



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Livio, locatie De Cromhoff
in Enschede op 26 september 2017

Utrecht, januari 2018

V2000281

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving De Cromhoff 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
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 10
4.2.1	Resultaten 10
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 13
4.3.1	Resultaten 13
Bijlage 1 Methode 16	
Bijlage 2 Beoordeelde documenten 18	

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg, thans Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting, heeft op 26 september 2017 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Livio, locatie Verpleeghuis De Cromhoff (hierna: De Cromhoff) in Enschede.

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

Aanleiding voor het inspectiebezoek is dat de inspectie Stichting Livio al enige tijd niet meer heeft bezocht. De inspectie heeft voor De Cromhoff gekozen, omdat zij een aantal meldingen heeft ontvangen van en over De Cromhoff. Deze meldingen zijn in een apart traject afgehandeld. De Cromhoff heeft naar aanleiding van de meldingen verbetermaatregelen getroffen. Doel van het inspectiebezoek is te beoordelen of De Cromhoff voldoet aan de normen voor goede en veilige zorg.

1.2 Beschrijving De Cromhoff

Verpleeghuis De Cromhoff maakt deel uit van Stichting Livio. Livio heeft in Enschede, Haaksbergen, Berkelland en omgeving twee verpleeghuizen en negen woonzorgcentra. Ook biedt Livio thuiszorg aan. Daarnaast heeft Livio zeven kleinschalige woonvormen voor verschillende doelgroepen.

De Cromhoff ligt dicht bij het centrum van Enschede. Het verpleeghuis heeft twee afdelingen voor cliënten met somatische zorgvragen, drie afdelingen voor cliënten met psychogeriatrische (pg) zorgvragen en één revalidatieafdeling. Op deze afdelingen wonen maximaal 30 cliënten. Iedere afdeling heeft een aantal ruime huiskamers.

Er is ook een woongroep voor cliënten met een migratieachtergrond die behoefte hebben aan cultuursensitieve zorg. Daarnaast is er een tijdelijke opname afdeling voor revaliderende cliënten die tijdelijk beschermde zorg- en woonomgeving nodig hebben.

Cliënten kunnen hun kamer zelf inrichten. De inrichting van de huiskamers is deels afgestemd op de belevingswereld van de doelgroep. Rondom de pg-afdeling op de begane grond ligt een lichte, ruime beleefgang. Voor de inrichting heeft de Cromhoff een deskundige ingeschakeld. Ook heeft men overlegd met familie van bewoners. In de beleefgang zijn zitjes gecreëerd en er staat een tovertafel. Er staat een 'zuil der herinnering' met voorwerpen uit de vijftiger jaren en foto's van oud Enschede. Eén van de hoekjes is ingericht als moeder-kindhoek, één als religieuze hoek en één als natuurhoek. Aan de leuning hangen gekleurde zakken. Bewoners kunnen hier spullen in stoppen of er weer uit halen. In een binnenplaats staan twee groenten- en

plantenbakken voor de bewoners. Medewerkers willen er ook een klussenbak neerzetten.

De Cromhoff heeft een restaurant waar bewoners en hun familie kunnen eten. Een manager Zorg en Verblijf stuurt de locatie aan.

Zorgverlening

Cliënten op de pg-afdelingen hebben een zorgzwaartepakket (ZZP) 5 of 7. De meeste cliënten op de somatische afdelingen hebben een ZZP 6, 7 of 8.

De afdelingen zijn gesplitst in twee of drie clusters met drie teams om het kleinschalig wonen te bevorderen. Alle teams hebben een eerst verantwoordelijk verzorgende (EJV) en een verpleegkundige.

In De Cromhoff werken EJV's (9,83 fte), verzorgenden IG (73,73 fte), verpleegkundigen (4,9 fte), medewerkers dagzorg (2,66 fte) en meerdere zorgondersteuners (0,94 fte). Er werken ook leerlingen en studenten niveau 3, 4 en 5. Per dienst is er één verpleegkundige voor de twee afdelingen somatiek en één verpleegkundige voor de drie pg-afdelingen. Daarnaast is er één verpleegkundige voor de revalidatieafdeling.

Livio heeft een medische en paramedische dienst. De (para)medische zorg wordt geleverd door specialisten ouderengeneeskunde, een verpleegkundig specialist, een gezondheidszorgpsycholoog en paramedici. Daarnaast is een muziektherapeut beschikbaar. Een sociaal cultureel werker organiseert centrale activiteiten. Op de afdelingen ondernemen activiteitenbegeleiders activiteiten met (groepen) cliënten.

Ontwikkelingen in de organisatie

De Cromhoff voert professionele zorgteams in. Dit betekent dat zorgteams zelfstandig gaan werken. Er zijn sinds juli 2017 geen teamleiders meer. De teams krijgen ondersteuning van een Coach & Coördinator (C&C). Er is één C&C voor de afdelingen somatiek en één C&C voor de pg-afdelingen. Uitgangspunt is het vergroten van de zeggenschap van zorgmedewerkers. De teams gaan werken met teamrollen. Die moeten per 1 januari 2018 ingevuld zijn. Er is een teamrol kwaliteit, een teamrol medewerker, een teamrol cliënt en een teamrol bedrijfsvoering. De Cromhoff start ook met de implementatie van 'Mijn Plan'. Dit is een hulpmiddel waarmee men samen met de cliënt en diens familie de benodigde zorg en ondersteuning in kaart brengt.

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 De Cromhoff. 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

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



2.2 Wat gaat goed

Binnen de Cromhoff is veel aandacht voor het welzijn en welbevinden van de cliënt en voor een grotere invloed van cliënten en mantelzorgers op de zorgverlening en ondersteuning. Livio presenteert zichzelf als een lerende organisatie. In de Cromhoff is dit aantoonbaar. Voorwaarden voor leren en verbeteren zijn aanwezig. Het kwaliteitssysteem functioneert goed en De Cromhoff heeft in beeld wat nog verbeterd kan worden.

2.3 Wat kan beter

Zorgverleners kunnen meer aandacht besteden aan cliënten die uit zichzelf geen of weinig aandacht vragen. Ook kunnen medewerkers cliënten meer keuzemogelijkheden aanbieden. Meer kennis over de levensgeschiedenis van de cliënt kan daarbij helpen. De werkverdeling vraagt meer aandacht. Zorgmedewerkers ervaren een hoge werkdruk door de invoering van het werken in professionele zorgteams. Door middel van deze teams wil De Cromhoff beter en sneller gehoor geven aan de behoeften en wensen van de cliënt. Dit doel kan in de knel komen door de ervaren hoge werkdruk.

2.4 Wat moet beter

Het methodisch werken en de verslaglegging daarvan in het dossier moet verbeteren. Door tekortkomingen in het dossier en niet tijdig inschakelen van andere disciplines is er een risico dat cliënten niet altijd de meest passende zorg krijgen.

2.5 Conclusie bezoek

De Cromhoff voldoet (grotendeels) aan vrijwel alle beoordeelde normen. De Cromhoff investeert in de kwaliteit van de zorgverlening en het geven van belevingsgerichte zorg.

De inspectie heeft vertrouwen in het management en de verbeterkracht. Zij gaat er daarom vanuit dat de Cromhof zal voldoen aan alle beoordeelde normen voor goede zorg.

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 dat De Cromhoff binnen een half jaar na het inspectiebezoek zal voldoen aan norm 2.2 'Zorgverleners werken methodisch, passend bij hun functieniveau. Dit hele proces wordt inzichtelijk vastgelegd in het cliëntdossier.'

De inspectie gaat ervan uit dat De Cromhoff verbeteracties in gang zet om ook te voldoen aan de normen waaraan De Cromhoff 'grotendeels' voldoet.

De inspectie verwacht dat Livio de verbetermaatregelen waar nodig ook op andere locaties doorvoert.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie concludeert dat de zorg die De Cromhoff biedt op dit moment van voldoende kwaliteit is met uitzondering van het (vastleggen van) het methodisch werken. De inspectie gaat ervan uit dat De Cromhoff de noodzakelijke verbeteringen zal realiseren. Zij sluit met dit rapport het inspectiebezoek aan De Cromhoff af.

Dit betekent dat de inspectie in 2018 De Cromhoff 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 inspectie scoorde tijdens het bezoek of De Cromhoff 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 **voldeet aan de norm**

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie/afdeling **voldeet 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 **voldeet 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 1.1¹

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

Volgens de inspectie **voldeet De Cromhoff** aan deze norm.

Gesprekspartners vertellen dat de EVV vóór het multidisciplinair overleg (MDO) het zorgplan bespreekt met de cliënt en diens familie. De EVV nodigt de cliënt en de naaste familie uit voor het halfjaarlijkse MDO. In het MDO bespreken de zorgverleners het zorgplan en het behandelplan. Na het MDO tekent de cliënt of zijn eerste vertegenwoordiger beide plannen. Als er tussentijds veranderingen zijn, overleggen zorgverleners hierover met de cliënt en zijn vertegenwoordiger. De inspectie hoort dat Livio start met de implementatie van 'Mijn Plan' (zie hoofdstuk 1, § 1.2). Daarmee krijgen cliënten en hun informele netwerk meer invloed op de invulling van de zorg en ondersteuning.

Norm 1.2¹

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

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.

Volgens de inspectie **voldoet De Cromhoff grotendeels** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat vaste zorgmedewerkers goed op de hoogte zijn van de zorgbehoeften, mogelijkheden en beperkingen van hun cliënten. Zo vertelt een zorgmedewerker dat een cliënt met bewegingsdrang gebruik maakt van een trippelstoel. Zij trippelt veel, maar gaat daar soms te lang mee door. De zorgmedewerker vertelt dat zij deze cliënt dan moet afremmen.

De Cromhoff zet zo nodig interne of externe invalkrachten in. Voor het leren kennen van de cliënt kunnen zij het elektronisch cliëntdossier (ECD) raadplegen. Maar in het ECD is informatie over de levensgeschiedenis van de cliënt niet makkelijk te vinden. In een dossier dat de inspectie inziet staat informatie over de levensgeschiedenis in de rapportage van de opname. Bij de dossierinzage blijkt verder dat de informatie over de levensgeschiedenis beperkt is. Gesprekspartners vertellen dat De Cromhoff dit wil verbeteren, onder andere door familie te vragen een levensboek te maken.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet De Cromhoff grotendeels** aan deze norm.

Zorgmedewerkers en activiteitenbegeleiders informeren de cliënten over dagbestedingsmogelijkheden. De inspectie ziet in een van de huiskamers een bord met het activiteiten aanbod. Cliënten kunnen kiezen aan welke activiteiten zij meedoen. Er is een groep vrijwilligers die groepsactiviteiten organiseert met cliënten. Zo nemen zij cliënten die dat willen mee uit wandelen. Ook komen iedere vier weken clowns langs bij de cliënten. Gesprekspartners vertellen dat cliënten dit erg leuk vinden.

Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners nagaan welke ondersteuning cliënten nodig hebben bij het voeren van regie. Een cliënt die graag met de scootmobiel naar buiten gaat maar dan verdwaald heeft een GPS gekregen. Voor een cliënt die van muziek houdt heeft men een iPod geregeld.

Verschillende gesprekspartners geven aan dat zorgmedewerkers veiligheidsrisico's afwegen tegen kwaliteit van leven en het voeren van eigen regie. Zo hoort de inspectie dat zorgmedewerkers bij een cliënt met een verhoogd valrisico interventies uitprobeerden zoals een valmat. De maatregelen hadden onvoldoende effect. In overleg met de familie van de cliënt besloot men het valrisico te accepteren.

Op een van de pg-afdelingen hoort de inspectie dat zorgmedewerkers iedere ochtend een 'dagfoto' maken: zij brengen in kaart wat de bewoners de betreffende dag kunnen en willen doen en wat dat betekent voor de zorgverlening.

Zorgmedewerkers vertellen dat cliënten geen keuzes hebben bij het warme eten. Ook is het volgens zorgmedewerkers op de somatiek afdeling voor cliënten niet mogelijk om op hun kamer of op een andere tijd te eten.² Tijdens observaties in verschillende huiskamers ziet de inspectie dat cliënten niet zelf de warme maaltijd op kunnen scheppen. Een vrijwilligster schept het eten op uit bakken die op een aparte kar staan. Een zorgmedewerkster op een PG afdeling vertelt dat dit zo gebeurt omdat de bakken waarin de warme maaltijd aangeleverd wordt erg heet zijn.³

Norm 1.4

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

2 In haar reactie op het conceptrapport merkt de raad van bestuur op: "Er zijn maaltijdcomponenten waaruit cliënten kunnen kiezen. De keuze is er dus wel als een cliënt iets niet lust of juist wel graag lust." Ook merkt de raad van bestuur op dat cliënten op de afdeling somatiek wel op de kamer kunnen eten.

3 In haar reactie op het conceptrapport merkt de raad van bestuur op dat op een andere afdeling wel schalen op tafels worden gezet.

Volgens de inspectie **voldoet De Cromhoff grotendeels** aan deze norm. Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgmedewerkers op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven aan cliënten. Zo noemt een zorgmedewerker één cliënt bij zijn voornaam en een andere bij zijn achternaam. Bij navraag blijkt dat zij dit beiden graag zo hebben. Hoewel zorgmedewerkers druk zijn met het voorbereiden van de lunch maken zij wel tijd om een praatje te maken met cliënten. Behandelaars vertellen dat zorgmedewerkers goed non verbaal kunnen communiceren met hun cliënten. Zij merken dat cliënten zich daardoor begrepen en gehoord voelen. De beleefgang op de begane grond sluit aan bij de beleefwereld en het verleden van pg-clieñten. Wel ziet de inspectie in van de huiskamers op de somatiekafdeling dat zorgmedewerkers vooral aandacht besteden aan cliënten die om aandacht vragen. Cliënten die niet meer kunnen spreken of rustiger zijn krijgen minder aandacht.

Norm 1.5

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

De norm is **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 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 continue 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 opleveren.
- 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 Cromhoff grotendeels** aan deze norm. Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt betrekken bij het maken van professionele afwegingen. Ook ondernemen zij actie als de situatie van de cliënt daarom vraagt. Zo vertelt een zorgmedewerker dat een cliënt graag met haar scootmobiel naar buiten gaat. De cliënt verdwaalt vaak tijdens deze uitstapjes. In overleg met behandelaars en familie gebruikt deze cliënt nu een GPS.

Zorgverleners vertellen dat zij, vóór zij vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen, eerst andere interventies uitproberen. Dat geldt ook voor gedragsregulerende medicatie. Zij bespreken het al of niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in een multidisciplinair overleg.

Uit gesprekken blijkt wel dat zorgmedewerkers niet in alle situaties professionele afwegingen maken. Bijvoorbeeld als het gaat om het voorkómen van incontinentie. Zo zijn zorgmedewerkers nog vooral bezig met wat ze moeten doen als een cliënt eenmaal incontinent is. De fysiotherapeut stimuleert hen meer naar oorzaken van incontinentie te kijken en preventief te werken. Ook blijkt uit gesprekken dat zorgmedewerkers soms te lang wachten met het inschakelen van andere disciplines.

Norm 2.2

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

De Cromhoff **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

Uit gesprekken blijkt dat medewerkers niet altijd methodisch werken. Zie het voorbeeld over het voorkomen van incontinentie bij norm 2.1. Daarnaast is het methodisch werken in het ECD niet goed te volgen. Zo staan in het zorgplan algemeen geformuleerde doelen. Of de acties toereikend zijn is daardoor niet inzichtelijk. Een voorbeeld is het doel: 'de cliënt het gevoel geven dat hij erbij hoort'. De enige actie luidt: 'de cliënt altijd op woongroep drie laten eten'. Zorgmedewerkers kunnen via het zorgplan rapporteren op doelen. De rapportages die de inspectie inziet zijn echter niet gekoppeld aan doelen en acties. Zij zijn genoteerd in een leeg veld dat niet is gekoppeld aan een doel in het zorgplan. Informatie over de levensgeschiedenis van de cliënt is beperkt aanwezig. Ook is niet zonder meer duidelijk waar deze informatie te vinden is. Gesprekspartners vertellen dat het ECD-systeem niet goed functioneert. Livio ontwikkelt daarom een nieuw ECD. Dit ECD moet ook het belevingsgericht werken beter ondersteunen. De inspectie ziet in de dossiers wel ingevulde risicosignaleringen en zorgplannen met problemen, doelen en acties. Zorgverleners bespreken de gesignaleerde risico's en andere onderwerpen in het MDO. Zij verwerken de afspraken in het zorgplan. De inspectie ziet in een ECD ook dat bij een cliënt sprake is van een geaccepteerd valrisico. De overwegingen zijn benoemd.

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 Cromhoff** aan deze norm.

Iedere zes weken vindt er een teamoverleg plaats. De teams bepalen zelf wat zij hier bespreken. Ieder team volgt een training oplossingsgerichte interventie methode (OIM). Aan de hand van deze methode bespreken zorgmedewerkers ingewikkelde casussen. Behandelaars vertellen dat zij op de afdelingen aanwezig te zijn om cliënten en zorgmedewerkers te observeren. Zorgmedewerkers brengen vragen over cliënten met onbegrepen gedrag in tijdens het omgangsoverleg met de psycholoog. Verder geven zorgmedewerkers aan dat zij binnen het team regelmatig met elkaar praten over moeilijke momenten.

Gesprekspartners vertellen dat De Cromhoff gaat werken met teamrollen (zie hoofdstuk 1 § 1.2). Per team zijn er vier rollen: kwaliteit, cliënt, medewerker en bedrijfsvoering. In de teamrol 'kwaliteit' staan goede en veilige zorg en participatie van de cliënt en mantelzorger centraal. Het teamlid met de teamrol 'medewerker' moet letten op het geven en ontvangen van feedback en de voortgang van het ontwikkelplan. De C&C ondersteunt de zorgmedewerkers in hun rollen.

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 Cromhoff grotendeels** aan deze norm.

Livio heeft een eigen Livio Academie, die jaarlijks meer dan 1000 scholingen op diverse gebieden verzorgt. Uit gesprekken en documenten blijkt dat Livio een Leermanagement systeem (LMS) heeft opgezet. Iedere zorgmedewerker krijgt jaarlijks een individueel opleidingsaanbod met verplichte en gewenste scholingen. Behandelaars vertellen dat de Livio Academie inventariseert welke scholing nodig is. Behandelaars leveren hier een aandeel in. Bijvoorbeeld bij de onderwerpen psychogeriatric, belevingsgerichte zorg en Wet Bopz.

Verschillende gesprekspartners vertellen dat De Cromhoff veel aandacht besteedt aan scholing in belevingsgerichte zorg. Teams volgen hiervoor scholingstrajecten waarin theorie gekoppeld wordt aan praktijk.

Voor iedere afdeling is zes tot negen uur per week activiteitenbegeleiding beschikbaar. De activiteitenbegeleider biedt individueel of in kleine groepjes activiteiten aan. Zo gaat zij met een klein groepje mannen vissen. Verder zijn er sociaal cultureel werkers die organisatiebrede activiteiten organiseren.

Uit gesprekken en inzage in documenten blijkt dat De Cromhoff de inzet van uren afstemt op de zorgbehoefte, uitgedrukt in ZZP's. In de toekomst krijgt ieder team een dashboard waarop zij kunnen zien hoeveel uur zij kunnen inzetten. Op basis van deze informatie kunnen zij roosters maken. Als de zorgzwaarte toe of afneemt, kan het team de inzet van zorgmedewerkers daarop aanpassen.

Zorgmedewerkers vertellen dat zij een hoge werkdruk ervaren. Als er cliënten opgenomen worden met meer complexe problemen is het moeilijk om de zorg te bieden die nodig is. Ook geven zij aan dat er geen tijd is om welzijnsactiviteiten te doen met cliënten. Zij moeten dit overlaten aan stagiaires. Gesprekspartners vertellen dat de zorgteams de overstap naar zelfstandig werken groot vinden. Het kost hen tijd en energie. Zorgmedewerkers vertellen dat de werkdruk hoger wordt door de taken die zij erbij krijgen.

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 De Cromhoff grotendeels** aan deze norm.

Zowel behandelaars als zorgmedewerkers geven aan dat de communicatielijnen kort zijn. Behandelaars vertellen dat zij de zorgteams actief opzoeken om hen te

ondersteunen. Zij betrekken zorgmedewerkers bij de behandeling en er zijn protocollen aanwezig die deze samenwerking bevorderen. Zo gebruiken zij een besluitvormingsprotocol voor vrijheidsbeperking als zij overwegen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Zorgverleners bespreken cliënten met onbegrepen gedrag in omgangsoverleggen. Bij een nieuwe opname krijgt iedere behandelaar een e-mail en waar nodig komen zij langs. De taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundig specialist is volgens gesprekspartners duidelijk en vastgelegd.

Behandelaars geven wel aan dat zorgmedewerkers niet altijd tijdig andere disciplines inschakelen. Het signalerend vermogen wisselt. Zorgmedewerkers komen niet altijd met vragen als zij wel daarmee zouden moeten komen. Ook weten zij niet altijd bij wie ze terecht kunnen met hun vragen.

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

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

Volgens de inspectie **voldoet De Cromhoff** aan deze norm.

Op de website van Livio staat dat het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren en een positief mensbeeld uitgangspunt zijn van de zorg.

Gesprekspartners vertellen dat Livio een nieuwe visie ontwikkelt waarin het welzijn van de cliënt centraal staat. Livio gebruikt voor de implementatie van deze visie onder andere het hulpmiddel 'Mijn Plan' (zie ook hoofdstuk 1 § 1.2). 'Mijn Plan' bestaat uit drie onderdelen die de cliënt en/of zijn familie in moeten vullen: 'Mijn Welbevinden', 'Mijn Indicering' en 'Mijn Arrangement'. Aandacht voor het welbevinden van de cliënt is een belangrijk onderdeel van 'Mijn Plan'. Livio heeft een eerste pilot gedraaid met 'Mijn Plan' op een andere locatie.

Gesprekspartners vertellen dat Livio het welzijn en welbevinden van de cliënt ook meer aandacht wil geven door te werken met professionele zorgteams. Hierdoor krijgen zorgmedewerkers meer zeggenschap over hun werk en meer regelruimte. Zij kunnen daardoor beter en sneller gehoor geven aan de behoeften en wensen van de cliënt.

Het management vertelt dat men zorgmedewerkers stimuleert om cliënten en hun familie te vragen waar de cliënt blij van wordt.

De inspectie hoort verder dat Livio cliënten en familie betreft bij het ontwikkelen en implementeren van de visie. Dit is onder andere gebeurd tijdens een familieavond. Uit gesprekken en zorgdossiers blijkt dat zorgmedewerkers aandacht besteden aan de veiligheid van cliënten (zie ook de toelichting bij norm 1.3).

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet De Cromhoff** aan deze norm.

Medewerkers melden incidenten via het cliëntdossier. Eén teamlid per team screent wekelijks de MIC-meldingen. Hierbij kijkt dit teamlid naar eventuele bijzonderheden die direct aandacht behoeven. MIC-meldingen gaan ook naar de verpleegkundige dienst.

Een zorgmedewerker vertelt dat als een incident vaker plaatsvindt, de verpleegkundige dit bespreekt tijdens de artsensite. Arts en verpleegkundige analyseren de melding om somatische oorzaken uit te sluiten. Hierna kijken zij naar mogelijke andere oorzaken.

Gesprekspartners vertellen dat de MIC-meldingen aan de orde komen in het zeswekelijkse teamoverleg. Het team bespreekt mogelijke oorzaken en hoe men de incidenten kan voorkomen. Medewerkers noemen een aantal verbeteracties naar aanleiding van de MIC. Bijvoorbeeld het toepassen van een valmat, sensor of hooglaag bed en het inschakelen van de ergotherapeut.

De inspectie ziet een overzicht van de klachten, MIC-meldingen, MIM-meldingen en Middelen en Maatregelen van 1 januari 2016 tot juli 2017. De afdeling kwaliteit verwerkt de informatie ieder kwartaal in de 'Rapportage Zorg & Verblijf'. In de managementrapportage voor de raad van bestuur en het managementteam staan adviezen, verbetervoorstellen of preventieve oplossingen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet De Cromhoff** aan deze norm.

Het management krijgt wekelijks, maandelijks en per kwartaal management informatie.

Zo vindt ieder half jaar per team een interne audit plaats. Deze audits zijn gebaseerd op de normen die de inspectie toetst en op bevindingen uit cliënttevredenheidsonderzoeken. De resultaten zijn weergegeven met een kleur: donkergroen, lichtgroen, geel of rood. Als een team lichtgroen, geel of rood scoort is het team verplicht de risico's op te heffen. Dit doen zij door zelf verbeterplannen te maken op ieder onderdeel waaraan zij niet (volledig) voldoen. Bij de her-audit van een half jaar later moeten de verbeteringen zichtbaar zijn. Het teamlid met de teamrol kwaliteit is verantwoordelijk voor het verbeterplan.

De inspectie ziet een aantal van deze verbeterplannen. Ook ziet de inspectie de resultaten van de audit die tussen augustus 2016 en april 2017 plaatsvond en een deel van de resultaten van de her-audit. Deze vindt plaats tussen augustus 2017 en oktober 2017. Er is al een groot aantal verbeteringen bereikt en de PDCA-cyclus is zichtbaar. Uit gesprekken met zorgmedewerkers blijkt dat zij actief bezig zijn met het uitvoeren van hun verbeterplannen. Zij voelen zich hierbij betrokken. De inspectie ziet ook een evaluatie van een pilot van 'Mijn Plan' die op een andere locatie van Livio uitgevoerd is.

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 Cromhoff** aan deze norm.

De zorgteams gaan werken met teamrollen. Daarmee worden de teamleden medeverantwoordelijk voor leren en verbeteren. Het teamlid met de teamrol 'kwaliteit' moet zorgen voor een verbetercultuur binnen het team. Onder andere door het stimuleren van collega's om een persoonlijk ontwikkelplan te maken en het organiseren van intervisie. Het teamlid met de teamrol 'medewerker' heeft een rol in

het stimuleren van het geven en ontvangen van feedback. Zorgmedewerkers krijgen bij het invullen van hun rol ondersteuning van de C&C.

Zorgmedewerkers vertellen dat zij hechte teams hebben, waarin zij elkaar makkelijk kunnen aanspreken. Zij overleggen met elkaar en in ingewikkelde situaties vragen zij elkaar om ondersteuning. Alle gesprekspartners benoemen dat de onderlinge samenwerking goed en laagdrempelig is.

Het management draagt uit dat medewerkers fouten mogen maken en betreft de zorgteams bij het realiseren van zorginhoudelijke verbeteringen. Zie ook de toelichting bij norm 3.3.

Norm 3.5

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.

Deze norm is voor De Cromhoff 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 De Cromhoff 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:

- cliënten in verschillende huiskamers;
- een cliëntvertegenwoordiger;
- observaties van cliënten in verschillende huiskamers;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers van verschillende afdelingen;
- gesprekken met een specialist ouderengeneeskunde, GZ psycholoog, muziektherapeut en fysiotherapeut;
- gesprekken met de manager zorg en verblijf, de adviseur zorg thuis, de manager kwaliteit en de bestuurder;
- een aantal cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door De Cromhoff.

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 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

- Overzicht personeel en personele bezetting van de Cromhoff op 26-09-2017;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop Livio, print 26-09-2017;
- Overzicht van zorgprofielen van cliënten van De Cromhoff, print 26-09-2017;
- Overzicht aantal leerlingen Livio, print 26-09-2017;
- 'Melding Incidenten Cliënten' Livio, d.d. 12-07-2017;
- 'Calamiteitenprocedure' Livio, d.d. 13-07-2017;
- Teamrollen, Coaches en Supervisors: We zijn er wanneer nodig, print 26-09-2017;
- Teamrol kwaliteit, versie 24-08-2017;
- Teamrol cliënten, versie 21-08-2017;
- Teamrol medewerker, versie 29-08-2017;
- Teamrol bedrijfsvoering, versie 21-08-2017;
- Visie Stichting Livio op de website;
- Het verhaal van Livio: we zijn er wanneer nodig, ongedateerd;
- Het verhaal van Livio: Mijn Plan, ongedateerd;
- Het verhaal van Livio: Mijn Team, ongedateerd;
- Het verhaal van Livio: Samen bij Livio, ongedateerd;
- Mijn Plan – invulboekje, Mijn Welbevinden, ongedateerd;
- Evaluatie polit Mijn Plan Bleekhof, d.d. december 2016;
- Auditplan 2017/2018, d.d. februari 2017;
- Documenten aangaande interne audits van augustus 2016 – april 2017, print 26-09-2017;
- Documenten aangaande interne heraudits van augustus 2017 – oktober 2017, print 26-09-2017;
- Analyse kwaliteitskader verpleeghuiszorg, print 26-09-2017;
- Rapportages Zorg & Verblijf, d.d. Q1, Q2, Q3 en Q4 2016, Q1 en Q2 2017, print 26-09-2017.