



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting het Parkhuis, locatie Parkstaete
in Dordrecht op 7 juni 2017

Utrecht, augustus 2017

V1013342

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Beschrijving locatie Parkstaete 4
2	Conclusie 7
2.1	Overzicht van de resultaten 7
2.2	Wat gaat goed 7
2.3	Wat kan beter 7
2.4	Wat moet beter 8
2.5	Conclusie bezoek 8
3	Wat zijn de vervolgacties 9
3.1	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 9
3.2	Vervolgacties van de inspectie 9
4	Resultaten 10
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 10
4.1.1	Resultaten 10
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 12
4.2.1	Resultaten 13
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 16
4.3.1	Resultaten 16
4.4	Thema Medicatieveiligheid 17
4.4.1	Resultaten 18
Bijlage 1	Methode 20
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 22

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 7 juni 2017 een aangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Stichting het Parkhuis, locatie Parkstaete (hierna: Parkstaete) in Dordrecht.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Mochten de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport. De inspectie schrijft haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.

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

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

De IGZ onderzoekt of zij ervaringsdeskundigen kan betrekken bij het toezicht. In 2017 gaan enkele ervaringsdeskundigen mee met 20 inspectiebezoeken in de ouderenzorg. Tijdens dit bezoek zijn twee ervaringsdeskundigen betrokken. De inspecteur verwerkt de bevindingen van de ervaringsdeskundigen – voor zover van toepassing – in dit rapport. Deze bevindingen beïnvloeden alleen het oordeel van de inspectie als ook uit twee of meer andere door de inspectie gebruikte bronnen (bijvoorbeeld gesprekken met medewerkers of observaties van de inspecteur) overeenkomstige bevindingen naar voren komen. Citaten uit gesprekken met cliënten zijn soms opgenomen ter illustratie.

1.1 Aanleiding bezoek

Aanleiding voor het inspectiebezoek aan Parkstaete is een calamiteitenmelding, gedaan op 15 januari 2016 door de zorgaanbieder. Deze melding betreft de interne medicatieveiligheid en de aansturing binnen Parkstaete. De inspectie brengt een bezoek om een beter beeld te krijgen van de locatie. Verder is het voor het betrekken van ervaringsdeskundigen van belang locaties te bezoeken waar cliënten met een somatische hulpvraag verblijven. Zo zijn de ervaringsdeskundigen in staat gesprekken te voeren met cliënten.

1.2 Beschrijving locatie Parkstaete

Parkstaete is een zelfstandige organisatie-eenheid van de verpleeghuisorganisatie het Parkhuis te Dordrecht. De locatie is gevestigd in het Albert Schweitzer ziekenhuis.

De locatie bestaat uit twee afdelingen. Op de derde etage is de afdeling voor cliënten met dementie gericht op overbruggingszorg. Deze cliënten zijn veelal in afwachting van plaatsing in een andere instelling. Op de vierde etage is de afdeling voor de Geriatrische Revalidatiezorg (hierna: GRZ) en Eerstelijns Verblijf (hierna: ELV). Cliënten hebben elk een eigen kamer. De kamers zijn ingericht door de organisatie, dit omdat cliënten hier kortdurend verblijven. Twee cliënten delen één badkamer. Per etage zijn twee huiskamers beschikbaar, waarin cliënten hun dag kunnen doorbrengen. De inrichting van de huiskamers is gezellig.

Parkstaete biedt plaats aan totaal 32 cliënten. Een deel van deze cliënten heeft een indicatie voor GRZ, een deel voor ELV en een deel zijn psychogeriatrische cliënten. Parkstaete biedt hen revalidatie, eerstelijns verblijf, observatie en overbruggingszorg. Het gemiddeld aantal cliënten binnen Parkstaete is:

ZZP 4:	ZZP 5:	ZZP 6:	ZZP 7:	ZZP 9:	GRZ:	ELV:	Totaal:
0,5	3,5	4,9	0,1	1	7,8	10,4	28,2

Cliënten verblijven maximaal zes maanden in Parkstaete. Daarna gaan ze weer naar huis of naar een andere woonvoorziening.

De ervaringsdeskundigen hielden interviews met vier cliënten op de vierde etage. Het gaat hierbij om cliënten met wie het goed mogelijk is een gesprek te voeren.

Personeel

De dagbezetting op de derde etage bestaat uit twee hele en één halve dagdienst, afhankelijk van het aantal cliënten. Er is één zorgcoördinator voor de etage beschikbaar, twee verzorgenden IG en meerdere helpenden. In de avond is er één volledige avonddienst en één avonddienst van zes uur. Het functieniveau is twee verzorgenden IG of één verzorgende en één helpende. In de nachtdienst staat één verzorgende..

De dagbezetting op de vierde etage bestaat gedurende de dag uit twee hele dagdiensten en twee keer vier tot zes uren diensten. Dit is afhankelijk van de bedbezetting. De bezetting bestaat uit één zorgcoördinator en drie verzorgenden IG, of één zorgcoördinator, één verzorgende en één helpende. De avonddienst en nachtdienst zijn gelijk aan die van de derde etage.

Er zijn in totaal 44 uren per week activiteitenbegeleiders beschikbaar die flexibel worden ingezet.

Verder is er iedere dag voor alle locaties een 'avond-nacht-weekendhoofd' verpleegkundige niveau 4 telefonisch bereikbaar. Deze kan binnen 20 minuten naar Parkstaete komen.

Binnen het Parkhuis zijn drie managementlagen: de raad van bestuur, daaronder de clustermanager Wonen met Zorg en daaronder de zorgmanager van locatie Parkstaete.

Onder de zorgmanager vallen de zorgmedewerkers van de teams van Parkstaete. Een manager Expertiseteam geeft leiding aan alle behandel disciplines. Het expertiseteam werkt Parkhuisbreed voor alle locaties.

Binnen de begroting van 2017 is een groei van 1,41 fte voor de GRZ verpleegkundige begroot. Per 1 augustus 2017 start een verpleegkundige niveau 4 met GRZ-ervaring voor 24 uur.

Omdat het lastig blijkt voldoende deskundige zorgverleners aan te trekken is Parkstaete bezig om te kijken naar taakdifferentiatie. Dit door bijvoorbeeld therapie assistenten in te zetten bij de specialisten. Verder voorziet Parkstaete sinds begin 2017 in de inzet van een hbo-verpleegkundige gerontologie geriatrie (hbo-vgg). Deze coacht de zorgcoördinatoren in het professioneel handelen.

Ontwikkelingen

Binnen het Parkhuis zijn in het vierde kwartaal van 2016 ontwikkeltrajecten gestart voor zowel de zorgcoördinatoren als de zorgmanagers. Deze trajecten duren ruim 12 maanden en zijn gericht op vaardigheden, houding en gedrag.

Ook volgen alle zorgcoördinatoren, voor zover ze deze opleiding nog niet gedaan hebben, de erkende EVV-opleiding. Sinds dit jaar is de verpleegkundige vakgroep actief onder coördinatie van de twee functionarissen met een hbo-vgg-opleiding. Parkstaete werkt aan een continue verbetering van de werkprocessen en professionaliteit binnen de GRZ.

Dit doet zij onder andere door het GRZ-project. Dit project heeft als doel een format te ontwikkelen voor het opstellen van een behandelplan. Dit behandelplan zal gericht zijn op functionele beperkingen van de cliënt.

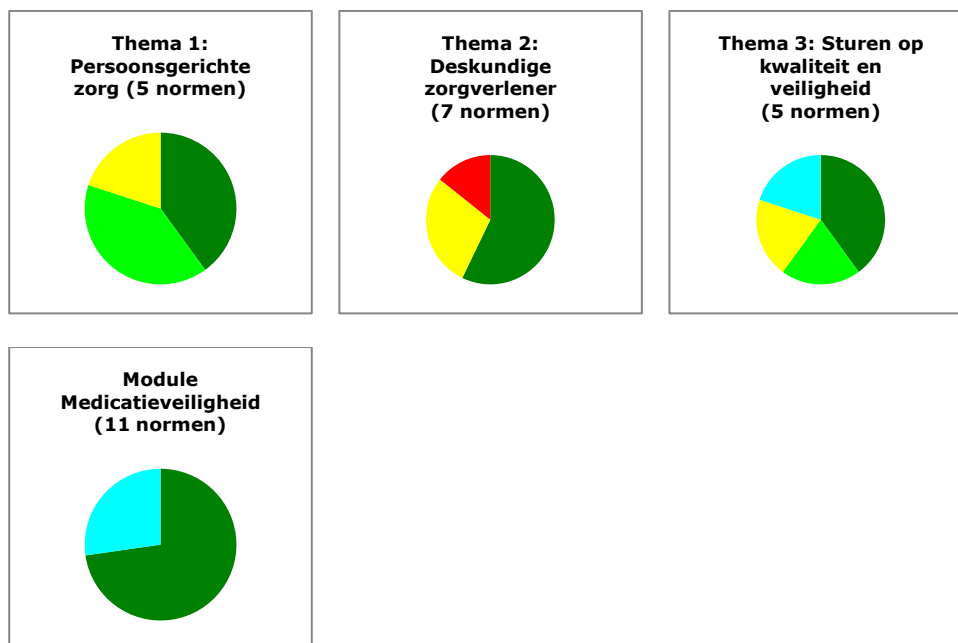
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Parkstaete. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

2.1 Overzicht van de resultaten

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



2.2 Wat gaat goed

Zorgverleners en behandelaren maken afspraken over wat nodig is voor het komen tot plaatsing van de voor cliënt meest passende woonomgeving. Dit doen zij altijd in samenspraak met de cliënt en de contactpersoon. Deze afspraken zijn uitgangspunt bij de zorg en behandeling gedurende het hele verblijf van de cliënt.

Zorgverleners laten een grote interne motivatie zien voor leren en verbeteren. Ook heerst er binnen de locatie een open cultuur waarin zorgverleners elkaar op dit proces kunnen aanspreken.

Het management heeft een goed beeld van dat wat in Parkstaete goed gaat en wat beter kan en hanteert hierbij consequent de PDCA-cyclus.

2.3 Wat kan beter

Het management stuurt op meer eigen verantwoordelijkheid van medewerkers. Ook stem zij de inzet van zorgverleners af op de indicaties van cliënten. Door beide processen ervaren zorgverleners extra werkdruk. Uitval van collega's en daarmee een niet sluitend rooster versterken dit gevoel. Zorgverleners ervaren dat het management hier weinig aandacht voor heeft.

In de hoofden van zorgverleners zit veel kennis over de cliënten, maar zorgverleners leggen dit nog onvoldoende vast. Met name zorgverleners afkomstig

van de flexpool zijn hierdoor onvoldoende op de hoogte van dat wat van belang is voor de cliënt.

Analyse van MIC meldingen en het inzetten van verbetermaatregelen vraagt nog een meer structurele aanpak.

2.4 Wat moet beter

Het leven van alledag voor de cliënten die allen tijdelijk verblijven in Parkstaete bestaat veelal uit wachten. Zorgverleners richten zich voornamelijk op de fysieke zorgtaken. Dagbesteding, zeker voor de cliënten waar bij dit onderdeel is van de indicatie (WLZ en eerste lijn verzorging) krijgt nauwelijks aandacht. Zorgverleners en behandelaren erkennen het belang van een positieve dagbeleving van revalidatie cliënten onvoldoende. Zij zijn gericht op de revalidatie, terwijl ook de dagbeleving kan bijdragen aan een voorspoedig herstel. De leefzorgplannen van cliënten met een WLZ of 'eerstelijns verblijf' indicatie kennen onvoldoende een PDCA-cyclus. Het elektronisch cliëntendossier is voor zowel behandelaren als zorgverleners onoverzichtelijk en faciliteert het methodisch werken niet.

2.5 Conclusie bezoek

De basiszorg binnen Parkstaete is van voldoende niveau. Wel moet het management oog houden voor het leven van de cliënt gedurende de dag. Ook vraagt de inspectie aandacht voor de beleving van de werkdruk van zorgverleners.

Het management laat zien transparant te zijn over wat er in Parkstaete goed gaat en wat om verbetering vraagt. De inspectie heeft daarom vertrouwen in de ingezette weg, die de kwaliteit en veiligheid van de zorg binnen de locatie naar een hoger niveau zal brengen. Verder ziet de inspectie een grote interne motivatie van zowel zorgverleners als management om te groeien. Deze beweging van goed naar beter en best ondersteunt het vertrouwen.

3 Wat zijn de vervolgacties

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

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht**

Als zorgaanbieder moet u voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie verwacht dat u voor 31 december 2017 voldoet aan de normen waaraan u tijdens het inspectiebezoek "niet", "grotendeels niet" of "grotendeels" voldeed.

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

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie concludeert dat de zorg op deze locatie op dit moment van voldoende kwaliteit is en verwacht dat deze op orde blijft. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op andere locaties. Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

Dit betekent dat de inspectie het komende jaar uw organisatie niet opnieuw bezoekt tenzij de inspectie meldingen krijgt of andere signalen opvangt dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet op orde is. Dan kan de inspectie opnieuw op bezoek komen.

4 Resultaten

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

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

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

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

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

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

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

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

Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1¹

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm. Zorgverleners betrekken zowel de cliënten als het informeel netwerk bij het maken van zorgafspraken. Uit gesprekken met de cliëntenraad en behandelaars blijkt, dat er na opname een gesprek volgt met de cliënt, een zorgcoördinator en de familie. Na plaatsing vindt een gesprek plaats met de arts. Dit betreft een eerste kennismaking, waarna een afspraak volgt voor het vaststellen van het behandelplan. Dit gebeurt na twee weken. De inspectie ziet behandelplannen terug in cliëntdossiers. Deze zijn allen ondertekend.

Zorgverleners vertellen dat zij meegaan met de wensen van cliënten. Als voorbeeld noemt een zorgverlener een cliënt die 's ochtends graag in bed blijft liggen. Dit maakt dat zij het ontbijt overslaat. Eerst proberen zorgverleners haar toch op te laten staan. Na overleg met de dochter van deze cliënt spraken zij af, de manier van werken aan te passen. De cliënt blijft nu volgens wens 's morgens in bed en haar dochter helpt haar daar met het ontbijt. Wel blijven de zorgverleners uitleggen waarom beweging voor de cliënt van belang is.

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

Norm 1.2¹

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete grotendeels** aan deze norm. Zo hoorde de inspectie dat zorgverleners goed op de hoogte zijn van beleving en voorkeuren van cliënten. Een zorgverlener vertelt dat één van haar cliënten denkt dat zij nog bij haar oude werkgever werkt en veel vergaderingen heeft. Als de zorgverlener naast deze cliënt gaat zitten doet zij of zij notuleert. Hier wordt de cliënt rustig van. Behandelaars geven aan dat zorgverleners, zeker bij de GRZ-clieñten, veel investeren in het leren kennen van deze cliënten. Dit om beter te kunnen inschatten welke doelen op welke manier bereikt moeten zijn, zodat de cliënt weer naar huis of naar een andere woonsituatie kan.

Ook vertelt een cliënt aan een ervaringsdeskundige: 'De ergotherapeut gaat soms mee buiten wandelen bij mooi weer.'

Uit gesprekken met familieleden en behandelaars blijkt, dat Parkstaete geestelijk verzorgers inzet voor hulp bij specifieke levensvragen. De geestelijk verzorger biedt daarnaast ondersteuning aan zorgverleners. Zo geeft deze tips voor het omgaan met een cliënt die depressief werd nadat hij hoorde dat hij niet meer beter zou worden.

Toch ziet de inspectie de kennis van zorgverleners over hun cliënten niet altijd of onvolledig terug in het zorgdossier. Diverse gesprekspartners geven aan dat met name nieuwe of niet eigen medewerkers, onvoldoende op de hoogte zijn van de wensen, mogelijkheden en beperkingen van cliënten.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete grotendeels niet** aan de norm, omdat er binnen de locatie weinig aandacht is voor het leven van de cliënt gedurende de dag. Het aanbod van dagbesteding is beperkt. Het management geeft aan dat Parkstaete hiervoor kiest omdat cliënten tijdelijk verblijven binnen deze locatie. Volgens het management zijn cliënten bezig met revalidatie en hebben zij daarom minder behoefte aan activiteiten. Uit gesprekken en dossiers blijkt dat met name op afdeling 3 cliënten langer verblijven dan wenselijk, in afwachting van doorplaatsing. Ook verblijven op het moment van het bezoek tien cliënten met een ELV indicatie en zeven met een ZZP- indicatie op de afdeling. Toch geven verschillende gesprekspartners aan dat er overdag weinig gebeurt en er in de avonden en in het weekend niets te doen is voor cliënten. Een contactpersoon benoemt dat de cliënten eigenlijk de hele dag zitten te wachten.

De cliëntenraad vertelt dat de activiteitenbegeleider een klein contract heeft. Als zij er is onderneemt ze activiteiten en leven cliënten op. Zorgverleners zelf hebben weinig tijd om zo met cliënten bezig te zijn.

Ook zorgverleners geven aan dat de dagen voor cliënten veel hetzelfde zijn. Wel stimuleren zorgverleners de zelfstandigheid van cliënten. Zeker voor de revalidatie cliënten zetten zorgverleners hierop in, door hen tijdens ontbijt- en lunchgroepen te begeleiden bij het ontwikkelen van ADL-vaardigheden. Diverse gesprekspartners geven aan groei te zien in de kennis en vaardigheden van zorgverleners. Waar zij eerst de neiging hadden om voor cliënten te zorgen en taken van hen over te nemen, gaan zij de cliënten nu steeds meer begeleiden. Ook benoemt de cliëntenraad dat medewerkers aansluiten op de mate van de zelfstandigheid die de cliënt nog heeft.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete grotendeels** aan de norm. De inspectie ziet tijdens observaties en de rondgang dat wanneer zorgverleners aandacht aan cliënten geven, dit op een persoonlijke manier gebeurt. Zo ziet de inspectie dat een cliënt aan tafel zit en roept. Een zorgverlener loopt naar haar toe, gaat door haar knieën en maakt oogcontact met de cliënt. Terwijl zij praat aait de zorgverlener haar over haar arm. De cliënt ontspant en lacht.

Een cliënt vertelt aan een ervaringsdeskundige: 'ik vind dat we verwend worden.'

Diverse gesprekspartners geven aan dat zorgverleners een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben en begaan zijn met hun cliënten.

In gesprek met een ervaringsdeskundige geeft een cliënt aan dat zij veel persoonlijke aandacht ontvangt van zorgverleners. Zij noemt hen attent en altijd vriendelijk.

Wel blijkt dat medewerkers nog weinig oog hebben voor de cliënten in de huiskamer. Zo zag de inspectie tijdens observaties cliënten in de huiskamer zitten. Ze kijken voor zich uit, of slapen. Zorgverleners lopen in en uit, zonder hen aandacht te geven. Zorgverleners geven aan te zien, dat cliënten regelmatig niets te doen hebben. Echter, individuele aandacht schiet er door de veelheid van taken die er ligt, nogal eens bij in.

Norm 1.5

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm, omdat de locatie het informele netwerk uitgebreid betreft bij het alledaags leven van de cliënten. Verschillende gesprekspartners geven aan dat het netwerk altijd welkom is op de afdelingen. Alleen tijdens eetmomenten is de keuze gemaakt bezoek niet toe te staan, omdat dit cliënten belemmert in de eigen ADL-revalidatie. De cliëntenraad zegt dat de bezoekfrequentie hoog is, ook omdat het om kortdurend opgenomen cliënten gaat.

In gesprek met een ervaringsdeskundige geeft een cliënt aan, regelmatig bezoek te ontvangen. Een andere cliënt geeft aan dat zij regelmatig gezellige gesprekjes heeft met andere cliënten en dat er een gezellige sfeer hangt op de afdeling.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

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

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

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

4.2.1

Resultaten

Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete grotendeels niet** aan de norm, omdat zorgverleners risico's nog onvoldoende vaststellen en vastleggen. Zo ziet de inspectie bij inzage in het zorgdossier dat er van een cliënt die in maart binnenkwam met een rechtelijke machtiging (RM) geen risico-inventarisatie is gemaakt. In andere zorgdossiers zijn risicosignaleringen niet of onvolledig terug te vinden. Ook hoort de inspectie tijdens een overdracht dat een zorgverlener door de drukte niet was toegekomen aan het meten van het blaasvolume bij een cliënt. Deze cliënt vertoonde onrustig gedrag dat gepaard ging met roepen. Nadat bij een volgende dienst een zorgverlener de overvolle blaas had aangetoond en gelegegd, was de cliënt weer tot rust gekomen.

Voor de behandeling van cliënten met een indicatie geriatrische revalidatie maken zorgverleners gebruik van zorgpaden. Zorgverleners passen door deze werkwijze de zorg regelmatig aan de huidige situatie van de cliënt aan. Zo schrijft de zorgcoördinator wekelijks een evaluatie die behandelaars gebruiken bij het bijstellen van doelen en het overleg hierover met de cliënt.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete niet** aan de norm, omdat zorgverleners nog nauwelijks rapporteren op behandeldoelen. Dit maakt dat het niet inzichtelijk is hoe zij wensen en behoeften van cliënten meewegen in de behandeling en zorg. Zowel zorgverleners als het management geven in gesprek aan zich bewust te zijn van dit gebrek aan methodisch werken. De opleidingsfunctionaris geeft aan een training rapporteren aan te gaan bieden. De vraag hiernaar kwam van de zorgverleners zelf. Zorgverleners geven aan niet te weten wat en wanneer zij moeten rapporteren. Zorgverleners hebben de stappen van het methodisch werken grotendeels in hun hoofd, maar door het gebrek aan vastlegging blijft deze kennis impliciet. Zo geven behandelaars aan dat zij de kennis over cliënten niet uit het zorgdossier kunnen halen. De somatische en praktische zaken staan erin, maar de belevingsgerichte doelen ontbreken veelal. De inspectie herkent deze bevinding van de behandelaars bij het inzien van de dossiers.

Zowel behandelaars als zorgverleners geven aan dat het elektronisch cliëntendossier (ECD) niet overzichtelijk is. Zorgverleners rapporteren onder verschillende kopjes en informatie is slecht terug te vinden. Wel is er per cliënt een kaart met de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) aanwezig om invalkrachten informatie te geven. Ook hierop staan alleen de somatische en ADL-aandachtspunten. De inspectie ziet tijdens de overdracht dat zorgverleners vooral mondeling informatie uitwisselen over cliënten. Deze informatie wordt niet vastgelegd. Dit betekent dat als de organisatie invalkrachten in zou moeten zetten, zij niet over deze informatie beschikken.

Norm 2.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm. Zorgverleners geven aan geen drempel te voelen om elkaar feedback te geven. Als voorbeeld vertelt een zorgverlener dat een collega aan het begin van haar dienst naar haar toekwam, omdat zij niet meer wist hoe de zuurstofconcentrator werkte. De zorgverlener loste op dat moment eerst het probleem op en ging na het zorgmoment met haar collega in gesprek. Verschillende gesprekspartners geven aan dat zorgverleners bij fouten hun collega's aanspreken en proberen de problemen eerst zelf op te lossen. Pas in tweede instantie kloppen zij bij de leidinggevende aan.

Ook hoort de inspectie tijdens de overdracht dat een zorgverlener tijdens haar vorige dienst iets vergeten was. De collega met wie ze in gesprek is, helpt haar om niet te kijken naar wie schuld heeft of niet. Ze stelt haar vragen waardoor de zorgverlener in staat is naar de oorzaak van 'het vergeten' te kijken.

Norm 2.4

Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm, omdat zorgverleners intern gemotiveerd zijn om te leren. De overgang van EVV'er naar zorgcoördinator pakken zorgverleners enthousiast op. Zij geven aan dat de scholing zorgt dat zij groeien en zich ontwikkelen. In gesprek geeft een zorgverlener aan dat zij na een scholingsdag vol energie zit en altijd zorgt dat zij haar huiswerk af heeft. Dit terwijl zij haar huiswerk vaak buiten werktijd maakt vanwege de drukte tijdens haar diensten. Een andere zorgverlener geeft aan, samen met een collega bezig te zijn met het opstarten van intervisie binnen de afdeling. Hiervoor is zij eerst bij een andere locatie gaan kijken, waarvan zij hoorde dat deze al intervisie hielden omdat ze van hen wilde leren. Wel geven meerdere zorgverleners aan dat zij erg veel scholing achter de rug hebben.

Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete grotendeels niet** aan de norm. Zorgverleners benoemen de werkdruk als hoog te ervaren. Zij geven aan alleen tijd te hebben voor de dagelijkse, vooral lichamelijke en ADL-zorg. Uit het gesprek met de cliëntenraad blijkt dat er 's avonds vaak geen toezicht is in de huiskamer. Zorgverleners zijn dan druk met het naar bed brengen van cliënten. Ook ziet de inspectie tijdens observaties dat op weinig momenten een zorgverlener aanwezig is in de huiskamer. Het management legt uit te sturen op de inzet van zorgverleners door op basis van de indicaties (ZZP, GRZ en ELV) van cliënten te berekenen hoeveel uren zorg nodig is. Wel geeft zij aan dat dit maakt dat zorgverleners een hogere werkdruk ervaren. Ook andere gesprekspartners geven aan dat zorgverleners hun best doen, maar te weinig tijd hebben. Verder vertellen twee cliënten aan een ervaringsdeskundige, dat zij de indruk hebben dat zorgverleners erg hard moeten rennen om alles goed te kunnen verzorgen. Wel voegt een cliënt hieraan toe: 'ondanks drukte is er altijd een 'big smile' bij zorgverleners'.

De inspectie zag een overzicht van het verzuimpercentage tot april 2017. Het totale verzuim binnen Parkstaete ligt op 7,6 procent. Ook zorgverleners geven aan dat er het afgelopen jaar veel uitval is geweest. Dit komt volgens hen mede door de overschakeling van EVV'ers naar zorgcoördinatoren, waardoor zorgverleners meer verantwoordelijkheden hebben. Ook het inzetten van zorgverleners op basis van de indicaties maakt dat er gaten vallen in het rooster. Diverse medewerkers benoemen dat het management van de locatie weinig oog heeft voor de ervaren werkdruk. Uit gesprekken en documenten blijkt dat de locatie een adequaat scholingsbeleid heeft. Het management schept voorwaarden voor het goed toegerust zijn van zorgverleners voor het werken met de doelgroep. Ook investeren zij in de nodige deskundigheid. Verder betrekken zij zorgverleners bij keuzes die de organisatie maakt.

Zo organiseert het management themabijeenkomsten, die over de financiën en veranderende wetgeving gaan.

Norm 2.6

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm. Zorgverleners handelen naar richtlijnen en het management toetst en stuurt op de borging hiervan. De locatie gebruikt het systeem Plancare, waarin protocollen staan beschreven. De manager geeft in gesprek aan regelmatig bij de overdracht aanwezig te zijn en mee te kijken met het personeel. Verder is er Parkhuisbreed een farmaceutische commissie, die zorg draagt voor quickscans van medicatie. Ook vinden er onaangekondigde interne audits plaats, met steeds verschillende aandachtspunten. Voorbeelden hiervan zijn medicatie, hygiëne en infectie. De beleidsmedewerker kwaliteit loopt regelmatig met controlerondes mee. Zowel zij als de manager nemen de tijd om met zorgverleners te spreken over het nut van het gebruik van protocollen en richtlijnen. Het team neemt een actieve rol in en spreekt elkaar onderling aan op het gebruik van protocollen. Zo laat de manager een e-mail zien van een zorgverlener tijdens de nachtdienst, die haar collega's aanspreekt op het controleren van de houdbaarheidsdatum van medicatie.

Norm 2.7

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm. De inspectie hoort dat er een goede samenwerking bestaat tussen zorgverleners en behandelaars. Zo geven behandelaars aan dat zorgverleners een signalerende functie hebben voor het behandelend team. Zij geven zaken aan die spelen en deze zijn van ondersteunende waarde voor het zorgproces. Verder vragen zorgverleners behandelaars ook gemakkelijk om advies. Zo kan een zorgverlener bij de psycholoog terecht voor vragen over onbegrepen gedrag. Ook tussen behandelaars onderling bestaat een goede samenwerking. Zo vertelt een behandelaar dat zij gemakkelijk bij een collega naar binnen loopt als zij bezig is met een lastige casus. Disciplines bespreken wekelijks, en wanneer nodig tussendoor, de voortgang van de GRZ-cliënten in een MDO. In de rapportage van het zorgpad ziet de inspectie dat beschreven staat welke discipline voor welke onderdeel verantwoordelijk is.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1¹

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete grotendeels** aan deze norm. In gesprek met de manager geeft zij aan nagedacht te hebben over de invulling van de visie en missie 'hartverwarmend wonen'.

Zij geeft aan dat dit niet volledig opgaat voor deze locatie, omdat cliënten hier kortdurend verblijven. Zorgverleners zetten daarom in op hartverwarmende zorg, tenzij dit de revalidatie in de weg staat. Ook kunnen cliënten altijd bezoek ontvangen of televisie kijken.

Wel is de huisregel dat bezoek niet welkom is tijdens eetmomenten op de locatie. Deze afspraak is gemaakt, zodat zorgverleners tijdens de maaltijden ruimte hebben om de ADL-handelingen van de cliënt te kunnen begeleiden. Dit draagt bij aan de toename van zelfredzaamheid van de cliënt.

Zowel de cliëntenraad als diverse zorgverleners geven aan 's avonds weinig tijd te hebben voor de ondersteuning van cliënten in de huiskamer. Er zijn dan twee zorgverleners per afdeling beschikbaar, die vooral bezig zijn met het naar bed brengen van cliënten. De inspectie ziet dat dit risico's geeft voor de veiligheid. Zo geeft een zorgverlener aan tijdens haar vorige avonddienst vergeten te zijn een e-mail aan haar collega's te sturen met informatie over een cliënt.

Ook geven verschillende gesprekspartners aan dat de bezetting tijdens de dag laag is. Dit maakt dat op de huiskamers het aanbod van zinvolle dagbesteding onvoldoende is.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete grotendeels niet** aan de norm, omdat de analyse van MIC-meldingen nog onvoldoende komt tot basisoorzaken. De inspectie zag het rapport van MIC-analyse en verbeteracties voor Parkstaete. Het rapport bevat een overzicht van de meldingen, gerangschikt naar tijd en globale oorzaak. De analyse naar basisoorzaken is beperkt. Zo staat bij valincidenten regelmatig als oorzaak beschreven: gezondheidsproblemen, duizelingen of onwel worden. De analyse benoemt niet hoe het komt dat deze gezondheidsproblemen etc. zich voordoen.

Verder zijn de verbetermaatregelen vooral gericht op het aanspreken van individuele medewerkers. Parkstaete kijkt bij het formuleren van verbetermaatregelen nog weinig naar terugkerende problemen. Ook heeft de locatie weinig oog voor oorzaken die in de organisatie zelf zijn terug te vinden.

Wel geven zorgverleners aan dat zij ervaren, gemakkelijk en veilig incidenten en bijna incidenten te kunnen melden.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm. Zo blijkt uit gesprekken met management en medewerkers én uit documenten die de inspectie inziet, dat de zorgaanbieder diverse malen per jaar onaangekondigde audits in Parkstaete doet. Het management analyseert de uitkomsten van deze audits en zet waar nodig verbeteracties in. De inspectie ziet als resultaat van deze wijze van kwaliteitsverbetering dat in Parkstaete de medicatieveiligheid op orde is gebracht. Ook gebruikt Parkstaete haar resultaten van externe toetsing om haar zorg te beoordelen en acties ter verbeteringen uit te zetten. Deze toetst ze vervolgens weer met de onaangekondigde interne audits. De cliëntenraad benoemt dat het management en de bestuurder hen steeds in een vroeg stadium betreft, bij veranderingen en verbeteringen die zij in wil zetten. Ook zoekt het management de samenwerking met andere sectoren, waaronder die met het ziekenhuis, om structureel haar kwaliteit van zorg te verbeteren.

Norm 3.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm. Het management zet actief in op scholing van zorgverleners. Zorgverleners geven aan dit als prettig te ervaren, zij zijn in grote mate intern gemotiveerd om te leren. Ook investeert de locatie in het informeren van zorgverleners over de ontwikkelingen binnen de organisatie. Dit doet zij door themabijeenkomsten te organiseren. Meerdere zorgverleners vertellen zich hierdoor betrokken te voelen bij de organisatie. Ook zag de inspectie dat zowel de bestuurder als het management enthousiast reageert op de ervaringsdeskundigen die tijdens dit bezoek aanwezig waren. Het management schepte de voorwaarden voor goede gesprekken tussen de ervaringsdeskundigen en cliënten. Bovendien lieten zij hen zelf kiezen met welke cliënten zij wilden praten. Ook laat het management in gesprek zien zich bewust te zijn van knelpunten binnen de organisatie.

Norm 3.5¹

Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

De norm is voor Parkstaete **niet getoetst**.

4.4 Thema Medicatieveiligheid

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

4.4.1 Resultaten

Norm 4.1

De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde zorg beschreven.

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm omdat de locatie in het bezit is van een procedure rondom veilige en verantwoorde zorg. Ook zijn de verantwoordelijkheden van zowel zorgverleners als apotheek helder benoemd.

Norm 4.2

De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De gemaakte afspraken over het beheer liggen vast in het cliëntdossier.

De norm is voor Parkstaete **niet getoetst**.

Norm 4.3

Zorgmedewerkers beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm omdat de inspectie een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst zag. Zorgverleners geven aan deze niet zelf te corrigeren. Ook kunnen ze de procedure die hiervoor is afgesproken goed uitlegen.

Norm 4.4

Bij medicatiewijzigingen passen zorgmedewerkers de GDS₂-medicatie niet aan.

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm omdat zorgverleners kunnen uitleggen wat zij doen als er tussentijds wijzigingen zijn in GDS-medicatie. Zo hebben zij stopstickers die zij op de medicatie plakken die niet meer gebruikt wordt. 's Avonds arriveert de nieuwe medicatie en de oude medicatie gaat retour naar de apotheek.

Norm 4.5

Zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm omdat alleen geschoolde zorgverleners toegang hebben tot de medicijnkast. Per dienst is er één verantwoordelijke voor de medicatie. Alleen deze zorgverlener heeft een sleutel van de medicijnkast. Alle kasten zijn afgesloten. Verder is de temperatuur van de koelkast zes graden. Zorgverleners checken deze temperatuur drie keer per dag. Voor controle is een aftekenlijst beschikbaar.

Norm 4.6

De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid hiervan.

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm omdat de inspectie een actuele lijst zag van de medicijnvoorraad. Er zijn twee zorgverleners verantwoordelijk voor het bijhouden van de hoeveelheid medicijnen in de voorraad.

² Een GDS is een verpakking waarin medicijnen zijn verdeeld in eenheden per toedieningstijdstip en op naam van een individuele cliënt.

Als er iets besteld moeten worden doen deze zorgverleners dat. De inspectie ziet dat de lijst klopte met de voorraad. Wel was de lijst onoverzichtelijk en konden de zorgverleners er niet meteen wijs uit worden. Zowel de zorgverleners als de manager gaven aan dat dit kwam omdat de apotheek de afspraken over de wijze van optellen van medicatie regelmatig verandert. De manager benoemt te gaan zorgen, dat hierin verbetering komt.

Norm 4.7

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm, omdat er binnen de locatie duidelijke afspraken zijn over dubbele controle. De inspectie ziet dat zorgverleners deze consequent uitvoeren. Verder is goed herleidbaar wie de tweede controle heeft uitgevoerd.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm. De inspectie ziet dat zorgverleners de toegediende medicatie voor iedere cliënt goed paraferen.

Norm 4.9

Zorgmedewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.

De norm is voor Parkstaete **niet getoetst**.

Norm 4.10

De behandelaar en apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.

De norm is voor Parkstaete **niet getoetst**.

Norm 4.11

Medicatie wordt voorgeschreven met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.

Volgens de inspectie **voldoet Parkstaete** aan deze norm omdat Parkstaete beschikt over een elektronisch voorschrijfsysteem.

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Parkstaete geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Cliënten van etage 3 en 4;
- Leden van de cliëntenraad;
- Observatie van cliënten op afdeling 3, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers van afdeling 3 en 4;
- Gesprekken met basisarts en psycholoog.
- Gesprekken met de ad interim zorgmanager, senior beleidsmedewerker en de opleidingsfunctionaris;
- Cliëntdossiers van 4 cliënten;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang over afdeling 3 en 4.

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

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

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

Uitleg observatiemethode SOFI

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

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

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

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

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

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Informatie het Parkhuis locatie Parkstaete Dordrecht, t.b.v. IGZ (inspectiebezoek 7 juni 2017);
- Overzicht van indicaties van cliënten van locatie Parkstaete;
- Overzicht van fte's en inzet zorgmedewerkers naar functieniveau en aantal per dag;
- Overzicht Clustermanagers Zorg in dienst van Parkstaete, print 07-06-2017;
- Verzuimpercentage het Parkhuis tot en met april 2017;
- Incidenten – type en plaats per afdeling, overzicht van 01-01-2017 t/m 31-03-2017;
- Missie, visie en strategie het Parkhuis;
- Visie op Geriatrische Revalidatie Parkstaete Dordrecht, print 07-06-2017;
- Krant voor mantelzorgers van zomer 2015, winter 2015, voorjaar 2016 en najaar 2016;
- Kwaliteitsplan het Parkhuis, kwartaalrapportage d.d. 2017-01;
- Input t.b.v. jaardocument 2016, d.d. 11 januari 2017;
- Het Parkhuis - Hoe klantervaring leidt tot directe verandering en verbetering, print 07-06-2017;
- Het Parkhuis – Evaluatie project GRZ, print 07-06-2017;
- Aanwezigheid deelnemers per cursussessie, Stichting het Parkhuis, print d.d. 07-06-2017.