



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Zorgboerderij De Naaber
in Winterswijk op 13 april 2021

Utrecht, april 2021

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving De Naober 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 6
2.5	Eindconclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	De vervolgactie die de inspectie van De Naober verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 13
Bijlage 1	Methode 15
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 17

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 13 april 2021 een aangekondigd bezoek aan Zorgboerderij De Naober in Winterswijk (hierna De Naober) . De inspectie kondigde dit bezoek aan zodat het in de COVID-19 periode binnen de richtlijnen van het RIVM kon plaatsvinden.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. De inspectie gebruikt hiervoor een toetsingskader. Dit toetsingskader staat op de website van de inspectie ([toetsingskader](#)).

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

De begrippen die de inspectie gebruikt in dit rapport, zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt De Naober om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. Ook zijn er aantal meldingen geweest. Deze meldingen onderzoekt de inspectie apart van dit bezoek, maar zijn wel mede aanleiding voor het bezoek.

1.2 Beschrijving De Naober

Zorgboerderij De Naober is op een unieke plek gelegen, aan de rand van de bebouwde kom en op loopafstand van het winkelcentrum. De zorgboerderij staat op het terrein van Kinderboerderij Freriks. Op deze locatie vindt dagbesteding plaats sinds 2013. In 2015 zijn zes appartementen gerealiseerd in het voormalige museum pand. Ieder appartement van ca. 50m² beschikt over een woonkamer met een pantry (geen eigen kookgelegenheid). Daarnaast is er een eigen badkamer en een slaapkamer. In de gemeenschappelijke woonruimte nuttigen de cliënten de maaltijden (gezamenlijk) en zijn de koffiemomenten. In 2020 zijn er twee appartementen toegevoegd. Er wonen op de zorgboerderij vier Wlz¹-cliënten en één Wmo²-cliënt. De zorgprofielen van de Wlz cliënten zijn als volgt:

Zorgprofiel	VG03	VG04	VG06	LG04
Aantal cliënten	1	1	1	1

Personeel:

In totaal werken tien zorgverleners in twee diensten per dag: Van 8.00 tot 16.00 uur dagdienst en van 16.00 tot 8.00 uur slaapdienst. Overdag werken er drie zorgverleners. De zorgverlener die slaapdienst heeft werkt alleen.

1 Wet langdurige zorg

2 Wet maatschappelijke ondersteuning

Functies	Aantal Fte's	Aantal opleidingsniveau
Woonbegeleider HBO	1,33	3
Woonbegeleider MBO-niveau 4	2,88	3
Woonbegeleider BBL ³	1,56	3
Coördinator Zorg	0,11	1
	5,88	10

Een behandelaar van VGGNet⁴ is ambulante en komt eens per 4-6 weken op huisbezoek bij één cliënt. Deze behandelaar beantwoordt ook vragen van de begeleiding over vraagstukken met andere cliënten.

Een cliënt zit in een diagnostisch onderzoeksfase bij GGNet. De begeleiding begeleidt de cliënt hier naar toe en zit (deels) bij de gesprekken om mee te luisteren en zo vragen te kunnen beantwoorden. Een cliënt gaat met zijn ambulante begeleiding naar afspraken bij GGNet. Twee cliënten hebben geen behandelaars.

De aansturing van de locatie gebeurt door twee directeurs, één algemeen directeur en één directeur zorg. Zij krijgen ondersteuning van twee zorgverleners op HBO-niveau. Sinds afgelopen week hebben 2 tijdelijke zorgverleners de vacature opgevuld die openstond. Dit is tijdelijk omdat er één BBL-er haar diploma behaalt in juni en een andere BBL-er in november.

Ziekteverzuim en personeelsverloop:

Ziekteverzuim: Er is bij De Naober weinig tot geen ziekteverzuim. Eén medewerker heeft een aantal weken minder gewerkt na een incident, zodat zij tijd had voor behandeling bij een psycholoog. De andere medewerkers zijn pas sinds oktober 2020 of later op de locatie komen werken. De directeurs hebben vanaf 2015 zelf als zorgverleners gewerkt.

Personeelsverloop: in het afgelopen jaar zijn twee zorgverleners van functie veranderd, één zorgverlener is buiten De Naober een functie gaan betrekken en één BBL-er is binnen de organisatie van functie veranderd.

Covid-19:

Op het moment van het bezoek is géén van de cliënten van De Naober positief getest. Er zijn geen besmettingen geweest bij De Naober onder cliënten en de zorgverleners. Alle zorgverleners die cliëntcontact onderhouden zijn gevaccineerd. De cliënten zelf nog niet. De inspectie ziet tijdens haar bezoek dat bij binnenkomst een flacon met handdesinfectiemiddel staat. Bezoekers moeten zich registreren en de inspectie ziet dat zorgverleners consequent een mondneusmasker dragen in gevallen dat de anderhalve meter maatregel niet gehandhaafd kan worden. Tijdens de teamvergaderingen zorgen zij dat er altijd een stoel tussen twee zorgverleners in staat zodat de afstand bewaard kan worden. In de auto naar de externe dagbesteding dragen cliënten en zorgverleners een mondneusmasker. De Naober heeft een corona protocol zo ziet de inspectie in de verstrekte documenten. Hier staan onder andere de basisregels over infectiepreventie, afstand houden en testen beschreven die gelden op de locatie.

³ Beroeps Begeleidende Leerweg.

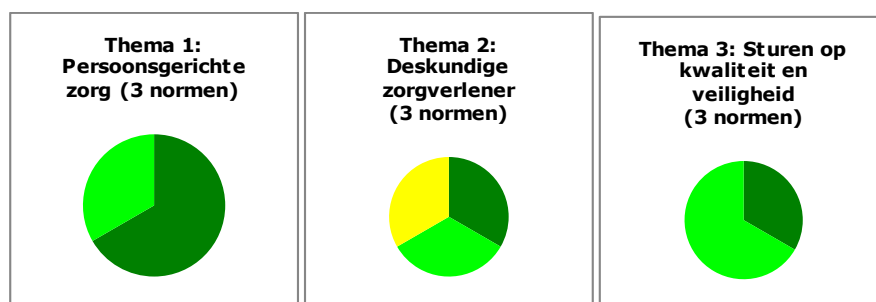
⁴ VGGNet is onderdeel van GGNet en is gespecialiseerd in het behandelen van volwassenen met een ernstig psychiatrische stoornis die zwakbegaafd zijn of een licht verstandelijke beperking hebben.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over De Naaber. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie De Naaber beoordeelt.



Oordeel	Thema 1	Thema 2	Thema 3
voldoet	2	1	1
voldoet grotendeels	1	1	2
voldoet grotendeels niet	0	1	0
voldoet niet	0	0	0
niet getoetst	0	0	0

2.2 Wat gaat goed

Cliënten kunnen rekenen op persoonsgerichte zorg en geven aan dat zij zich thuis voelen bij De Naaber. Ze zijn blij met hun huisvesting en de zorgverleners. Het contact tussen de cliënten en zorgverleners is goed en zij gaan begripvol met elkaar om.

Zorgverleners kennen de mogelijkheden van eigen regie van cliënten. Zorg vindt zoveel mogelijk plaats op basis van vrijwilligheid en Zorgverleners betrekken de cliënt en cliënt vertegenwoordigers bij de zorgplanbesprekingen.

2.3 Wat kan beter

De risico's die bewoners kunnen lopen in het leven en hoe deze vermeden of verkleind kunnen worden zijn in beeld bij zorgverleners maar zullen ook in het ECD van cliënten moeten worden opgenomen.

Incidenten worden besproken in het teamoverleg maar er vindt geen analyse plaats van incidenten. Tegelijkertijd maakt dat door een analyse zorgverleners zich meer bewust worden dat het melden niet is 'om te melden' maar om te verbeteren. Hiervoor is het nodig er trendanalyses van de meldingen worden uitgevoerd.

Het incidentmeldingssysteem is nog erg reactief en onvoldoende systematisch ondersteunend gericht op leren en verbeteren.

2.4 Wat moet beter

Het opstellen van een systematische risico-inventarisatie, waardoor ook bekend is welke beheersmaatregelen de medewerker kan nemen om te voorkomen dat incidenten zich herhalen, moet beter worden geborgd bij De Naober. Ook periodiek multidisciplinair evalueren met alle relevante disciplines moet beter worden georganiseerd.

Ook is het van belang dat het team op de hoogte is van de inhoud van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Dat betekent dat De Naober minstens jaarlijks teamreflecties moet doen als bedoeld in het kwaliteitskader.

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, met name voor de cliënten met hogere zorgprofielen, moet er structureel een gedragsdeskundige bij de begeleiding van cliënten betrokken worden.

De communicatie tussen ambulante zorgverleners en de zorgverleners van De Naober ontbreekt bij één cliënt waardoor er risico's bestaan voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. De zorg moet beter op elkaar worden afgestemd.

2.5 Eindconclusie bezoek

De inspectie concludeert dat de geboden zorg op De Naober (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen.

Een betrokken team levert zorg die persoonsgericht is en heeft oog voor wensen en behoeften van de cliënten. De inspectie ziet dat De Naober een goede plek is voor de cliënten met *niet* complexe zorgvragen om te wonen en zich verder te ontwikkelen. Er zijn in het laatste half jaar grote stappen gezet om de zorg te verbeteren en risico's op incidenten te verminderen. Zo is er geïnvesteerd in personeel en scholing en zijn er exclusiecriteria voor cliënten met complexe zorgvragen waarvoor de deskundigheid bij de zorgverleners (nog) ontbreekt.

Gelet op de stappen die De Naober al zet, de open en transparante houding en het bewustzijn van de aandachtspunten bij de bestuurder, heeft de inspectie er vertrouwen in dat de bestuurder zich in zal spannen om de zorg verder te verbeteren.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van De Naober verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van De Naober verwacht**

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De volgende norm scoorde grotendeels onvoldoende (kleur geel) en vraagt om verbeteringen:

Norm 6

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

De inspectie verwacht dat De Naober verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij De Naober. Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op andere locatie(s). Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

4 Resultaten

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:

Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.

Licht groen: 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 norm is **niet getoetst**.

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij⁵ 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, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

Resultaten

Norm 1

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

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

Zorgverleners kennen het verhaal van de cliënt. Een zorgverlener vertelt tegen de inspectie dat een cliënt soms moeite heeft om zich te uiten en om te vertellen hoe het met haar gaat. Door de cliënt een rode, oranje of rode kaart te tonen kan de cliënt deze aanwijzen en ontstaat er vaak toch een gesprek. Haar mentor vertelt dat het ook helpt om dan een stukje met haar te gaan wandelen.

In de zorgplannen van de cliënten ziet de inspectie dat daar een profielschets is opgenomen van de cliënten. Hier leest de inspectie ook de levensgeschiedenis van cliënten. Zo leest de inspectie in een van de zorgplannen over de thuissituatie, genoten onderwijs en aanbieders waar de bewoner in het verleden is opgenomen en in zorg is geweest.

Een zorgverlener vertelt over de behoefte van een cliënt om meer rust te nemen tijdens de ramadan op de dagbesteding. Een andere zorgverlener houdt rekening met de cliënt door haar rust te geven wanneer zij net therapie heeft gehad.

⁵ Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

Zorgverleners weten met wie de cliënten contact hebben en hoe zij de sociale contacten ervaren. Zo vertelt een zorgverlener dat voor een cliënt contact met familie erg belangrijk is. Zij licht toe dat de cliënt zelfstandig bij een familielid op bezoek gaat en dit erg leuk vindt. De inspectie leest dit ook terug in het zorgplan.

Cliënten hebben inspraak in de zorg. Zo vertelt de bestuurder dat er eens per kwartaal een bewonersvergadering is. Cliënten kunnen daar laten weten wat zij graag anders zouden willen. Zo vertelt de bestuurder dat een cliënt er last van heeft dat andere cliënten en zorgverleners de deur op de benedenverdieping te hard dichtdoen en dat dit dan doorklinkt in haar kamer. Toen er een kamer aan de andere kant van het gebouw leegkwam is besloten dat zij daar naartoe kon verhuizen en heeft zij geen last meer van dichtslaande deuren.

Norm 2

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

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

Een cliënt vertelt dat hij zijn eigen leven kan leiden. Wanneer hij daar zin in heeft kan hij een vriend of vriendin uitnodigen. Hij bepaalt zelf of hij 's avond kookt of gebruik maakt van een gezamenlijke ruimte waar cliënten met elkaar een maaltijd eten.

De inspectie hoort en ziet dat cliënten hun kamer naar eigen smaak kunnen inrichten. Tijdens haar rondgang ziet de inspectie een bak verf en een kwast in de gang staan. De bestuurder vertelt dat de cliënt haar muur net paars heeft geschilderd. In een kamer van een andere cliënt ziet de inspectie veel voetbal spullen en foto's staan. De cliënt vertelt dat hij erg van voetbal houdt en samen met een medecliënt een voetbalveldje van papier geknutseld heeft.

Een zorgverlener vertelt desgevraagd tegen de inspectie dat zij een cliënt stimuleert om invulling te geven aan haar vrije tijd en dagbesteding. Zij heeft dan gesprekken met de cliënt over haar interesses en wensen. De cliënt vertelt dat zij nu de dieren mag verzorgen op de dagbesteding en niet had verwacht dat zij dit zo leuk zou vinden. Ook vertelt zij tegen de inspectie dat zij graag knuffelt met de dieren en dol is op paarden.

Zorgverleners betrekken de cliënt en cliëntvertegenwoordigers bij de zorgplanbesprekingen. Cliënten of cliëntvertegenwoordigers krijgen de mogelijkheid om zelf mee te praten over de inhoud van hun zorgplan, zo vertellen zij. Externe expertise zoals de verpleegkundig specialist of een gedragsdeskundige zijn vooralsnog niet bij de zorgplanbesprekingen betrokken.

De bestuurder vertelt aan de inspectie dat een cliënt op diens eigen verzoek ook ambulante begeleiding krijgt van een andere zorgaanbieder. Zij vertelt ook dat er geen communicatie plaatsvindt tussen de ambulante zorgverlener en de zorgverlener van De Naaber. Ook is er geen uitwisseling van de zorgplannen en de rapportages tussen beide organisaties.

Norm 3

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

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

Er heerst een ontspannen en gemoedelijke sfeer bij De Naober. De cliënten hebben zichtbaar plezier in het werken op de boerderij en het verzorgen van de dieren. Tijdens haar rondgang hoort en ziet de inspectie dat zorgverleners de cliënten vriendelijk begroeten.

Alle cliënten die de inspectie spreekt geven aan dat zij blij zijn met de zorg en begeleiding die zij ontvangen. Wanneer de inspectie tijdens haar rondgang vraagt wat een cliënt vindt van de zorg op De Naober zegt hij enthousiast '100 punten en vijf sterren'. In de hal ziet de inspectie een schilderij met een tekst die door een cliënt is gemaakt. Er staat '*mag ik jou bedanken? Gewoon omdat ik dat graag wil, omdat ik het zo voel, niet een beetje, maar heel veel*'. De bestuurder vertelt dat een cliënt haar op deze manier wil bedanken voor de geborgenheid en nabijheid die deze cliënt heeft mogen ontvangen van haar toen het niet zo goed met haar ging. Een zorgverlener vertelt over een cliënt met een onrustige thuissituatie dat zij zich voor het eerst sinds lange tijd ergens thuis en veilig voelt.

De inspectie leest in het ECD⁶ dat een cliënt regelmatig last heeft van depressies. De bestuurder vertelt dat zorgverleners hier bewust van zijn en meerdere keren per dag aan hem vragen hoe het met hem gaat en hem dan extra aandacht geven. De cliënt bevestigt dit.

De inspectie hoort dat de bestuurder haar toon aanpast en rustig en duidelijk praat wanneer zij een vraag van de inspectie niet begrijpt en de vraag in voor haar begrijpelijke taal herhaalt. De inspectie ziet dat cliënt het nu wel snapt en antwoord kan geven op de vraag.

4.2 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. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle 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 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.

Resultaten

Norm 4

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

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

De Naober maakt sinds 2020 gebruik van exclusiecriteria, zo blijkt uit de documenten die de inspectie ontving. Cliënten met zedendelicten, gewelddadige criminaliteit, psychiatrische problematiek, gecompliceerde problematiek en ernstige verslavingen (drank/drugs) kunnen niet (meer) bij De Naober terecht. Bij de intake probeert De Naober zicht te krijgen op wie de cliënt is en wat zijn wensen en behoeften zijn. Ook beoordelen zij of een cliënt bij De Naober past qua zorgzwaarte. Indien duidelijk is dat de persoon niet bij De Naober past, adviseert De Naober om een andere zorgaanbieder te raadplegen, zo leest de inspectie in gestuurde documenten.

De Naober past geen onvrijwillige zorg toe, zo vertellen de zorgverleners en de directeur. Zo zijn er afspraken gemaakt met een cliënt om 's avonds verleidelijke snacks af te geven aan de zorgverleners omdat de cliënt er anders niet van af kan blijven. Dit geeft haar een beter gevoel en de cliënt brengt de snacks vrijwillig, zo vertellen de zorgverleners. De inspectie leest de afspraak in het zorgplan terug. Zorgverleners maken hierbij geen gebruik van het stappenplan zoals bedoeld in de Wet zorg en dwang (Wzd) omdat hier geen sprake is van verzet, zo vertelt de directeur.

Wel is de Wzd in het teamoverleg van oktober gedoceerd aan alle zorgverleners om hen meer bewustwording te geven over wat onvrijwillige zorg inhoudt en wat zorgverleners dan moeten doen. De Naober heeft wel huisregels zo vertelt de bestuurder tegen de inspectie. Zo wordt er geen alcohol geschonken omdat er cliënten zijn die een verleden hebben met een alcohol verslaving. Een cliënt vertelt desgevraagd dat zij op de hoogte is van de huisregels.

Zorgverleners vertellen aan de inspectie over de risico's die cliënten kunnen lopen in het leven. Een zorgverlener vertelt dat een cliënt niet goed zelf haar grenzen kan aangeven op seksueel gebied wanneer zij een relatie heeft. De zorgverlener is in contact gegaan met de jongen en zijn moeder. Het contact met de jongen is nu beëindigd en dat vindt de cliënt fijn zo vertelt de zorgverlener tegen de inspectie.

Door middel van een risico inventarisatielijst worden de risico's vooraf in beeld gebracht en ook opgenomen in het ECD. Zo leest de inspectie dat een van de bewoners het risico loopt om alcohol te gaan drinken en in het verleden verslaafd is geweest aan alcohol en drugs. In het zorgplan is niet terug te zien dat deze afspraak gewogen is en op basis waarvan. Zorgverleners maken hier een professionele inschatting maar deze staat niet als zodanig in het dossier. De inspectie ziet geen acties beschreven hoe dit risico kan worden verkleind of kan worden vermeden.

Norm 5

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

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

De Naober werkt met complete en actuele zorgplannen. De inspectie leest in een zorgplan van een cliënt dat er doelen zijn beschreven en acties om die doelen te behalen. Zo leest de inspectie dat een bewoner als doel heeft om een nieuwe activiteit te vinden die zij leuk vindt om te doen en om haar vrije tijd aan te besteden. Een actie om het doel te behalen is om er samen met bewoner achter te komen waar haar interesses liggen en te onderzoeken waar zij dit dan zou kunnen gaan doen.

Zorgverleners rapporteren dagelijks op de doelen in het ECD. Bij de jaarlijkse zorgplanbespreking maken zij een overzicht van de dagrapportages en stellen zij acties en doelen van cliënten bij. Zorgverleners geven daarnaast aan dat zij iedere cliënt maandelijks bespreken in het teamoverleg.

Norm 6

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

Volgens de inspectie **voldoet De Naober grotendeels niet** aan de norm.

De bestuurder vertelt tegen de inspectie dat er nog niet zo lang een vast team van zorgverleners is. Tot vorig jaar juli stonden de twee bestuurders er nog alleen voor. Sindsdien bouwen zij aan een nieuw team.

Tijdens het bezoek is geen gedragskundige voor De Naober beschikbaar. Het team zorgverleners is daardoor vooral op zichzelf aangewezen. De bestuurder vertelt dat zij bezig is met een mogelijke kandidaat en verwachten dat die op korte termijn voor 2 uur per week inzetbaar is voor de locatie. Als reactie op het conceptrapport schrijven de bestuurders dat er inmiddels een gedragskundige is toegevoegd aan het team, zijnde een GZ-psycholoog en tevens orthopedagoog-generalist.

In het opleidingsplan leest de inspectie dat alle zorgverleners de opleiding algemene dagelijkse levensverrichtingen hebben gevolgd. Verder zijn enkele zorgverleners waaronder de bestuurder op het moment van het bezoek bezig met een opleiding HBO Social Work. Twee andere zorgverleners volgen de MBO opleiding Social work en Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg. Voor 2021 staan voor alle zorgverleners een training agressie regulatie gepland.

Een zorgverlener vertelt tegen de inspectie dat zij daar geen behoefte aan heeft omdat een dergelijke training met de huidige cliëntenpopulatie niet nodig is. De zorgverleners waarmee de inspectie spreekt zijn niet bekend met het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Ook kennen zij de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling niet.

Iedere cliënt op De Naober heeft een vast contactpersoon onder de zorgverleners die voor de cliënt, zijn (wettelijke) vertegenwoordiger en andere betrokkenen het eerste aanspreekpunt is. Er is 24 uur per dag een zorgverlener aanwezig en bereikbaar voor de cliënten. Er is altijd een zorgverlener die slaapdienst heeft. Deze is oproepbaar via de noodknop, WhatsApp of telefoon.

Een zorgverlener die tevens verpleegkundig specialist i.o. is, vertelt tegen de inspectie dat zij nauw betrokken is bij De Naober en dat haar adviezen in samenspraak met de andere zorgverleners tot stand komen en dat de zorgverleners de adviezen opvolgen.

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, coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

Resultaten

Norm 7

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

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

De inspectie ziet de visie van De Naober terug in haar bezoek. Zo leest de inspectie in het beleidsplan 2019-2022 dat 'De Naober uit gaat van de behoefte aan ondersteuning van de mensen met een (verstandelijke) beperking. De begeleiding moet een goed antwoord zijn op de vraag om ondersteuning van deze mensen. Het is daarom belangrijk dat er duidelijke 'begeleidingsvragen' worden geformuleerd. Dit doen de cliënten met een beperking en begeleiders samen in één of meerdere gesprekken, in samenspraak met het sociale netwerk van betrokkene. De Naober daarbij naar de wensen, mogelijkheden en beperkingen. Aan de hand hiervan stellen zorgverleners een zorgplan op'.

De bestuurder vertelt tegen de inspectie dat zij heel regelmatig een brandoefening organiseren met cliënten om te oefenen voor wanneer er echt brand uitbreekt. Cliënten leren zo de looproutes kennen en hoe zij dan naar buiten moeten komen. Een zorgverlener vertelt tegen de inspectie dat zij regelmatig met een cliënt kijken of een cliënt de knop van het alarmsysteem nog kan indrukken bij een calamiteit. Door twee keer een hersenbloeding is de kracht in zijn linkerhand afgenomen.

De bestuurder vertelt dat zij aandacht heeft voor medicatieveiligheid. Zij vertelt over de dubbele medicatiecontrole door middel van het vier ogen principe. Een zorgverlener bevestigt dit. Om de kans op medicatiefouten te verminderen hebben alle medewerkers vorig jaar de opleiding medicatietoediening en veiligheid gevolgd.

Norm 8

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

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

De inspectie hoort en ziet dat De Naober verbetermaatregelen heeft getroffen naar aanleiding van een rapport van de Wmo⁷ toezichthouder Regio Achterhoek in 2020. Zo investeerde De Naober in personeel en opleiding en is het proces van registreren en bespreken van MIC⁸ meldingen aangepast. Ook zijn er inclusiecriteria opgesteld om de zorgbehoefte van cliënten beter af te stemmen op de begeleiding die De Naober te bieden heeft.

De bestuurder vertelt tegen de inspectie dat er regelmatig interne en externe audits worden uitgevoerd op de locatie. In januari en februari 2021 hebben er interne en externe audits HKZ plaatsgevonden zo leest de inspectie in de jaarplanning zorg 2021 van De Naober.

De zorgverleners vertellen dat incidenten in breder verband worden besproken in het twee wekelijkse teamoverleg om er van te kunnen leren. In de notulen van de laatste teamvergadering leest de inspectie dat de MIC-meldingen een vast onderdeel vormen van de agenda. Desgevraagd geeft de bestuurder aan dat geen analyses gemaakt worden om trends in beeld te brengen en waar mogelijk hiervan te leren en te verbeteren.

Norm 9

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

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

De bestuurder vertelt tegen de inspectie dat zij het bezoek van de inspectie aangrijpen om daar van te kunnen leren. Zij staat open voor suggesties die verbetering van de zorg kunnen inhouden en is transparant over de dingen die nog niet zo goed gaan op de locatie.

Zorgverleners en de bestuurder vertellen dat er een open aanspreekcultuur is binnen De Naober. De lijnen zijn kort en zorgverleners kunnen elkaar en de bestuurder makkelijk aanspreken wanneer zij het ergens niet mee eens zijn. Teamreflecties als bedoeld in het kwaliteitskader gehandicaptenzorg vinden niet plaats.. Er worden geen structurele intervisie momenten of teamdagen georganiseerd waarin zorgverleners reflecteren op elkaars handelen.

⁷ Wet maatschappelijke ondersteuning

⁸ Melden incidenten cliënten

Bijlage 1 Methode

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft volgens de geldende wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. De inspecteurs passen zich zo veel mogelijk aan het ritme van de dag op de locatie aan. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs zo mogelijk met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats. Zo kunnen de inspecteurs zich een beeld vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Verder zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdeling(en) of in de woning(en) aanwezig. In verschillende huiskamers/in de huiskamer kunnen de inspecteurs cliënten en zorgverleners observeren. Hiervoor gebruiken zij de observatiemethode SOFI (zie de uitleg hieronder).

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door De Naober 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.

Tijdens het bezoek aan De Naober heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprek met één van de bestuurders;
- Gesprek(ken) met 1 cliëntvertegenwoordiger (mentor) van drie cliënten;
- Gesprek(ken) met 2 zorgverleners;
- Gesprek met 1 behandelaar;
- Gesprekken met 3 cliënten.
- Inzage in 2 cliëntdossier(s);
- Rondgang door De Naober;
- Documenten genoemd in bijlage 2.

Uitleg observatiemethode SOFI

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

Met deze methode observeren de inspecteurs hoe de cliënten en hun zorgverleners op elkaar reageren. De observatie vindt plaats in een algemene ruimte zoals een huiskamer of een dagbestedingslocatie.

De inspecteurs stellen nadien vragen over wat ze gezien hebben en bespreken een aantal observaties en situaties met de zorgverleners, behandelaren en cliëntvertegenwoordigers. Ook het zorgdossier komt aan bod.

Inspecteurs krijgen zo een beter beeld van de ervaringen van de cliënt en daarmee de mate van kwaliteit van zorg.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford: [Short Observational Framework - Training - University of Bradford](#)

De inspectie heeft tijdens het bezoek geen gebruik gemaakt van de SOFI methode omdat de inspectie met de cliënten gesproken heeft.

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

De inspectie heeft de met * gemarkeerde documenten opgenomen in haar archief. De overige documenten vernietigt de inspectie na vaststelling van het rapport.

- Locatiebeschrijving en ontwikkelingen;
- Overzicht van 'de zorgprofielen van cliënten van de te bezoeken locatie(s);
- Overzicht van fte's en aantallen (o.a. per dienst) zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van de te bezoeken locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- 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) van de laatste 12 maanden;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Visie op persoonsgerichte en veilige zorg;
- Beleidsplan 2019-2022;
- 2 zorgplannen van cliënten;
- Document verbetertraject gemeente;
- 3 registratieformulieren van incidenten;
- Document hygiëncode woonvormen;
- Protocol corona;
- Jaarplanning zorg 2021 van De Naober.