



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

Rapport van het vervolginginspectiebezoek
aan De Eemhorst
in Soest op 2 december 2019

Utrecht, januari 2020

V2016732

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Toezichtsgeschiedenis 3
1.2	Beschrijving De Eemhorst 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	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	De vervolgacties die de inspectie van de zorgaanbieder verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 10
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 15
Bijlage 1	Methode 18
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 2 december 2019 een onaangekondigd vervolgingbezoek aan De Eemhorst in Soest.

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 Toezichtsgeschiedenis

De inspectie bezocht De Eemhorst op 13 maart 2017. De Eemhorst was toen net geopend. De randvoorwaarden waren destijds onvoldoende beschreven. Op 25 september 2018 bezocht de inspectie De Eemhorst opnieuw. Bij dit bezoek concludeerde de inspectie dat De Eemhorst grotendeels niet voldeed aan de normen. De inspectie verwachtte dat De Eemhorst zes maanden na het vaststellen van het rapport van het bezoek op 25 september 2018 de tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van zorg weggenomen zou hebben.

De inspectie bracht op 25 juni 2019 een vervolgingbezoek aan De Eemhorst. Tijdens dit bezoek bleek dat de getoetste normen nog steeds grotendeels niet voldeden. Daarop voerde de inspectie op 9 juli 2019 een bestuursgesprek met de bestuurders van De Eemhorst. Tijdens dat gesprek onderzocht de inspectie de verbeterkracht van De Eemhorst. Na afloop van het bestuursgesprek besloot de inspectie de termijn waarin De Eemhorst zich kon verbeteren, zonder een handhavende maatregel op te leggen, te verlengen met drie maanden. De Eemhorst moest daarom drie maanden na vaststelling van het rapport alsnog grotendeels voldoen aan de gestelde normen. De Eemhorst moest de inspectie tevens een resultaatverslag toesturen, waarin zij zou beschrijven of en hoe de tekortkomingen in de zorg weggenomen zijn. De inspectie ontving dit resultaatverslag op 13 november 2019. De inhoud van het resultaatverslag gebruikte de inspectie bij de voorbereiding op dit vervolgingbezoek.

De inspectie bracht op 2 december 2019 een tweede vervolgingbezoek aan De Eemhorst.

Dit rapport is niet los te zien van de rapporten van de eerdere bezoeken op 25 september 2018 en 25 juni 2019. Deze rapporten zijn ook terug te vinden op de website van de inspectie onder publicaties.

1.2 Beschrijving De Eemhorst

De Eemhorst is een kleinschalige woonzorgvoorziening voor mensen met dementie. De Eemhorst ligt in een buitengebied en de omgeving is landelijk. De locatie bestaat

uit drie woonboerderijen met ieder een eigen kleur. Per woonboerderij is plaats voor negen cliënten. Iedere woonboerderij heeft een gezamenlijke woonkamer met een open keuken. Zorgverleners en cliënten gebruiken de woonkamer voor activiteiten, de gezamenlijke maaltijden en het ontvangen van bezoek. Alle cliënten hebben een eigen appartement op de begane grond. Iedere cliënt heeft een afsluitbaar woon- en slaapgedeelte en een eigen badkamer. Daarnaast hebben alle appartementen toegang naar een eigen terras buiten.

Rond de drie woonboerderijen liggen verschillende wandelpaden. Daarnaast is er een moestuin die zorgverleners, vrijwilligers en cliënten onderhouden. Zorgverleners gebruiken de groente uit de moestuin bij het bereiden van de maaltijden. Cliënten van een andere zorgvoorziening werken onder begeleiding op het terrein van De Eemhorst. Rondom de drie woonboerderijen lopen verschillende dieren zoals paarden, geiten, kippen, poezen en honden. Veel van deze dieren zijn meegenomen door cliënten. Zorgverleners betrekken cliënten bij de verzorging van de dieren.

De Eemhorst is geen Bopz-aangemerkte zorgvoorziening (Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen) en heeft geen toelating in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De Eemhorst wordt geleid door twee bestuurders en een operationeel directeur. De Eemhorst heeft geen interne toezichthouder. De Eemhorst heeft zich aangesloten bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen. Ze leveren zorg aan cliënten met een Wlz-indicatie (Wet langdurige zorg), dit wordt pgb (persoonsgebonden budget) gefinancierd.

Cliënten

Op de dag van het inspectiebezoek verblijven er 28 cliënten bij De Eemhorst. Hiervan hebben 25 cliënten een zorgprofiel VV 5 en 3 cliënten een zorgprofiel VV 4. De cliënten hebben allen een indicatie zonder behandelcomponent. De cliënten zijn verdeeld over de drie woonboerderijen.

Personele bezetting

Bij De Eemhorst werken zorgverleners met verschillende deskundigheidsniveaus. Het team bestaat uit zes verpleegkundigen niveau 4, negentien verzorgenden IG, één verzorgende, negen helpenden en vijf zorgondersteuners niveau 1. Het totaal aantal fte in de zorg is 28. Ook zijn er twee activiteitenbegeleiders, één kok en één directeur zorg. Daarnaast heeft iedere woonboerderij een interieur medewerker. Het ziekteverzuim is van 8,3% naar 2,0% gedaald.

In de ochtend en in de middag werken twee zorgverleners per woning, waarvan een medewerker minimaal een niveau 3 deskundigheidsniveau heeft. Hierdoor is er gedurende de ochtend en middag een zorgverlener in de huiskamer aanwezig. In de avond werken vier zorgverleners (verspreid over drie woonboerderijen), met twee ondersteunende diensten. In de nacht zijn twee zorgverleners aanwezig, waarvan één zorgverlener een minimale deskundigheid heeft van verzorgende IG.

Behandeling

De Eemhorst heeft geen eigen behandel dienst. Alle cliënten bij De Eemhorst zijn onder behandeling bij dezelfde huisartsenmaatschap. Bij deze maatschap werken twee huisartsen. Beide huisartsen komen één dag per week visite lopen. Als het nodig is kan de huisarts andere disciplines inschakelen via een externe organisatie. Via deze organisatie zijn een specialist ouderengeneeskunde (SO) en twee psychologen betrokken bij De Eemhorst. Zorgverleners kunnen via deze weg ook een ergotherapeut en fysiotherapeut consulteren.

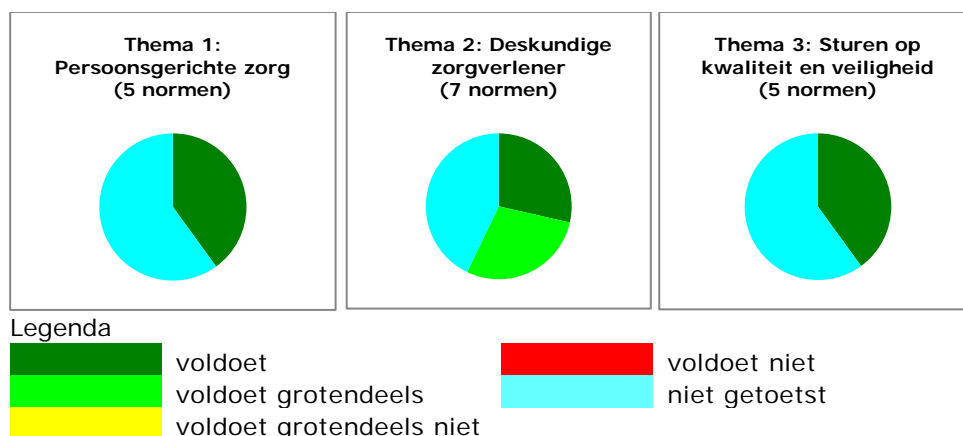
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht met daarin de beoordeling hoe de inspectie de geleverde zorg ziet.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over De Eemhorst. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven. In hoofdstuk 4 ziet u ook het oordeel op normniveau terug van de bezoeken van 25 september 2018 en 25 juni 2019.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten u per thema zien hoe de inspectie uw locatie beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



2.2 Wat gaat goed

De Eemhorst heeft in de verlengde verbetertermijn voldoende inzicht en daadkracht getoond om veranderingen door te voeren. De cliënt is centraal komen te staan. De Eemhorst heeft de zorg rondom wils(on)bekwaamheid en VBM's beter georganiseerd. Cliëntinformatie is goed vindbaar in het elektronisch cliëntendossier (ECD). Dit maakt dat zorgverleners meer methodisch werken. Ook zijn professionele afwegingen over de benodigde zorg navolgbaar vastgelegd. Behandelaren zijn zichtbaar betrokken bij de cliëntenzorg en bij het opstellen van beleid op organisatorisch niveau. De cultuur in De Eemhorst is meer gericht op leren en verbeteren. Zo benut De Eemhorst de ervaringen die zij opdoen bij incidenten en fouten en deskundigheid van zorgverleners voor verbeteringen in de zorg. Tegelijkertijd is de persoonsgerichte zorg warm en liefdevol gebleven; zorgverleners kennen de cliënten en hebben aandacht voor de wensen van iedere cliënt.

2.3 Wat kan beter

De inspectie vraagt nog aandacht voor de verdere borging van de vernieuwde werkwijze van De Eemhorst. In korte tijd heeft De Eemhorst de nodige veranderingen doorgevoerd. De Eemhorst zal zich blijvend moeten inzetten voor een eenduidige werkwijze. Een goede communicatie en afstemming over werkwijzen en werkdruk tussen de verschillende teams en behandelaren blijft daarom aandacht vragen.

2.4

Conclusie bezoek

De Eemhorst voldoet (grotendeels) aan de gestelde normen. De kwaliteit en de veiligheid van de zorgverlening in De Eemhorst is in vergelijking met de vorige toezichtbezoeken aanzienlijk verbeterd. De bevindingen van de inspectie, geconstateerd tijdens het bezoek op 2 december 2019, komen overeen met het resultaatsverslag van de zorgaanbieder. Dit geeft vertrouwen in de aansturing, de zelfreflectie en de transparantie van het bestuur en management van De Eemhorst. De inspectie vertrouwt er daarom op dat De Eemhorst zich blijvend zal inzetten voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

3 Wat zijn de vervolgacties

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

3.1 **De vervolgacties die de inspectie van de zorgaanbieder verwacht**

Zorgaanbieders moeten voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie gaat ervan uit dat het bestuur van De Eemhorst de in gang gezette verbeteringen doorzet en op korte termijn ook voldoet aan de normen waaraan De Eemhorst tijdens het inspectiebezoek 'grotendeels' voldeed.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie concludeert dat de zorg in De Eemhorst op dit moment van voldoende kwaliteit is en verwacht dat deze op orde blijft. De inspectie sluit daarom en op basis van de bevindingen en conclusies in dit rapport het toezichttraject voor deze locatie af.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens de bezoeken van 25 september 2018 en 25 juni 2019 heeft beoordeeld. Vervolgens ziet u hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt ten tijde van dit bezoek. De inspectie scoorde tijdens het bezoek of De Eemhorst 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 vierpuntschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

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

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

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

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

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

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

Blauw: De norm is **niet getoetst.**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1¹

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Eemhorst** aan deze norm.

Tijdens de vorige bezoeken hadden cliënten geen aantoonbare inspraak in de formulering van standaard geformuleerde doelen. Zorgverleners maakten afspraken met contactpersonen, terwijl de wils(on)bekwaamheid ter zake van de cliënt niet was vastgelegd.

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.

Tijdens het bezoek op 2 december 2019 ziet de inspectie dat De Eemhorst geen gebruik meer maakt van standaard geformuleerde doelen. Hiervoor in de plaats stellen zorgverleners, samen met cliënten, persoonlijke doelen op. In de ingeziene cliëntdossiers ziet de inspectie dat de doelen passend zijn bij de cliënten. In een cliëntdossier leest de inspectie over een doel waarin staat dat een cliënt het vervelend vindt om aangekomen te zijn in gewicht. Ondanks dat de cliënt een gezond BMI heeft, hebben zorgverleners samen met de cliënt en de huisarts afgesproken dat zorgverleners de cliënt stimuleren om meer te bewegen.

Daarnaast leest de inspectie dat De Eemhorst de visie op wils(on)bekwaamheid heeft bijgesteld. Het uitgangspunt is dat de cliënt wilsbekwaam is. Hiertoe tekent de cliënt voor het zorgleefplan en voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) zoals een sensor. Ook is de cliënt, soms met familie, aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO). De inspectie hoort van zorgverleners dat een cliënt in principe aanwezig is bij het MDO, of het moet onrust veroorzaken bij de cliënt. Een cliënt, die onrustig wordt van het bijwonen van een MDO, is door de huisarts ter zake wilsonbekwaam verklaard, zo ziet de inspectie in het cliëntdossier. Een familielid is aangewezen om deel te nemen aan het MDO en het zorgleefplan namens de cliënt te ondertekenen.

Norm 1.2¹

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels** aan deze norm.

Deze norm is tijdens dit vervolgbezoek **niet getoetst**.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Eemhorst** aan deze norm.

Tijdens het vorige bezoek zag de inspectie dat De Eemhorst ingreep in de eigen regie van cliënten door zaken rondom een gesloten hek, VBM en wilsonbekwaamheid niet cliëntgericht af te stemmen.

Tijdens het huidige bezoek ziet de inspectie dat de eigen regie van de cliënt het uitgangspunt is geworden. De Eemhorst heeft een hek rondom het terrein. De toegangspoort is aangepast. Cliënten kunnen het terrein verlaten door op een knop te drukken. Cliënten die het terrein niet mogen verlaten, dragen een tag om hun pols. Als een cliënt met een tag op de knop drukt, blijft het hek op slot. Daarnaast krijgt een zorgverlener hiervan een melding, zodat de zorgverlener de cliënt kan afleiden van de toegangspoort. Ten tijde van het bezoek heeft één cliënt een tag. De overwegingen waarom deze cliënt het terrein niet mag verlaten, liggen navolgbaar

vast in het ECD. Bij deze afweging zijn behandelaren zichtbaar betrokken. Daarnaast zijn zaken zoals wilsonbekwaamheid en VBM's beter vastgelegd, zowel in beleid als in de uitvoering (zie norm 1.1). Zo ziet de inspectie dat een cliënt een bedsensor wil voor eigen veiligheid. In het cliëntdossier ziet de inspectie dat de cliënt zelf heeft getekend voor deze VBM. Ook de arts is zichtbaar betrokken en evaluaties vinden cyclisch plaats.

In de dagelijkse praktijk krijgen cliënten veel ruimte om hun dag in te delen naar wens. Zorgverleners zijn hierbij volgend. Een zorgverlener vertelt over een cliënt die regelmatig niet wil eten of drinken en in bed blijft liggen. Zorgverleners zorgen ervoor dat er eten en drinken in de buurt van haar bed is, maar respecteren de wens van de cliënt om niet te eten of drinken. In het cliëntdossier ziet de inspectie dat deze afspraak is vastgelegd. Ook biedt De Eemhorst nog steeds zowel individuele activiteiten als groepsactiviteiten aan, passend bij de cliënten.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 aan de norm.

De norm is tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens dit vervolgbezoek **niet getoetst**.

Norm 1.5

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

De norm is tijdens het bezoek op 25 september 2018 **niet getoetst**.

De norm is tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek **niet getoetst**.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

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

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

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

4.2.1

Resultaten

Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Eemhorst** aan deze norm.

Tijdens de vorige bezoeken zag de inspectie dat de professionele afweging op het gebied van risico's regelmatig ontbrak. Ook VBM's werden niet navolgbaar afgewogen en vastgelegd.

Tijdens het huidige bezoek ziet de inspectie dat zorgverleners risico's bij cliënten in kaart brengen, zorgvuldig afwegen en hiernaar handelen. De wensen van cliënten staan hierbij centraal. De afwegingen zijn navolgbaar vastgelegd in het ECD. In een cliëntdossier ziet de inspectie dat een cliënt een verhoogd risico heeft op een depressie. In de risicosignalering staat dat zorgverleners bij een verhoogd risico op depressie, de Cornell vragenlijst moeten invullen en dan de psycholoog moeten inschakelen. De inspectie ziet de ingevulde Cornell vragenlijst terug. Ook de psycholoog is navolgbaar betrokken bij deze cliënt en heeft een benaderingsadvies gemaakt. In het zorgleefplan zijn een doel en acties opgenomen, die verwijzen naar het benaderingsadvies van de psycholoog. In de rapportage op het doel, ziet de inspectie observaties van zorgverleners bij het inzetten van het benaderingsadvies.

Daarnaast ziet de inspectie dat VBM's navolgbaar zijn vastgelegd in het ECD. In het nieuw opgestelde beleid van De Eemhorst leest de inspectie dat het uitgangspunt "nee, tenzij" is. Dit ziet de inspectie terug in het overzicht van ingezette VBM's. VBM's worden multidisciplinair besproken met de zorgverleners, arts, psycholoog en cliënt of familie als de cliënt ter zake wilsonbekwaam is. De VBM ligt vastgelegd in het ECD met daarbij de overweging van alternatieven. De inspectie ziet dat zorgverleners en behandelaren ingezette VBM's cyclisch evalueren.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Eemhorst** aan deze norm.

Tijdens de vorige bezoeken zag de inspectie dat het zorgleefplan alleen standaard geformuleerde doelen bevatte waar zorgverleners niet mee werkten. In plaats van

met het zorgleefplan, werkten zorgverleners met papieren lijsten.

Tijdens het huidige bezoek werken zorgverleners methodisch met het zorgleefplan. Dit is zichtbaar bij inzage van verschillende cliëntdossiers. In de cliëntdossiers zijn persoonlijke doelen opgenomen die specifiek voor de cliënt zijn. Zo leest de inspectie in een doel dat een cliënt het snel koud kan hebben en onrustig kan worden als gevolg van de ervaren kou. In de acties gaan zorgverleners specifiek in op de observaties die hierbij horen en hoe dan te handelen.

Ook ziet de inspectie dat het ECD het methodisch en multidisciplinair werken ondersteunt. In een cliëntdossier leest de inspectie dat een huisarts medicatie voorschrijft. De huisarts vraagt twee keer per dag te rapporteren op het gedrag van de cliënt. In de rapportages leest de inspectie dat zorgverleners observeren dat de cliënt suf wordt van de medicatie. Zorgverleners roepen de huisarts in consult om de ingezette medicatie te evalueren. Deze evaluatie ziet de inspectie terug in het cliëntdossier. Vervolgens zet de huisarts andere medicatie in en vraagt de zorgverleners te rapporteren op pijn. Ook deze rapportage ziet de inspectie dagelijks vastgelegd door zorgverleners. Daarnaast ziet de inspectie dat metingen consequent zijn vastgelegd in een cliëntdossier. Ook als opvolging vereist is, ligt dit vast. Zo leest de inspectie in een cliëntdossier dat bij een bloeddruk boven een bepaalde waarde, de dag erna de bloeddruk nogmaals gemeten moet worden. Als de bloeddruk nog steeds boven een bepaalde waarde is, moeten zorgverleners de huisarts inschakelen. De inspectie ziet, in het cliëntdossier, dat twee metingen en het inschakelen van de huisarts vastliggen.

Zorgverleners werken naast het zorgleefplan ook met een ADL-lijst (algemene dagelijkse levensverrichtingen). In deze lijst staan algemene voorkeuren van cliënten zoals naamgebruik, dag- en nachtritme en gebruiken van de cliënt. Meerdere gesprekspartners geven aan dat het zorgleefplan met de ADL-lijst, de zorgvraag en achtergrond van de cliënt voldoende in kaart brengen. Hierdoor werken zij niet meer met papieren mappen of snelhechters.

De inspectie leest dat zorgverleners bij cliënten met onbegrepen gedrag de psycholoog hebben ingeschakeld. De psycholoog heeft een signaleringsplan met benaderingswijze opgesteld. In de rapportages leest de inspectie dat zorgverleners rapporteren over het gedrag van de cliënt en over de interactie tussen henzelf en de cliënt.

De inspectie leest en hoort dat de zorg de gesignaleerde risico's en inzet van VBM's periodiek evalueert in een MDO. Het verslag daarvan is aanwezig in het dossier.

Norm 2.3

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels** aan deze norm.

Deze norm is tijdens dit vervolgbezoek **niet getoetst**.

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 tijdens het bezoek op 25 september 2018 **niet getoetst**.

De norm is tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens dit vervolgbezoek **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 **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Eemhorst grotendeels** aan deze norm.

Tijdens het vorige bezoek zag de inspectie dat de kennis en kunde van zorgverleners, ondanks de aangeboden scholingen, niet voldoende was. Ook ervoeren zorgverleners een hoge werkdruk.

Tijdens het huidige bezoek ziet de inspectie dat De Eemhorst passende scholing heeft aangeboden. Om de benodigde verbeteringen door te voeren, hebben zorgverleners begeleiding en scholing gehad. De inspectie ziet kennis uit de scholing terug in de praktijk (zie norm 1.1, 1.3, 2.1, 2.2 en 2.7).

De Eemhorst heeft per woning een eigen team van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. De activiteitenbegeleiders werken op alle drie de woningen, evenals de kok. Zij spreiden de activiteiten over de woonboerderijen, om zo de belasting op de huiskamers te verdelen. Zorgverleners vertellen te kijken wel type activiteit past bij de cliënten van een boerderij. Cliënten van de andere boerderijen gaan naar de boerderij waar de activiteit plaatsvindt. Naast de zorg zijn de zorgverleners ook verantwoordelijk voor het wonen en welzijn van de cliënten. Dit betekent dat zorgverleners naast de zorg verantwoordelijkheden hebben voor de huishoudelijke taken zoals schoonmaken, de was en koken. Ook de facilitaire medewerkers voelen zich verantwoordelijk voor het welzijn van de cliënt en denken hierin mee met zorgverleners.

Tegelijkertijd hoort de inspectie dat sommige zorgverleners tijdens piekuren nog steeds een hoge werkdruk ervaren. Zo kan het voorkomen dat er niet altijd toezicht is in de huiskamer als cliënten vroeg willen opstaan. Zorgverleners en coördinatoren zijn hierover in overleg met elkaar.

Norm 2.6

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels** aan de norm.

De norm is tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens dit vervolgbezoek **niet getoetst**.

Norm 2.7

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Eemhorst grotendeels** aan deze norm.

Tijdens de vorige bezoeken zag de inspectie dat zorgverleners niet op de hoogte waren van de afspraken rondom het multidisciplinair werken. Ook volgden zorgverleners behandelopdrachten niet altijd op.

Tijdens het huidige bezoek ziet de inspectie dat afspraken rondom het multidisciplinair werken zijn vastgelegd en bekend zijn onder zorgverleners. Behandelaren zijn nauw betrokken bij De Eemhorst. Zo zijn behandelaren betrokken bij het vaststellen van de wilsbekwaamheid van cliënten en bij de inzet van VBM's (zie norm 1.3 en 2.1). Ook zijn behandelaren nu structureel aanwezig bij De Eemhorst zoals bij een artsensite, een gedragsvisite en het halfjaarlijkse MDO. In afspraken is vastgelegd wat de verantwoordelijkheid is van iedere discipline.

Ook vertellen zorgverleners behandelaren laagdrempelig in te kunnen schakelen. Zo sluiten behandelaren op verzoek van een team, indien nodig, aan bij het teamoverleg. Daarnaast hoort de inspectie dat de psycholoog bij meerdere cliënten is betrokken. In het cliëntdossier ziet de inspectie deze betrokkenheid in die gevallen terug in benaderingsplannen. Behandelaren werken in hetzelfde ECD als de zorgverleners. In de rapportage van zorgverleners ziet de inspectie een rapportage van de huisarts.

Tegelijkertijd hoort de inspectie van gesprekspartners dat sommige behandelaren niet altijd op één lijn zitten met De Eemhorst wat betreft de inzet van psychofarmaca. Zo schrijft een behandelaar in een e-mail aan De Eemhorst het niet noodzakelijk te vinden gedragsanalyse en gedragsinterventie in te zetten voor overgegaan kan worden tot het voorschrijven van psychofarmaca om het gedrag van een cliënt te beïnvloeden (onrust weg te nemen). Dit strookt niet met de geldende veldnorm. De Eemhorst is bekend met de veldnorm en wil zich hieraan ook houden. Ook is er nog steeds een verschil tussen de inzet en betrokkenheid van behandelaren tussen de verschillende woonboerderijen. De inspectie leest dat een bepaalde woonboerderij van zichzelf vindt dat ze genoeg kennis in huis hebben, waardoor ze de psycholoog minder vaak betrekken.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1¹

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels** aan de norm.

De norm is tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens dit vervolgbezoek **niet getoetst**.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels** aan deze norm.

Deze norm is tijdens dit vervolgbezoek **niet getoetst**.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Eemhorst** aan deze norm.

Bij de vorige bezoeken zag de inspectie dat de kwaliteitsverbeteringscyclus niet voldoende navolgbaar was. Ook ontbrak het aan (operationele) aansturing van de drie boerderijen.

Tijdens het huidige bezoek ziet de inspectie dat De Eemhorst hard heeft gewerkt aan het op orde krijgen van de kwaliteit van zorg. De inspectie leest in de documenten dat er op een aantal terreinen kennis is opgedaan bij externe deskundigen om de kwaliteitsverbeteringscyclus juist in te richten. De Eemhorst heeft externe deskundigen ingehuurd, omdat kennis op bepaalde zaken ontbrak. Samen met externe deskundigen, behandelaren en zorgverleners heeft het management een plan van aanpak geschreven, uitgevoerd en geëvalueerd. De inspectie ziet dat

zaken uit het resultaatsverslag terugkomen in de praktijk. Zo heeft De Eemhorst het beleid rondom VBM's gewijzigd (zie ook norm 1.1, 1.3 en 2.1). Dit gewijzigde beleid ziet de inspectie terugkomen in cliëntdossiers. Ook heeft De Eemhorst een handleiding opgesteld over het methodisch werken. De afspraken uit deze handleiding ziet de inspectie terug in de cliëntdossiers (zie ook norm 2.2).

De inspectie leest in de documenten dat er nagedacht is over de aansturing van De Eemhorst. Zo staat er ten tijde van het inspectiebezoek een vacature open voor een nieuwe zorgmanager. Ook hebben, ten opzichte van het vorige bezoek, de zorgcoördinatoren een duidelijke positie binnen de aansturing van de drie teams. De drie zorgcoördinatoren hebben wekelijks afstemming met elkaar over de kwaliteit van zorg op de verschillende woonboerderijen.

De inspectie leest en hoort dat De Eemhorst interne en externe audits uitvoert om de kwaliteit van zorg te toetsen en te verbeteren. In verslagen leest de inspectie dat in een enkel cliëntdossier zorgverleners niet op het juiste doel rapporteren of dat in het zorgleefplan geen opvolging werd gegeven aan een geconstateerd risico.

Norm 3.4

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

Volgens de inspectie **voldeed De Eemhorst** tijdens het bezoek op 25 september 2018 **grotendeels niet** aan de norm.

Tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 **voldeed De Eemhorst grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet De Eemhorst** aan deze norm.

Bij de vorige bezoeken zag de inspectie dat er veel verschillen waren tussen de boerderijen en dat gesprekspartners niet goed konden vertellen wat de werkafspraken waren. Er was onvoldoende in beeld welke kennis aanwezig was bij het management.

Tijdens het huidige bezoek ziet de inspectie dat De Eemhorst heeft geïnvesteerd in het verbeteren van de lerende cultuur. De drie zorgcoördinatoren hebben een duidelijke positie binnen het team. Gesprekspartners geven aan steun te hebben aan de sturing van de zorgcoördinatoren. Daarnaast hoort de inspectie van zorgverleners dat zorgverleners elkaar kunnen aanspreken op wat goed en niet goed gaat. Er zijn verschillende verdiepingssessies voor teambuilding geweest. Ook oefenen zorgverleners met het geven en ontvangen van feedback.

Het management van De Eemhorst heeft kennis opgedaan over een aantal doelgroepspecifieke thema's. Het gaat hier om onderwerpen als methodisch werken, vrijheidsbeperking en onbegrepen gedrag. De inspectie ziet en hoort daarnaast ook bij dit bezoek dat het management gebruik maakt van kennis die zorgverleners hebben. Zo heeft de zorgverlener, die eerder afwijkend methodisch werkte, een sleutelrol gehad in de verbeteringslag die De Eemhorst heeft gemaakt. Ook de expertise van behandelaren gebruikt De Eemhorst om het leren verder te verbeteren. De huisartsen, SO en psycholoog zijn betrokken bij beleidsontwikkeling en bij scholing en reflectie van zorgverleners.

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 tijdens het bezoek op 25 september 2018 niet getoetst.

De norm is tijdens het vervolgbezoek op 25 juni 2019 niet getoetst.

Deze norm is tijdens dit vervolgbezoek niet getoetst.

Bijlage 1 Methode

De inspectie toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door De Eemhorst 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 zeven uitvoerende medewerkers;
- Gesprekken met het management(team);
- Zes cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage 2.

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

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

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

Uitleg observatiemethode SOFI

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

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

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

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

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

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Overzicht van zorgprofielen van cliënten van de te bezoeken locatie;
- Overzicht van fte's van zorgmedewerkers en behandelaars op de bezochte locatie;
- Jaarplan 2019;
- Resultaatsverslag;
- Kwaliteitsverslag 2018;
- Handboek methodisch werken;
- Auditverslag;
- Visie vrijheidsbeperking;
- Visie Wils(on)bekwaamheid;
- Opendeuren beleid van De Eemhorst;
- Afspraken met behandelaren;
- Advies dossierimplementatie ONS;
- Overzicht ziekteverzuim en personeelsverloop;
- In- en exclusiecriteria en opnamebeleid;
- Visie en kernwaarden;
- Overzicht van scholing;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie.