



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting ViVa! Zorggroep, locatie Meerstate
in Heemskerk op 2 mei 2024

Utrecht, augustus 2024

V2052063

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Waar keek de inspectie naar 4
1.3	Beschrijving ViVa! Zorggroep en locatie Meerstate 4
1.3.1	Stichting ViVa! Zorggroep 4
1.3.2	Locatie Meerstate 5
1.4	Actuele ontwikkelingen bij ViVa! Zorggroep, locatie Meerstate 6
2	Conclusie 8
2.1	Samenvatting van de oordelen 8
2.2	Wat gaat goed 9
2.3	Wat kan beter 9
2.4	Wat moet beter 9
2.5	Conclusie bezoek 9
2.6	De vervolgacties voor Stichting ViVa! Zorggroep: blijven verbeteren 10
2.7	Vervolgactie van de inspectie: afsluiten bezoek 10
3	Resultaten Meerstate (langdurige zorg) 11
3.1	Thema Persoonsgerichte zorg 11
3.1.1	Resultaten 11
3.2	Thema Deskundige zorgverlener 14
3.2.1	Resultaten 14
3.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 19
3.3.1	Resultaten 19
3.4	Medicatieveiligheid 22
4	Resultaten Meerstate (geriatrische revalidatiezorg) 24
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 24
4.1.1	Resultaten 24
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 25
4.2.1	Resultaten 25
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 27
4.3.1	Resultaten 27
4.4	Thema Continuïteit van zorgverlening 28
4.4.1	Resultaten 28
Bijlage 1	Informatiebronnen 30
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 31

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 2 mei 2024 een bezoek aan Stichting ViVa! Zorggroep (ViVa! Zorggroep), locatie ViVa! Meerstate (Meerstate) in Heemskerk. Het bezoek was onaangekondigd.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt Meerstate om te beoordelen of de zorg voldoet aan wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. Daarnaast wil de inspectie zich een beeld vormen van hoe ViVa! Zorggroep verbetermaatregelen realiseerde naar aanleiding van een melding in 2023¹.

1.2 Waar keek de inspectie naar

De inspecteurs toetsten of de zorgaanbieder de zorg geeft volgens wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Ze verzamelden informatie via een algemene rondleiding, door de zorgverlening te bekijken, door documenten te bekijken en het voeren van gesprekken.

Ze toetsten tijdens dit bezoek vooral de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

Waar de inspecteurs bij deze thema's precies naar kijken staat in het toetsingskader voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben en het toetsingskader Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ). Deze toetsingskaders zijn te vinden op www.igj.nl en komen qua strekking veel met elkaar overeen. Tijdens het bezoek stelden de inspecteurs ook vragen over medicatieveiligheid.

1.3 Beschrijving ViVa! Zorggroep en locatie Meerstate

1.3.1 Stichting ViVa! Zorggroep

ViVa! Zorggroep is een zeer grote zorgaanbieder. Zij levert een breed pakket zorg en diensten in de regio's Zuid-Kennemerland, Midden-Kennemerland en Noord-Holland Noord.

ViVa! Zorggroep levert met bijna 4.000 medewerkers onder andere wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg, (gespecialiseerde) verpleeghuiszorg en huishoudelijke ondersteuning. Daarnaast levert de zorgaanbieder via enkele dochterondernemingen ook jeugdgezondheidszorg en ambulante jeugdzorg. Vanuit de 26 wijkteams ontvangen ruim 5400 cliënten wijkzorg en/of huishoudelijke zorg en de 17 woonzorglocaties hebben capaciteit voor ongeveer 1.400 cliënten.

De zorgverlening van ViVa! Zorggroep betreft gecontracteerde zorg en wordt bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg) of de Jeugdwet.

ViVa! Zorggroep beschikt over een toelatingsvergunning op basis van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Alle woonzorglocaties van ViVa! Zorggroep staan als accommodatie of locatie opgenomen in het register voor de Wet zorg en dwang (Wzd).

¹ Hierover schreef de inspectie op 21 september 2023 een brief naar de bestuurder.

ViVa! Zorggroep heeft een tweehoofdige raad van bestuur en een raad van toezicht met zes leden. Geen van deze toezichthouders is eerder dan in januari 2019 aangetreden. Een aftreedschema is van toepassing.

Vier managers sturen de zorgverlening aan, waaronder de Regiomanagers Woonzorg-Zuid en de Regiomanager Woonzorg-Noord. Deze twee regiomanagers hebben de woonzorglocaties en specifieke onderdelen, zoals de behandeldienst van ViVa! Zorggroep en de geriatrische revalidatiezorg, onderling verdeeld en nemen elkaar zo nodig waar. Ten tijde van het inspectiebezoek is één van deze managers ad interim aangesteld, als gevolg van uitval van de vaste regiomanager.

De woonzorglocaties van ViVa! Zorggroep hebben een eigen locatiemanager. Op de locaties sturen meerdere teamleiders de zorgverleners aan. Ook zijn er kwaliteitsverpleegkundigen beschikbaar voor de vakinhoudelijke ondersteuning, de coaching en intervisie van zorgverleners.

Organisatiebreed functioneren er afdelingen die zich specifiek richten op de organisatieontwikkeling, de bedrijfsvoering, het HR-beleid en de ICT. Zij hebben ieder een eigen manager die aan de raad van bestuur rapporteert.

De inspraak en medezeggenschap van cliënten en medewerkers zijn op meerdere niveaus van de organisatie verankerd. Op bestuurlijk niveau is er overleg met de Centrale Cliëntenraad (CCR) en de Ondernemingsraad (OR) en de Professionele Adviesraad (PAR) die sinds najaar 2023 geïnstalleerd is.

1.3.2

Locatie Meerstate

Locatie Meerstate is een groot verpleeghuis met een capaciteit voor zo'n 160 cliënten met een intensieve zorg- en behandelbehoefte.

Het gebouw heeft twee verdiepingen die ruim zijn opgezet. De cliënten hebben een eigen woon/slaapkamer en delen meestal het sanitair. Meerstate beschikt verder over een restaurant met buitenterras. Daarnaast is er nog een inloopruimte voor dagbesteding.

Met uitzondering van de cliënten van één afdeling kunnen de cliënten zich vrij bewegen door het gebouw, in de tuinen en daarbuiten. Bij de hoofdingang is de receptie en dagelijks iemand aanwezig van 08.30 uur tot 20.00 uur. Zo is er voor cliënten en verwanten een aanspreekpunt en een oplettend oog als dat nodig lijkt. Eén afdeling biedt een gesloten leefomgeving. Daar is de buitenruimte omsloten.

Cliënten

Op de begane grond zijn vier afdelingen die zich ieder op een specifieke doelgroep richten. In totaal gaat dit om 96 cliënten met zorgprofiel 6 VV- 9 VV. Hiervan verblijven twaalf cliënten kortdurend en twaalf cliënten langdurig op de locatie voor herstellzorg, respijtzorg, eerstelijns verblijf (ELV-hoog complex) of palliatieve zorg, 23 cliënten hebben (complexe) psychogeriatrische problemen, 25 cliënten verblijven op de locatie vanwege gerontopsychiatrische aandoeningen en 24 cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

Op de bovenste verdieping is de afdeling voor geriatrische revalidatiezorg gevestigd. Er verblijven 65 cliënten verdeeld over drie units. Voor 45 cliënten geldt een diagnosebehandelcombinatie (DBC) voor geriatrische revalidatiezorg. De andere 20 cliënten krijgen intensieve kortdurende zorg en/of wachten op een verblijfplaats.

Zorgverleners

Op de begane grond werken 59 (17,1 fte) medewerkers wonen en welzijn/voedingsassistent, 27 (13,9 fte) helpenden, 40 (26,7 fte) verzorgenden niveau 3-IG, 24 (15,6 fte) verpleegkundigen niveau-4 en 4 (2,75 fte) verpleegkundigen niveau 5/6. Verder werken er 4 (2,6 fte) medewerkers ander zorgpersoneel en 12 (9,3 fte) leerlingen. Daarnaast werken er 19 (14,2 fte) zorgverleners op basis van detachering (2 helpenden (1,3 fte), 12 (8,8 fte) verzorgenden niveau 3-IG en 4 (4,1 fte) verpleegkundigen niveau-4).

Op de bovenverdieping werken 13 (6,12 fte) medewerkers wonen en welzijn/voedingsassistent, 2 (0,67 fte) helpenden niveau 2+, 30 (19,56 fte) verzorgenden niveau 3-IG, 14 (10,35 fte) verpleegkundigen niveau-4 en 2 (1,11 fte) verpleegkundigen niveau-5/6. Verder werken er 13 (2,68 fte) medewerkers ander zorgpersoneel, 1 (0,44 fte) stagiaire en 12 (9,78 fte) leerlingen. Daarnaast werken er 5 (1,23 fte) zorgverleners op basis van detachering 1 (0,23 fte) verzorgende niveau 3-IG en 4 (1,00 fte) verpleegkundigen niveau-4).

1.4 Actuele ontwikkelingen bij ViVa! Zorggroep, locatie Meerstate

Algemene ontwikkelingen

Viva! Zorggroep heeft in 2022 haar strategisch beleid opnieuw vastgesteld en is in 2023 het programma 'de Zorg van Overmorgen' gestart nadat het bestuur zich had verdiept in de cultuur en de omstandigheden van de organisatie en zorgverleners.

Het programma 'Zorg voor Overmorgen' vraagt meer aandacht voor de informele zorg. Voor de toekomst geldt het uitgangspunt 'bekwaam is bevoegd'. Met technologie, minder administratie en slimme werkprocessen probeert de zorgaanbieder zich - al doende - aan te passen aan de wijzigende samenleving met een sterk groeiende zorgbehoefte en minder beschikbare zorgverleners.

Om meerdere redenen heeft ViVa! Zorggroep tegelijkertijd ook haar visie op leiderschap aangepast en een (verplicht) trainingsprogramma doorgevoerd voor alle leidinggevenden. Hun functieprofielen zijn aangepast en waar nodig zijn nieuwe leidinggevenden aangetrokken. Het bestuur verwacht van iedere leidinggevende aandacht voor en vertrouwen in de zorgverleners.

Op de bezokedag benoemen meerdere gesprekspartners dat zorgverleners en behandelaren meer trots en werkplezier ervaren.

Ontwikkelingen Meerstate

Op locatie Meerstate beheert een lokaal planbureau de (basis)roosters. De zorgzwaarte en het productieniveau zijn de leidende principes voor de roosterbezetting. In geval dat het planbureau invallers nodig heeft om verzuim of vacatures op te vangen heeft ViVa! Zorggroep één centraal HR-team die invallers (flexkrachten en zzp'ers) beschikbaar stelt. Voor de planners op de locatie werkt dit naar tevredenheid. Voor hen werkt het alsof zij één (eigen) uitzendbureau gebruiken. Tegelijk heeft en houdt het centrale HR-team meer 'verbinding' met de betrokken zzp'ers en bewaken zij de eenduidige afspraken en randvoorwaarden met hen. Alle betrokkenen ervaren met deze werkwijze rust en duidelijkheid. Bij voorkeur worden zzp'ers wat langer gedetacheerd op één locatie. En soms komen zij via deze route (opnieuw) in loondienst. Dit alles tezamen heeft op locatie Meerstate bijgedragen aan een dalend verzuim naar 4,2% ten tijde van de bezokedag.

Voor sommige van de doelgroepen op de locatie geldt dat de doorstroming langzaam verloopt. Soms komen cliënten uit moeilijke sociale omstandigheden met

hun naasten en verblijven daarna lang op één afdeling. Dit heeft invloed op de relaties tussen de cliënt en diens naasten, de zorgverleners en de afdelingscultuur.

Voor een veilige woon- en werkomgeving en adequate bedrijfshulpverlening geldt op locatie Meerstate een specifiek agressieprotocol. Bij gevaarlijke omstandigheden voor of door cliënten, kunnen zorgverleners een noodknop indrukken op de telefoon. Bij een dergelijk signaal moeten op iedere afdeling de 'oudsten van dienst' verplicht naar de betreffende ruimte om elkaar te helpen. Op de bezokedag zag de inspectie toevallig hoe dit protocol werd toegepast.

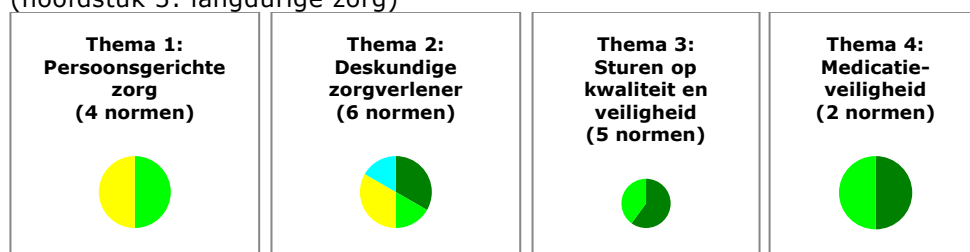
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de oordelen. Daarna geeft de inspectie *één conclusie* over Stichting ViVa! Zorggroep, locatie Meerstate. Die conclusie betreft zowel de afdelingen voor de langdurige zorg als de afdeling voor de Geriatrische Revalidatiezorg van locatie Meerstate.

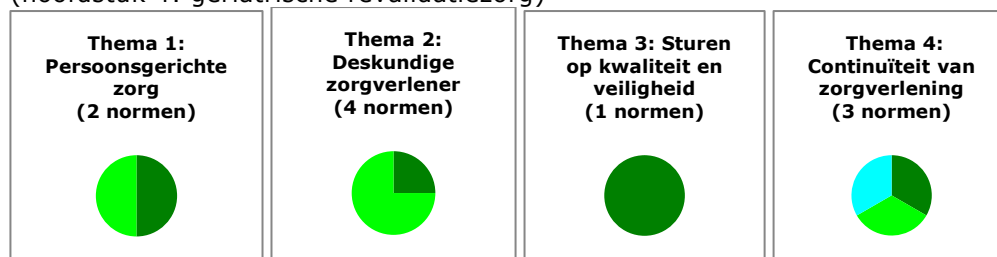
2.1 Samenvatting van de oordelen

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de oordelen uit hoofdstuk 3 en 4 in onderstaande diagrammen. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in de hoofdstukken 3 en 4.

(hoofdstuk 3: langdurige zorg)



(hoofdstuk 4: geriatrische revalidatiezorg)



In onderstaande tabel laat de inspectie zien hoe zij locatie Meerstate per thema heeft beoordeeld. De thema's 1, 2 en 3 zijn op alle bezochte afdelingen getoetst. Diverse normen overlappen elkaar. Totaal zijn er achttien verschillende normen getoetst.

	Oordeel	Thema 1	Thema 2	Thema 3	medicatie veiligheid	Continuïteit zorgverlening
	voldoet	0	2	3	1	1
	voldoet grotendeels	2	1	2	1	1
	voldoet grotendeels niet	2	2	0	0	0
	voldoet niet	0	0	0	0	0
	niet getoetst	0	1	0	0	1

2.2 Wat gaat goed

Cliënten in Meerstate kunnen erop rekenen dat de zorgaanbieder de kwaliteit en veiligheid van de zorg zorgvuldig bewaakt en waar nodig passend verbetert. Daarbij krijgen en hebben de lokale cliëntenraad en de intern toezichthouder een rol zoals die wettelijk bedoeld is.

De inspectie trof in Meerstate een werkcultuur met een stimulerend en lerend karakter. De zorgverleners krijgen en nemen voldoende tijd om met elkaar te bespreken wat zij goede zorg vinden en hoe zij die uitvoeren. Belangrijk is de continuïteit in de personele bezetting; Meerstate kent een lager verzuimpercentage dan het gemiddelde in de branche. Ook is de in- en uitstroom onder zorgverleners in balans.

De multidisciplinaire samenwerking in de zorg verloopt zorgvuldig. De behandelaren en de zorgverleners weten elkaar tijdig te vinden voor overleg en vakkundige ondersteuning. Ook zorgen zij dat voor de revalidanten de overdracht(en) van zorg naar de ketenpartners goed aansluit.

2.3 Wat kan beter

Zorgverleners kunnen de persoonlijke wensen en zorgbehoefte van de cliënt(en) beter in beeld brengen. Slordigheden of missende informatie belemmeren soms nog dat de zorg optimaal aansluit bij wensen en zorgbehoeften van de cliënt.

De inzet van het scholingsaanbod zal bijdragen aan de benodigde deskundigheid van de zorgverleners. Op dit moment verschilt de deelname aan scholing per afdeling. De zorgaanbieder kan dit beter volgen en bewaken. Ook kan de zorgaanbieder zorgen dat het scholingsaanbod blijft passen bij de veranderende cliëntendoelgroep(en) op de locatie en op de specifieke afdelingen.

2.4 Wat moet beter

Zorgverleners moeten en kunnen de cliënten meer ruimte bieden voor eigen regie. Zorgverleners moeten hun omgang met de cliënten hierop aanpassen. Daarbij moeten zorgverleners alerter zijn op het (h)erkennen van weerstand of verzet bij de cliënt(en).

Zorgverleners moeten de risico's voor individuele cliënten zorgvuldig afwegen. Ook moeten zij samen met de cliënt(vertegenwoordiger) en behandelaren afstemmen welke zorgverlening nodig en gewenst is. De verantwoordelijke zorgverlener (in de Wzd: 'zorgverantwoordelijke') moet de afwegingen, afspraken en evaluaties over (eventuele) onvrijwillige zorg navolgbaar vastleggen in het individuele cliëntdossier. Verder moet het methodisch werken beter. De rapportage over de afgesproken zorg moet samenhangend en actueel zijn. Alle betrokken zorgverleners moeten op de hoogte zijn van de juiste informatie over een cliënt. Voorkomen moet worden dat losse (papieren) informatie of aanwijzingen ongemerkt verouderen.

2.5 Conclusie bezoek

De inspectie heeft in Meerstate veertien normen getoetst voor de persoonsgerichtheid, de deskundigheid en de aansturing van de zorg. Bij de afdelingen voor langdurige zorg toetste de inspectie daarnaast twee normen voor medicatieveiligheid. Op de GRZ-afdeling zijn nog twee normen getoetst voor de continuïteit in de ketenzorg

In Meerstate voldoet ViVa! Zorggroep aan zeven van de achttien getoetste normen. Aan zeven getoetste normen voldoet de zorgaanbieder grotendeels. De zorgaanbieder voldoet in Meerstate grotendeels nog niet aan vier van de getoetste normen.

ViVa! Zorggroep werkt gericht aan haar beleid en cultuur voor het organiseren van de veranderende ouderenzorg in de regio. Daarmee heeft leiderschap op alle niveaus van de organisatie de volle aandacht. Tegelijk is het goede effect van meer en beter intern overleg opvallend op locatie Meerstate. In Meerstate heeft de inspectie op meerdere niveaus een lerende organisatie gezien zowel bij de geriatrische revalidatiezorg als bij de langdurige zorg voor diverse doelgroepen.

Het bestuur en andere leidinggevenden herkennen en erkennen als de kwaliteit van de zorgverlening beter kan of beter moet. Zij laten intern en extern openheid en transparantie zien en halen actief de in- en tegenspraak op. Verder stellen zij zich toetsbaar op. Dit alles geeft vertrouwen in aansturing van ViVa! Zorggroep en het vermogen om de aandachtspunten op locatie Meerstate te verbeteren. De inspectie kan het bezoek daarom afsluiten.

2.6 De vervolgacties voor Stichting ViVa! Zorggroep: blijven verbeteren

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie gaat er vanuit dat hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan alle getoetste normen te (blijven) voldoen.

De inspectie vertrouwt er op dat ViVa! Zorggroep zo nodig ook op andere locaties en bij de wijkverpleging verbetermaatregelen treft.

2.7 Vervolgactie van de inspectie: afsluiten bezoek

De inspectie kreeg met dit bezoek een beeld van de kwaliteit en veiligheid bij ViVa! Zorggroep. Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

3 Resultaten Meerstate (langdurige zorg)

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de normen, het oordeel en de bevindingen.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis:

- Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
- Lichtgroen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
- Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De inspectie **toetste deze norm niet**.

3.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen en zorgbehoeften van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? En 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 een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, zie je dit allemaal terug in de zorgverlening? Staan de wensen en zorgbehoeften van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie, en zijn naasten en de zorgverlener ondersteunen hierbij.

3.1.1 Resultaten

Norm 1.1

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

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

Zorgverleners maken samen met de cliënt(vertegenwoordiger) afspraken over de zorg. Dit gebeurt enerzijds bij het opnamemoment of bij bepaalde situaties tussendoor, zo vertelt een EVV'er. Ook krijgt de cliënt(vertegenwoordiger) een uitnodiging voor deelname aan het multidisciplinair overleg (MDO) over de zorg. De specialist ouderengeneeskunde (SO) vertelt dat cliënt(vertegenwoordigers) en familieleden hier ook wel eens van afzien om de belasting voor zichzelf te verlagen. Ze hebben vaak voor de opname al een lange en moeilijke mantelzorgperiode achter de rug.

De inspectie ziet samen met zorgverleners cliëntdossiers in. Zorgverleners leggen nog wisselend vast wat zij over de zorg bespreken en afwegen. Soms ontbreken er bijvoorbeeld verslagen van MDO's over cliënten met een complexe zorgvraag. De zorgverlener ziet dit en zegt dat dit nog een aandachtspunt is. Verder vertelt de zorgverlener dat de cliënt niet is uitgenodigd voor het MDO. De inspectie ziet daarbij echter dat niets is vastgelegd over wils(on)bekwaamheid. Wel zijn de wensen op het gebied van medisch beleid besproken en navolgbaar vastgelegd (bijvoorbeeld 'niet reanimeren'). Ook vragen zorgverleners aan de cliëntvertegenwoordiger of die akkoord gaat met het voorgestelde zorgplan. Dit ziet de inspectie in het cliëntdossier terug.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

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

Tijdens de rondgang hoort de inspectie dat zorgverleners een grote eettafel in de gang hebben geplaatst omdat cliënten dit gezelliger vinden voor de maaltijd. De inspectie ziet dat deze tafel mooi gedekt is.

Verder ziet de inspectie dat er op de zorglocatie een speciale ruimte (De Knip) is ingericht voor aanspraak of bezigheden voor cliënten. Zij kunnen hier naar behoefte gebruik van maken. In één van de zorgplannen leest de inspectie dat de cliënt dagelijks zelf naar 'De Knip' gaat omdat deze cliënt dat gezellig vindt. Een zorgverlener vertelt dat een cliënt met sondevoeding juist tijdens maaltijden uit de huiskamer gehaald is. Dit gebeurt omdat deze cliënt het wellicht niet fijn vindt om toe te kijken hoe en wat anderen eten.

In het cliëntdossier zijn de persoonlijke voorkeuren terug te lezen. De inspectie leest wat een cliënt wel of juist niet prettig vindt. Bijvoorbeeld ziet de inspectie beschreven of zorgverleners de cliënt beter bij de voornaam of met de achternaam aanspreken. In een ander dossier staat genoteerd dat zorgverleners erop moeten letten dat de cliënt gebruik maakt van zonnecrème en hoed als deze naar buiten gaat.

Verder vertelt een zorgverlener dat er voor heel wat cliënten uitgebreide benaderingsplannen zijn opgesteld door de psycholoog. De zorgverlener toont een map met papieren versies. Die plannen zijn soms van een oudere datum dan de versie die in het cliëntdossier is vastgelegd. (zie ook norm 2.2). Verder is het opgevallen dat het benaderingsplan op papier een nieuwere versie blijkt dan de opgeslagen versie in het digitale cliëntdossier.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgverleners ondersteunen de (vrije) keuzemogelijkheden van cliënten niet altijd. Zo is het op een bepaalde (open) afdeling geen gewoonte om uitgebreid tafels te dekken voor de lunchmaaltijd, ziet de inspectie tijdens de observatie. Cliënten krijgen hun eten kant en klaar aangereikt en hebben niet of nauwelijks gelegenheid voor eigen regie hierbij. In de keuken hangen lijsten voor wat de zorgverleners iedere dag klaar maken voor de cliënten.

Soms laten cliënten hun ongenoegen of verzet zien bij bepaalde interventies, ziet de inspectie. De inspectie ziet bijvoorbeeld dat zorgverleners tijdens de middagmaaltijd de afdelingsdeuren gesloten houden totdat iedereen klaar is met de maaltijd. Dit gebeurt omdat iedereen dan blijft zitten totdat iedereen klaar is met eten. De inspectie ziet dat een cliënt onrustig is en graag weg wil. Deze cliënt vertrekt met haast zodra dit kan. Bij dossierinzage ziet de inspectie in geen enkel zorgplan waarom de afdelingsdeur dicht moet zijn.

Een andere cliënt vertelt niet zelf zijn sigaretten te mogen beheren en vraagt de inspectie om een sigaret. Dit omdat de zorgverleners die sigaretten 'met hun leven bewaken' meldt deze cliënt. In het zorgplan leest de inspectie dat een bepaald sigarettenbeleid van toepassing is. Tegelijk ziet de inspectie dat dit beleid in het cliëntdossier niet als onvrijwillige zorg is (h)erkend.

Een andere cliënt met mobiliteitsproblemen zit in de rolstoel achter een volledig tafelblad voor comfort en veiligheid. Op een moment ziet de inspectie dat deze cliënt onrustig wordt en het tafelblad probeert weg te duwen. Zorgverleners vertellen hierover dat deze cliënt het tafelblad soms kan opklappen, maar niet altijd. Op de bezochtdag lukt het niet, ziet de inspectie. Over die situaties is niets terug te vinden in het zorgplan. De inspectie ziet dat de zorgverleners niet te hulp schieten, terwijl de cliënt zich wel steeds meer opwindt.

Toch ziet de inspectie tijdens de rondgang ook dat verreweg de meeste cliënten zich binnen en buiten het gebouw vrij mogen bewegen. Bijvoorbeeld voor een maaltijd in het restaurant of op een terras. Ook kunnen de cliënten op eigen initiatief en naar eigen interesses deelnemen aan bezigheden in een ruimte op de begane grond. Alleen op één afdeling wonen cliënten die een besloten woonomgeving nodig hebben. Alleen deze afdeling heeft een afgesloten voordeur, een eigen loopcircuit en eigen omsloten buitenruimtes, zodat dit past bij de zorgverlening.

Zorgverleners besteden aandacht voor de eigen regie in de laatste levensfase van de cliënt. In één van de zorgplannen leest de inspectie bijvoorbeeld dat er gesprekken gevoerd worden over de euthanasiewens van de cliënt.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zorgverleners behandelen hen met respect.

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate grotendeels niet** aan deze norm.

De zorglocatie kent veel cliënten met intensieve en complexe zorgbehoeften. De zorgaanbieder wil hen een vaste structuur, een rustige omgeving en een vaste individuele benadering bieden omdat dit voor veel van deze cliënten helpend is. Toch ziet de inspectie op de bezochtdag geregeld abrupte bewegingen en gedragingen van zorgverleners. Hierop reageren de cliënten geregeld opstandig. Zo ziet de inspectie dat een zorgverlener medicatie geeft zonder enige toelichting. Deze cliënt reageert hierop kriegelig en weigert. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners de borden wegnemen, zonder vraag of aankondiging.

De inspectie ziet dat een cliënt rustig aan tafel zit. Deze cliënt eet zonder hulp een kom pap met een lepel. De cliënt geniet er zichtbaar van. Volgens het benaderingsplan moeten de zorgverleners deze cliënt rustig en met tact benaderen. Toch schuift een zorgverlener, zonder toelichting, de stoel van de cliënt ineens wat van de tafel af. De zorgverlener verplaatst deze cliënt met een klein postuur vervolgens in de open ruimte aan een bedtafel. De zorgverlener vertelt later hierover dat dit gebeurde om te zien of de cliënt op deze manier prettiger kan eten als de werkbladhoogte op maat ingesteld kan worden. De inspectie ziet en hoort echter dat de cliënt fel en kritisch reageert. De cliënt noemt de gewijzigde situatie 'onaangenaam'.

Daarentegen heeft de inspectie ook gezien en gehoord dat een cliënt vraagt waar het eten blijft. Een zorgverlener loopt naar de cliënt en geeft deze met aandacht een persoonlijk antwoord. De cliënt wordt daar zichtbaar rustig van. Een andere zorgverlener pakt een stoel en komt aan tafel zitten, maakt eerst contact met de cliënt en begint dan een gesprek.

De zorgverleners en de SO vertellen over de bedoeling om een prikkelarme en steunende omgeving te bieden met vaste structuren en routines. Op die manier kost het leven van bepaalde groepen cliënten zo min mogelijk van hun energie. Zorgverleners proberen in het gebouw en op de afdelingen een rustige en gemoedelijke sfeer te behouden voor de cliënten. De inspectie merkt tijdens de rondgang en het bezoek dat dit ondanks het grote aantal cliënten lukt. Op een afdeling ziet de inspectie een bordje hangen dat bezoek niet in de huiskamer welkom is (vanwege de onrustige prikkels). Zorgverleners vertellen dat iedereen eraan gewend dat familie niet meekan naar de huiskamers.

3.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Zij kunnen ook samen werken binnen het team en met andere disciplines.

Zorgverleners werken methodisch. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
 - Do: de verbeteringen uitvoeren.
 - Check: beoordelen of de verbeteringen 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.

3.2.1 Resultaten

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning. Zij gebruiken bij de afwegingen gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate grotendeels niet** aan deze norm.

In gesprekken en bij inzage in de dossiers merkt de inspectie dat zorgverleners en behandelaars eventuele onvrijwillige interventies afwegen. Die afweging is niet altijd navolgbaar in de cliëntdossiers. Bijvoorbeeld leest de inspectie in benaderingsplannen dat zorgverleners soms een korte 'time-out-interventie' moeten toepassen om grenzen te stellen bij storend gedrag van cliënten. Zulke acties staan dan wel in het zorgplan beschreven maar zijn niet als onvrijwillige zorg aangemerkt, ziet de inspectie. Ook voor het verplicht beheer en beperken van sigarettengebruik, ziet de inspectie geen navolgbare Wzd-maatregel doorgevoerd. Dit terwijl de cliënt volgens diverse rapportages tekenen van verzet toont.

Ook voor chronisch gebruikte diazepines (gedragsbeïnvloedend geneesmiddel) ziet de inspectie in de cliëntdossiers geen stappenplan toegepast zoals bedoeld in de Wzd. Een SO licht toe dat, het specifieke type cliënten op deze zorglocatie,

geregeld met langdurig gebruik van diazepines wordt opgenomen. Er is dan al sprake van verslaving, maar zonder dat het geneesmiddel veel impact heeft op het gedrag van de cliënt (geen nadeel) en zonder dat zo'n cliënt zich verzet tegen dit medicatiegebruik. Het moeizaam verworven evenwicht in welzijn en gezondheid speelt mee bij de afweging of afbouw van (de dosis) verslavende medicatie wel wenselijk is. De SO vraagt wijst erop dat het Wzd-regiem (gericht op afbouw) niet altijd passend is voor het (chronisch) begeleiden en behandelen van verslaving.

Zorgverleners en behandelaars vertellen dat de meeste cliënten op deze zorglocatie, complexe gezondheidsproblemen kennen, die veel van hun dagelijkse energie vergen. In artsensites, gedragsvisites, MDO of moreel beraad wegen zij wensen en dilemma's voor zorg en behandeling met elkaar af. Dit gebeurt multidisciplinair en de cliënt en familie zijn welkom om aanwezig te zijn. Bij dossierinzage ziet de inspectie rapportages of verslagen van zo'n overleg en bijvoorbeeld een aanpak volgens een benaderingsplan. Echter niet van ieder overleg is het resultaat navolgbaar, zo laat een verzorgende zien bij dossierinzage.

De inspectie hoort en ziet dat zorgverleners en behandelaars, voorafgaand aan overleg, risico's onderzoeken en vastleggen in het cliëntdossier. De inspectie ziet bijvoorbeeld dat bij een cliënt met slikproblemen een diëtist betrokken is voor advies over het zorg- en benaderingsplan. Bij een andere cliënt reageerde de fysiotherapeut op vragen over risicovolle transfers en mobiliteit. Voor het inschatten van acute risico's heeft de zorgaanbieder een triagesysteem ingericht dat goed functioneert, zo vertellen meerdere gesprekspartners.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen het hele zorgproces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate grotendeels niet** aan deze norm.

Bij dossierinzage mist de inspectie geregeld samenhang door korte en of onjuist gekoppelde rapportages. Bijvoorbeeld leest de inspectie in een cliëntdossier dat op 27 februari gevraagd is om rapportage over het rookgedrag bij gedragsproblemen. Gedurende twee maanden is er drie keer een rapportage aan het betreffende doel gekoppeld. Wel treft de inspectie onder het andere doel van algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL)-aantekeningen, die enkel de omgang met het rookgedrag betreffen. Ook in andere dossiers ziet de inspectie aantekeningen over alle bedoelde zorgacties alleen gekoppeld aan het (eerste) ADL-doel.

Verder ziet de inspectie dat een cliënt een boterham krijgt aangereikt en opeet. In het cliëntdossier van deze cliënt leest de inspectie een instructie van de logopedist op 24 april 2024. Deze cliënt mag geen brood geserveerd krijgen vanwege (ernstige) slikproblemen. De inspectie ziet ook dat het zorgplan niet geaccordeerd is. Het volgende MDO is pas over acht weken ingepland. De zorgverlener vertelt dat het nu verwarrend is welke afspraken gelden.

Niet voor alle cliënten is (nog) een actueel zorgplan beschikbaar. Een cliënt woont sinds 6 februari 2024 op de zorglocatie. Na bijna drie maanden is er op de bezoekdag voor deze cliënt geen geaccordeerd zorgplan beschikbaar. De overdrachtsinformatie (vanuit afdeling geriatrische revalidatie) ontbreekt.

En bij een andere cliënt passen zorgverleners volgens het zorgplan een onvrijwillige zorgmaatregel toe: het valrisico vereist een bedhek. In gesprek blijkt echter dat bij deze cliënt een half bedhek krijgt toegepast en dat dit toereikend is. Het gaat daarom niet om een onvrijwillige zorgmaatregel. Ook blijkt een benaderingsplan in een digitaal cliëntdossier van een eerdere datum dan een afgedrukte versie van maart 2024. Voor andere afgedrukte benaderingsplannen geldt soms het omgekeerde en blijkt niet de meest actuele versie afgedrukt.

Verder ziet de inspectie dat zorgverleners het verzoek om het gewicht van cliënten te volgen, uitvoeren en maandelijks navolgbaar vastleggen zoals gevraagd is door de behandelaar. Desgevraagd vertelt een behandelaar dat het methodisch werken in de praktijk beter loopt dan in dossiers soms navolgbaar is. Want de zorgverleners verzorgen het aanwezige type cliënten vaak langdurig. Zij ontwikkelen daarom routines voor het uitvoeren van afspraken, zo hoort de inspectie toelichten.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch met elkaar te praten over wat zij goede, veilige en persoonsgerichte zorg vinden. Vanuit deze gesprekken kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.

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

Op de zorglocatie is structureel aandacht voor intern overleg over de zorg en over het werk. Voor zorgverleners zijn er dagelijks warme overdrachtmomenten tussen diensten. De inspectie ziet en hoort op een afdeling hoe zorgverleners de situatie en het verloop van de cliëntenzorg met elkaar doornemen.

Ook is er voor zorgverleners en behandelaren een mogelijkheid voor moreel beraad. Een van de gesprekspartners licht toe dat het type overleg vooral helpt bij begrijpen waarom bepaalde zorg of behandeling niet moet worden ingezet. Welzijn en kwaliteit van leven staan daarbij voorop. Van kwaliteitsverpleegkundigen hoort de inspectie dat zij intervisiegesprekken begeleiden naar behoefte.

Verder vertelt een zorgverlener dat er voor de dagoudsten (dagco's) iedere zes weken een overleg is om de onderlinge samenwerking en afspraken, te bespreken. Op de bezoekdag vindt zo'n dagco-overleg plaats. Ook hoort de inspectie van zorgverleners dat er maandelijks (of vaker) een werkoverleg is voor de aanwezige teamleden. Op zo'n teamoverleg is ruimte om lastige kwesties met elkaar te bespreken. De inspectie hoort dat teamleden een verslag gemaïld krijgen, maar desgevraagd blijkt niemand deze nog beschikbaar te hebben. De inspectie ontvangt deze ook niet na de bezoekdag. Twee keer per jaar moeten alle teamleden verplicht een 'groot teamoverleg' bijwonen. De inspectie ziet dat hiervan wel verslagen beschikbaar zijn (november 2023 en april 2024). De inspectie ziet bij de aanwezigen dat de opkomst een grote groep betrof. Zorgverleners en leidinggevenden vertellen ook dat er voor iedereen apart een jaargesprek is met de leidinggevende. En sommige leidinggevende voeren daarnaast nog driewekelijks een persoonlijk overleg (po) met de teamleden.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn. De hoeveelheid zorgverleners en de deskundigheid van de zorgverleners past bij de cliënten en hun zorgvragen.

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

Op de bezokedag treft de inspectie op alle afdelingen voldoende zorgverleners om intensieve zorg te bieden aan 24 à 30 cliënten op piektijden. Ook hoort de inspectie dat op een afdeling de nachtbezetting verdubbeld is voor meer veiligheid.

De locatie heeft na een periode van erg hoog verzuim weer een laag ziekteverzuim (4,8%) bereikt. Dit zorgt voor lucht in de roosterbezetting. Op de zorglocatie is de doorstroom gemiddeld; er staat nu 15% vacatureruimte open. De zorglocatie werkt met een centrale planning op basis van basisroosters. De planner vertelt dat het lukt om roosters in te vullen. Dit ziet de inspectie ook tijdens de rondgang. Op geleide van de locatiemanager kan op een afdeling de roosterinzet tijdelijk verhoogd worden. Dat gebeurt bijvoorbeeld als de zorg intensiever is geworden. En bij uitval zijn bekende zzp'ers beschikbaar. En met strak pauzebeleid voor de zorgverleners, is er maximale ondersteuning mogelijk bij het gebruik van de maaltijden door de cliënten. Toch ziet de inspectie op een afdeling met complexe zorg dat één persoon toezicht houdt in een huiskamer waar 6 à 7 cliënten eten.

Op de zorglocatie zijn drie kwaliteitsverpleegkundigen beschikbaar voor de instructies en ontwikkeling van speciale vaardigheden van zorgverleners die nodig zijn voor de zorgverlening.

ViVa! Zorggroep streeft naar een opleidingsaanbod dat past bij de taken en functieniveaus van zorgverleners en dat tegelijk in lijn ligt met de thema's van het beleid 'Zorg van Overmorgen'. Voor alle thema's heeft de zorgaanbieder voor 2024 scholingsaanbod. Bijvoorbeeld biedt de zorgaanbieder een workshop aan over de omgang met mantelzorgers en gaan 30 EVV'ers deelnemen. Dit ondersteunt de ontwikkeling van de persoonsgerichte zorg en cultuur op locatie Meerstate. Ook ziet de inspectie dat ieder jaar 150 medewerkers van Meerstate een cursusdag de-escalerend werken volgen. Die aanpak past bij de bedoeling van de zorgaanbieder om aandacht te hebben voor de zorgverleners. Door het opnamebeleid van de zorglocatie kunnen alle medewerkers meer dan gemiddeld te maken krijgen met onverwacht onbegrepen gedrag van cliënten. Dan is het voor cliënten én medewerkers belangrijk om passend te kunnen reageren.

De inspectie ziet plannings- en begrotingsdocumenten voor de scholingsactiviteiten op de zorglocatie in 2024. Met kleuren heeft de zorgaanbieder voor samenhang gezorgd met de actuele beleidsthema's van ViVa! Zorggroep. Het maximale scholingsbudget voor de hele zorglocatie is uiteraard medebepalend voor de gekozen prioriteiten. De inspectie ziet echter ook dat voor sommige beleidsthema's zoals 'deskundigheidsbevordering zorg' (lees: bekwaam is bevoegd) nog geen of weinig deelname is voorzien. Verder blijkt uit het leermanagementsysteem van de zorgaanbieder dat het bereik van de verwachte bij/nascholing voor alle zorgverleners wisselt per afdeling. Bij GRZ ligt dit tussen de 62 en 80% en bij de afdelingen op de begane grond ligt het bereik tussen 38 en 66%. Een van de zorgverleners laat het eigen kwaliteitspaspoort inzien met een totaalscore van 39% voor de voorbehouden handelingen. Dit percentage hangt samen met het feit dat deze zorgverlener een zorginhoudelijke beroepsopleiding volgt. Bij ontvangst van het diploma zal de

bij/nascholing weer veel beter op orde zijn. De scholing over de Wzd is drie jaar geleden gevolgd, vertelt deze zorgverlener.

Norm 2.6

Zorgverleners werken volgens afspraken in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

De inspectie **toetste deze norm niet**.

De inspectie heeft voor deze norm te weinig bronnen voor een zorgvuldige beoordeling.

Via het intranet van de zorgorganisatie zijn actuele protocollen voor zorg en organisatie beschikbaar. Die worden vooral gebruikt bij het begeleiden van leerlingen vertelt een zorgverlener. Een van de zorgverleners laat bijvoorbeeld zien dat het protocol bij slikproblemen beschikbaar is. Het naleven van afspraken bewaken de teamleden enigszins via onderlinge feedback en werkoverleg binnen teams en vakgroepen, zo hoort de inspectie in gesprekken. Bijvoorbeeld leest de inspectie in verslagen dat de geldende afspraken over hygiëne of roosters extra aandacht nodig hebben. Ook hoort de inspectie dat moreel beraad ondersteunend werkt als men wil afwijken.

De inspectie heeft de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling op de bezokedag niet expliciet besproken. Wel heeft de inspectie kunnen waarnemen dat zorgverleners de interne afspraken naleven als iemand een noodknop gebruikt. Dat noemt men op de zorglocatie de escalatieknop. Na gebruik kwam er direct assistentie aanrennen.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair. Zij schakelen op tijd specifieke deskundigen in. Deze deskundigen kunnen al binnen organisatie werken. Als het nodig is kunnen zorgverleners samenwerken met deskundigen van buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

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

In het cliëntdossier (ONS) is navolgbaar welke disciplines betrokken zijn bij de cliëntenzorg. De onderlinge afstemming tussen behandelaars verloopt met behulp van YSIS. De inspectie ziet bij inzage in de dossiers dat ook behandelaars in het cliëntdossier (ONS) rapporteren. De interne en externe samenwerking loopt goed. Er is voldoende expertise beschikbaar. Ook loopt de samenwerking met verpleegkundig specialisten goed; het triagesysteem leidt tot adequate inzet.

Er is wekelijks een vaste artsenvisite op alle afdelingen. Verder reageren behandelaars ad hoc via de beschikbare triagediensten. Zorgverleners bepalen de agenda van de artsenvisite aan de hand van vragen.

Tweewekelijks is er omgangsoverleg tussen de psycholoog en de contactverzorgenden. Hieruit volgen concrete benaderingsplannen voor de cliënten. Op Meerstate zijn de benaderingsplannen van goede kwaliteit en volledig, zo vertelt een SO.

Zorgverleners laten zien hoe de multidisciplinair overleg (MDO)-cyclus gepland is volgens de norm. Dit loopt zoals bedoeld volgens behandelaars. Een verpleegkundige of contactverzorgende zit het MDO voor. Het voorzitterschap ligt niet meer bij de artsen. Zo is hun administratieve last minder geworden, vertelt een SO.

De kwaliteit van de zorgplannen verschilt nog wat per afdeling, hoort de inspectie; dit is afhankelijk van persoonlijke kwaliteiten van de voorzitter van het MDO. Familie en cliënt zijn welkom bij overleg. Hiervan wordt wisselend gebruik gemaakt. De SO geeft aan dat meespeelt dat de doelgroepen op deze zorglocatie meestal een complex verleden hebben met hun familie door psychiatrische aspecten. Mantelzorgers zijn vaak oververmoeid geraakt.

Ter ondersteuning van de deskundigheid van behandelaars is er voor behandelaars een zeswekelijks consultatieoverleg met een psychiater. Deze is verbonden aan een grote zorginstelling voor GGZ in de regio. Een van de behandelaars licht toe dat zij dan reflectief en niet-cliëntgebonden over problematische situaties spreken. Soms zijn ook betrokken verpleegkundigen aanwezig als dat nuttig is.

3.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg verlenen en zorgen dat de zorg goed blijft begint bij goed besturen van de organisatie. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, regelen de samenwerking en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer. Zorgverleners kunnen nadelige gevolgen van die risico's niet altijd voorkomen.

3.3.1 Resultaten

Norm 3.1

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

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

De zorgaanbieder heeft een missie en visie voor persoonsgerichte zorg. De zorgaanbieder beschrijft deze op haar website en in publicaties zoals de verslaglegging over 2023. In allerlei voorbeelden ziet de inspectie terug dat zorgverleners en behandelaars kwaliteit van leven 'maken' voor en met hun cliënten. Bijvoorbeeld wordt er in een gangportaal voor bepaalde cliënten elke dag een extra lange tafel mooi gedekt. Want deze cliënten wilden graag iedere dag een gezellig feestgevoel krijgen met elkaar, en niet alleen op feestdagen.

Binnen de zorglocatie geldt een afspraak om de veiligheid van cliënten en zorgverleners te waarborgen. Bij alarmering moet, direct en met spoed, vanuit iedere afdeling één zorgverlener gaan helpen. De inspectie hoort toevallig dat zorgverleners een alarm krijgen op hun telefoon. De inspectie ziet dat meerdere zorgverleners komen aanrennen en vragen welke hulp nodig is. Het betreft echter een loos alarm; een zorgverlener had per ongeluk de alarmknop ingedrukt.

De zorgaanbieder heeft vastgesteld Wzd-beleid. De zorgaanbieder informeert de inspectie jaarlijks in juni over de inzet van onvrijwillige zorg in het jaar voorafgaand. De inspectie leest bijvoorbeeld dat er voor 2023 een dashboard Wzd beschikbaar is gemaakt voor locatiemanager en teamleiders. Het opendeurenbeleid van locatie Meerstate past bij de gedachte om de eigen regie van cliënten te ondersteunen en de bewegingsvrijheid niet te beperken.

Hier staat tegenover dat de inspectie bij observatie en dossierinzage meerdere situaties aantreft waarbij nog niet was afgewogen of en zo ja welke onvrijwillige zorg aan de orde zou kunnen zijn (zie norm 1.3 en norm 2.1)

Norm 3.2

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

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

ViVa! Zorggroep heeft een intern programma dat de kwaliteit van zorg en beleid volgt en gebruikt de resultaten om zich gericht te verbeteren. Bijvoorbeeld hebben de resultaten van meerdere audits en signalen geleid tot gewijzigd HR-beleid ('Samen met jou'). Dit om de medewerkers centraal te plaatsen, zo vertelt onder meer een bestuurder. ViVa! Zorggroep heeft ook een nieuw leiderschapsprofiel opgesteld. Verder is een (verplicht) leiderschapsprogramma gestart om een cultuurverandering op gang te brengen. In diverse gesprekken hoort de inspectie dat het thema leeft en dat de eerste effecten merkbaar worden.

Op Meerstate treft de inspectie op de bezokedag een whiteboard in een overlegruimte. De inspectie ziet hierop aantekeningen met wekelijkse kernegevens van de afdelingen van de zorglocatie (productie, bezetting en verzuim). De locatiemanager en andere leidinggevenden laten zien hoe zij op basis van wekelijkse kernegevens (ad hoc) bijsturen. De informatie is bij de zorgaanbieder ook digitaal beschikbaar.

De inspectie leest analyses van de verzamelde meldingen over incidenten bij de cliëntenzorg (MIC). Bij de kwantitatieve gegevens op organisatieniveau, is ook een kwalitatieve toelichting gegeven. De verbetervoorstellen zijn onder meer op procesniveau geformuleerd, zoals het verbeteren van formulieren. Dit alles om in dit stadium betere informatie over oorzaken beschikbaar te krijgen. Verder zijn voor ViVa! Zorggroep de hoeveelheid medicatie-incidenten opvallend. Naarmate het niet kunnen beheren van eigen medicatie (de BEM-score) voor een cliënt hoger is ingeschat, ziet de organisatie meer risico's voor de veiligheid van cliënten. De kwaliteitscommissie concludeert hierover dat zorgverleners zich meer bewust moeten worden waar precies op te letten bij de medicatieverstrekking aan dergelijke (kwetsbare) cliënten. De adviseur Kwaliteit en Veiligheid heeft dit als een verbetervoorstel voorgelegd aan de raad van bestuur.

De SO vertelt dat de MIC-meldingen altijd doorgezet worden. Zo kunnen artsen de ernst van de individuele situatie inschatten en bewaken. Ook is een behandelaar betrokken in de adviescommissie die meldingen onderzoekt en analyseert. In analyses op afdelingsniveau (Q1-2024) leest de inspectie dat bepaalde items in het teamoverleg aan de orde moet komen zoals het thema medicatieveiligheid en het belang van dubbele controle bij risicovolle medicatie. Dit kwam ook uit de organisatie-brede audit 'medicatieveiligheid' in Q3/2023 leest de inspectie over Meerstate. Zorgverleners van een afdeling vertellen dat zij maandelijks samen teamoverleg voeren. Het laatste verslag betreft april 2024 en gaat helemaal over het rooster. Het voorlaatste betreft november 2023. Hierin leest de inspectie over de MIC, dat het belangrijk is om te melden om in de toekomst meer ondersteuning te krijgen voor de dagelijkse zorg. De inspectie leest niet over incidenten rond dubbele controle of over de oorzaken van deze incidenten.

Verder ziet de inspectie in documenten dat de centrale cliëntenraad en de ondernemingsraad gevraagd en ongevraagd advies geven over specifieke aspecten van de zorgverlening en over voorgesteld beleid. Dit geldt ook voor de raad van toezicht. In het jaarverslag over 2023 leest de inspectie bijvoorbeeld dat de visie op informele zorg en de organisatie van de medicatiezorg punt van gesprek zijn geweest. Vanuit de cliëntenraad hoort de inspectie dat de raad van bestuur twee maandelijks aanwezig is bij het overleg van deze raad. De cliëntenraad zegt desgevraagd dat zij voldoende en tijdig geïnformeerd is om zinvol betrokken te zijn.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

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

De werkcultuur moest fors verbeteren, zo vertellen diverse leidinggevenden en een bestuurder. Het thema is op alle organisatieniveaus aan de orde geweest, óók in de raad van toezicht. Zorgverleners kregen lang te weinig aandacht. Daarom is het leiderschapsprogramma doorgevoerd. Ook zijn er op de zorglocatie(s) kwaliteitsverpleegkundigen beschikbaar voor team coaching of intervisie. Op de bezokedag vindt zo'n intervisie plaats bij één van de teams, zo meldt een kwaliteitsverpleegkundige. Het doel is om tot eenduidige afspraken te komen.

De raad van bestuur verwacht duidelijk voorbeeldgedrag van alle managers. Als leidinggevenden zich niet goed kunnen aanpassen wordt samen een oplossing gezocht. Er zijn ook nieuwe leidinggevenden aangezocht. In diverse gesprekken hoort de inspectie dat het thema leeft en dat de eerste effecten merkbaar worden.

Teamleiders en zorgverleners vertellen dat ze maandelijks of vaker overleg hebben met elkaar. De zorgaanbieder beschouwt dit als werktijd. Dit geldt ook voor de dagelijkse overdracht waar zorgverleners met elkaar over de zorg spreken. Een zorgverlener vertelt dat deelname aan teamoverleg min of meer verplicht is. In verslagen ziet de inspectie dat de opkomst aanzienlijk is: 16 of 20 zorgverleners staan genoemd als aanwezig.

In notulen van een werkoverleg (april 2024) leest de inspectie dat zorgverleners elkaar aanspreken over een ongewenste roosterverdeling en benodigde flexibiliteit. Zij maken vervolgens de afspraak om eigen ongerustheid of ongenoegens voor te leggen aan de teamleider. "hou het bij jezelf. Leg waar je tegen aan loopt, neer bij ... onrust in het team is zonde van de energie". De bedoeling is overigens dat van ieder teamoverleg een verslag beschikbaar is, zo vertelt een zorgverlener. Dit is nog niet altijd het geval merkt de inspectie. Zo is niet altijd transparant en toetsbaar wat besproken is en welke afspraken goed lopen en welke beter kunnen wijzigen.

De inspectie vraagt aan zorgverleners in hoeverre zij zich kunnen laten inspireren door of met collega's van andere zorgaanbieders. Dit is alleen mogelijk voor leerlingen die naar school gaan, zo lichten zij toe. In Meerstate hebben de zorgverleners niet of nauwelijks contact met andere zorgaanbieders. Voor bijvoorbeeld de betrokken SO ligt dit anders omdat er structureel overleg is met een psychiater om de deskundigheid te bevorderen voor de veel voorkomende problemen in de zorg. Ook zijn er contacten met regionale huisartsen(groepen) bijvoorbeeld.

Norm 3.4

De zorgaanbieder heeft (indien vereist) een Wtza-toelatingsvergunning en een interne toezichthouder.

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

Bij de zorgaanbieder is een raad van toezicht ingesteld, volgens de vereisten van de Wtza-vergunning van de zorgaanbieder. De raad van toezicht bestaat uit zes leden.

De raad van toezicht heeft een aftreeschema vastgesteld. Pas aan het einde van 2024 naderen twee leden het einde van een tweede termijn. Op de bezoekdag is geen van de leden langer in functie dan de maximale termijn van 2x4 jaar.

Leden van de raad van toezicht voeren volgens de regelgeving twee keer per jaar overleg met de Centrale cliëntenraad en de Ondernemingsraad.

Norm 3.5

De zorgaanbieder regelt de inspraak van cliënten zoals bedoeld in de Wmcz 2018.

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

Voor cliënten die in de zorglocaties verblijven is de inspraak bij ViVa! Zorggroep geregeld via lokale cliëntenraden die vaak een vertegenwoordiger afvaardigen in de Centrale Cliëntenraad. Voor cliënten die zorg krijgen in de vorm van modulair pakket thuis (MPT) of het volledig pakket thuis (VPT) of GRZ is dat nog niet structureel geregeld. De centrale cliëntenraad en de raad van bestuur zijn zich hiervan bewust en beraden zich op een goede vorm.

De zorgaanbieder volgt de Governancecode Zorg. Dit betekent dat de zorgaanbieder in voorkomende gevallen een interne of externe commissie voorziet om eventuele visieverschillen op te lossen tussen de cliëntenraad en de raad van bestuur. Tot heden is dat niet nodig geweest, omdat samenwerking soepel en naar tevredenheid verloopt, vertelt een lid van cliëntenraad. Er is bijvoorbeeld inspraak geboden bij het aantrekken van managers en een toezichthouder. Of de cliëntenraad concreet één toezichthouder heeft kunnen voordragen, is bij het bezoek niet duidelijk geworden. Wel heeft de centrale cliëntenraad structureel overleg met leden van de raad van toezicht, zo leest de inspectie in jaarverslagen over 2023.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 5.1

Zorgverleners beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek.

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

In 2023 heeft ViVa! Zorggroep haar medicatiebeleid geëvalueerd en aangepast, zo vertellen leidinggevenden. De inspectie ziet versie 9 van het medicatiebeleid. De inspectie ziet dat de 'Veilige principes in de medicatieketen' als leidraad gevolgd zijn. Ook ziet de inspectie dat aspecten van borging en evaluatie voor de medicatiezorg zijn beschreven.

Op de bezoekdag ziet de inspectie tijdens de rondleiding dat de uitvoering van het medicatiebeleid grotendeels verloopt zoals de zorgaanbieder dat bedoelt voor de woonzorglocaties. Steekproefsgewijs treft de inspectie echter nog wel

een niet afgesloten medicatiekar in een hok en zorgverleners die met cupjes losse medicatie over de afdeling lopen om deze toe te dienen aan de cliënten. Volgens het beleid moest eventuele losse medicatie (die niet in een baxter verpakt kan worden) direct vanuit de originele verpakking worden toegediend. Ook leest de inspectie dat de apotheker verantwoordelijk is voor de bevoorrading en dat de 1^e geneeskundige verantwoordelijk is voor de werkvoorraad op locatie. De inspectie treft een ordelijke voorraad, maar van sommige (risicovolle) middelen wel een hoog volume zoals 14 doosjes met 5 ampullen. Het opiatenbeheer loopt volgens afspraken ziet de inspectie.

Zorgverleners die medicatie aanreiken of toedienen beschikken over een actuele elektronische toedienlijst vanuit het systeem van de leverende apotheek. Zorgverleners maken deze lijsten niet zelf en passen toedienlijsten niet zelfstandig aan.

In het cliëntdossier is terug te vinden welke beoordeling-medicatie-in eigen beheer- cliënt (BEM)-score bij een cliënt van toepassing is. Uit meldingenanalyses van de zorgaanbieder blijkt dat de BEM-score voor zorgverlener wel nog wat duidelijker in beeld moet komen tijdens het uitreiken en toedienen van medicatie.

Norm 5.2

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

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

De inspectie vraagt inzage in de elektronische toedienregistratie en ziet in lijsten en overzichten dat zorgverleners tijdig en per medicijn paraferen bij het toedienen van medicatie.

Ook is de tweede controle (niet geneesmiddelendistributiesysteem(GDS)-medicatie) bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert. De zorgverlener vertelt dat dit zoveel mogelijk onder collega's van de afdeling gebeurt. De inspectie ziet dit terug op de lijsten. In de ochtend van het onaangekondigde bezoek hebben bijvoorbeeld een 3^e jaars leerling verzorgende-IG en meerdere verzorgenden-IG de ochtendmedicatie toegediend op een van de afdelingen. Het systeem heeft geregistreerd of en wanneer zij elkaar hebben gecontroleerd bij het uitreiken van risicovolle medicatie. Op de toedienlijst is duidelijk welke medicatie risicovol is en een tweede controle nodig heeft, ziet de inspectie bij inzage.

4 Resultaten Meerstate (geriatrische revalidatiezorg)

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate GRZ** aan deze norm.

Een zorgverlener vertelt dat zij een multidisciplinaire intake doen wanneer een cliënt bij hen in zorg komt. Deze intake doen zij met de cliënt en familie of mantelzorger. Ook bespreken zij dan de wensen van de cliënt over de behandeling. Samen vormt dit het multidisciplinaire zorgplan. De inspectie ziet tijdens de dossierinzage een multidisciplinair zorgplan in. In dit zorgplan staan de doelen van de verschillende disciplines beschreven. De voortgang op deze doelen beschrijven zij in de rapportages, maar ook kort in het zorgplan zelf. Zorgverleners bereiden MDO's voor in overleg met de cliënt. Na afloop van het MDO geeft de verantwoordelijk arts of de zorgverlener een terugkoppeling aan de cliënt. Zo betrekken zij de cliënt bij het opstellen, evalueren en eventueel bijstellen van de behandeldoelen.

Een cliënt vertelt dat zij zich gehoord voelt door de zorgverleners in Meerstate GRZ. Zo geeft zij aan al langere tijd ziek te zijn en hiervoor medicatie te gebruiken. Na haar laatste ziekenhuisopname hadden de zorgverleners de medicatie in beheer. Nadat de cliënt heeft aangegeven dit graag zelf te willen doen, zijn ze dat gaan oefenen. Eerst samen de medicatie uitzetten, daarna alleen met controle van de zorgverlener. De cliënt vertelt dat het gelukt is om de medicatie weer in eigen beheer te hebben. Ze vertelt blij te dat de zorgverleners naar haar wens hebben geluisterd. De cliënt is tevreden over de zorgvuldige aanpak van de zorgverleners hierin.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate GRZ grotendeels** aan deze norm.

Een cliënt vertelt dat er genoeg activiteiten zijn om deel aan te kunnen nemen. Zo vertelt ze dat er een kapper in het gebouw is waar zij naartoe kan gaan. Een zorgverlener vertelt dat de cliënten een weekplanning op de kamer hebben hangen. Hierop staan alle vaste afspraken en therapiemomenten. De inspectie ziet zo'n weekplanning op één van de cliëntenkamers hangen. Ook vertelt de zorgverlener dat therapeuten nu inloop-uren hebben. Cliënten kunnen dan op eigen initiatief naar de oefenzaal komen voor een extra oefenmoment.

De inspectie hoort van een teamleider dat zij binnen de GRZ weinig onvrijwillige zorg leveren. Ze hebben hiervoor ook exclusiecriteria bij opname. Zo vertelt zij dat ze cliënten waarvan de bewegingsvrijheid moet worden beperkt met een buikband, niet opnemen. Wel vertelt de teamleider dat zij af en toe een bewegingssensor inzetten. Voor de inzet van deze sensor volgen zij het Wzd-

stappenplan. De inspectie ziet tijdens de dossierinzage een ingevuld Wzd-stappenplan over de inzet van een bewegingssensor in.

De teamleider vertelt dat cliënten bij snelle achteruitgang nu ook op de afdeling kunnen blijven in de palliatieve fase. Eerder plaatsten zij cliënten dan over naar een andere afdeling binnen Meerstate of hospice. Ze laat tijdens de rondgang zien dat de afdelingen nu een mand hebben gemaakt met spullen om de familie en cliënt in de palliatieve fase te ondersteunen. Van de cliënten en families krijgen zij veel positieve reacties terug.

Zorgverleners stimuleren de eigen regie van de cliënt, zo vertelt de cliënt. Zo geeft zij aan dat de zorgverleners tijdens de zorgmomenten niet zomaar alle handelingen van haar overnemen. Zorgverleners vragen de cliënt dan wat maakt dat je het nog niet zelf kan. En stimuleren de cliënt om steeds (delen van) de handelingen weer zelfstandig te gaan uitvoeren. De cliënt geeft aan dit een prettige werkwijze te vinden, ook al is het soms wel makkelijker om meer hulp te krijgen.

Toch ziet de inspectie tijdens het eten in de huiskamer dat zorgverleners activiteiten van de cliënten overnemen. Zo vraagt één van de cliënten om de suikerpot die in het midden van de tafel staat. Ze reikt maar kan hier net niet bij. De zorgverlener doet de suiker vervolgens in het kopje van de cliënt. Zorgverleners betrekken de cliënten in de huiskamer niet bij het klaarmaken van de lunch of de huishoudelijke taken.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning. Zij gebruiken bij de afwegingen gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate GRZ grotendeels** aan deze norm.

Een zorgverlener vertelt dat zij bij opname van een cliënt een risicosignalering doen. Daarnaast bespreken zij mogelijke risico's altijd multidisciplinair. Ze gebruiken hierbij overlegmomenten zoals de MDO's en artsensites. MDO's vinden wekelijks plaats. Daarnaast is er ook een belronde in de ochtend waarbij zij gesignaleerde risico's aan de paramedische dienst kunnen doorgeven. Een behandelaar vertelt dat ze deze belronde recent hebben ingesteld. Het helpt ook om beter zicht te krijgen op de prioriteiten voor die dag, zo vertelt de behandelaar.

Een medewerker laat in de huiskamer een bord zien met kaartjes waarop de namen van de cliënten staan. Hierbij staan eventuele bijzonderheden voor het eten beschreven. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld dat één van de cliënten uit een tuitbeker drinkt. In de keuken ligt ook een boek waarin zij een korte rapportage schrijven over bijzonderheden die tijdens het eten zijn opgetreden. De inspectie leest hierin bijvoorbeeld dat één van de cliënten zich een paar dagen geleden meerdere malen verslikte tijdens het eten. Tijdens de observatie ziet de inspectie een cliënt die verdikt drinken krijgt. Op het bord in de keuken leest de inspectie dat het drinken voor deze cliënt verdikt moet worden. Tijdens de dossierinzage ziet de inspectie een slikadvies van de logopedist in het

behandelplan van deze cliënt staan. De inspectie ziet echter dat het advies in het behandelplan niet overeenkomt met de aantekening in de keuken.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen het hele zorgproces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate GRZ grotendeels** aan deze norm.

Tijdens de dossierinzage ziet de inspectie dat cliënten een compleet en actueel multidisciplinair behandelplan hebben. Het behandelplan bevat opgestelde doelen van verschillende disciplines. Zo ziet de inspectie een behandelplan in waarbij fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog betrokken zijn.

Tijdens de dossierinzage ziet de inspectie dat de doelen van de verschillende disciplines op elkaar aansluiten. De disciplines rapporteren ook de voortgang of bijzonderheden op doelen van een andere discipline. Zo ziet de inspectie dat zowel de fysiotherapeut als de zorgverleners rapporteren op een doel over zelfstandig lopen.

De behandelaren vertellen dat het opvolgen van afspraken door de zorgverleners meestal goed gaat. Soms is het nodig om te bellen en zelf na te vragen hoe het gaat. Toch ziet de inspectie in één van de behandelplannen een opdracht van een behandelaar staan. Er staat: goed rapporteren over eten en slikken. Echter ziet de inspectie sinds die tijd geen rapportages over het eten en slikken. De zorgverlener vertelt niet te weten waarom er niets over het eten of slikken van deze cliënt is gerapporteerd.

Norm 2.3 (vergelijkbaar met norm 2.5 in hoofdstuk 3)

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

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

De behandelaren vertellen dat er voldoende en deskundige zorgverleners zijn bij Meerstate GRZ. Ze vertellen dat de doorloop van het personeel niet zo hoog is. Hierdoor werken zij veel in vaste teams. Een cliënt bevestigt dat zij over het algemeen inderdaad veel vaste zorgverleners ziet. Bij veel ziekte onder het vaste personeel komen er invalkrachten. Een behandelaar vertelt dat er op één van de afdelingen de afgelopen tijd een hoog ziekteverzuim is geweest. De cliënt vertelt dat de invallers niet altijd zo goed haar achtergrond kennen als het vaste personeel. Maar omdat de cliënt zelf ook uitleg kan geven, heeft dit nooit tot vervelende situaties geleid.

Zorgverleners geven aan via ViVa! Zorggroep ook cliëntgroepspecifieke scholingen te volgen. Zo vertelt een zorgverlener dat er verplichte scholingen zijn voor bijvoorbeeld niet aangeboren hersenletsel. De behandelaren vertellen dat het team scholing krijgt voor een specifieke handeling wanneer dat nodig is. Als voorbeeld noemen zij de zorg voor een cliënt met een tracheaanule. De behandelaren zien wel een trend in de toename van de zorgzwaarte van de cliënten. Zo vertelt één van de behandelaren dat zij de afgelopen tijd meerdere cliënten met een psychische aandoening hebben. Hiervoor hebben zij nog geen specifieke scholing gevolgd. De behandelaar geeft aan dat zij hier wel behoefte aan heeft. Ze heeft dit nog niet binnen het team besproken. Ze vertelt wel te

weten waar ze dit scholingsverzoek kan bespreken en dat het management dit dan oppakt.

ViVa! Zorggroep streeft ernaar dat het opleidingsaanbod in lijn ligt met de thema's van het beleid van de Zorg van Overmorgen, zo ziet de inspectie in de toegestuurde documenten. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld dat ViVa! Zorggroep een workshop over 'mantelzorgers' aanbiedt. Ook ziet de inspectie de geplande begroting van het opleidingsplan in. Daaruit blijkt nog niet altijd samenhang met actuele beleidsdoelstellingen. Zo ziet de inspectie hierin de genoemde themaweken bijvoorbeeld niet terugkomen. Verder blijkt uit het leermanagementsysteem dat het bereik van de verwachte bij/nascholing voor alle zorgverleners wisselt per afdeling. Bij GRZ ligt dit tussen de 62 en 80%.

Norm 2.4 (vergelijkbaar met norm 2.7 in hoofdstuk 3)
Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

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

Een zorgverlener vertelt dat zij bij de multidisciplinaire intake kijken welke disciplines bij de cliënt betrokken moeten zijn. Dit doen zij aan de hand van de overdracht en risicosignalering. Na de intake stellen zij een multidisciplinair behandelplan op. De inspectie ziet in het multidisciplinair behandelplan verschillende risico's met daaraan gekoppelde acties beschreven. Een andere discipline inschakelen kan ook altijd via het MDO of de dagelijkse contactmomenten, zo vertelt een zorgverlener.

De zorgverlener zet de informatie uit de intake om in een multidisciplinair behandelplan. Hierin rapporteert elke discipline op doelen. De zorgverlener vertelt dat er interne afspraken zijn over het rapporteren. Deze afspraken gaan over het rapporteren op doel. En wanneer dat in het behandelplan, of los in de vorm van een rapportage in het cliëntdossier moet.

De teamleider vertelt over de frequentie van overleggen. Eén week na de opname is het eerste MDO over de cliënt. Afhankelijk van de inschatting van de verblijfsduur van de cliënt worden volgende MDO's alvast ingepland. Er vinden elke week MDO's plaats. Mocht het nodig zijn om de situatie van de cliënt eerder te bespreken dan kan dit altijd. Tijdens het MDO evalueren de zorgverleners en behandelaars het zorgplan en de voortgang op de gestelde doelen, vertellen de zorgverleners en behandelaars.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1 (vergelijkbaar met norm 3.2 in hoofdstuk 3)

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

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate GRZ** aan deze norm.

De behandelaren vertellen dat MIC-meldingen in een ander systeem worden gedaan dan in het cliëntdossier zelf. De SO vertelt dat zij MIC-meldingen die gedaan zijn bij cliënten op haar afdeling altijd inziet. Ook worden de meldingen

op cliëntniveau in het MDO besproken en worden hieruit verbeterpunten gehaald.

Ook ziet de inspectie in de nagestuurde documenten de MIC-analyse van het afgelopen kwartaal van één van de afdelingen in. Hierin ziet de inspectie welke meldingen er zijn gedaan en de geformuleerde verbeteracties. De inspectie leest verbeteracties op casusniveau. Ook leest de inspectie een analyse van de samenhang tussen de meldingen en overkoepelende oorzaken. Zorgverleners bespreken verbeteracties in de teamoverleggen, zo hoort de inspectie van een zorgverlener. Een behandelaar vertelt dat er de laatste tijd veel MIC-meldingen over vallen binnen kwamen. Er is toen gekeken of hiervoor eenzelfde oorzaak te vinden was. Er is besloten te sturen op dat de cliënten stevig schoeisel dragen tijdens het staan en lopen in plaats van de antislipsokken die veel gebruikt werden. De inspectie leest deze verbeteractie terug in de toegestuurde rapportage.

Van de cliëntenraad hoort de inspectie dat de GRZ-afdelingen binnen Meerstate nog niet aangesloten zijn bij de cliëntvertegenwoordiging. De cliëntenraad is op dit moment aan het onderzoeken in welke vorm dit het beste past.

4.4 Thema Continuïteit van zorgverlening

4.4.1 Resultaten

Norm 4.1

De overdracht bij opname is tijdig en omvat relevante inhoud voor het (zo nodig direct) kunnen vervolgen van de zorgverlening volgens de norm.

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate GRZ** aan deze norm.

De teamleider vertelt dat zij veel samenwerken met een ziekenhuis in de regio en meer recent ook met een revalidatiecentrum. Doordat er veel cliënten vanuit het ziekenhuis opgenomen worden, zijn afspraken over de overdracht gemaakt. Tijdens de dossierinzage ziet de inspectie een overdracht in. De medische diagnose en het medicatieoverzicht staan hierin beschreven. Daarnaast vertelt de zorgverlener dat het ziekenhuis vaak medicatie meegeeft voor de eerste 24 uur. Dit gebeurt echter niet altijd. Voor deze gevallen heeft Meerstate contact met de apotheek en is er een noodvoorraad aanwezig.

Wanneer de overdracht niet verloopt zoals afgesproken nemen zorgverleners contact op met de verwijzer, zo vertelt een zorgverlener. Ook wanneer er onduidelijkheden zijn nemen zij contact op om te overleggen.

Norm 4.2

De overdracht bij ontslag is tijdig en omvat relevante inhoud voor het (zo nodig direct) kunnen vervolgen van de zorgverlening volgens de norm.

Volgens de inspectie **voldoet Meerstate GRZ grotendeels** aan deze norm.

Tijdens de dossierinzage ziet de inspectie de afspraken voor het naar huis gaan helder gerapporteerd. De voortgang op deze doelen of de aanpassingen hiervan zijn navolgbaar. Zo leest de inspectie in een MDO-verslag dat er getwijfeld wordt of ontslag naar huis op de gestelde datum haalbaar is. Een cliënt vertelt de inspectie dat zij binnenkort naar huis mag. De ergotherapeut heeft al een huisbezoek gebracht en voorzieningen die thuis nodig zijn geregeld. De cliënt

gaat thuis de fysiotherapie en ergotherapie voortzetten. De cliënt vertelt dat dit al geregeld en afgestemd is.

Het management vertelt de inspectie dat er binnen Meerstate gewerkt wordt met twee verschillende systemen voor cliëntdossiers. Zorgverleners op een GRZ-afdeling rapporteren in een ander systeem dan de zorgverleners op de andere afdelingen binnen Meerstate. Recent is onderzocht of zij over kunnen naar één systeem, mede om de overdracht van cliënten makkelijker te maken. Dit blijkt vanwege de aanvullende eisen aan het systeem op de GRZ-afdelingen nog niet mogelijk, vertelt het management. De inspectie ziet een cliënt die van één van de GRZ-afdelingen is overgeplaatst naar een andere afdeling van Meerstate in februari 2024. De inspectie las in het cliëntdossier geen interne overdracht naar de afdeling waar de cliënt op de dag van het inspectiebezoek verblijft.

Norm 4.3

De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor veilige overdracht van medicatiegegevens.

De inspectie **toetste deze norm niet**.

Bijlage 1 Informatiebronnen

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Daarna beoordeelt de inspectie of de geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zij gebruikte om tot dit oordeel te komen.

Tijdens het bezoek gebruikte de inspectie de volgende informatiebronnen:

- gesprekken met twee cliënten;
- gesprekken met één cliëntvertegenwoordiger van de locatie;
- observatie van tien cliënten op afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met vier uitvoerende medewerkers van afdeling;
- gesprekken met drie behandelaars;
- gesprekken met het management(team);
- vier cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door de locatie.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie gebruik 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).

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 zit een inspecteur in een huiskamer. De inspecteur observeert hoe zorgverleners reageren op een cliënt en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Praten zij met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn ze 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 van hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI? U vindt meer informatie op de website van de Universiteit van Bradford: www.bradford.ac.uk/dementia/training-consultancy/sofi/.

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Overzicht van de zorgprofielen van cliënten van locatie Meerstate;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars van de locatie Meerstate;
- Rooster van één van de bezochte teams;
- Overzicht van bevoegd- en bekwaamheden van de medewerkers van locatie Meerstate en de planning voor opleidingen van het lopende jaar;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van twee van de teams van locatie Meerstate over het afgelopen kwartaal;
- Notulen van het laatste werkoverleggen van twee teams;
- Medicatiebeleid;
- Visie en kernwaarden van ViVa! Zorggroep;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Resultaten van de laatste audit op medicatieveiligheid;
- Website zorgorganisatie;
- Documenten archief CIBG.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl