



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Stichting Zonnehuisgroep Vlaardingen,  
locatie Het Zonnehuis  
**in Vlaardingen op 29 oktober 2021**

Utrecht, december 2021

V2033143



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 4</b>
1.4	Ontwikkelingen in de organisatie 5
1.5	Covid-19 6
<b>2</b>	<b>Conclusie 7</b>
2.1	Overzicht van de resultaten 7
2.2	Wat moet beter 7
2.3	Conclusie bezoek 8
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 10</b>
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Het Zonnehuis verwacht 10
3.2	Vervolgacties van de inspectie 10
<b>4</b>	<b>Resultaten 11</b>
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 11
4.1.1	Resultaten 11
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 14
4.2.1	Resultaten 15
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 19
4.3.1	Resultaten 19
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 23</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Geraadpleegde documenten 25</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 29 oktober 2021 een aangekondigd bezoek met onaangekondigde elementen aan Stichting Zonnehuisgroep Vlaardingen (Zonnehuisgroep Vlaardingen), locatie Het Zonnehuis in Vlaardingen.

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. Als 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 in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een verklarende [woordenlijst](#).

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

### 1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt Het Zonnehuis om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. In april 2019 bracht de inspectie ook een bezoek aan Het Zonnehuis. Het Zonnehuis voldeed toen grotendeels niet aan negen van de tien getoetste normen. De inspectie had vertrouwen in de aansturing maar vond wel dat er vervolgtoezicht nodig was in de vorm van een vervolfbezoek aan deze locatie. Vanwege een Covid-19-uitbraak op deze locatie, heeft de inspectie in 2020 een andere locatie bezocht. De inspectie bezoekt Het Zonnehuis nu alsnog. Ook is er een melding geweest. Deze melding onderzocht de inspectie apart van dit bezoek, maar is wel mede aanleiding voor het bezoek.

### 1.2 Beschrijving Zonnehuisgroep Vlaardingen en Het Zonnehuis

Zonnehuisgroep Vlaardingen biedt verpleeghuiszorg, verzorging en thuiszorg. Zonnehuisgroep heeft zes locaties in Vlaardingen. Het management bestaat uit een éénhoofdige raad van bestuur. De bestuurder is sinds 2014 bestuurder van Zonnehuisgroep Vlaardingen. Een directeur zorg en behandeling en een directeur bedrijfsvoering vormen samen met de bestuurder het management.

Het Zonnehuis is een locatie met vier afdelingen voor mensen met dementie (afdeling PG). Daarnaast heeft Het Zonnehuis drie afdelingen voor mensen met een lichamelijke zorgvraag (somatiek afdeling). Tijdens het inspectiebezoek ontvangen 162 cliënten zorg op basis van de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Ook is op locatie Het Zonnehuis De Dillenburg gevestigd, waar geriatrische revalidatie wordt geboden. De Dillenburg bestaat uit 3 revalidatie-afdelingen.

Binnen Het Zonnehuis zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder specialisten ouderengeneeskunde (SO), psychologen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers en een diëtiste. De SO is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

*Afdelingen somatiek*

Binnen Het Zonnehuis zijn drie afdelingen voor mensen met een lichamelijke zorgvraag: Pluto, Mercurius en Neptunus. De cliënten hebben indicaties met zorgprofielen Verpleging en Verzorging (VV), namelijk vijf cliënten hebben zorgprofiel VV 4, twee cliënten hebben zorgprofiel VV 5, 70 cliënten hebben zorgprofiel VV 6, twee cliënten hebben zorgprofiel VV 7 en één cliënt heeft zorgprofiel VV 8.

De zorg wordt verleend door 61,57 fte zorgverleners, waarvan 11 fte verpleegkundigen, 26,58 fte verzorgenden niveau 3, 20,70 fte helpenden niveau 2, en 3,29 fte medewerkers niveau 1.

#### *Afdeling PG*

Binnen Het Zonnehuis zijn vier afdelingen voor mensen met dementie: Castor, Sirius, Nova en Pollux. De cliënten hebben indicaties met zorgprofielen VV, namelijk één cliënt heeft zorgprofiel VV 4, 70 cliënten hebben zorgprofiel VV 5, één cliënt heeft zorgprofiel VV 6, negen cliënten hebben zorgprofiel VV 7 en één cliënt heeft zorgprofiel VV 8.

De zorg wordt verleend door 64,09 fte zorgverleners, waarvan 9,48 fte verpleegkundigen, 30,47 fte verzorgenden niveau 3, 18,93 fte helpenden niveau 2, en 5,21 fte medewerkers niveau 1.

### **1.3 Actuele ontwikkelingen in het kader van de Wzd en de Wvggz**

Per 1 januari 2020 is Het Zonnehuis ingeschreven als Wet zorg en dwang (Wzd)-accommodatie in het openbaar locatieregister. Zonnehuisgroep Vlaardingen zegt binnen persoonsgerichte zorg ook aandacht te hebben voor onvrijwillige zorg en onvrijwillig verblijf onder de Wzd. Zonnehuisgroep Vlaardingen heeft vrijheid als uitgangspunt, en dit verder vormgeven in het toepassen van leefcirkels. De inspectie ziet dat er gesloten afdelingen zijn.

Behandelaars geven aan problemen te ervaren bij het invullen van de rollen die nodig zijn om het Wzd-stappenplan te kunnen toepassen. Ook is het niet goed mogelijk alles op de juiste plek en op de juiste manier vast te leggen in het cliëntdossier volgens gesprekspartners. De zorgaanbieder ervaart problemen met de invulling van de externe deskundige. Sinds kort is een externe projectleider aangesteld die de Wzd-implementatie verder gaat begeleiden.

### **1.4 Ontwikkelingen in de organisatie**

Na het vorig bezoek van de inspectie is het project 'Van basis naar beter' gestart. Tijdens dit project was aandacht voor persoonsgerichte zorg, voor dossiervoering, en voor welzijn als uitgangspunt. De bestuurder geeft aan dat de implementatie door Covid-19-uitbraken en het hoge ziekteverzuim vertraagd is. Daarom gaat Zonnehuisgroep Vlaardingen verder met dit project in een 2.0-versie, vertelt de bestuurder. De implementatie moet nog starten.

De bestuurder vertelt dat Het Zonnehuis kampt met een hoog ziekteverzuim, waardoor het moeilijk is de bezetting op de afdelingen rond te krijgen. Ten tijde van het bezoek is het ziekteverzuim binnen Het Zonnehuis 9%, Mercurius heeft een ziekteverzuim van 35,1% en Neptunus heeft een ziekteverzuim van 27%.

Sinds maart 2021 is de organisatiestructuur gewijzigd. De bestuurder vertelt dat een directeur zorg en behandeling is aangesteld. Voorheen had Zonnehuisgroep Vlaardingen een directeur zorg en een directeur behandeling. Er zijn de afgelopen periode meerdere wisselingen geweest in locatiemanagers en teamleiders van Het Zonnehuis.

Door vertrek van een locatiemanager stuurt nu één locatiemanager zowel de somatiek als de PG-afdelingen aan. Een tweede locatiemanager is geworven en start binnenkort. Deze locatiemanager is nu teamleider op een aantal afdelingen. Een derde locatiemanager is verantwoordelijk voor de revalidatiezorg die Het Zonnehuis biedt.

## **1.5**

### **Covid-19**

De bestuurder vertelt dat de organisatie flink getroffen is door Covid-19-uitbraken. In Het Zonnehuis zijn in 2020 55 cliënten en 49 medewerkers ziek geweest. Op alle PG-afdelingen en op sommige revalidatie-afdelingen waren uitbraken van Covid-19. Van 1 augustus tot en met 8 september 2021 werden de twee somatiek-afdelingen Mercurius en Neptunus getroffen. Er zijn 39 cliënten ziek geweest en 35 medewerkers. Op de piek waren 28 van de 50 medewerkers ziek. Dit hoge ziekteverzuim was in de vakantieperiode, waarin de bezetting al moeilijker rondkwam. Daardoor werd het zogenoemde 'zorg scenario 4' van kracht. Dit betekende dat medewerkers die eerder in de zorg werkten, maar nu niet meer, in de zorg werden ingezet. Ook paramedici, kantoorpersoneel en het management werkten in de zorg of hielpen bij de maaltijden.

Ten tijde van het bezoek zijn zeven cliënten van een revalidatieafdeling in Het Zonnehuis besmet met het coronavirus. Ook op twee andere locaties zijn besmettingen.

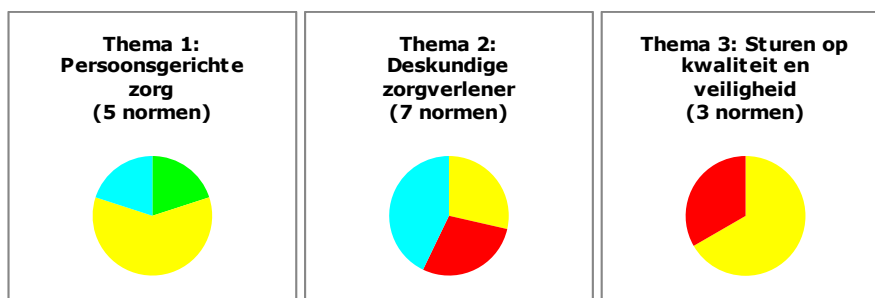
Zorgverleners houden dit niet lang meer vol en bovendien is er sprake van uitstroom van personeel, geeft de bestuurder aan.

## 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 Het Zonnehuis. 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 Het Zonnehuis beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



Oordeel	Thema 1	Thema 2	Thema 3	Thema 4
voldoet	0	0	0	
voldoet grotendeels	1	0	0	
voldoet grotendeels niet	3	2	2	
voldoet niet	0	2	1	
niet getoetst	1	3	0	

### 2.2 Wat moet beter

Het bieden van persoonsgerichte en veilige zorg vraagt om een aantal belangrijke randvoorwaarden. Een van deze randvoorwaarden is dat de inzet van zorgverleners voldoende moet zijn om passende zorg te kunnen bieden aan de cliënten. Dat is nu onvoldoende het geval binnen Het Zonnehuis. Hierdoor kunnen zorgverleners cliënten onvoldoende persoonlijke aandacht geven, is er te weinig aandacht voor de eigen regie van cliënten. Daarnaast is het nodig dat Het Zonnehuis borgt dat ook uitzendkrachten persoonsgerichte zorg kunnen geven. Dit betekent dat zij voldoende kennis moeten hebben van de cliënten die zij verzorgen.

Het Zonnehuis moet een inhaalslag maken in de implementatie van de Wzd. Daarnaast moet Het Zonnehuis verbeteringen aanbrengen op het gebied van methodisch werken en multidisciplinaire samenwerking. Ook is verbetering nodig op het gebied van methodische en volledige dossiervoering. De multidisciplinaire samenwerking tussen de zorgverleners en de behandeldienst is nog onvoldoende en heeft dus aandacht nodig.

De bestuurder dient de kwaliteit en veiligheid in de zorg beter te monitoren, en structureel en tijdig bij te sturen waar nodig. Ook moet de bestuurder zorg dragen voor een veilige werkcultuur waarin zorgverleners zich vrij voelen om zich uit te spreken en elkaar aan te spreken. Het ontbreekt aan randvoorwaarden voor zorgverleners om structureel te leren en reflecteren op hun handelen.

### 2.3 Conclusie bezoek

Op basis van de bevindingen van het bezoek heeft de inspectie zorgen over de kwaliteit en veiligheid van de zorg in Het Zonnehuis. Dit geldt uitdrukkelijk voor zowel de afdelingen somatiek als de afdelingen PG. Het Zonnehuis voldoet aan zeven normen grotendeels niet, drie normen niet en aan één norm grotendeels. Op alle drie de onderzochte thema's ziet de inspectie ernstige tekortkomingen. De inspectie concludeert na het bezoek dat er op korte termijn verbeteringen nodig zijn.

De inspectie constateert risico's op het gebied van goede en veilige zorg. De oorzaak hiervan is dat een aantal belangrijke randvoorwaarden voor kwalitatief goede zorg ontbreekt.

Eén van die randvoorwaarden is het borgen dat de cliënten zorg krijgen van voldoende en deskundige zorgverleners. Hiervoor is het vereist dat de zorgverleners methodisch kunnen werken en professionele afwegingen maken over de zorg aan cliënten. Ook moeten zorgverleners op tijd andere disciplines inschakelen en meer disciplinair samenwerken, zodat problemen bij cliënten tijdig worden opgepakt. Het methodisch werken ziet de inspectie onvoldoende terug binnen Het Zonnehuis. Een andere randvoorwaarde is dat Het Zonnehuis moet zorgen dat cliënten persoonsgerichte zorg ontvangen. De inspectie concludeert dat dit nu onvoldoende gebeurt doordat er te weinig vaste zorgverleners zijn die de cliënten met regelmaat zien en daardoor kennen. Bovendien is het nodig dat Het Zonnehuis borgt dat zorgverleners de visie op persoonsgerichte zorg in de praktijk kunnen toepassen. Daarvoor hebben zij kennis, ondersteuning en tijd nodig. Het Zonnehuis zorgt er op dit moment onvoldoende voor dat persoonsgericht werken mogelijk is.

Het Zonnehuis heeft de Wzd onvoldoende geïmplementeerd, concludeert de inspectie. De kennis over de Wzd en de dossiervoering bij de inzet van mogelijk onvrijwillige zorg is niet op orde. Ook moet Het Zonnehuis afwegingen op individueel cliëntniveau maken bij de inzet van onvrijwillige zorg, zoals het sluiten van afdelingen door middel van een code.

#### **Gesprekken met raad van bestuur en raad van toezicht**

Naar aanleiding van de bevindingen voerde de inspectie op 3 december 2021 gesprekken met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Zonnehuisgroep Vlaardingen.

Tijdens deze gesprekken constateerde de inspectie dat de bestuurder bovenstaande conclusie herkent. De bestuurder gaf aan direct een aantal verbetermaatregelen te hebben ingezet na het inspectiebezoek. Zo schaalte zij het aantal cliënten dat zorg ontvangt in Het Zonnehuis af. Dit betekent dat er minder cliënten zullen worden opgenomen, in ieder geval totdat de zorg volgens de bestuurder weer zodanig op orde is dat het verantwoord is om nieuwe cliënten in zorg te nemen. Ook worden er indien nodig cliënten overgeplaatst. Op deze manier wil de bestuurder zorgverleners ruimte geven en tijd creëren om verbeteringen door te voeren. Het besluit om de zorg af te schalen was tijdens het inspectiebezoek al op één afdeling van kracht, maar is sindsdien uitgebreid naar andere afdelingen. Ook benoemde de bestuurder dat zij inmiddels coaching inzet voor teams en het management. In het gesprek gaf de raad van toezicht aan zich ook in de bevindingen te herkennen. Zij ziet de urgentie in van verbetermaatregelen en gaf aan het contact met zorgverleners en verschillende gremia te intensiveren om zo het verbeterproces nauwlettend te volgen.



### **Conclusie na inspectiebezoek en aanvullen gesprekken**

Op basis van de gesprekken met de raad van bestuur en de raad van toezicht concludeert de inspectie dat Het Zonnehuis verbetermaatregelen invoert om op korte termijn te voldoen aan de normen. Dit geeft de inspectie op dit moment enig vertrouwen in het urgentiebesef van de bestuurder. De grote hoeveelheid normen waaraan Het Zonnehuis niet voldoet, is voor de inspectie aanleiding om het verbeterproces intensief te volgen.

De inspectie heeft op dit moment enig vertrouwen in de wijze waarop Het Zonnehuis stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Het Zonnehuis moet de kwaliteit en veiligheid van de zorg beter waarborgen. Dit vraagt om zicht bij het management op wat er speelt op de werkvloer en het tijdig bijsturen als dat nodig is. Daarnaast is het noodzakelijk dat Het Zonnehuis cyclisch werkt volgens een plan-do-check-act (PDCA) methodiek.

De inspectie ziet de goede intenties van Het Zonnehuis en gemotiveerde vaste medewerkers op de afdelingen. De vaste zorgverleners van Het Zorghuis zijn betrokken en doen hun best om de cliënten van Het Zonnehuis een fijne dag te bezorgen. Ook ziet de inspectie dat de bestuurder de bevindingen van de inspectie erkent en verbetermaatregelen heeft ingezet. Tegelijkertijd is de urgentie groot dat Het Zonnehuis daadkrachtig op alle thema's verbeteringen doorvoert. De bestuurder heeft daarmee een begin gemaakt. De inspectie verwacht dat de bestuurder dit op korte termijn verder oppakt.

### 3 Wat zijn de vervolgacties

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

#### 3.1 **De vervolgactie die de inspectie van Het Zonnehuis verwacht**

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

De inspectie verwacht dat Het Zonnehuis op alle door de inspectie getoetste normen die nu niet voldoen, gepaste verbetermaatregelen treft. De bestuurder geeft aan dat een verbeterprogramma is ontwikkeld. De inspectie verwacht dat de bestuurder dit verbeterprogramma met urgentie implementeert binnen Het Zonnehuis en op de andere locaties van Zonnehuisgroep Vlaardingen.

De inspectie verwacht dat Zonnehuisgroep Vlaardingen een aantal randvoorwaarden die de basis vormen van de zorgverlening op alle locaties voorrang geeft en zorgt deze op orde zijn voor **15 maart 2022**. Dit betekent minimaal dat:

- de personele bezetting en deskundigheid aantoonbaar passen bij de zorgvraag van de cliënten;
- de besluitvorming en dossiervoering over mogelijk onvrijwillige zorg navolgbaar moet zijn en dat op individueel cliëntniveau afwegingen zijn gemaakt over de inzet en noodzaak hiervan;
- zorgverleners aantoonbaar gevolg geven aan afspraken met behandeldisciplines;
- de bestuurder het verbeterproces monitort, zo nodig bijstuurt en cliëntenraad en ondernemingsraad hierbij betreft.

Het Zonnehuis moet **binnen acht maanden** grotendeels voldoen aan de normen waaraan Het Zonnehuis nu niet of grotendeels niet voldoet. En **binnen drie maanden** moet Het Zonnehuis verbetering laten zien op de vier randvoorwaarden die de inspectie hierboven noemt. Gezien de risico's voor cliënten gaat de inspectie dit verbeterproces nauwlettend volgen.

De inspectie verwacht dat Zonnehuisgroep Vlaardingen de verbetermaatregelen binnen dezelfde termijnen zo nodig ook op andere locaties treft.

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

Na drie maanden toetst de inspectie de verbeteringen op locatie Het Zonnehuis. Dan toetst de inspectie ook de kwaliteit en veiligheid van de zorg op een andere locatie van Zonnehuisgroep Vlaardingen. Dit zijn onaangekondigde bezoeken. De inspectie zal tijdens deze bezoeken ook met de ondernemingsraad en de cliëntenraad spreken over de voortgang en hun betrokkenheid bij het verbeterproces. Daarna bepaalt de inspectie welk vervolgtoezicht nodig is.

Indien de inspectie na drie maanden onvoldoende verbeteringen ziet in Het Zonnehuis en/of een zorgelijke situatie aantreft op de andere locatie van Zonnehuisgroep Vlaardingen, dan zal de inspectie (bestuursrechtelijke) maatregelen treffen.

## 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:

- 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 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 hij<sup>1</sup> 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.

#### 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 Het Zonnehuis grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort dat zorgverleners samen met de cliënt en/of familie afspraken maken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning. Zij kijken naar wat de cliënt en de familie belangrijk vinden. Zo hoort de inspectie van meerdere gesprekspartners dat twee keer per jaar voor elke cliënt een multidisciplinair overleg (MDO) plaatsvindt, waarvoor de cliënt(-vertegenwoordiger) altijd een uitnodiging krijgt. De eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV) past het zorgleefplan daarna zo nodig aan.

Een cliënt vertelt dat hij zelf kan aangeven wat hij wel en niet wil in de zorg. Echter geeft hij ook aan dat zorgverleners door personeelsgebrek hiermee vaak geen rekening houden. Dit hoort de inspectie van zowel zorgverleners als de cliëntenraad terug. Cliënten geven aan dat ze, door het personeelsgebrek, weinig inspraak hebben in de tijden waarop zorgverleners hen 's ochtends en 's avonds helpen bij de ADL-zorg.

---

<sup>1</sup> Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

### Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners de zorgbehoefte, levensgeschiedenis en voorkeuren van cliënten in wisselende mate kennen. Zo hoort en ziet de inspectie dat er veel invalkrachten werken op de afdelingen. De bestuurder vertelt dat Het Zonnehuis sinds de zomer van 2021 zoveel mogelijk met vaste invalkrachten werkt. Toch hoort de inspectie van verschillende cliënten en zorgverleners dat invalkrachten de cliënten doorgaans niet goed kennen. Cliënten geven aan dat zij dagelijks aan invalkrachten hun wensen en behoeften over ADL-zorg moeten uitleggen omdat zij dit niet weten. Cliënten vertellen dat zij dit vervelend vinden. Ook de cliëntenraad geeft aan dat cliënten zich niet gekend voelen door het personeelstekort.

De inspectie hoort daarnaast van meerdere gesprekspartners dat de lichamelijke verzorging van cliënten regelmatig onder druk staat door een krappe personele bezetting. Ook voor activiteiten wat betreft dagbesteding is weinig tijd, hoort de inspectie van verschillende gesprekspartners.

De inspectie hoort en ziet daarnaast dat de vaste zorgverleners de levensgeschiedenis, voorkeuren en behoeften van de cliënten kennen. Zo vertelt een zorgverlener de inspectie over de thuissituatie van een cliënt voordat deze in Het Zonnehuis kwam wonen. Ook vertelt een zorgverlener dat zij een cliënt betreft bij gezamenlijke activiteiten, omdat dit deze cliënt helpt om zich minder angstig en eenzaam te voelen. Een andere zorgverlener vertelt de inspectie dat zij rekening houdt met de tijd waarop een cliënt graag opstaat of naar bed gaat.

In het elektronisch cliëntdossier (ECD) leest de inspectie beschrijvingen van de levensgeschiedenis, zorgbehoefte en voorkeuren van cliënten. Ook leest de inspectie hoe cliënten graag worden aangesproken. In enkele cliëntdossiers leest de inspectie voorkeuren voor dag invulling en activiteiten, maar in andere dossiers leest de inspectie dat niet of passen de dag invulling en activiteiten niet meer bij de situatie van de cliënt.

### Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners onvoldoende aandacht hebben voor eigen regie van de cliënt. Zo ziet en hoort de inspectie dat de buitendeur van het Zonnehuis open is, maar dat de deuren van enkele PG-afdelingen afgesloten zijn met een codeslot. Hierdoor kunnen cliënten de afdeling niet zelfstandig verlaten, vertellen zorgverleners. Ook het dakterras van een PG-afdeling is met een codeslot afgesloten, ziet en hoort de inspectie. Een zorgverlener vertelt de inspectie dat cliënten onder begeleiding van familie of zorgverleners de afdeling kunnen verlaten of naar het dakterras kunnen. Maar zorgverleners geven aan dat het hen niet vaak lukt om cliënten te begeleiden van de afdeling af of naar buiten, omdat de personele bezetting dat niet toelaat. De inspectie hoort dat Het Zonnehuis in de toekomst een systeem met leefcirkels wil invoeren, om cliënten meer bewegingsvrijheid te bieden. De inspectie leest dat de implementatie hiervan in 2022 start.

De inspectie ziet tijdens de observatie op een PG-afdeling, dat zorgverleners de tafels dekken voor de lunch, terwijl de cliënten aan tafel zitten. Zorgverleners vragen cliënten niet om te helpen. Eén van de zorgverleners vertelt dat sommige cliënten wel kunnen helpen en dat ook leuk vinden. En dat zij soms ook meehelpen met de tafel dekken. De inspectie ziet tijdens de lunch dat cliënten die dat kunnen, zelf hun brood bereiden. Sommige cliënten krijgen hulp met het eten.

De inspectie leest in cliëntdossiers op een PG-afdeling voorkeuren voor bedtijd en verzorging. De inspectie hoort echter van meerdere gesprekspartners dat zorgverleners deze voorkeuren vaak niet kunnen realiseren.

Op de afdeling somatiek hoort de inspectie van cliënten dat zij gedeeltelijk de regie hebben op hun dagindeling. Een cliënt vertelt dat hij zelf kan doen wat hij wil en dat hij dat fijn vindt, maar dat zorgverleners daar niet altijd rekening mee kunnen houden vanwege personeelsgebrek. Een andere cliënt vertelt dat ze 's avonds extra laat naar bed gaat, omdat ze het dan minder vervelend vindt dat zorgverleners haar laat in de ochtend helpen.

De inspectie hoort op de afdeling somatiek dat cliënten zelf mogen kiezen waar zij eten. Dit kan in de huiskamer zijn of op de eigen kamer. Een zorgverlener vertelt dat cliënten kunnen kiezen welke maaltijd zij willen eten. Het keuzemoment is niet op de dag zelf, maar een aantal dagen van tevoren. De inspectie hoort van cliënten dat het afhankelijk is van wie er werkt, of zorgverleners zelf koken en wat er wordt gekookt. Als er geen vaste medewerkers zijn, komt er eten uit de algemene keuken, dat vervolgens opgewarmd wordt. Vaste medewerkers koken graag (een deel) zelf, dit vinden de cliënten erg lekker, vertellen zij. Cliënten vertellen dat zij het opgewarmde eten uit de algemene keuken minder lekker vinden.

#### Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de cliënten in wisselende mate op een persoonlijke en respectvolle manier benaderen en bejegenen. Zo ziet de inspectie een activiteit waarbij zorgverleners en zes cliënten aanwezig zijn. Twee cliënten doen actief mee met het spel. Andere cliënten zitten met de ogen geopend bij het spel, of met de ogen dicht. De inspectie ziet dat een zorgverlener de cliënten die actief meedoen, verder betreft. De zorgverlener betreft de andere cliënten niet. De inspectie ziet ook tijdens de activiteit dat een cliënt voorovergebogen in de rolstoel aan tafel zit met de ogen dicht. Bij aanvang van de lunch vraagt een zorgverlener hoe lang deze cliënt al zo zit. Een andere zorgverlener antwoordt dat dit sinds het ontbijt is, waarop de zorgverlener een kussen gaat halen voor deze cliënt.

Een cliënt vertelt de inspectie dat zij volledig afhankelijk is van hulp bij het eten. Ze vertelt dat zorgverleners hier vaak geen tijd voor hebben. Ze geven dan 'snel een stuk brood tussendoor' en kunnen niet rustig bij haar zitten. De cliënt beleeft weinig plezier aan de maaltijd, vertelt ze.

De inspectie ziet tijdens een eetmoment dat het eten in plastic bakken op een tafel bij de muur staat. De zorgverleners scheppen een voor een voor de cliënten het eten op een bord en brengen dit bord naar de cliënt. Ze maken hierbij geen contact met de cliënt. Twee van de drie medewerkers vertellen aan de inspectie dat ze deze cliënten niet kennen.

Bij de start van de lunch hoort de inspectie dat een zorgverlener vraagt om een moment van stilte voor degenen die dat op prijs stellen. Een cliënt merkt op dat dit normaal gesproken niet gebeurt. Een zorgverlener vertelt dat de cliënten op deze afdeling geen behoefte hebben aan bidden voor het eten.

De inspectie ziet daarentegen dat zorgverleners tijdens de lunch bij de cliënten aan tafel zitten en helpen waar nodig. Tijdens de lunch hebben zorgverleners persoonlijke gesprekken met cliënten. Zo hoort de inspectie dat een cliënt vertelt dat hij slecht slaapt en dat de zorgverlener daarop in gaat. Ook maken zorgverleners grapjes met cliënten.

Tijdens een andere observatie ziet de inspectie dat een cliënt in haar nachtkleding in de huiskamer komt zitten. Een zorgverlener vraagt aan haar of ze een vest wil, omdat de cliënt alleen een nachtjapon draagt. De cliënt lacht en zegt dat ze die als jurk gebruikt. Later komt de zorgverlener terug met een vest voor de cliënt. In het cliëntdossier leest de inspectie dat deze cliënt het belangrijk vindt om er verzorgd uit te zien.

Norm 1.5

Zorgverleners ondersteunen cliënten om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

Deze norm is niet getoetst.

#### 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.

#### 4.2.1

##### *Resultaten*

###### Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis niet** aan deze norm.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de wensen, behoeften en mogelijkheden van cliënten in wisselende mate betrekken bij het maken van professionele afwegingen. Zo hoort en ziet de inspectie dat zorgverleners bij de inzet van mogelijk onvrijwillige zorg geen navolgbare afweging maken op individueel cliëntniveau. Dit hoort en ziet de inspectie op zowel een PG-afdeling als op een afdeling somatiek.

De inspectie ziet dat de deuren van enkele PG-afdelingen afgesloten zijn door middel van codesloten. Zorgverleners en behandelaars vertellen de inspectie dat geen van de cliënten de afdeling zonder begeleiding kan verlaten, vanwege een besluit tot opname en verblijf of een rechterlijke machtiging. In cliëntdossiers leest de inspectie niet welk nadeel voorkomen wordt door mogelijk onvrijwillige zorg. Ook leest de inspectie geen informatie over wilsonbekwaamheid of verzet tegen zorg, en geen afwegingen op individueel niveau ten aanzien van de inzet van mogelijk onvrijwillige zorg. Zorgverleners en behandelaars vertellen dat zij deze afwegingen niet op individueel niveau maken en dat informatie over wilsonbekwaamheid niet in cliëntdossiers vermeld staat.

Een zorgverlener vertelt dat de ergotherapeut soms beoordeelt of een cliënt in staat is zelfstandig het terrein te verlaten. De inspectie ziet een cliëntdossier waarin de ergotherapeut beoordeelde dat dit niet veilig is. De inspectie leest in dit dossier geen oordeel van een SO of psycholoog over wilsonbekwaamheid.

Tijdens de rondgang ziet de inspectie een cliënt die in bed ligt, met beide beddekken omhoog. In het zorgplan van deze cliënt staat niets over de beddekken beschreven. De zorgverlener vertelt dat ze niet goed weet waarom de beddekken omhoog zijn. Bij een andere cliënt gaan de beddekken ook omhoog vertelt de zorgverlener. In het zorgplan staat 'Cliënt voelt zich niet veilig zonder beddekken'. De zorgverlener vertelt echter dat de cliënt vanwege haar ziekte niet kan aangeven of ze zich veilig of onveilig voelt. De inspectie leest in haar cliëntdossier geen informatie over wilsonbekwaamheid.

De inspectie hoort van zorgverleners dat MDO voor elke cliënt twee keer per jaar plaatsvinden. Tijdens de eerste golf van Covid-19 kwamen MDO's stil te liggen, tenzij de situatie van een cliënt om een MDO vroeg, vertelt de bestuurder. Vanaf de zomer van 2020 zijn de MDO's hervat, meestal via beeldbellen. .

Wel ziet de inspectie in cliëntdossiers dat zorgverleners andere risico's signaleren en vastleggen. Zo ziet de inspectie in een cliëntdossier risico's op decubitus en ondervoeding vermeld. Ook leest de inspectie dat een cliënt verward en angstig kan zijn, en dat het helpt om haar bij activiteiten te betrekken. De zorgverlener vertelt dat zij deze cliënt naar de huiskamer brengen waar activiteiten zijn en dat dit de cliënt helpt om minder angstig te zijn.

## Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet dat niet alle cliëntdossiers een actueel of volledig zorgplan bevatten. Zo ziet de inspectie meerdere cliëntdossiers in met een summier zorgplan. In het zorgplan staan specifieke aandachtspunten benoemd. De inspectie leest echter niet alle relevante informatie uit de cliëntbeschrijving in het zorgplan terug. Zo leest de inspectie in een cliëntbeschrijving een advies van een psycholoog ten aanzien van onbegrepen gedrag. In het zorgplan ziet de inspectie een aspect uit dat advies terug, namelijk deelname aan activiteiten. Zorgverleners rapporteren over deelname aan activiteiten, leest de inspectie. Andere aspecten uit het advies, zoals de benaderingswijze, leest de inspectie niet terug in het zorgplan en in de rapportage.

De inspectie hoort dat vaste uitzendkrachten toegang hebben tot het cliëntdossier. Uitzendkrachten die incidenteel komen werken, hebben geen toegang tot het cliëntdossier. Een vaste medewerker vertelt dat zij 's ochtends snel instructies geeft aan de uitzendkracht zodat die weet hoe de cliënt de ADL-zorg wenst. Cliënten geven zelf ook aan dat ze instructies geven aan uitzendkrachten, bijvoorbeeld over hoe zij de transfer maken met een lift, omdat de uitzendkrachten dit niet weten. De cliënt vertelt dat dit haar geen prettig gevoel geeft.

Zorgverleners vertellen dat uitzendkrachten aan de vaste zorgverleners doorgeven wat de bijzonderheden zijn ten aanzien van de cliënten die zij hebben geholpen. Vaste zorgverleners schrijven dit vervolgens in het cliëntdossier van de betreffende cliënten. Vanuit huis kan een vaste medewerker inloggen in het cliëntdossier, mocht deze niet aan rapporteren toegekomen zijn, of na afloop van de dienst bedenken dat er nog iets genoteerd moet worden.

De inspectie hoort van een zorgverlener en leest in een rapportage dat een andere cliënt veel roept gedurende de dag. Dit leidt tot ergernis bij andere cliënten, vertelt de zorgverlener. Er zijn benaderingsadviezen gegeven maar deze helpen niet. Nu heeft de cliënt gedrag beïnvloedende medicatie gekregen. In het zorgplan leest de inspectie niets over het roepen door de cliënt.

Ook leest de inspectie dat zorgverleners in wisselende mate concreet rapporteren op zorgdoelen. In een cliëntdossier leest de inspectie dat een cliënt specifieke mondzorg nodig heeft en dat zorgverleners het tandvlees moeten observeren. De inspectie leest dat zorgverleners regelmatig rapporteren dat zij de cliënt helpen met tanden poetsen, maar de inspectie leest geen bevindingen over het tandvlees.

In alle cliëntdossiers die de inspectie inziet, staat een uitgebreide beschrijving van de levensgeschiedenis en zorgbehoefte van cliënten. In deze beschrijving staan ook concrete adviezen en instructies over de zorgverlening.

## Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Vanuit de reflectie kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.



Deze norm is niet getoetst.

#### Norm 2.4

Zorgverleners houden relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Deze norm is niet getoetst.

#### Norm 2.5

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

Volgens de inspectie voldoet Het Zonnehuis niet aan deze norm.

#### *Inzet zorgverleners*

De inspectie hoort van gesprekspartners dat zij de personele bezetting in Het Zonnehuis niet op orde vinden. De cliëntenraad beaamt dit en geeft aan dat er vaak onderbezetting is. Er is vaak te weinig personeel om de zorg te organiseren. Dit geldt voor alle afdelingen die de inspectie bezocht. Op de dag van het inspectiebezoek is er voldoende personeel aanwezig. De inspectie hoort echter van meerdere zorgverleners en cliënten dat de personele bezetting die dag niet representatief is.

De bestuurder vertelt de inspectie dat het ziekteverzuim tijdens het inspectiebezoek gemiddeld 9% is. Op enkele afdelingen somatiek is het ziekteverzuim hoog, namelijk 35,1% en 27%. De bestuurder vertelt dat Het Zonnehuis invalkrachten inzet en dat sinds de zomer van 2021 dit zoveel vaste invalkrachten zijn. De inspectie hoort wel van cliënten en zorgverleners dat uitzendkrachten geregeld niet komen terwijl ze ingepland staan. Zij vertellen dat cliënten hierdoor niet de ADL-zorg krijgen zoals zij die wensen, en dat zorgverleners te weinig tijd hebben voor welzijnsactiviteiten.

Zorgverleners vertellen de inspectie dat zij de werkdruk hoog vinden en dat de zorgzwaarte onder cliënten toeneemt. De bezetting is hier volgens gesprekspartners vaak niet op aangepast. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners regelmatig niet in staat zijn om de basiszorg naar wens uit te voeren, en om medicatie tijdig te verstrekken. Vaste medewerkers vertellen overbelast te zijn doordat zij continu met te weinig personeel staan. Het aansturen van uitzendkrachten kost hen energie en doordat de situatie al lang duurt zijn ze erg moe. De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat zorgverleners door de hectiek weinig werkplezier hebben en moe zijn. Door de Covid-19-uitbraken, en de daarbij behorende toename van zorg, is dit versterkt. De bestuurder geeft aan dat op de medewerkers die niet ziek zijn, wellicht te veel een beroep wordt gedaan.

De inspectie hoort dat een verzorgende IG in de week voor het bezoek samen met een helpende en twee uitzendkrachten verantwoordelijk was voor dertig cliënten. Deze verzorgende was verantwoordelijk voor medicatietoediening, risicovolle handelingen en het aansturen van haar collega's. Deze situatie komt meerdere keren per week voor, hoort de inspectie. Zorgverleners geven aan dat de kwaliteit van de zorg niet altijd op orde is door de lage bezetting, en dat de bezetting vooral de zorg voor cliënten bepaalt in plaats van dat de wens van de cliënt dit doet. De inspectie leest ook in een cliëntdossier 'Mocht de bezetting het morgen toelaten dan graag cliënt even lekker douchen'.

De inspectie leest ook in het cliënttevredenheidsonderzoek dat er te weinig personeel is volgens cliënten.

Van zorgverleners en de bestuurder hoort de inspectie dat overdag en in de avond altijd een medewerker met minstens niveau 3 op de afdelingen aanwezig is. De inspectie hoort van de bestuurder dat er 's nachts op de afdelingen een medewerker met minstens niveau 3 aanwezig is. Van zorgverleners hoort de inspectie echter dat de nachtdienst op hun afdeling ook wel wordt ingevuld door alleen een zorgverlener niveau 2. Er is een verpleegkundige achterwacht aanwezig, hoort en leest de inspectie.

#### *Deskundigheid zorgverleners*

Van de bestuurder hoort de inspectie dat Zonnehuisgroep Vlaardingen op elke locatie een kwaliteitsverpleegkundige heeft aangesteld, die onder meer kwaliteitsmetingen uitvoeren. De inspectie leest in de scholingsoverzichten dat kwaliteitsverpleegkundigen specifieke scholing krijgen.

De bestuurder vertelt dat vanwege de Covid-19-pandemie scholingen zijn geannuleerd of uitgesteld. De inspectie leest in het scholingsoverzicht terug dat Zonnehuisgroep Vlaardingen vanaf maart 2020 tot aan het inspectiebezoek de meeste scholingen heeft geannuleerd. Een alternatief voor een fysieke scholing heeft niet plaatsgevonden. Het gaat om scholingen over onder andere Wzd, belevingsgerichte zorg en psychiatrie. Vanaf september 2021 zijn scholingen over psychiatrie en welzijn weer opgestart. De inspectie hoort dat zorgverleners verschillende scholingen hebben gevolgd, zoals een scholing voor ergo coach, palliatieve zorg of wondzorg.

De inspectie hoort en leest dat een deel van de medewerkers voorafgaand aan de Covid-19-uitbraken een scholing over de Wzd heeft gevolgd, en dat de meeste medewerkers dit nog moeten doen. De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat zij niet weten wat de Wzd inhoudt.

De inspectie hoort van zorgverleners dat Het Zonnehuis zorgverleners periodiek e-learnings aanbiedt over risicovolle en voorbehouden handelingen, en dat de kwaliteitsverpleegkundigen deze in de praktijk observeren. Zorgverleners vertellen dat Het Zonnehuis bekwaamheden bijhoudt en zorgverleners bericht als het tijd is om handelingen opnieuw te toetsen. Het Zonnehuis heeft een overzicht waarin de bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners staat, leest de inspectie.

#### Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

Deze norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.7

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat de multidisciplinaire samenwerking onder druk staat.

De inspectie hoort van behandelaars dat er te weinig artsen zijn om goede medische zorg te bieden aan alle cliënten. Behandelaars vertellen de inspectie dat de verbinding en samenwerking tussen de disciplines is afgenomen en dat er daardoor sprake is van 'eilandjes'. Zij vertellen dat de onderlinge samenwerking minder goed geborgd is sinds Zonnehuisgroep Vlaardingen een nieuwe organisatiestructuur hanteert. Bijeenkomsten met alle disciplines zijn weggevallen, hoort de inspectie. Met elkaar is meer mogelijk zo stellen de behandelaars, maar nu ervaren zij een overlevingscultuur waarbij ieder zijn eigen werk doet en 'niet meer om zich heen kijkt'. Behandelaars geven aan dat ze graag samen willen werken, maar dat zij ervaren dat de randvoorwaarden hiervoor niet op orde zijn. De bestuurder vertelt de inspectie dat er een vacature is voor een SO, die ten tijde van het bezoek wordt opgevangen door een basisarts. Voor onregelmatige diensten doet Het Zonnehuis een beroep op dienstdoende artsen in de regio.

Daarnaast zijn er in het afgelopen jaar verschillende behandelaars vertrokken, waardoor de kwaliteit en continuïteit van zorg onder druk staan, vertellen behandelaars. De inspectie hoort dat in januari 2021 alle psychologen ontslag hebben genomen en dat er ook daarna wisselingen zijn geweest binnen deze discipline. De inspectie ziet in cliëntdossiers dat de monitoring van psychologische hulp bij een cliënt hierdoor niet heeft plaatsgevonden.

De inspectie hoort ook dat zorgverleners de cliënten niet echt kennen en dat zij afspraken en instructies van behandelaars vaak niet opvolgen, zoals het meten van de bloeddruk of wondzorg. Gesprekspartners geven aan dat dit het gevolg is van overbelasting van zorgverleners en een tekort aan vaste zorgverleners. Ook vinden zij dat wonden soms laat in beeld komen en dat controleprocessen niet goed geborgd zijn.

De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat twee keer per jaar voor elke cliënt een MDO plaatsvindt, waarvoor de cliënt(-vertegenwoordiger) altijd een uitnodiging krijgt. Behandelaars geven twee weken van tevoren input en de contactverzorgende maakt een verslag, hoort de inspectie. In cliëntdossiers leest de inspectie echter geen MDO-verslagen van de zorgverleners. Wel leest de inspectie een MDO-verslag van een SO. Behandelaars vertellen de inspectie dat op dit moment niet de nodige disciplines deel kunnen nemen aan de MDO's vanwege niet opgevulde vacatures in het multidisciplinaire team.

De bestuurder vertelt dat op een afdeling een pilot loopt, waarbij zorgverleners en behandelaars elke twee maanden de zorg en behandeling evalueren van alle cliënten, en twee keer per jaar een gesprek plaatsvindt met de cliënt(vertegenwoordiger), contactverzorgende, SO en andere disciplines die van belang zijn.

### **4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid**

Goede zorg en deze op niveau 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.

#### **4.3.1 Resultaten**

##### **Norm 3.1**

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

In het document over persoonsgerichte zorg bij Zonnehuisgroep Vlaardingen staat: *'Alles draait om de persoon van de cliënt, diens individuele kenmerken, levensloop, leefwijze en handelen. Cliënten bepalen in overleg met de professionals zelf hun doelen binnen de gegeven mogelijkheden. Zoveel mogelijk zelfstandig functioneren en participeren worden daarbij gestimuleerd.'* De vertaling hiervan ziet de inspectie niet terug in de dagelijkse praktijk, zie ook de bevindingen bij thema 1. Hiervoor ontbreekt het aan tijd en voldoende deskundige zorgverleners, vertellen gesprekspartners.

De missie van Zonnehuisgroep Vlaardingen gaat over *'bijdragen aan welzijn van alle mensen die bij ons kunnen zijn'*. De inspectie hoort en ziet echter dat medewerkers vooral bezig zijn basale zorgverlening zoals eten en drinken geven, ADL-zorg verlenen en medicatieverstrekking. Medewerkers geven aan dat ze dit eerder hebben aangegeven bij het management maar dat ze zich niet altijd gehoord voelen. Zie ook de bevindingen bij thema 2.

### Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis niet** aan deze norm.

De bestuurder vertelt dat na het inspectiebezoek in 2019, een verbeterplan 'Van basis naar beter' is gestart. Door de Covid-19-pandemie heeft Zonnehuisgroep Vlaardingen dit programma gedeeltelijk gerealiseerd, vertelt de bestuurder. Dit ziet de inspectie terug in de praktijk, zie de bevindingen bij thema's 1 en 2. De bestuurder geeft aan dat verbetering nodig is op de volgende thema's: van medisch model naar welzijnsmodel, multidisciplinair samenwerken, deskundig personeel (werven, opleiden en behouden) en methodisch werken.

Het management heeft een dashboard met diverse sturingsinformatie, zoals verzuim en verloop. Maar uit de bevindingen van de inspectie blijkt dat het management de kwaliteit van de zorg onvoldoende in beeld heeft. En de inspectie ziet en hoort dat Het Zonnehuis de Wzd nog niet heeft geïmplementeerd.

De inspectie leest in documenten en hoort van kwaliteitsverpleegkundigen dat zij twee keer per jaar kwaliteitsmetingen houden op de afdelingen, op het gebied van kwaliteit van zorg, structuur en werksfeer. De beleidsadviseur stelt op basis hiervan een rapport op, waarin scores staan uitgedrukt in gekleurde smileys. De inspectie ziet deze rapportages in. Hieruit blijkt een wat wisselend beeld per afdeling. Over werksfeer zijn de rapportages over het algemeen kritisch. Ten aanzien van overbelasting van zorgverleners leest de inspectie verbeterpunten op het gebied van dag structuur en taakvolwassenheid. De inspectie hoort van medewerkers en cliënten dat zorgverleners nog steeds erg overbelast zijn. De situatie bestaat al lang en er is volgens hen weinig uitzicht op verbetering. Van gesprekspartners hoort de inspectie dat er een mogelijk een reorganisatie aankomt en dat het tekort aan behandelaren niet op korte termijn wordt opgelost door Het Zonnehuis.

De bestuurder geeft aan oog te hebben voor het welzijn van de medewerkers en noemt een aantal acties die ze hiervoor heeft ingezet. Zo noemt zij individuele en team coaching op afdeling Pluto, een opnamestop op afdelingen Mercurius en Neptunus om de druk op de zorgverleners te verminderen, extra inzet,

cadeautjes voor alle medewerkers, teamuitjes en extra aandacht van bestuur bij Covid-19-uitbraken.

Ook heeft de bestuurder een verzuimcoach ingezet op de somatiek afdelingen en een taskforce opgezet, gericht op het welzijn van medewerkers.

In het kwaliteitsplan 2021 leest de inspectie dat Zonnehuisgroep Vlaardingen investeert in het behoud van medewerkers door een onboarding-programma en door het accent in jaargesprekken te verschuiven van een beheersmatige insteek naar een persoonlijke insteek. Ook vertelt de bestuurder dat de teamleiders meer toerusting krijgen op het gebied van waardering en cultuur.

Zonnehuisgroep Vlaardingen voert interne en externe audits uit. Zo ziet de inspectie interne dossiercontroles in. Ook ziet de inspectie drie externe audits die in 2021 hebben plaatsgevonden. De resultaten van de externe audit over het toetsingskader Wlz komen overeen met de bevindingen van de inspectie (zie de bevindingen in thema 1 en 2). Het is onduidelijk op welke manier Zonnehuisgroep Vlaardingen de verbeterpunten uit de externe audits oppakt. Meerdere gesprekspartners geven aan dat zij hun zorgen over de kwaliteit van zorg hebben gedeeld met het management, maar dat zij zich hierin niet gehoord voelen.

De cliëntenraad geeft aan dat ze zich gehoord voelen door de bestuurder en dat de bestuurder genoeg informatie met hen deelt. De cliëntenraad heeft goed contact met de OR en met de bestuurder over het personeelstekort.

Binnen Zonnehuisgroep Vlaardingen kunnen zorgverleners incidenten melden via Veilig Incidenten Melden (VIM). De inspectie leest de VIM-kwartaalanalyses. Hierin leest de inspectie het aantal meldingen per categorie, per locatie en per cliënt. De inspectie leest in de kwartaalanalyses wat opvalt aan de meldingen, bijvoorbeeld grote aantallen meldingen over medicatie op een locatie. De inspectie leest analyses naar basisoorzaken en verbeterafspraken, vooral op het gebied van medicatieveiligheid. Over andere meldingen, zoals vallen of agressie, leest de inspectie summierere analyses naar basisoorzaken en verbeterafspraken.

### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Zonnehuis grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat Het Zonnehuis zich momenteel bevindt in een fase van overleven. Daardoor liggen voorwaarden voor een cultuur die is gericht op leren en verbeteren momenteel stil. Zorgverleners missen de tijd en mogelijkheden om te leren en te verbeteren, vertellen zij. De bestuurder beschrijft de cultuur binnen Het Zonnehuis als een familiecultuur. Er zijn onderlinge vriendschappen onder zorgverleners, waardoor elkaar aanspreken moeilijk is. Zorgverleners bewaken daardoor professionele grenzen onvoldoende, vertellen de directeur zorg en behandeling en de bestuurder. Zorgverleners vertellen de inspectie dat ze weinig werken in een vast team en dat daardoor de sfeer om te leren en te verbeteren er niet is. Bovendien is er geen tijd voor, vertellen zij.

Ook ervaren meerdere gesprekspartners dat het management het niet altijd waardeert als zij problemen signaleren of zich kritisch opstellen. Deze gesprekspartners vertellen dat het management hen wel uitnodigt om mee te denken tijdens het veranderproces. Zij willen ook graag meedenken. Maar toch ervaren zij weinig ruimte om zich open uit te spreken en een kritisch geluid te laten horen. Het is gemakkelijker om niet kritisch te zijn, vertellen zij de

inspectie. Deze gesprekspartners geven aan het moeilijk te vinden om hierover eerlijk tegen de inspectie te vertellen.

Zorgverleners vertellen dat het bespreken van de VIM-meldingen een vast onderdeel is tijdens teamoverleggen. Wat vaak voorkomt, is dat zorgverleners een medicatiegift vergeten af te tekenen, hoort de inspectie. Hierop is een verbetermaatregel ingezet: een zorgverlener controleert na de medicatieronde op de aftekenlijst of de zorgverlener die de medicatie heeft gedeeld, een paraaf heeft gezet.

## 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. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Vervolgens beoordeelt de inspectie of de geboden zorg door Het Zonnehuis 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:

- Gesprekken met cliënten;
- Gesprekken met cliëntenraad somatiek en cliëntenraad PG;
- Observatie van cliënten op verschillende afdelingen, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- Gesprekken met behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- Cliëntdossiers van verschillende afdelingen;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door de locatie.

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 zodat de inspecteurs zich een beeld kunnen 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 afdelingen of in de woningen aanwezig. In verschillende huiskamers observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Hiervoor gebruiken zij de observatiemethode SOFI (zie de uitleg hieronder). Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is.

De inspecteurs voeren door de dag heen, waar mogelijk, gesprekken met managers, zorgverleners, cliënten, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Zij zien ook cliëntdossiers en documenten in.

De inspecteurs kunnen overlegvormen zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment bijwonen.

### **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? Praten zorgverleners 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 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

- Contextvragen op locatieniveau somatiek en PG;
- Kwaliteitsverslag 2020;
- Kwaliteitsplan 2021;
- Persoonsgerichte zorg binnen Zonnehuisgroep Vlaardingen, versie 28-01-2016, actueel op 1 november 2021;
- Strategie 2025;
- Externe kwaliteitsaudit Toetsingskader Wlz, augustus 2021;
- Externe kwaliteitsaudit ISO-9001:2015, februari 2021;
- Medewerker onderzoeken over de afdelingen Castor, Mercurius, Neptunus, Nova, Pluto, Pollux en Sirius;
- Bekwaamhedenrapport maart 2021 somatiek en PG;
- Scholingen jaaroverzicht 2019-2021 en scholingen jaaroverzicht september 2020-2021;
- Smileyrapporten PG en somatiek, maart 2021;
- Toelichting op Smileyrapporten;
- Rapporten VIM-meldingen Q3 2020, Q4 2020, Q1 2021 en Q2 2021;
- Presentatie raad van bestuur aan raad van toezicht inzake SO's, 15-09-2021;
- Brief raad van bestuur aan IGJ, 4 november 2021.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

[www.igj.nl](http://www.igj.nl)