan niet worden nagekomen. Zorgafspraken, zoals bijvoorbeeld een vast kernteam of 1-op-1 begeleiding voor de meerzorg-cliënten, worden sinds 2017 niet nagekomen. In een doel in het zorgplan van een cliënt leest de inspectie dat de cliënt van een beperkt aantal zorgverleners ondersteuning en begeleiding nodig heeft. Het is nodig dat de zorgverleners met de cliënt een relatie kunnen aangaan zodat de cliënt zich veilig voelt. Door langdurige onderbezetting en ziekteverzuim is er geen uitvoering aan dit doel gegeven, zo blijkt uit de gesprekken en de rapportage.

Ook doelen die gericht zijn op een zinvolle dagbesteding zijn niet uitvoerbaar omdat het gedrag van de cliënt zodanig is dat er geen activiteiten mogelijk zijn, aldus gesprekspartners.

¹ 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.

De inspectie ziet in het zorgplan dat dit vanuit het perspectief van de cliënt is beschreven. Er staat wie hij of zij is en aan welke doelen gewerkt moet worden. Een zorgverlener vertelt dat de persoonlijk begeleider dit plan opstelt in samenspraak met de cliëntvertegenwoordiger.

Een cliëntvertegenwoordiger vertelt dat er de afgelopen periode vijf keer een multidisciplinair overleg (MDO) is geweest.

Norm 1.2¹

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F grotendeels** aan de norm.

Tijdens het inspectiebezoek treft de inspectie zorgverleners aan die al lange tijd op de locatie en met deze cliënten werken. Uit de gesprekken met deze zorgverleners blijkt dat zij de cliënten van Scheldestraat 56F goed kennen. Zorgverleners vertellen bijvoorbeeld hoe zij aan de manier waarop een cliënt op de bank ligt, kunnen zien hoe het met haar gaat en of zij op dat moment spanning ervaart. De inspectie ziet dat een vaste zorgverlener samen met de cliënt buiten op het balkon koffie drinkt. De zorgverlener legt uit wat de cliënt met de klanken en geluiden bedoelt. De zorgverlener geeft de cliënt een compliment en een knuffel, waar de cliënt zichtbaar van geniet.

Zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers vertellen dat er al langere tijd grote onrust is op de locatie, onder andere door de vele wisselingen in het personeel. Het management en de gedragsdeskundige bevestigen dit. Er werken vaak flexmedewerkers en uitzendkrachten die de cliënten niet goed kennen. Dit zorgt voor veel spanning bij de cliënten wat resulteert in agressie-incidenten. Een zorgverlener vertelt dat een cliënt door alle spanningen zichzelf verwondt.

Een cliëntvertegenwoordiger vertelt dat zijn verwant door de situatie op Scheldestraat 56F meer teruggetrokken is.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F grotendeels niet** aan de norm.

De cliënten van Scheldestraat 56F hebben een ernstige meervoudige beperking. Zij kunnen niet of nauwelijks verbaal communiceren zodat zij enkel met hun gedrag kunnen laten zien wat ze willen of niet willen. In een signaleringsplan staat in fases uitgeschreven welk gedrag een cliënt laat zien en wat hij of zij bedoelt. Uit gesprekken en uit het zorgplan blijken sommige gedragingen lastig af te lezen zijn. Het is nodig dat een zorgverlener de cliënt goed kent om haar/zijn gedrag goed te kunnen vertalen, zo blijkt uit de gesprekken. Uit de rapportage en interne incidentmeldingen ziet de inspectie dat cliënten vaak niet begrepen worden. Door agressie laten zij zien dat ze zich dan onveilig voelen, vertellen de zorgverleners.

De cliënten van Scheldestraat 56F moeten vóór 1 september 2018 verplicht verhuizen naar een andere locatie van Stichting Zuidwester. Hoewel de Centrale Clientenraad, de Ondernemingsraad en Raad van Toezicht over dit besluit werden geconsulteerd en geïnformeerd, hebben de cliënten of hun vertegenwoordigers geen inspraak in dit besluit.

Een zorgverlener vertelt dat een cliënt al een aantal weken niet naar de fysiotherapeut is geweest omdat zij te onrustig en gespannen was. Omdat zij op de

dag van het inspectiebezoek een goede dag heeft, probeert de zorgverlener de cliënt weer naar de fysiotherapeut te begeleiden.

Een zorgverlener vertelt dat zij de cliënten zelf laten kiezen waar zij eten. Eén cliënt eet bijvoorbeeld liever op zijn eigen kamer omdat eten in de gezamenlijke woonkamer voor te veel spanning zorgt. Een andere cliënt is graag buiten en wordt tijdens het inspectiebezoek door een zorgverlener geholpen met eten op het balkon.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F grotendeels niet** aan de norm.

Uitzendkrachten bejegenen de cliënten niet altijd op de juiste manier omdat zij onvoldoende in staat zijn om de juiste betekenis te geven aan de lichaamstaal van de cliënten, zo blijkt uit de gesprekken en rapportages. Zorgverleners vertellen dat de situatie op Scheldestraat 56F vaak escaleert als er uitzendkrachten werken. Deze onbekende zorgverleners weten niet goed hoe zij de cliënten moeten bejegenen. Omdat dit voor spanning en agressief gedrag bij de cliënt zorgt, moeten cliënten regelmatig gefixeerd worden.

Uit de gesprekken met de vaste zorgverleners blijkt dat zij erg betrokken zijn bij de cliënten. Zij spreken op een respectvolle manier over de cliënten. De inspectie ziet dat zorgverleners regelmatig fysiek contact maken met een cliënt en haar op een liefdevolle manier toespreken.

Norm 1.5

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

De norm is **niet getoetst**.

3.4 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.

3.4.1 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 Scheldestraat 56F grotendeels niet** aan de norm.

De inspectie ziet in een papieren dossier een document met daarin de afspraak om vier vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen bij een cliënt. Deze afspraak is door de cliëntvertegenwoordiger begin dit jaar ondertekend. In dit overzicht ontbreekt het doel van de maatregelen en de eventuele alternatieven. De inspectie ziet een evaluatie van de maatregelen. In het elektronische cliëntdossier van deze cliënt ziet de inspectie dat de daar opgenomen vrijheidsbeperkende maatregelen niet overeenkomen met de papieren versie. De maatregelen uit het elektronische dossier dateren uit 2016.

Tijdens de bezokedag constateert de inspectie dat de waterkraan van de wastafel in een badkamer van een cliënt is afgesloten. De zorgverlener vertelt wat de reden hiervan is. Deze vrijheidsbeperkende maatregel ziet de inspectie niet terug in het zorgplan van de cliënt. In reactie op het conceptrapport laat Stichting Zuidwester weten dat zij het afsluiten van de kraan niet als vrijheidsbeperkende maatregel maar zorgafpraak ziet.

Cliënten hebben een signaleringsplan waarin per fase een omschrijving van het gedrag van de cliënt, interventies en aandachtspunten zijn beschreven. De inspectie ziet dat er in een signaleringsplan staat dat er vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet mogen worden, zoals fixatie als bijvoorbeeld de cliënt niet wil meewerken. In het signaleringsplan staat het advies om dit als 'nood M&M' te melden, terwijl er bij verzet van een cliënt, sprake is van een dwangmaatregel.

In het zorgplan van cliënten met een meerzorg-indicatie leest de inspectie dat zij een kernteam met vaste zorgverleners en/of 1-op-1 begeleiding nodig hebben. Uit de gesprekken met zorgverleners en de cliëntvertegenwoordiger blijkt dat deze afspraak al lange tijd niet wordt nagekomen.

Uit de gesprekken blijkt dat de vaste zorgverleners weten wat belangrijk is voor de cliënt en welke risico's er zijn. In de dossiers van de cliënten ziet de inspectie een risico-inventarisatie. Aan de hand van een gestandaardiseerde lijst is een inschatting gemaakt van mogelijke risico's. De inspectie ziet echter niet dat deze risico's zijn vertaald in doelen of afspraken.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F grotendeels** aan deze norm.

Uit de dossiers blijkt dat zorgverleners van Scheldestraat 56F methodisch werken. De inspectie ziet dat in het zorgplan van cliënten diverse doelen zijn opgenomen. Per doel worden de voorwaarden voor de cliënt en zorgverlener, de eindverantwoordelijke, de uitvoerder en het evaluatiemoment beschreven. De inspectie ziet dat er notulen worden gemaakt van multidisciplinaire overleggen (MDO's).

Cliënten van Scheldestraat 56F hebben twee dossiers; een papieren versie en een digitale versie in Cura. Een zorgverlener vertelt dat de digitale dossiers niet op orde zijn en de papieren versies het meest worden gebruikt.

Vaste zorgverleners rapporten in Cura aan de hand van vaste rapportagepunten, zoals in welke fase van het signaleringsplan de cliënt is, de mate van onrust/ spanning en bijzonderheden ten aanzien van dagbesteding. Deze rapportagepunten zijn opgesteld door de gedragsdeskundige en persoonlijk begeleider. Uitzendkrachten hebben geen toegang tot Cura. Zij moeten daarom in een los schrift op dezelfde vaste punten rapporteren. De vaste zorgverleners verwerken dit later in Cura.

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 Scheldestraat 56F niet** aan de norm.

Gesprekspartners vertellen dat er op Scheldestraat 56F geen veilig werkklimaat is om de effecten van de verleende zorg met elkaar te bespreken. Er is geen sprake van reflectie waardoor het team en management kunnen leren en verbeteren. Het management omschrijft de sfeer in het team als gesloten.

Het team van Scheldestraat 56F vergadert één keer per twee weken. De gedragsdeskundige vertelt dat zij het aantal teambesprekingen heeft verdubbeld in verband met de onrust op de locatie. Bij dit teamoverleg zijn de vaste zorgverleners, de zorgmanager en gedragsdeskundige aanwezig. Zij bespreken dan organisatorische zaken en casuïstiek, waaronder de incidentmeldingen.

Zorgverleners vertellen dat het bespreken van incidenten zorgt voor discussies die nergens toe leiden. De gedragsdeskundige vertelt dat incidentmeldingen niet altijd besproken worden omdat zorgverleners steeds hetzelfde soort incidenten melden. De zorgmanager geeft aan dat teams zelf verantwoordelijk zijn voor het bespreken van incidenten.

Zorgverleners vertellen dat zij zich niet gehoord voelen door de zorgmanager. Het bespreken van knelpunten en zorgen over de gang van zaken op de locatie is niet mogelijk, aldus de zorgverleners.

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 Scheldestraat 56F niet** aan de norm.

De cliënten van Scheldestraat 56F hebben intensieve zorg en begeleiding nodig. Twee van de drie cliënten hebben een indicatie voor meerzorg. Hoewel er in het zorgplan afspraken opgenomen zijn over individuele begeleiding van de betreffende cliënten of begeleiding door een vast kernteam, komt de organisatie deze afspraken niet na.

Het management en zorgverleners vertellen dat er vanaf 2016 veel wisselingen in het personeel zijn geweest. Vaste, ervaren zorgverleners verlieten de locatie en het lukt niet om deze plekken structureel in te vullen. Er wordt daarom een beroep gedaan op het flexbureau en uitzendkrachten. Zorgverleners vertellen dat uitzendkrachten vaak niet goed geïnformeerd zijn over de zware zorgvraag van de cliënten. Een cliëntvertegenwoordiger vertelt dat de deskundigheid bij de uitzendkrachten vaak onvoldoende is.

Het management geeft aan dat de situatie op Scheldestraat 56F is geëscaleerd vanwege multi-problematiek. Er zijn diverse initiatieven geweest om de continuïteit op orde te brengen maar telkens gaat het mis, zo blijkt uit de gesprekken. De bestuurder erkent dat hij op dit moment niet kan in staan voor kwaliteit en continuïteit van zorg voor cliënten van Scheldestraat 56F en dat overplaatsing daarom nodig is.

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.

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.7

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F grotendeels niet** aan de norm.

Zorgverleners geven aan dat zij het gevoel hebben niet begrepen te worden door de zorgmanager. Ze zien dat de vele uitzendkrachten ondeskundig zijn in het omgaan met de cliënten. Zij mogen de flexmedewerkers geen verantwoording vragen waarom ze bepaalde dingen wel of niet doen. Het contact met uitzendkrachten loopt via de zorgmanager, aldus de zorgverleners. De zorgmanager vertelt dat het contact dat hij met uitzendkrachten heeft enkel over roostering gaat. Zorginhoudelijk verwacht hij dat dit onderling gebeurt.

Bij de zorgverlening aan cliënten van Scheldestraat 56F is een vaste gedragsdeskundige betrokken. De gedragsdeskundige geeft aan dat er overeenstemming is over de afspraken die zij maakt over cliënten met persoonlijk begeleiders. Maar afspraken maken over de wijze van begeleiden van cliënten door het hele team gaat moeizaam, geven de gedragsdeskundige en de zorgmanager aan. Er is een verschil in visie tussen de gedragsdeskundige en het team, zo blijkt uit de gesprekken. Zorgverleners en de gedragsdeskundige vertellen dat de onderlinge communicatie moeizaam verloopt.

De cliëntvertegenwoordiger geeft aan dat de rol van de gedragsdeskundige niet duidelijk is; hij heeft weinig zicht op wat zij precies doet. De communicatie verloopt veelal via de zorgmanager.

Bij de cliënten van Scheldestraat 56F is een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) betrokken. Indien zorgverleners vermoeden dat er iets aan de hand is met een cliënt schakelen zij de AVG in. Zo heeft de AVG onlangs bloed laten prikken in verband met blauwe plekken bij een cliënt.

Bij een aantal cliënten is het CCE betrokken. De adviezen van het CCE zijn verwerkt in de doelen in het zorgplan.

3.5 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.

3.5.1 Resultaten

Norm 3.1¹

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F niet** aan de norm.

Om persoonsgerichte zorg te kunnen geven aan de cliënten van Scheldestraat 56F is een vast team nodig. Dit blijkt uit de gesprekken en de zorgdossiers. Er zijn al sinds 2016 problemen met de teamsamenstelling en de continuïteit van de zorg op de Scheldestraat 56F. Signalen zoals incidentmeldingen, langdurige ziekte bij zorgverleners, klachten en ontevredenheid van zorgverleners hebben niet geleid tot structurele verbeteringen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De regiomanager vertelt dat ze kort na haar aanstelling in januari 2018 werd geïnformeerd over de problemen op deze locatie en een plan van aanpak opstelde om perspectief te creëren. Desondanks is de situatie niet verbeterd. De bestuurder van Stichting Zuidwester vertelt dat hij op dit moment kwaliteit van zorg en veiligheid van cliënten van Scheldestraat 56F niet kan garanderen. Overplaatsing naar een andere locatie is de enige oplossing, aldus de bestuurder.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F niet** aan de norm.

Uit het overzicht van MIC-meldingen dat de inspectie ontving, blijkt dat er in de eerste vier maanden van 2018 in totaal 70 meldingen zijn gedaan, waarvan 42 meldingen van agressie en geweld. Een zorgverlener vertelt dat zij veel incidentmeldingen doet, maar vaak geen reactie krijgt van de zorgmanager. Ook e-mails aan de zorgmanager over ernstige incidenten worden niet beantwoord, aldus de zorgverlener. De zorgverleners vertellen over een situatie waarbij zij blauwe plekken constateerden bij een cliënt. Hoewel de zorgverleners diverse meldingen deden en signalen gaven aan de gedragsdeskundige, vond er geen opvolging plaats.

De cliëntvertegenwoordiger vertelt dat in 2017 een melding over een incident, waarbij zijn verwant was betrokken, werd onderzocht door Stichting Zuidwester. Hoewel de cliëntvertegenwoordiger bij de zorgaanbieder aangaf betrokken te willen worden bij het

onderzoek, krijgt hij – ook na herhaaldelijke verzoeken – geen terugkoppeling over de stand van zaken.

De cliëntvertegenwoordiger heeft enkele weken geleden een klacht ingediend over het niet nakomen van zorgafspraken bij de klachtencommissie van Stichting Zuidwester. De cliëntvertegenwoordiger vertelt tot nu toe geen enkele reactie te hebben ontvangen.

Als er een incident plaatsvindt, maakt de zorgverlener een MIC-melding. Omdat uitzendkrachten geen toegang hebben tot het systeem, moeten zij een schriftelijke melding invullen die de vaste zorgverleners vervolgens in het systeem invoeren. De zorgverlener kan aanvinken naar wie de melding verstuurd moet worden; de zorgmanager en/of gedragsdeskundige. De zorgmanager en gedragsdeskundige vertellen dat zij de meldingen bekijken en indien nodig acties uitzetten. Stichting Zuidwester heeft een MIC-commissie waarin meldingen besproken kunnen worden. Het expertiseteam van de stichting maakt trendanalyses op regioniveau.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Scheldestraat 56F grotendeels niet** aan de norm.

De zorgverleners en het management vertellen dat onrust binnen de locatie al langere tijd bekend is. Zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers hebben hun zorgen meermaals en op verschillende manieren geuit.

De regiomanager vertelt dat er verschillende acties zijn ingezet om te proberen de situatie te verbeteren. Zo zijn zowel interne als externe coaches betrokken geweest bij het team van Scheldestraat 56F. De conclusies van de coaches kwamen overeen; er is sprake van een moeilijk oplosbare situatie in het team. In juni 2018 organiseerde de regiomanager een bijeenkomst met zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers en vonden individuele gesprekken met de betrokkenen plaats. Er werd gesproken over het toekomstperspectief van de locatie. Het management besloot dat alleen de zorgverleners met volledige commitment konden blijven. Dit leidde ertoe dat enkele vaste zorgverleners vertrokken. Enkele weken later werd dit besluit, op verzoek van de cliëntvertegenwoordigers, tijdelijk teruggedraaid door de waarnemend regiomanager.

De bestuurder vertelt dat een coördinator van het CCE de situatie van de Scheldestraat 56F heeft geanalyseerd. De conclusies van dit onderzoek zijn schokkend, aldus de bestuurder. De gedragsdeskundige vertelt dat zij plannen hadden om met de conclusies aan de slag te gaan. Omdat het besluit gevallen is dat de cliënten intern overgeplaatst gaan worden, ligt het nu anders. Maar vooralsnog worden de conclusies van het onderzoek serieus genomen, zo geeft het management aan.

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 Scheldestraat 56F niet** aan de norm.

Er is binnen het team van zorgverleners een gespannen sfeer. Uit de gesprekken blijkt dat het de zorgaanbieder niet lukt om op Scheldestraat 56F een cultuur te scheppen waarin reflectie en verantwoording afleggen vanzelfsprekend is. Voor leren en

verbeteren is geen ruimte, waardoor zorgverleners enkel de noodzakelijke basiszorg aan de cliënten kunnen geven, zo blijkt uit de gesprekken.

Er is een overschrijding van de zorgbudgetten, mede door de inzet van zorgverleners van diverse uitzendbureaus, zo blijkt uit gesprekken. Het management ziet geen ruimte meer om binnen deze locatie verder te gaan met leren en verbeteren.

Norm 3.5¹

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

De norm is **niet getoetst**.

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Scheldestraat 56F 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:

- Gesprekken met drie zorgverleners;
- Korte observatie in de woonkamer;
- Telefoongesprek met een(?) cliëntvertegenwoordiger;
- Rondgang door Scheldestraat 56F;
- Drie cliëntdossiers van Scheldestraat 56F
- Gesprek met voorzitter raad van de bestuur, regiomanager, zorgmanager en gedragsdeskundige

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

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

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

Uitleg observatiemethode SOFI

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

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

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

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

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

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Memo n.a.v. inspectiebezoek (dd. 21-08-2018)
- Overzicht inzet zorgverleners en behandelaars
- Overzicht MIC-meldingen
- Overzicht vrijheidsbeperkende maatregelen