



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Stichting Amie Ouderenzorg,  
locatie Huis in de Duinen  
te Zandvoort  
op 21 maart 2017

Utrecht  
april 2017

## Inhoudsopgave

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding</b>  | <b>3</b>  |
| 1.1      | Aanleiding  | 3         |
| 1.1      | Beschrijving locatie Huis in de Duinen                            | 5         |
| <b>2</b> | <b>Conclusie</b>  | <b>6</b>  |
| 2.1      | Overzicht van de resultaten                                       | 6         |
| 2.2      | Wat gaat goed   | 6         |
| 2.3      | Wat kan beter   | 6         |
| <b>3</b> | <b>Wat zijn de vervolgacties</b>                                  | <b>8</b>  |
| 3.1      | De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht | 8         |
| 3.2      | Vervolgacties van de inspectie                                    | 8         |
| <b>4</b> | <b>Resultaten</b>   | <b>9</b>  |
| 4.1      | Thema Persoonsgerichte zorg                                       | 9         |
| 4.1.1    | Resultaten  | 9         |
| 4.2      | Thema Deskundige zorgverlener                                     | 11        |
| 4.2.1    | Resultaten  | 12        |
| 4.3      | Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid                           | 14        |
| 4.3.1    | Resultaten  | 14        |
| 4.4      | Overige bevindingen   | 16        |
|          | <b>Bijlage 1 Methode</b>  | <b>18</b> |
|          | <b>Bijlage 2 Beoordeelde documenten</b>                           | <b>20</b> |

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 21 maart 2017 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Amie Ouderenzorg. De IGZ bezocht locatie Huis in de Duinen te Zandvoort (hierna: Huis in de Duinen). De inspectie bracht dit bezoek in het kader van het verscherpt toezicht op Huis in de Duinen per 12 oktober 2016.

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 begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een begrippenkader: zie [igz.nl](http://igz.nl).

Tijdens de vorige bezoeken gebruikte de IGZ een ander toezichtinstrument dan bij dit bezoek. Daarom zijn de scoretabellen vanuit de vorige bezoeken niet opgenomen in dit rapport. Met het nieuwe instrument toetst de inspectie de normen die ook met het vorige instrument werden getoetst. De thema's die tijdens het vorige bezoek niet voldeden beoordeelde de inspectie in het nieuwe instrument onder de thema's persoonsgerichte zorg, deskundigheid medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid. Het thema medicatieveiligheid beoordeelde de inspectie hierna onder het kopje overige bevindingen.

De IGZ richtte zich op de somatische en psychogeriatrische (pg) afdelingen van Huis in de Duinen. De afdeling geriatrische revalidatiezorg bleef buiten beschouwing. Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken toetsten de inspecteurs de volgende thema's: Persoonsgerichte zorg, Deskundige zorgverlener en Sturen op kwaliteit en veiligheid.

De inspectie toetste tijdens het bezoek enkele normen op het thema medicatieveiligheid. Tijdens het vorige bezoek bleek dat de medicatieveiligheid op 4 normen niet voldeed aan 'de veilige principes in de medicatieketen'.

Waar de IGZ naar kijkt ligt vast in een toetsingskader: zie [igz.nl](http://igz.nl).

### 1.1 Aanleiding

De inspectie heeft in 2015 en 2016 (op 16 juli 2015, 21 januari 2016 en 31 augustus 2016) bezoeken gebracht aan Huis in de Duinen.

#### *Inspectiebezoek Huis in de Duinen 16 juli 2015*

De zorg die Huis in de Duinen bood, voldeed niet aan 29 van de 35 beoordeelde normen. Op alle getoetste thema's constateerde de inspectie tekortkomingen.

#### *Gesprek met de raad van bestuur en raad van toezicht op 12 oktober 2015*

Tijdens dit gesprek besprak de inspectie de uitkomsten van het inspectiebezoek van 16 juli 2015. De afgelopen jaren waren er diverse bestuurswisselingen en

wisselingen in de dagelijkse leiding van Huis in de Duinen. Het was daarbij niet gelukt om noodzakelijke verbeteringen in te voeren en te borgen. Per 1 september 2015 had Amie een nieuwe bestuurder aangesteld. Deze bestuurder had ervaring met het leidinggeven aan een organisatie met tekortkomingen in de kwaliteit van zorg. De inspectie vertrouwde er op dat deze bestuurder in een periode van zes maanden de benodigde verbetermaatregelen zou treffen zodat aan de normen van goede zorg zou worden voldaan.

#### *Inspectiebezoek Huis in de Duinen 21 januari 2016*

Huis in de Duinen voldeed nog steeds niet aan alle normen. In relatie tot het bezoek van 16 juli 2015 maakte Huis in de Duinen wel een verbetering. Op alle onderdelen zag de inspectie vooruitgang, wat ook tot uiting kwam in de scores. Van de in totaal 32 beoordeelde normen waren er 15 normen op alle thema's die nog steeds niet voldeden. Drie normen die de inspectie niet beoordeelde tijdens het vorige bezoek, konden nu wel beoordeeld worden. Weliswaar voerde Huis in de Duinen verbeteringen door, maar voldeed zij nog steeds niet aan de normen. Daarom gaf de inspectie een verlengde verbetertermijn.

#### *Inspectiebezoek Huis in de Duinen op 31 augustus 2016*

De IGZ stelde op 31 augustus 2016 vast, dat de zorg nog steeds niet voldeed aan 11 van de 15 beoordeelde normen. Het betrof hier onderdelen van de thema's medicatieveiligheid, cliëntdossier en deskundigheid en inzet personeel. Het overleg tussen behandelaren en medewerkers was weliswaar verbeterd, maar van een multidisciplinaire samenwerking volgens de veldnormen was nog geen sprake.

De genomen maatregelen om te voldoen aan de getoetste normen, over een periode van meer dan een jaar, hadden er niet toe geleid dat de zorg in Huis in de Duinen voldoende verbeterde. De IGZ had op basis van deze bevindingen onvoldoende vertrouwen dat de 11 normen tijdig zouden worden nageleefd. De inspectie stelde daarom Huis in de Duinen voor een periode van zes maanden onder verscherpt toezicht.

#### *Gesprek op 6 oktober 2016 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Amie en van Stichting Hervormde Diakonale Huizen (SHDH)*

Op 6 oktober 2016 sprak de IGZ met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Amie Ouderenzorg. Bij dit gesprek waren de voorzitter van de raad van bestuur van SHDH en een lid van de raad van toezicht van de aankomende fusiepartner SHDH aanwezig. Amie begreep het voornemen tot verscherpt toezicht. Na het IGZ-rapport in 2015 leverde Amie veel inspanningen om problemen op te lossen. Amie erkende dat er nog steeds belangrijke tekortkomingen waren.

De bestuurder gaf aan dat een periode van zes maanden voldoende zou zijn om de kwaliteit van zorg in Huis in de Duinen op orde te brengen.

De IGZ ontving naar aanleiding van het bezoek van 31 augustus 2016 aan Huis in de Duinen op 28 september 2016 een resultaatverslag over de medicatieveiligheid. Vervolgens ontving de inspectie op 11 januari en 19 maart 2017 een resultaatverslag, zoals gevraagd in het vastgestelde rapport. Op 22 februari 2017 bracht de inspectie een tussentijdsbezoek aan locatie Bodaan om te zien in hoeverre Amie gevorderd was met het doorvoeren van het verbeterplan voor de hele organisatie.

#### *Organisatieontwikkeling*

Per 1 oktober 2016 stelde Amie opnieuw een nieuwe bestuurder (interim) aan.

De voorgenomen fusie tussen Amie en Stichting SHDH is nog niet geëffectueerd. Op dit moment zijn er nauwe samenwerkingsrelaties tussen Amie en SHDH. Zo is de manager behandelzaken werkzaam voor SHDH en Amie. De cliëntenraad van Amie heeft een aantal keren contact gehad met de cliëntenraad van SHDH. Sinds september 2016 is een teamleider ad interim werkzaam. Deze teamleider draagt nu zijn taken over aan de vaste nieuwe teamleider. De personele inzet veranderde. Sommige medewerkers vertrokken of kregen de kans een verbetertraject te volgen.

## **1.1 Beschrijving locatie Huis in de Duinen**

Huis in de Duinen is een van de locaties van Amie, een organisatie die zorg verleent in drie woonzorgcentra en in de thuissituatie. In totaal werken bij Amie ongeveer 425 medewerkers en zijn 150 vrijwilligers actief.

Huis in de Duinen heeft een Bopz-afdeling met in totaal 21 bewoners. Op het moment van het bezoek waren er 21 cliënten. Daarnaast zijn er afdelingen voor bewoners met een somatische indicatie en/of met pg-problematiek en een afdeling voor pg-revalidatie. Er verbleven op het moment van het bezoek ongeveer 100 bewoners. Huis in de Duinen heeft ruime tuinen voor de bewoners. De cliënten hebben een eigen kamer. Huis in de Duinen heeft een restaurant waar bewoners kunnen eten. Ook familie is welkom.

Amie gaat Huis in de Duinen vernieuwen, waarbij sprake zal zijn van kleinschalige woonvormen. Naar verwachting gaat de nieuwbouw medio 2018 van start.

### *Personeelsbezetting*

De personeelsbezetting op de Bopz-afdeling bestaat uit verzorgenden en helpenden. De dagoudste is minimaal een medewerker niveau 3, op de afdeling werken verder verzorgenden en helpenden.

Op maandag en dinsdag werkt overdag een stagiaire. Een huiskamerdienst is op vier dagen van de week aanwezig. Twee teamleiders sturen de dagelijkse zorg aan in Huis in de Duinen. Huis in de Duinen wil een inhaalslag maken met betrekking tot het niveau van het personeel. Men wil meer niveau 3 medewerkers inzetten.

Regionaal is er echter een structureel tekort aan deze medewerkers. De interim-teamleider vertelde dat hij inmiddels meer niveau drie medewerkers in dienst nam. De afdelingen ontvangen hulp van de activiteitenbegeleidster; zij helpt ook mee bij het ontbijt en houdt toezicht. Daarnaast helpen vele vrijwilligers mee op de afdeling. De vrijwilligers ontvingen werkinstructies.

In Huis in de Duinen werken een psycholoog, een fysiotherapeute en een ergotherapeute. Zij zijn op vaste dagen op de afdelingen aanwezig. Er zijn verschillende behandelende artsen en er is een Bopz-arts. De komende periode breidt Amie de formatie psychologen uit.

Op afdeling Zeebries zijn er drie zorgmedewerkers op 19 cliënten. Er zijn in Huis in de Duinen momenteel zeven verpleegkundigen en twee vacatures voor verpleegkundige. Het is de bedoeling dat er in de toekomst op elke afdeling dagelijks een verpleegkundige is. Over de andere afdelingen heeft de inspectie geen informatie opgevraagd over de bezetting.

### *Deelname aan Waardigheid en Trots*

Huis in de Duinen doet mee met het programma Waardigheid en Trots. Twee coaches werken mee in Huis in de Duinen. Doel van de inzet van de coaches is om bij te dragen aan de borging van kwaliteitsverbeteringen. De coaches werken in samenspraak met de organisatie een nieuwe zorgvisie uit, gebaseerd op de uitgangspunten van Waardigheid en Trots. De coaches werken verder mee aan het op orde brengen van de invoering van persoonsgerichte zorg, de bedrijfsvoering en het toekomstbestendig werken.

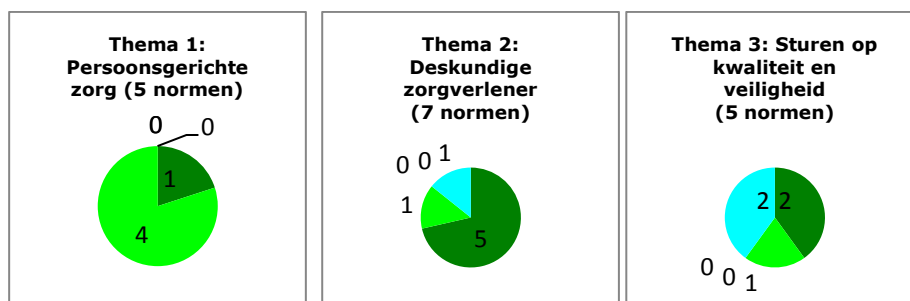
## 2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht hoe de inspectie de zorg beoordeelt die de zorglocatie levert.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Huis in de Duinen. 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

Huis in de Duinen werkt hard aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Medewerkers en management werken eensgezind aan deze uitdaging.

Medewerkers ervaren sturing en leiding en hebben vertrouwen in elkaar en in het bestuur van de organisatie.

De multidisciplinaire samenwerking is zichtbaar en aantoonbaar. Medewerkers spreken elkaar aan op hun handelen en ervaren een open werkklimaat. De bestuurder bevorderde dit proces door in dialoog te gaan met alle lagen in de organisatie.

Huis in de Duinen monitort de verbeterprocessen zorgvuldig en laat zien dat zij een lerende organisatie is. Huis in de Duinen stimuleert het lerend vermogen van medewerkers door in te zetten op deskundigheidsbevordering en betreft medewerkers actief bij het kwaliteitsproces van de locatie.

Huis in de Duinen maakt gebruik van een duidelijke PDCA-cyclus. Uit de resultaatsverslagen blijkt dat de bestuurder ad interim verantwoording aflegt aan de raad van toezicht en aan de inspectie over beleid, kwaliteit, veiligheid en continuïteit.

De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgmedewerkers de voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren. Medewerkers en behandelaren zijn eensgezind en met hart voor de zaak bezig met het leveren van goede zorg en behandeling. De intrinsieke motivatie om te leren is aanwezig en meerdere medewerkers geven aan hier met zijn allen voor te willen gaan.

### 2.3 Wat kan beter

Huis in de Duinen moet zich nu richten op de borging van de behaalde resultaten. Op het thema medicatieveiligheid liet Huis in de Duinen al zien hoe zij verbetermaatregelen doorvoert en borgt. Medewerkers vertellen dat zij warme en cliëntgerichte zorg geven. Zij werken zoveel mogelijk oplossingsgericht om het cliënten zo goed mogelijk naar de zin te maken. Tijdens de observaties zag de inspectie dat verdere verbetering mogelijk is in het persoonsgericht omgaan met

cliënten. De regie kan nog meer bij de clienten zelf gelegd worden. De fysieke omgeving is een punt van aandacht om deze meer af te stemmen op de doelgroep. De nieuwbouw biedt hiervoor duidelijke kansen.

### **Conclusie**

Huis in de Duinen doorliep vanaf juli 2015 een traject om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De raad van bestuur ad interim van Amie maakte een organisatiebreed verbeterplan. De raad van bestuur ad interim stuurde op basis van deze plannen op de kwaliteit van veilige en goede zorg.

De resultaten zijn duidelijk zichtbaar. Op alle getoetste normen voldoet Huis in De Duinen geheel of grotendeels. Op de punten die grotendeels voldoen, is nog verbetering mogelijk. Huis in de Duinen is zich daarvan bewust en werkt daar hard aan. Op de drie onderzochte thema's en de medicatieveiligheid zorgt

Huis in de Duinen voor voldoende randvoorwaarden zodat medewerkers beter ondersteund worden om op deze thema's de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Huis in de Duinen is zich bewust dat de komende fusie en nieuwbouw het nodige van de organisatie zal vragen.

De IGZ constateert een doelgerichte werkwijze van Amie voor het doorvoeren, monitoren, bijstellen en borgen van verbeteringen. De transparante en lerende houding van Huis in de Duinen en de resultaten die zij realiseerde, geven de inspectie vertrouwen in de aanpak en aansturing van Amie. Dit vertrouwen is voor de inspectie de basis voor het beëindigen van het verscherpt toezicht.

### 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**

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

De IGZ verwacht dat de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg blijft monitoren en verbeteren volgens de ingezette PDCA-cyclus.

#### **3.2 Vervolgacties van de inspectie**

Met dit rapport sluit de inspectie het per 12 oktober 2016 ingestelde verscherpt toezicht op Huis in de Duinen af.

Dit betekent dat de inspectie in 2017 uw organisatie niet opnieuw bezoekt tenzij de inspectie meldingen of andere signalen krijgt die daartoe aanleiding geven.



## 4 Resultaten

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

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

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

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

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

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

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

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

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

### 4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

#### 4.1.1 Resultaten

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

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

Volgens de IGZ **voldoet** u aan deze norm.

De inspectie woonde een multidisciplinair overleg (MDO) bij tijdens het inspectiebezoek. Huis in de Duinen nodigde de cliëntvertegenwoordiger uit bij het MDO. De zorgverleners luisterden goed naar de cliëntvertegenwoordiger tijdens dit overleg. De gemaakte afspraken kwamen tot stand in nauw overleg met de cliëntvertegenwoordiger. Als de vertegenwoordiger niet aanwezig kon of wilde zijn besprak de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV'er) voorafgaande aan het MDO met de cliëntvertegenwoordiger de besprekpunten. De werkwijze was vastgelegd in het beleid van Amie.

In het resultaatverslag stond dat Amie de input van zorgleefplanbesprekingen gaat benutten om kwaliteitsverbeteringen door te voeren voor het welzijn van cliënten. Dit verbeterpunt was gestart, maar nog niet afgerond.

De kwaliteitsadviseurs ontwikkelden een checklijst voor de uitvraag van informatie over de cliënt. Dit verbeterpunt was in ontwikkeling.

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

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

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

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

In de dossiers stond informatie over de levensgeschiedenis, de wensen en de behoeften van de cliënt.

De inspectie sprak verschillende medewerkers. Uit hun verhalen bleek dat zij hun cliënten goed kennen. Huis in de Duinen had aandacht voor specifieke levensvragen zoals de doodswens van een cliënt. Tijdens het MDO hoorde de inspectie dat de medewerkers met de cliëntvertegenwoordiger de doodswens van de cliënt bespraken. De cliënt wilde zelf niet bij het overleg aanwezig zijn.

Medewerkers besteden aandacht aan de specifieke voorkeur van cliënten. De inspectie observeerde cliënten in een huiskamer. Een cliënt wilde niet bij een groepsactiviteit aanwezig zijn, zij stond op. De medewerker liep met haar naar een aparte tafel. Daar kon deze cliënte zelf een schilderijtje maken. De cliënte werkte geconcentreerd en met plezier aan haar schilderij.

Huis in de Duinen kan nog verbeteren door meer persoonsgerichte zorg te verlenen. Het gebouw van Huis in de Duinen is sterk verouderd. Sommige kamers en badkamers waren klein. Cliënten die hulp nodig hadden met een tillift konden daar niet verblijven. Op de Bopz-afdeling hebben medewerkers hun best gedaan om de inrichting gezellig te maken voor de groep cliënten. Op deze afdeling richtten medewerkers een babykamer in. Buiten was een groentekas toegankelijk gemaakt voor cliënten. In de tuin stonden bloembakken op rolstoelhoogte.

### Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet u grotendeels** aan de norm.

De medewerkers namen soms de regie uit handen of maakten corrigerende opmerkingen. De inspectie zag bijvoorbeeld een medewerker aan een mevrouw vragen of ze zelf de appel wilde schillen. Dat wilde mevrouw. Het kostte de cliënte echter tijd om te bedenken hoe ze dat moest doen. De medewerker schildte vervolgens de appel toch zelf. De cliënte reageerde gelaten.

De inspectie zag ook een goed voorbeeld: een cliënt vraagt om nog een koekje. De medewerker geeft haar dat, zonder te zeggen dat de cliënt al een koekje gehad heeft. Zij corrigeerde de cliënt niet.

In het MDO kwam de visie dat de cliënt (of cliëntvertegenwoordiger) regie moet kunnen voeren over zijn leven, duidelijk naar voren. De mening van de cliëntvertegenwoordiger was richtinggevend voor de besluiten. Ook vroegen de behandelaren steeds aan de cliëntvertegenwoordiger of haar input ook de wens van de cliënt was.

### Norm 1.4

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

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

De inspectie zag dat medewerkers met warmte de bewoners benaderden. Een medewerker sloeg een arm om de bewoner heen. Een andere medewerker aaidde een bewoner zacht over haar gezicht. Een cliënt die stil aanwezig was kreeg duidelijk aandacht. De medewerker betrok de cliënt bij het gesprek.

Een cliënt die alleen aan tafel zat kreeg aandacht van de medewerker. De inspectie hoorde dat zij alleen zat omdat dit was afgesproken in het zorgplan. De inspectie heeft gezien dat de afspraak in het zorgplan stond. De medewerker die de inspectie

zag tijdens de observatieperiode was in staat om alle cliënten te betrekken bij de activiteit. Zij gaf ook aandacht aan stille cliënten, door hen een vraag te stellen of een opmerking te maken. Alle zeven cliënten in deze huiskamer waren alert aanwezig.

In een andere huiskamer verzorgde de medewerker samen met een cliënte een babypop. Cliënte genoot hier zichtbaar van. De medewerker nodigde andere cliënten aan tafel uit om de babypop vast te houden en stimuleerde het onderlinge gesprek. Een medewerker las met een cliënt de krant en tijdens deze activiteit praatte hij met haar.

Naast bovengenoemde mooie voorbeelden zag de inspectie ook dat medewerkers regelmatig een te hoog tempo hadden voor de cliënten, waardoor zij bijvoorbeeld niet het antwoord op een vraag afwachtten.

#### Norm 1.5

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

Volgens de inspectie **voldoet u grotendeels** aan deze norm. Zo vertelde een medewerker over twee cliënten die graag bij elkaar waren. Zij bespraken deze relatie met de cliëntvertegenwoordigers van beide cliënten. Zij maakten bijvoorbeeld de afspraak dat een familielid het paar regelmatig mee uit nam voor een autoritje.

Een echtpaar kon niet meer bij elkaar wonen. De partner had meer zorg nodig en woonde op de Bopz-afdeling. Het team probeerde diverse mogelijkheden uit zodat de echtgenoot bij zijn vrouw kon zijn. Het team keek daarbij naar de invloed van zijn aanwezigheid op de groep en keek hoe de heer zichzelf voelde op de groep. Het team probeerde rekening te houden met alle betrokkenen.

Medewerkers waren in het ondersteunen van het netwerk 'volgend' op wat cliënten aangaven en waren nog niet proactief hiermee bezig. Een verpleegkundige vertelde dat zij collega's regelmatig stimuleerde om niet bij opname alles uit handen te nemen van een cliënt. Zij stimuleerde medewerkers om het netwerk uit te nodigen mantelzorg te blijven verlenen.

## 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 **voldoet** u aan deze norm.

De inspectie bekeek het resultaatverslag. Huis in de Duinen stelde een risicokaart op met de belangrijkste risico's. De focus hierbij lag op het vermijden van negatieve gevolgen voor de cliënt en het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen. In de zorgleefplannen stonden actuele risico-inventarisaties op de risicokaart. Tijdens het MDO zag en hoorde de inspectie dat medewerkers de risico-inventarisaties bespraken. In een dossier van een cliënt stonden afspraken over een valrisico. Het team maakte in dit geval afspraken met de familie over het accepteren van het valrisico en de bewegingsruimte van de cliënt. Dit lag vast in het dossier. Met een andere cliënt – die wilsbekwaam was – was uiteindelijk afgesproken dat hij met één hand aan de reling van de gang en met zijn stok zou lopen. Hij diende eigenlijk een rollator te gebruiken, maar hij wilde persé de reling vasthouden. Het team maakte met de cliënt de keuze dat de stok in combinatie met de reling dan veiliger was. De wensen en behoeften vertaalden medewerkers in het zorgplan.

##### Norm 2.2

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

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

Na het vorige inspectiebezoek heeft Huis in de Duinen vastgelegd wat methodisch werken inhoudt en de werkinstructies hierop aangepast. Medewerkers waren hierin geschoold. In MDO's hebben EEV'ers, verpleegkundigen en behandelaren besproken hoe zij methodisch kunnen werken. De coach primair proces begeleidde deze bijeenkomsten.

De inspectie hoorde en zag tijdens het bezoek de effecten van deze verbeteracties. Verpleegkundigen stellen het eerste zorgleefplan op. De informatie die zij daarvoor verzamelden, zoals de levensgeschiedenis en de wensen en behoeften van cliënten, stond in het dossier. Medewerkers bespraken deze informatie en de risico-inventarisaties in een MDO. De verpleegkundige zat het overleg voor. De betrokken disciplines hadden tevoren hun bevindingen digitaal naar de verpleegkundige gestuurd. Tijdens het MDO stelde men het zorgleefplan op met daarin doelen en acties. De inspectie zag in de dossiers dat medewerkers rapporteren op de doelen in het zorgleefplan.

De IGZ was aanwezig bij een MDO. De psycholoog, SO, cliëntvertegenwoordiger en verpleegkundige waren deelnemers van dit overleg. De verpleegkundige zat het overleg voor en ontving vooraf van alle disciplines digitaal input.

##### 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** u aan deze norm. De inspectie hoorde van medewerkers en las in het resultaatverslag dat Amie-breed en op de locaties een verpleegkundigenoverleg was. Dit overleg ging over de rol van de verpleegkundige en de kwaliteit van het werk. Een ANW-overleg (Avond Nacht en Weekend overleg) samen met teamleiders onder leiding van het hoofd behandeldienst ging eveneens

over de inhoudelijke afstemming, de verpleegkundige rol en kwaliteit. De behandeldienst kwam bijeen voor inhoudelijke afstemming over beleid, ontwikkelingen farmacotherapie, GGZ en geriatrie. Medewerkers gaven aan dat er in de cultuur zaken ten positieve veranderd zijn. Medewerkers spraken elkaar aan op hun handelen. De onderlinge werksfeer was verbeterd. Huis in de Duinen organiseerde middagevaluaties waarbij medewerkers onderling reflecteerden op de afgelopen dag. Een gevolg van de openheid en de reflectiebijeenkomsten was dat de meldingsbereidheid enorm was toegenomen. Dit bleek uit de trendanalyse van de MIC-meldingen.

#### 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.

Deze 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 u grotendeels** aan deze norm.

Amie bood een uitgebreid scholingsprogramma aan over omgaan met dementie. Medewerkers volgden de scholing 'Into dementia'. In april 2017 start de scholing van het Trimbos instituut over dementie, persoonsgerichte zorg en onbegrepen gedrag. Daarnaast bood Huis in de Duinen coaching-on-the job. De psycholoog was nauw betrokken bij deze scholingen. Daar waar mogelijk bood Amie medewerkers de gelegenheid om opleidingen te volgen. Zo volgden medewerkers de opleiding tot gespecialiseerd psychogeriatrisch verzorgende. Helpenden konden doorstromen naar de opleiding tot verzorgende. Verzorgenden kregen de kans om de opleiding tot verpleegkundige te volgen.

De psycholoog maakte een voorstel voor het gestructureerd omgaan met onbegrepen gedrag. Huis in de Duinen voerde deze nieuwe structuur in.

In overleg met de nieuwe Bopz-arts start Amie in de loop van 2017 met een scholingsplan Bopz voor behandelaren.

De coach van Waardigheid en Trots maakt een cultuurprogramma voor Amie om zo de leercultuur te versterken.

Huis in de Duinen had een tekort aan medewerkers met niveau 3. Ook in de regio was er gebrek aan medewerkers van niveau 3. De inspectie hoorde dat in de regio ruim 300 vacatures zijn. In Huis in de Duinen werkte een helpende in de nachtdienst. Het blijkt tot nu toe onmogelijk, volgens de leiding van Huis in de Duinen, om een niveau 3 medewerker te vinden voor de nachtdienst. De medewerker kan terugvallen op een collega-verzorgende in de nachtdienst elders in het huis. Amie verbeterde wel de inzet van deze medewerker. Zo moest een medewerker uit de nachtdienst nu ook overdag werken om zo de cliënten beter te leren kennen. De helpende kreeg de verplichting extra scholing te volgen. Huis in de Duinen maakte een 'vlootschouw' van de medewerkers. Deze vlootschouw had tot gevolg dat sommige medewerkers een leertraject kregen met als uiteindelijke consequentie een terugzetting in functie. Ook kwam het voor dat medewerkers de organisatie moesten verlaten, omdat zij niet voldeden aan het noodzakelijke profiel

De formatie psychologen was niet toereikend. De inspectie hoorde dat er goedkeuring was voor uitbreiding van de formatie psychologen.

Huis in de Duinen werkt ook met vrijwilligers. De IGZ hoorde dat het moeilijk was nieuwe vrijwilligers te vinden. De cliënten hebben meer onbegrepen gedrag en vrijwilligers vonden dat moeilijk om mee te werken. Huis in de Duinen was dan ook zuinig op de huidige vrijwilligers.

#### Norm 2.6

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

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

Medewerkers werkten volgens het protocol van het zorgplan en volgden de procedures op het gebied van de medicatieveiligheid. Medewerkers volgden de instructie om meldingen te doen en deze vast te leggen in het dossier. De inspectie zag voorbeelden daarvan in de rapportages.

De medewerkers wisten dat zij, in overleg met familie, konden afwijken van de richtlijnen. De inspectie hoorde van medewerkers een voorbeeld waarbij een valrisico geaccepteerd werd in overleg met arts en familie.

Medewerkers rapporteerden op doelen en voerden risico-inventarisaties uit volgens de werkinstructie. Huis in de Duinen paste na het vorige bezoek de werkinstructies aan voor de toepassing van vrijheidsbeperking. Teamleiders droegen zorg voor de invoering van de (nieuwe) werkinstructies via de werkoverleggen en controleerden of medewerkers volgens protocol werkten.

#### 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 **voldoet** u aan deze norm, omdat voor alle bewoners van de Bopz-afdeling de psycholoog was ingeschakeld. De psycholoog stelde voor iedere cliënt een omgangs- of bejegeningadvies op. De psycholoog besprak wekelijks, indien noodzakelijk, met medewerkers de cliënten. Huis in de Duinen kent omgangsoverleggen en gedragsvisites. Bij het MDO dat de inspectie bijwoonde waren alle relevante disciplines aanwezig. Medewerkers maakten observaties en de inspectie zag in dossiers dat medewerkers rapporteerden op gedrag. Daar waar nodig schakelde Huis in de Duinen externe expertise in.

### 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 3.1

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

Deze norm is **niet getoetst**.

Deze nieuwe norm valt buiten het verscherpt toezicht. De inspectie geeft daarom geen beoordeling over deze norm. Amie heeft een visie op persoonsgerichte zorg. De

inspectie zag een boekje in met kernwaarden. Waardigheid en Trots beschreef samen met Huis in de Duinen de visie. De IGZ zag de visie terug in bijvoorbeeld het beleid 'Methodisch werken Zorg en Welzijn primair proces'. De visie is in Huis in de Duinen nog niet geïmplementeerd.

Dit blijkt uit het volgende: de medewerkers verwezen niet allemaal naar deze visie en de kernwaarden waren geen onderwerp van gesprek in de teamoverleggen. Medewerkers noemden dat zij cliëntgericht werkten en oplossingsgericht waren. Medewerkers werkten regelmatig 'aanbodgericht', zoals zij het uit het verleden gewend waren. De cliëntenraad had het idee dat de persoonsgerichte zorg beter kon. Zij vroeg zich af of cliënten wel konden eten zoals zij thuis gewend waren. In de huiskamers kookten medewerkers niet zelf. Het eten kwam van een centrale keuken. De fysieke omgeving bood weinig gelegenheid om bijvoorbeeld samen met cliënten het huishouden te voeren. De bestuurder vertelde dat, met het oog op de nieuwbouw, de visie centraal zal staan. De inspectie miste een uitwerking van de visie op medewerkerniveau en cliëntniveau. Medewerkers vulden de persoonsgerichte zorg in op basis van hun betrokkenheid bij de cliënt en hun professionele inschatting.

### Norm 3.2

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

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

Teamleiders ontvingen instructie over het analyseren van incidenten.

Huis in de Duinen verwerkte de resultaten in een verbeterplan onder begeleiding van een strategisch coach vanuit Waardigheid en Trots. Verpleegkundigen bespraken verbeteracties in hun teams. Amie besprak trendanalyses op organisatieniveau in de stuurgroep en in de projectgroep 'kwaliteit'.

Het aantal meldingen steeg met 78% in het vierde kwartaal van 2016 ten opzichte van het vierde kwartaal van 2015.

De inspectie zag een analyse van een valincident. Huis in de Duinen analyseerde dit incident zorgvuldig naar oorzaken. De verbetermaatregelen pasten bij de oorzaken. De categorie incidenten met als oorzaak 'onbekend of anders' is nog groot volgens het verslag Trendanalyse MIC-meldingen Q4. Huis in de Duinen kon deze meldingen daarom nog niet gebruiken voor de verbetering van de zorg.

Tijdens het bezoek hoorde de inspectie dat Amie bezig was met het maken van vijf prisma-analyses.

In de rapportage Trendanalyse MIC-meldingen Q4 las de IGZ dat Amie scholingen ging organiseren over de Prisma lightmethodiek.

### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet u** aan deze norm omdat Huis in de Duinen regelmatig interne audits uitvoert en op alle thema's in beeld heeft wat de stand van zaken is. Zij weet wat moet verbeteren en zet daar acties op uit. Huis in de Duinen volgt een duidelijke PDCA-cyclus. De inspectie zag dat terug in de resultaatverslagen die zij ontving van Amie. De bevindingen van Amie kwamen overeen met de inspectiebevindingen.

### 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** u aan deze norm. Medewerkers spraken elkaar aan op hun handelen. Medewerkers werkten nu volgens de procedures en spraken elkaar erop aan als ze dat niet deden. Medewerkers vonden het prettig dat teamleiders duidelijk leiding gaven. Medewerkers bespraken meldingen in teamoverleggen. De vlootscouw van medewerkers en het gevoerde beleid daarop, zoals eerder vermeld, laat zien dat Huis in de Duinen gericht is op leren en verbeteren. Huis in de Duinen organiseerde bijeenkomsten voor medewerkers om het belang van medicatieveiligheid onder de aandacht te brengen. Verpleegkundigen hielden logboeken bij over gemaakte fouten. Huis in de Duinen analyseerde deze logboeken. Huis in de Duinen zette structurele scholing in op het thema medicatieveiligheid.

#### 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 **niet getoetst**.

#### 4.4 Overige bevindingen

Tijdens het vorige bezoek voldeed Huis in De Duinen niet aan de volgende normen. Amie zette naar aanleiding van de directe maatregelen een intensief verbeterprogramma op en stuurde dit naar de inspectie. Met het resultaatsverslag toonde zij aan te voldoen aan de normen. Tijdens dit inspectiebezoek toetste de inspectie de normen nogmaals.

*Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.*

Tijdens het vorige bezoek van 31 augustus 2016 voldeed Huis in de Duinen niet aan deze norm. Medewerkers schreven gegevens op de toedienlijst. De inspectie zag tijdens het bezoek op 21 maart 2017 dat Huis in de Duinen over actuele medicatieoverzichten en toedienlijsten beschikte. Medewerkers schreven niet op de toedienlijsten.

*De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van de medicatie.*

Tijdens het vorige bezoek op 31 augustus 2016 waren insulinepennen niet allemaal geëtiketteerd. Tijdens het bezoek op 21 maart 2017 waren alle pennen voorzien van een etiket op naam. De inspectie controleerde nogmaals de werkvoorraad. De inspectie zag, zoals ook tijdens het vorige bezoek, dat medewerkers de werkvoorraad zorgvuldig bijhielden. Nadat een medicijn uit de voorraad was gehaald leverde de apotheek binnen 24 uur een aanvulling op de werkvoorraad. De inspectie controleerde twee medicijnen in de werkvoorraad met de registratie op de lijst. De aantallen van de lijst en de aanwezige medicatie in de werkvoorraad kwamen overeen. De inspectie controleerde de morfinevoorraad. De aanwezige morfine kwam overeen met de registratielijst.

*Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.*

Tijdens het vorige bezoek op 31 augustus 2016 was de tweede controle niet aantoonbaar. De inspectie zag tijdens het bezoek van 21 maart 2017 dat medewerkers met parafen aangaven dat zij de risicovolle medicatie dubbel aftekenden na toediening.



*De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de door de apotheek verstrekte medicatietoedienlijst.*  
Tijdens het vorige bezoek op 31 augustus 2016 ontbraken parafen voor toediening.  
Tijdens het bezoek op 21 maart 2017 zag de inspectie dat medewerkers de toegediende medicatie parafeerden per toedientijdstip op de medicatietoedienlijst.

## 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 Huis in de Duinen 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:

- twee cliënten in het restaurant;
- twaalf cliënten op afdeling De Branding en afdeling Zeebries, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met drie uitvoerende medewerkers van afdeling en de teamleider;
- gesprekken met vier behandelaars, waarvan twee tijdens het MDO;
- gesprekken met het management(team): de raad van bestuur, Hoofd Wonen en Langdurige Zorg;
- gesprek lid van de cliëntenraad;
- afrondend gesprek waarbij alle gesprekpartners aanwezig waren behalve het lid van de cliëntenraad en een medewerker. Ook was bij de afronding aanwezig de raad van bestuur van de fusiepartner (als toehoorder) en het hoofd behandeling Amie/SHDH;
- vier cliëntdossiers van afdeling De Branding en afdeling Zeebries;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang in de locatie.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats waardoor de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de 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 MDO 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 Bradford universiteit 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 ongeveer anderhalf uur 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 fte's van zorgmedewerkers en behandelaars op de bezochte locatie (van afdeling De Branding);
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie(s); Trendanalyse vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca;
- Trendanalyse MIC-meldingen Q4 2016;
- Methodisch werken zorg en welzijn in het primaire proces intramuraal november 2016;
- Jaarverslag klachtenfunctionaris 2016;
- Visie op persoonsgerichte zorg; Amie ouderenzorg Waardigheid en trots;
- Resultaatsverslag van januari 2017;
- Resultaatsverslag van 20 maart 2017;
- Inzage elektronische cliëntdossiers;
- Uitgevoerde analyse van een valincident.