



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Frion,
Commissarislaan 35 3-4
in Zwolle op 9 augustus 2022

Utrecht, september 2022

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Beschrijving Stichting Frion, locatie Commissarislaan 35 3-4 4
2	Conclusie 7
2.1	Overzicht van de resultaten 7
2.2	Wat gaat goed 7
2.3	Wat kan beter 8
2.4	Eindconclusie bezoek 8
3	Wat zijn de vervolgacties 10
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Frion verwacht 10
3.2	Vervolgacties van de inspectie 10
4	Resultaten 11
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 11
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 14
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 18
4.4	Thema Medicatieveiligheid 21
Bijlage 1	Methode 22
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 24

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 9 augustus 2022 een semi-aangekondigd bezoek aan Stichting Frion (hierna: Frion), Commissarislaan 35 3-4 (hierna: Commissarislaan) in Zwolle.

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

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

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

1.1 Aanleiding bezoek

Het bezoek aan Stichting Frion, locatie Commissarislaan 35 3-4 heeft twee redenen. Ten eerste is het doel van het bezoek te beoordelen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

Ten tweede betreft het een oriënterend inspectiebezoek in het kader van het Project Complexe Zorg.

Toelichting Project Complexe Zorg

De inspectie ziet dat zorgaanbieders de zorg aan cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag (indicatie: VG 07+, meestal met Meezorg) steeds meer als complexe zorg ervaren. Ook ziet de inspectie de zoektocht van de zorgaanbieders naar de juiste randvoorwaarden om deze zorg te kunnen leveren. Dit heeft soms tot gevolg dat cliënten meerdere malen moeten verhuizen tussen zorgaanbieders, wat weer bijdraagt aan onrust en gevoel van onveiligheid. Daarnaast ziet de inspectie dat cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag vaak onvrijwillige zorg krijgen. Ook vragen in steeds meer gevallen zorgaanbieders (structureel) de regeling Meezorg aan. Tegelijkertijd ziet de inspectie dat sommige aanbieders wel degelijk in staat zijn om goede zorg te leveren aan cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag, soms ook zonder deze structurele extra financiële steun. De inspectie is voor dit project specifiek geïnteresseerd in hoe het deze zorgaanbieders lukt om goede zorg te leveren, en welke lessen hieruit te halen zijn voor zorgaanbieders die dit minder goed voor elkaar krijgen.

1.2 Beschrijving¹ Stichting Frion, locatie Commissarislaan 35 3-4

De locatie Commissarislaan 35 3-4 betreft een geschakelde woning op het terrein De IJsselbolder van Frion in Zwolle, waar elf cliënten wonen in de leeftijd van 30 t/m 65 jaar met een matig of ernstige verstandelijke beperking. De cliënten functioneren op het niveau van een ernstige verstandelijke beperking en hebben baat bij een benadering vanuit MVB. De groep kenmerkt zich door cliënten die beleven in het moment en hierbij intens kunnen genieten.

¹ Deze informatie is aangeleverd door de zorgaanbieder en bewerkt door de inspectie.

De cliënten vragen om een vertrouwde en voorspelbare omgeving en begeleiding. Er wordt voornamelijk gecommuniceerd door middel van non-verbale signalen en het team ondersteunt het dagprogramma van de cliënten met pictogrammen. De begeleiding is gericht op het gewone leven, waarbij er gewerkt wordt vanuit de begeleidingsmethodiek Triple-C.

Beide groepen zijn voorzien van een eigen woonkamer met een open keuken. Beide groepen nemen deel aan gezamenlijke activiteiten, maar er zijn ook afzonderlijke activiteiten die binnen en buiten de woonlocatie plaatsvinden. Elke bewoner heeft een eigen kamer een eigen badkamer.

Cliënten

Op Commissarislaan 35 3-4 wonen in totaal elf cliënten waarvan negen cliënten met een VG07 indicatie (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering), één cliënt met een VG06 indicatie (wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering) en één cliënt met een VG05 indicatie (wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging). Voor één cliënt met een VG07 indicatie wordt Meerzorg ingezet en krijgt een-op-eenbegeleiding.

Op groep 35-3 wonen momenteel vijf mannen en één vrouw in de leeftijd van 31 tot 64 jaar. De cliënten zijn allen mobiel.

Op groep 35-4 wonen drie mannen en twee vrouwen in de leeftijd van 29 tot 62 jaar. De cliënten hebben een matige tot ernstige verstandelijke beperking en vallen onder de doelgroep met bijkomende problematieken zoals ASS. Enkele cliënten zijn rollator afhankelijk. Er wordt verbaal en non-verbaal gecommuniceerd door de cliënten.

Aansturing

Een gedragsdeskundige ondersteunt het team zorginhoudelijk op de Commissarislaan 35 3-4, met daarnaast een bedrijfsvoeringspartner. Deze is verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering en staat op wat meer afstand van het team.

Personeel, verzuim en verloop op de locaties

Het team werkt op beide zijden van de gekoppelde woning en bestaat uit drie persoonlijk ondersteuners en begeleiders. Tijdens het inspectiebezoek waren er negentien zorgverleners (incl. acht inhuur) in dienst. Het totale aantal fte van de vaste zorgverleners bedraagt 8,32. De inzet van de orthopedagoog op de locatie is 7,9 uur per week, de inzet van de orthopedagoog voor de Meerzorg is 1,30 uur per week.

Het gemiddelde verzuimpercentage van de locatie betreft op de bezoekdatum 6,86%.

Het personeelsverloop in 2022:

In dienst:

januari: 1 medewerker, 0,89 fte;

mei : 2 medewerkers, 0 fte (inhuur);

juni: 1 medewerker, 0,78 fte.

Uit dienst:

april: 1 medewerker, 0,78 fte (eigen verzoek).

Ten tijde van het inspectiebezoek is er vacatureruimte voor een persoonlijk ondersteuner en voor een begeleider.

Medische dienst De IJsselbolder en specialismen

Op het instellingsterrein heeft Frion een eigen medische dienst. Frion heeft drie artsen met AVG-taken en twee verpleegkundig specialisten in dienst waarvan er één rechtstreeks betrokken is bij de bezochte woning. De huisartsen zijn inzetbaar voor locaties op en rondom het instellingsterrein De IJsselbolder. Een arts VG is op maandagochtend voor Frion beschikbaar en Frion maakt indien nodig gebruik van een psychiater, neuroloog, bijzondere tandheekkundige en/of een geriatrisch arts. Ook beschikt Frion over een diëtiste, fysiotherapeuten, logopedisten, psychomotorische therapeuten en bewegingsagogen. De paramedische functies zijn beschikbaar voor alle cliënten van Frion. De formatie orthopedagogen is gebaseerd op de indicaties van cliënten.

Ontwikkelingen

De krapte op de arbeidsmarkt stelt Frion voor uitdagingen en geeft zorgen voor de toekomst. Frion werkt met vaste inhuurbureaus om de plekken flexibel in te vullen. In het team van Commissarislaan 35 3-4 werken de flexwerkers inmiddels al wel geruime tijd vast op de locatie.

Frion geeft aan een bewuste keuze te maken in het beperken van de overheadkosten in de organisatie (8%), zodat er meer geld naar de directe zorg van de cliënten gaat. Ook zijn er relatief veel orthopedagogen in dienst, zestien op 900 cliënten (gemiddeld 56 cliënten per orthopedagoog).

Wzd

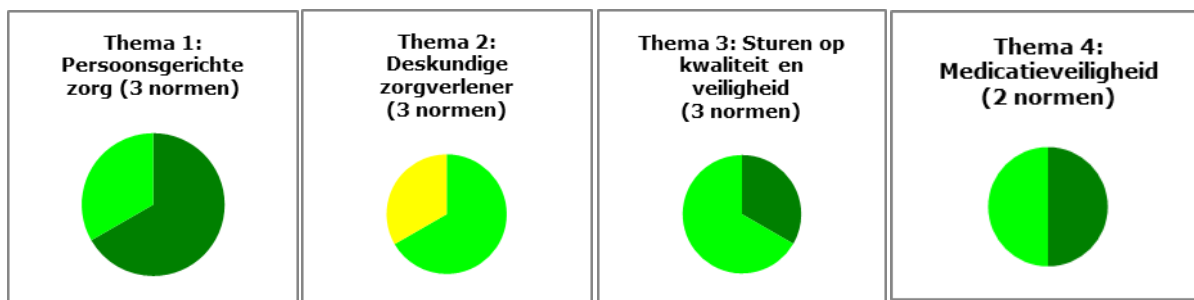
De inspectie heeft gezien dat de locatie Commissarislaan 35 3-4 voor de Wet zorg en dwang (Wzd) als locatie/accommodatie is opgenomen in het openbare locatieregister (betreft het gehele terrein van De IJsselbolder in Zwolle).

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 Commissarislaan 35 3-4. 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 Commissarislaan 35 3-4 beoordeelt.



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

2.2 Wat gaat goed

De cliënten op de locatie Commissarislaan 35 3-4 kunnen rekenen op persoonsgerichte zorg. De vaste zorgverleners kennen de cliënten en hebben oog voor hun wensen. Ook brengt het team de ondersteuningsbehoefte van de cliënten in beeld en past hierop de begeleiding aan. Hierdoor is de zorg voor de cliënten zoveel mogelijk afgestemd op de (zorg)behoefte van de cliënt. De cliëntvertegenwoordigers sluiten standaard aan bij de Jaarlijkse Ontmoeting (zorgplanbespreking).

Frion zorgt voor een dagbesteding op maat. Hierbij betreft Frion naast de cliënt, het team, de cliëntvertegenwoordiger en de orthopedagoog. De dagprogramma's staan uitgebreid beschreven. Ook betrekken de zorgverleners de cliënten zo veel mogelijk bij dagelijkse taken, zoals samen de was opvouwen of de tafel dekken. Het team wil dat cliënten een zinvolle dag ervaren.

De zorgverleners stimuleren de cliënten om eigen regie te nemen. Hierbij kijken de zorgverlener wat de cliënt die dag zelfstandig kan en waarbij er hulp nodig is. Cliëntvertegenwoordigers zijn tevreden met de keuzemogelijkheden die hun verwanten krijgen. De zorgverleners staan voortdurend stil bij ontwikkelmogelijkheden en het leervermogen van de cliënten. Dit komt ook terug in de visie van Frion.

In de ECD's van de cliënten zijn de risico's gestructureerd vastgelegd in risicokaarten, zijn de op basis van Schalock geformuleerde doelen opgenomen en rapporteren de zorgverleners op deze doelen. De jaarlijkse cyclus in de zorgplanevaluatie en -bespreking is terug te zien in de dossiers.

Frion zet de (analyse van) incidentmeldingen in om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In het overzicht van verbeteracties naar aanleiding van incidentmeldingen ziet de inspectie een breed omschreven overzicht van ingezette acties.

2.3 Wat kan beter

Op Commissarislaan 35 3-4 is de Triple-C methodiek nog niet volledig geïmplementeerd. Dit komt onder andere omdat nog niet iedereen de scholing heeft gevolgd. De inspectie heeft tijdens de bezokedag gehoord dat de Triple-C scholing wel op de planning staat. Door onder andere het werken met uitzendkrachten die deels geschoold zijn, kan het implementeren van de methodiek en het werken volgens de bijbehorende visie moeilijker zijn. Ook is de Triple-C methodiek niet door de gehele organisatie verweven, omdat per locatie gekeken wordt welke methodiek het beste aansluit bij de zorgvraag.

De inspectie stelt vast dat de zorgverleners de medicatie niet geheel volgens de Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg 2020 van de VGN bewaren. Zo staat er geen openingsdatum op beperkt houdbare medicatie/zalven.

De informatie over de cliënten staat vastgelegd in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Daarnaast is op beide huiskamers een locatiemap aanwezig. Het is niet duidelijk wat de actuele status hiervan is. De informatie ten aanzien van de zorg is op meerdere plaatsen vastgelegd en daardoor is er niet op één vaste plek een totaalbeeld van de cliënt en zijn/haar zorgbehoefte. Ook zijn een aantal maatregelen in het kader van de Wzd in het ECD verlopen. Hierdoor is de actuele status onbekend.

Het team van Commissarislaan 35 3-4 is niet op formatie. Hierdoor is er sprake van een grotere werkdruk voor de vaste zorgverleners. Door de werkdruk ervaren de zorgverleners soms minder tijd voor collegiaal overleg.

De teamsfeer en aanspreekcultuur binnen het team kan beter en is al langer onderwerp van gesprek, hierop heeft de zorgaanbieder inmiddels verschillende interventies ingezet. Het is van belang dat dit onderwerp op de agenda blijft staan, om zo het werkplezier en een positieve feedbackcultuur te bevorderen.

2.4 Eindconclusie bezoek

De inspectie concludeert dat de geboden zorg op Commissarislaan 35 3-4 (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen.

Bij de locatie Commissarislaan 35 3-4 is de persoonsgerichte zorg op orde. Ze kennen de cliënt goed en is de zorg afgestemd op hun zorgbehoefte. De dagprogramma's zijn uitgebreid omschreven, de cliënten hebben dagbesteding op maat en de cliëntvertegenwoordigers worden betrokken bij de invulling van de zorg.

Frion is zich bewust van de verbeteringen die nodig zijn in het kader van teamsfeer en de aanspreekcultuur binnen het team en heeft hierop al een aantal interventies ingezet. De inspectie gaat ervan uit dat dit leidt tot een verbetering.

De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop Frion stuur op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Frion verwacht en binnen welke termijn. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

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

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

Op Commissarislaan 35 3-4 voldoet Frion ten tijde van het bezoek (grotendeels) aan de getoetste normen. De inspectie verwacht dat Frion blijvend voldoet aan de normen.

De inspectie verwacht dat Frion eventuele verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locatie(s) treft.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij Stichting Frion, locatie Commissarislaan 35 3-4 in Zwolle. Zij gaat ervan uit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op de andere locatie(s). Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

4 Resultaten

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

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

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

Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

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

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

Resultaten

Norm 1

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie grotendeels** aan deze norm.

De vaste zorgverleners op de Commissarislaan 35 3-4 kennen de cliënten goed. Ze kennen de levensgeschiedenis per cliënt. Ook vertellen de zorgverleners wat een passende bejegening voor de cliënt is. Bij de dossierinzage ziet de inspectie de beschrijving van de levensgeschiedenis ook terug in het ECD². Tevens leest de inspectie in de locatiemap dat per cliënt de dagprogramma's duidelijk zijn uitgeschreven. Elke kant van de locatie heeft een eigen locatiemap met daarin de actuele beschrijvingen van de dagprogramma's.

Een zorgverlener vertelt de inspectie dat het terrein beschikt over een eigen zwembad waar de cliënten gebruik van kunnen maken. Dit geldt ook voor een aantal cliënten van de bezochte locatie. Per cliënt bekijkt het team wat de behoefte is, ook kan het voor de fysieke functies nodig zijn.

Tijdens de rondleiding vertelt de orthopedagoog over alle cliënten wat de zorgbehoeften en bijzonderheden in de begeleiding zijn. De orthopedagoog is nu niet meer verbonden aan de locatie maar daarvoor een aantal jaren wel. De locatie biedt aan beide kanten een rustige woonomgeving aan de cliënten. In sommige slaapkamers ziet de inspectie een groene verlichting, welke in de nacht wordt gebruikt om de betreffende cliënten een veilig(er) gevoel te geven en te helpen om een dag- en nachtritme te behouden.

² Elektronisch Cliënten Dossier.

Een zorgverlener vertelt tijdens de rondleiding over een cliënt waarvoor structuur belangrijk is. De zorgverlener legt uit dat door de structuur voor de cliënt veiligheid ontstaat. Zo weet ze elke dag wat ze gaat doen. Elke weekdag staan er voor haar dezelfde taken in het dagprogramma. Ook vertelt de zorgverleners dat het bieden van nabijheid voor de cliënten belangrijk is. Door de nabijheid en de veiligheid kan de cliënt beter aangeven wat er is. De zorgverleners kunnen hierdoor sneller reageren op haar ondersteuningsvraag.

Voor alle cliënten bekijkt het team in samenspraak met de orthopedagoog en de verwanten/cliëntvertegenwoordigers wat de best passende en zinvolle dagbesteding is. Negen van de elf cliënten gaan naar de dagbestedingslocatie op het terrein, waar een brede keuze is aan activiteiten en werkzaamheden. De orthopedagoog vertelt dat zij cliënten een keuze laten maken door pictogrammen en foto's te laten zien van verschillende werkzaamheden. De orthopedagoog benoemt dat Frion hierbij ook de verwanten betreft. Zij legt uit dat door de zinvolle dagbesteding de cliënten zich gezien voelen en ertoe doen. Op de dagbestedingslocatie bevindt zich ook een snoezelkamer, de zorgverlener vertelt dat het team deze niet (vaak) voor de cliënten van de locatie inzet. Wel gebruiken ze vaak een tover/projectietafel, waarmee de cliënten spellen doen of visuele simulaties op kunnen zien. Ook kunnen cliënten gebruik maken van een speciaal platform (ligbed of paardenzadel) waarmee cliënten die moeilijk of zelfs helemaal niet kunnen bewegen, toch beweging ervaren.

Een cliëntvertegenwoordiger vertelt de inspectie dat hij van mening is dat niet iedereen in het team zijn verwant goed kent. Hij legt uit dat dit komt door de inzet van uitzendkrachten. De teambezetting staat al geruime tijd onder druk naar zijn mening en hij maakt zich hier zorgen over. Van de cliëntvertegenwoordigers hoort de inspectie dat de vaste medewerkers hun verwanten goed kennen. Ook hebben hun verwanten al langer een vaste persoonlijk ondersteuner in het team welke verantwoordelijk is voor de zorg. Een cliëntvertegenwoordiger benoemt dat de zorgverleners de zorg afstemmen op de zorgvraag van de cliënt. Hij benoemt daarnaast wel dat hij merkt dat door bezuinigingen er op een aantal zorgzaken is ingeleverd. Zo moet hij als verwant zelf meer praktische ondersteuning bieden, zoals bij het vervoer naar de tandarts of naar de dokter.

In de locatiemap ziet de inspectie functioneringsprofielen welke dateren uit 2017. De zorgverlener geeft aan dat veel informatie uit deze profielen nog wel van toepassing is in de begeleiding, maar dat er ook wel dingen veranderd zijn door bijvoorbeeld het ouder worden van de cliënt of door positieve ontwikkelingen op bepaalde domeinen.

Norm 2

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie** aan deze norm.

Tijdens de rondleiding ziet de inspectie verschillende slaapkamers van cliënten. Deze zijn naar de wens van de cliënt (vaak in samenspraak met verwanten) ingericht. Zo ziet de inspectie op een kamer stoere houten meubelen en voor een andere kamer een kamer met veel knuffels en foto's aan de muur. Ook ziet de inspectie dat een slaapkamerdeur versierd is, naar wens van de cliënt.

Een zorgverlener vertelt de inspectie dat het team vooral kijkt naar competenties en leermogelijkheden van de cliënten. Ze sturen op het zo zelfstandig mogelijk starten van de dag met bijvoorbeeld de invulling van de ADL³ en het uitzoeken van kleding en schoeisel. Een zorgverlener benoemt dat het team de cliënten ruimte geeft om eerst zelf zoveel mogelijk te proberen. Ook vertelt zij dat sommige cliënten meehelpen met het klaarmaken van het ontbijt. Sommige cliënten zorgen bij het ontbijt ook voor een andere cliënt en zien dit als taak. Het team wil er zo uithalen wat erin zit en proberen samen nieuwe dingen uit. Door te kijken wat lukt spreken de zorgverleners het leervermogen van de cliënt aan en zien zij mooie ontwikkelingen. De orthopedagoog vertelt dat het team ook het leervermogen aanspreekt als er een ondersteuningsvraag vanuit de cliënt is. Zo signaleerde het team dat een cliënt eerder kon blijven hangen in boze buien en zichzelf beschadigde als gevolg van frustratie over iets wat niet goed ging. Deze cliënt heeft nu geleerd om op een hulpknop te drukken en een hulpverlener te vragen te helpen. Hierdoor ervaart de cliënt minder frustratie, zo vertelt de orthopedagoog.

Een zorgverlener vertelt dat zij het belangrijk vindt om juist naar de kleine successen van de cliënt te kijken. Zo benoemt zij het mooi te vinden als een cliënt zelfstandig zijn kopje naar de keuken brengt of aan het genieten is van het ontbijt. Ook geeft de zorgverlener aan dat het geven van complimenten de cliënten laat stralen en zij ze ziet groeien.

Een cliëntvertegenwoordiger benoemt dat hij vindt dat zijn verwant eigen regie ervaart door dagelijkse kleine keuzes. Zo krijgt zijn verwant bijvoorbeeld keuze uit twee kledingstukken. De mogelijkheid tot het maken van keuzes bespreekt de cliëntvertegenwoordiger jaarlijks bij de Jaarlijkse Ontmoeting. Ook wordt er dan stilgestaan over welke verbeteringen en welke ontwikkelmogelijkheden er zijn. De cliëntvertegenwoordiger benoemt dat de zorgverleners hierin ruimte krijgen om nieuwe activiteiten met zijn verwant uit te proberen.

Een cliëntvertegenwoordiger vertelt de inspectie dat zijn verwant genoeg eigen regie krijgt in het maken van keuzes in bijvoorbeeld voorkeur in eten, daginvulling of vakantiebestemmingen. Via een online platform kan hij via de smartphone meekijken in de zorgrapportages. Als de cliëntvertegenwoordiger een vraag heeft of iets wil afstemmen ten aanzien van de zorg voor zijn verwant, is het team altijd bereikbaar en benaderbaar. Dit bevestigt ook een andere cliëntvertegenwoordiger. Beide cliëntvertegenwoordigers vertellen eens per jaar bij de evaluatie van zorg aan te sluiten (de Jaarlijkse Ontmoeting). Tijdens deze bespreking kijkt het team terug en vooruit naar het komende jaar. Hiervan geeft een cliëntvertegenwoordiger aan dat er het afgelopen jaar sommige doelen niet helemaal zijn behaald door vooral de wisselingen in het team.

De inspectie leest in de locatiemap dat sommige cliënten gebruik maken van pictogrammen. Een zorgverlener legt uit dat het team per cliënt kijkt of het werken met pictogrammen ondersteunend werkt. Ook ziet de inspectie in het ECD een onderdeel 'zelfbepaling'. Hierin staat beschreven welke keuzes de cliënt zelf kan maken, zoals broodbeleg. Ook staat er beschreven wanneer de cliënt meer of minder begeleiding nodig heeft met het maken van keuzes.

Norm 3

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

³ Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen.

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie** aan deze norm.

Tijdens de rondleiding ziet de inspectie een aantal interacties tussen de zorgverleners en de cliënten. Hierbij ziet de inspectie dat de zorgverleners de cliënten op een liefdevolle en betrokken manier benaderen. Zo ziet de inspectie dat zorgverleners een cliënt geruststellen en helpen de dag door te komen (qua oppakken taken en de dagstructuur). Ze geven haar hiermee duidelijkheid.

De begeleiding van het team is erop gericht de cliënt zoveel mogelijk het normale leven te laten ervaren. Ze doen dit door ze mee te nemen in dagelijkse taken/werkzaamheden, om de cliënt van betekenis te laten zijn en een bijdrage te laten leveren aan het gezamenlijk wonen en leven op de locatie. Een zorgverlener geeft aan dat zij samen met de cliënten taken stap voor stap doen. Ook vertelt de zorgverlener dat het team kijkt welke manier van begeleiding op welke momenten de cliënten helpt. Zij legt aan de inspectie uit dat je soms meer ruimte geeft en soms meer stuurt, afhankelijk van hoe het met de cliënt gaat. Een orthopedagoog vertelt dat de zorgverleners vanuit de methodiek Triple-C de cliënten zoveel mogelijk betrekken bij het gewone leven.

In het ECD ziet de inspectie dat voor de cliënten een uitgebreide bejegening staat beschreven. Zo leest de inspectie dat het voor een cliënt belangrijk is dat zorgverleners hem rustig benaderen, respecteren hoe hij is en reageert en geen verantwoordelijkheid bij hem leggen. Ook ziet de inspectie in de locatiemap dat voor iedere cliënt in beeld is gebracht waar zij met betrekking tot de ander zitten vanuit de hechtingstheorie.

Tijdens de rondleiding ziet de inspectie dat op de deur van een cliënt een poster hangt met daarop geheugensteuntjes voor de zorgverleners wat belangrijk is voor de cliënt. Zo leest de inspectie dat de zorgverleners de cliënt helpen zijn jas goed op te hangen. De orthopedagoog legt uit dat het team deze cliënt aan de zijkant van de groep begeleidt. Dit betekent niet dat de cliënt niet op de groep is. Wel is er altijd een zorgverlener bij. Een zorgverlener vertelt dat de cliënt in de nabijheid van de zorgverlener mee gaat bij het doen van dagelijkse activiteiten, zoals de was.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

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

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

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

Resultaten

Norm 4

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie grotendeels** aan deze norm.

Bij de dossierinzage ziet de inspectie voor iedere cliënt een risicokaart. Op de verschillende leefdomeinen zijn eventuele risico's benoemd. Per risico beschrijft Frion de ingezette maatregelen of het gewogen aanvaarden van het risico. Zo leest de inspectie dat een cliënt als risico ondervraging heeft. Er staat bij uitgelegd dat als de zorgverlener te veel uit handen van de cliënt neemt, de kans aanwezig is dat zij competenties verliest. De inspectie leest dat is beschreven aan welke signalen de zorgverleners kunnen zien welke begeleidingsstijl de cliënt nodig heeft om het risico te verkleinen. De persoonlijk ondersteuner stemt de risico's met regelmaat af met de cliëntvertegenwoordiger. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners tijdens de Jaarlijkse Ontmoeting het cliëntplan met de mogelijke risico's voor de cliënt met de betrokkenen bespreken. Tevens ziet de inspectie bij de dossierinzage dat de seksuele ontwikkeling en de zorgbehoefte hierin is vastgelegd.

Een orthopedagoog vertelt dat een cliënt een tijd lang plukgedrag heeft vertoond, zij legt uit dat dit bij momenten van spanning vaak in fases terugkomt. Vanuit de methodiek Triple-C heeft het team samen met de orthopedagoog in kaart gebracht wat de cliënt kan helpen. De uitkomsten hiervan waren dat de cliënt een zinvolle daginvulling heeft gekregen en er is ingezet op een handenstimulatie via een therapeutisch hulpmiddel.

Van een cliëntvertegenwoordiger hoort de inspectie dat sinds zijn verwant op deze locatie woont, er minder maatregelen rondom onvrijwillige zorg noodzakelijk zijn. Hij vertelt dat tijdens de Jaarlijkse Ontmoeting de betrokkenen de maatregelen en de gemaakte afspraken bespreken.

Voor meerdere cliënten op de locatie Commissarislaan 35 3-4 is onvrijwillige zorg aan de orde. In het ECD is de onvrijwillige zorg in een aparte module opgenomen. Zo ziet de inspectie dat voor een cliënt met psychofarmaca een stappenplan conform de Wzd⁴ is gemaakt. Ook leest de inspectie dat deze maatregel om de drie maanden besproken wordt met de orthopedagoog, de arts VG. Tevens ziet de inspectie dat bij de Jaarlijkse Ontmoeting de betrokkenen de maatregelen evalueren. In het ECD ziet de inspectie dat van een aantal maatregelen de evaluatiedatum verlopen is. Ook is hierdoor niet duidelijk wat de actuele status is. Bij het eindgesprek geeft de orthopedagoog aan dat de informatie op een andere plek in het ECD is terug te vinden en de datum niet is aangepast in de module. Een zorgverlener en een orthopedagoog geven aan dat zij op de hoogte zijn van de Wzd en het stappenplan. Echter is onduidelijk hoe de verschillende rollen en verantwoordelijkheden zijn verdeeld.

Norm 5

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie grotendeels** aan deze norm.

⁴ Wet zorg en dwang.

Het team werkt op de locatie Commissarislaan 35 3-4 met de Triple-C methodiek. Het team is nog niet volledig geschoold. Bij Frion werken de teams ook niet op elke locatie met Triple-C, dit is afhankelijk van de cliëntpopulatie. Op locaties met een lager niveau en EMB-cliënten werken de teams bijvoorbeeld met de methode LACCS⁵. Hierdoor is de Triple-C methodiek niet door de gehele organisatie verweven. De bedrijfsvoeringspartner vertelt de inspectie dat zij als manager wel op hoofdlijnen op de hoogte is van de methodiek, en dat er in het najaar verdere scholing zal worden ingezet. De uitzendkrachten die op de locatie werken, zijn soms ook geschoold in Triple-C (niet intern bij Frion). De inspectie hoort dat de zorgverleners bekend zijn met de Triple-C methodiek. Zo legt een zorgverlener uit dat je moet kijken naar 'onder de ijsberg'. Zij vertelt dat onder het gedrag dat de cliënt laat zien een ondersteuningsvraag kan liggen. Het is daarom belangrijk om met het team en de orthopedagoog te bespreken wat het gedrag betekent. Een belangrijke training voor de zorgverleners is de weerbaarheidstraining, deze is voor alle zorgverleners verplicht. Van de cliëntvertegenwoordiger hoort de inspectie dat zij wel bekend zijn met de term Triple-C, maar dat Frion hun niet van de inzet op de locatie op de hoogte houdt. Wel hoort de inspectie dat een cliëntvertegenwoordiger bij de start van zorg op deze locatie op de hoogte is gebracht van de Triple-C methodiek.

Elke maand is er voor de locatie een teamoverleg met een vaste agenda. Voorafgaand aan het teamoverleg is er een zogenaamd CKO (Cliënt Kenners Overleg). Hierbij worden alle cliënten van de beide kanten van de woning doorgenomen. Bij het CKO zijn de persoonlijk ondersteuners, de orthopedagoog en de 'cliëntkenners' aanwezig. Dit is het kernteam van de locatie Commissarislaan 35 3-4. Cliëntkenners zijn zorgverleners die voor bepaalde cliënten op de hoogte zijn van diens ins en outs, de zorgbehoefte, manier van bejegenen en kennen deze cliënten door en door. Het team is op de hoogte van de informatie vanuit het CKO door de notulen en terugkoppeling in de teamvergadering. De persoonlijk ondersteuners van de verschillende locaties hebben ook een eigen periodiek overleg. Een persoonlijk ondersteuner vertelt de inspectie dat zij per twee weken vijf uur aan PO-taken kan besteden.

Bij de dossierinzage ziet de inspectie dat per cliënt een ondersteuningsplan is met doelen welke gericht zijn op de domeinen van Schalock. Deze richten zich onder andere op lichamelijk welbevinden, emotioneel welbevinden en deelname aan de samenleving. Ook zijn er domeinen gericht op bijvoorbeeld persoonlijke relaties en zelfbeschikking. In het ECD ziet de inspectie dat de zorgverleners rapporteren op deze doelen. Zo leest de inspectie dat een cliënt twee keuzes aangeboden kreeg voor schoenen en dat de cliënt zelf die keuze maakte.

Het zorgplan heeft een jaarlijkse cyclus, waarbij het team terugkijkt naar het afgelopen jaar en er eventueel nieuwe doelen worden gesteld voor de cliënt. Bij het gesprek over het zorgplan zijn de persoonlijk ondersteuner, de orthopedagoog, de verwant/cliëntvertegenwoordiger en soms ook de cliëntkenner aanwezig. Tussendoor kan een evaluatie plaatsvinden indien nodig.

De bedrijfsvoeringspartner vertelt de inspectie dat zij eens per week een overleg heeft met de adviseur werving en selectie ten aanzien van de personeelsplanning. Ook is er wekelijks een overleg met de overige vijf bedrijfsvoeringspartners om elkaar te informeren over elkaar locaties. Eens per maand heeft zij een bilateraal overleg met de bestuurder van Frion.

⁵ LACCS: lichamelijk welzijn, alertheid, contact, communicatie en stimulerende tijdsbesteding.

In het eindgesprek hoort de inspectie dat de bedrijfsvoeringspartners, de leidinggevendenden van de orthopedagogen, de managers van de ondersteunende diensten tweewekelijks met de bestuurder bijeenkomen.

De inspectie ziet dat de informatie over cliënten op verschillende plekken staat, zowel in het ECD als in een locatiemap. De informatie in de map is verouderd. Een orthopedagoog geeft bij het eindgesprek aan dit te gaan vervangen, waardoor de informatie weer actueel is.

Norm 6

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie grotendeels niet** aan de norm.

Een zorgverlener vertelt de inspectie dat zij verantwoordelijk is voor de roosters op de locatie, maar dat zij deze de laatste tijd niet gevuld krijgt. Dit heeft te maken met de vakantieperiode en daarnaast met het feit dat het team niet op formatie is. Het team is van twaalf vaste zorgverleners naar negen gegaan in het afgelopen jaar. Sommige diensten worden gevuld met uitzendkrachten, het is echter ook vaak niet mogelijk om diensten te vullen. Dit heeft tot gevolg dat de zorgverleners soms met twee zorgverleners voor elf cliënten moeten zorgen. De orthopedagoog geeft aan dat zorgverleners die op de dagbestedingslocatie werken, soms voor twee uur worden ingeroosterd om zo de piek in de ochtendzorg te kunnen invullen. Ook hoort de inspectie van de bedrijfsvoeringspartner dat zorgverleners uit het team soms extra diensten draaien om zo de zorg rond te krijgen. In de notulen van de teamvergadering van mei 2022 leest de inspectie dat er bij een avonddienst drie uitzendkrachten aan het werk waren, dus geen vaste zorgverleners.

Een cliëntvertegenwoordiger benoemt dat hij blij is met de zorg die zijn verwant van de vaste zorgverleners ontvangt. Hij geeft aan dat deze zorgverleners zijn verwant goed kennen en deskundig zijn. De cliëntvertegenwoordiger legt uit dat de uitzendkrachten niet over dezelfde kennis beschikken en hierdoor niet dezelfde zorg (kunnen) geven. Ook benoemt hij dat door de inzet van uitzendkrachten het soms onduidelijk is wie er werkt en wie er nieuw is in het team. Van een andere cliëntvertegenwoordiger hoort de inspectie dat doordat er minder vaste zorgverleners werken, er kwaliteit van zorg verloren gaat. Zo merkt de cliëntvertegenwoordiger op dat de hygiëne van zijn verwant soms minder goed bijgehouden wordt.

De inspectie hoort van de zorgverleners dat er twee kernteams werkzaam zijn op de locatie Commissarislaan 35 3-4. De kernteams bestaan uit een persoonlijk ondersteuner en een aantal begeleiders die cliëntkenners zijn. Om de kernteams heen is een groep van zorgverleners die op beide kanten van de locatie werken, de zogenaamde allrounders. De cliëntkenners informeren de allrounders over de zorginhoudelijke zaken rondom de cliënten. De persoonlijk ondersteuners coördineren de zorg rondom de cliënt en zijn verantwoordelijk voor het zorgplan.

In het scholingsoverzicht 2022 leest de inspectie dat Frion de begeleiders vanuit het Leef- en ontwikkelconcept MVB jaarlijks schoolt op drie elementen: MVB kennisdagen Triple-C (alle medewerkers die in MVB werkzaam zijn), weerbaarheidstraining (twee scholingsdagen, een dagdeel casuïstiek, er vindt jaarlijks een 'opfris'-cursus plaats), begeleidde intervisie met eigen team en supervisor die vanuit de Triple-C visie casuïstiek begeleid gericht op teamsamenwerking (start 2023).

In de zomer van 2022 volgen de collega's uit het team de e-learning over het Vlaggensysteem en is er in de teamvergadering een korte werksessie gewijd aan seksualiteit bij mensen met MVB door de orthopedagoog. Tot slot volgen medewerkers de wettelijk verplichte scholingen, wat Frion bijhoudt en beschikbaar stelt in een online platform. Dit betreft medicatieveiligheid, ondersteunen bij eten en drinken, bhv, rapporteren, privacy- en informatieveiligheid en introductiescholing 'werken bij Frion'.

Een orthopedagoog geeft aan dat bij Frion verschillende expertises werken. Zij legt aan de inspectie uit dat die ook ingezet worden voor scholing op de werkvloer. Zoals een logopediste die eens in de drie jaar op iedere woning een training geeft over veilig eten en drinken. Ook hoort de inspectie van een orthopedagoog dat Frion werkt met een team van verpleegkundig specialisten die tevens scholingen geven op de locaties, zoals een medicatiescholing.

De inspectie hoort dat Frion een SI (sensorische integratie) therapeut inzet als hier een indicatie voor is. Een zorgverlener benoemt dat uit een SI-traject handige tricks zijn gekomen hoe je de cliënt kan helpen. Zo legt zij uit dat voor de waarneming van de cliënt het fijner is als hij harder wordt afgedroogd. Door de hardere aanraking ervaart de cliënt beter zijn lichaam en de zorgverlener en krijgt hierdoor sneller een gevoel van veiligheid.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

Resultaten

Norm 7

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie** aan deze norm.

Frion werkt vanuit een visie waarbij zij benoemen dat het belangrijk is dat je mag zijn wie je bent, je kunnen ontwikkelen op een manier, die bij je past op een plek waar je je thuis voelt. De orthopedagoog benoemt dat Frion er bewust voor kiest om de orthopedagoog dicht bij het team te positioneren. De bedrijfsvoeringspartners (zorgmanagers) zijn juist meer op afstand en op hoofdlijnen betrokken. De bedrijfsvoeringspartners zijn verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering, de orthopedagogen voor de zorginhoud. De bedrijfsvoeringspartner en de orthopedagoog vormen een duale aansturing van het team. De teams zijn daarnaast zo zoveel mogelijk zelforganiserend, en maken bijvoorbeeld hun eigen roosters.

De bestuurder legt uit dat vanwege de krapte op de arbeidsmarkt Frion steeds meer kijkt naar competenties en vaardigheden van een nieuwe medewerker dan naar diploma's en/of zorgachtergrond. De bestuurder geeft aan dat Frion ook inzet op behoud van de huidige zorgverleners door hun competenties breder te gebruiken en verder te ontwikkelen. Als voorbeeld benoemt de bestuurder dat zorgverleners met digitale affiniteit andere zorgverleners hiermee helpen. Ook is er een zorgverlener welke dramatherapeut is, hier maakt Frion nu meer uren voor vrij. Voor zij-instromers biedt Frion een persoonlijk leertraject aan. Zij staan afhankelijk van de locatie een aantal maanden boventallig.

De bestuurder voegt toe dat het een verademing voor het team kan zijn om met zij-instromers te werken. Zij kijken vaak met een frisse blik naar de zorg.

Een orthopedagoog vertelt dat het moeilijk is om aan vaste mensen te komen, Frion werkt daarom samen met uitzendbureaus in de regio. Zij proberen daarbij mensen voor langere tijd te verbinden aan een locatie, waardoor de cliënt meer vaste gezichten ziet.

Een orthopedagoog vertelt de inspectie dat Frion al voor de invoering van de Wzd de insteek had om zo min mogelijk onvrijwillige zorg toe te passen. Ook benoemt zij dat het team tijdens het maandelijks overleg de maatregelen vanuit de Wzd evalueren en bekijken of er alternatieven zijn die minder ingrijpend zijn. Als voorbeeld geeft zij aan dat het team vanuit de weerbaarheidstraining meebeweegt met de beweging van de cliënt in plaats van een fixatie.

Norm 8

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie grotendeels** aan deze norm.

Van de orthopedagoog hoort de inspectie dat het team MIC⁶-meldingen maakt via een hiervoor ingericht digitaal platform. De orthopedagoog krijgt alle meldingen binnen. Bij het maken van de melding kan de zorgverlener ook andere betrokkenen selecteren om mee te lezen, zoals de persoonlijk ondersteuner of iemand vanuit een specifieke expertise. Zo legt zij uit dat bij valincidenten altijd de fysiotherapeut betrokken wordt en bij medicatie-incidenten de arts. De orthopedagoog vertelt contact op te nemen met de melders. Hierbij is het belangrijk om nazorg te bieden en te vragen wat de ander nodig heeft. Tevens benoemt zij de meldingen zelf te analyseren en eens per kwartaal terug te koppelen in de teamvergaderingen. Zij benoemt als voorbeeld dat het team naar aanleiding van medicatiemeldingen psycho-educatie voor het team is ingezet op het thema psychofarmaca.

De bedrijfsvoeringspartner vertelt dat bij de melding de melder ook moet aangeven wat de impact voor hem/haar is. Deze score loopt van nul tot en met tien. Bij een vijf of hoger wordt de bedrijfsvoeringspartner geïnformeerd. De orthopedagoog en de bedrijfsvoeringspartner bespreken, afhankelijk van de situatie, wie contact opneemt met de betrokken medewerker en/of het team. De bedrijfsvoeringspartner vertelt ook dat Frion de meldingen breed bespreekt. Op managementniveau worden de meldingen eens per kwartaal geanalyseerd. De gedragsdeskundige benoemt dat Frion, naast de verbeteracties uit de meldingen, ook stil staat bij wat er goed gaat. In het overzicht van de MIC-meldingen over het afgelopen jaar leest de inspectie dat de meeste meldingen gaan over agressie vanuit de cliënt en dat er relatief veel meldingen boven de vijf scoren qua impact op de zorgverlener. In het overzicht van verbeteracties naar aanleiding van incidentmeldingen ziet de inspectie een breed omschreven overzicht van ingezette acties. Dit zijn bijvoorbeeld aanscherpingen in signaleringsplannen of het betrekken van een andere discipline, zoals de arts VG of logopediste. De bestuurder legt uit verschillende kwaliteitsinformatie te gebruiken om te leren en te verbeteren. Als voorbeeld benoemt hij de informatie vanuit de cliëntenraad en de cliëntvertegenwoordigersraad. Ook wordt er informatie uit teamvergaderingen gehaald. De orthopedagoog benoemt dat de medezeggenschap per locatie wisselend wordt vormgegeven, dit is onder andere afhankelijk van de betrokkenheid van de verwanten. Medezeggenschap vanuit de zorgverleners is Frion-breed georganiseerd in een ondernemingsraad.

⁶ Melding Incident Cliënt.

De bedrijfsvoeringspartner geeft aan dat Frion de medewerkerstevredenheid ook structureel en periodiek toetst. Zowel de medewerkerstevredenheid als de cliënttevredenheid zijn onderdeel van de jaarlijkse kwaliteitsrapportage.

De bestuurder geeft bij het eindgesprek aan dat Frion ook bij andere zorgaanbieders kennis haalt en brengt om zo te leren en verbeteren. Ook voert Frion audits uit met andere zorgorganisaties, bezoeken elkaar over en weer.

Frion toetst de cliënttevredenheid jaarlijks middels de afname van een digitale vragenlijst. De orthopedagoog legt uit dat zij ervoor kiezen om dezelfde vragenlijst te gebruiken voor de verschillende doelgroepen, indien gewenst kan het team ook aanvullend observeren om de tevredenheid ten aanzien van de zorg in kaart te brengen. Voor de afname van de lijst is een zorgverlener specifiek geschoold. De orthopedagoog geeft aan dat Frion hierbij ook altijd cliëntvertegenwoordigers betreft. Een cliëntvertegenwoordiger benoemt dat zowel hij de vragenlijst invult alsook de specifiek geschoolde zorgverlener. De uitkomsten worden tijdens de Jaarlijkse Ontmoeting besproken. Van een andere cliëntvertegenwoordiger hoort de inspectie echter dat de vragenlijst over zijn verwant al vooraf ingevuld was door de zorgverleners. Hij benoemt aan te hebben gegeven het niet overal mee eens te zijn. De vragenlijst is vervolgens gecorrigeerd en aangevuld waarbij het perspectief van de cliëntvertegenwoordiger wel is meegenomen.

Norm 9

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie grotendeels** aan deze norm.

Een zorgverlener vertelt de inspectie dat er eens per drie maanden een Triple-C intervisie plaatsvindt in het teamoverleg. Ook bij de jaarlijkse teamdag is er ruimte voor reflectie in de thema-middag. Ook benoemt de zorgverlener het belangrijk te vinden om haar collega's vooral positief aan te spreken, van complimenten geven ga je meer groeien.

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat de lijntjes in de organisatie kort zijn. Zo vertelt een zorgverlener dat zij gemakkelijk de orthopedagoog kan benaderen en deze ook altijd bereikbaar is. De orthopedagoog geeft aan dat het management laagdrempelig te benaderen is. Het management staat wel wat meer op afstand van de werkvloer, maar komen elkaar wel tegen op het terrein en plannen wel overleggen indien nodig. Ook vertelt zij dat zij in teamvergaderingen ruimte maakt voor reflecteren. Dit vooral door vragen te stellen en stil te staan bij wat bepaalde situaties met de teamleden doen.

De inspectie hoort van diverse gesprekspartners dat het team moeite heeft om elkaar aan te spreken en elkaar feedback te geven. Het team staat al enige tijd in de overlevingsstand. Een zorgverlener legt uit dat je als zorgverlener vaak alleen op de groep staat en hierdoor weinig ruimte en tijd is om te sparren. Ook van de orthopedagoog hoort de inspectie dat het team al langer in een proces zit om dit te verbeteren. Op de locatie zijn zowel een 'persoonlijk ondersteuner interventie' als teamintervisie ingezet. De PO-interventie richt zich voor een specifieke periode op de zorg voor een cliënt en daarnaast ook op verbetering van de teamcultuur. Hierbij is aandacht voor het kwetsbaar durven zijn en het vergroten van de onderlinge veiligheid.

In de reactie op feitelijke onjuistheden geeft Frion aan dat het team inderdaad nog verbeterpunten heeft en de zorgaanbieder door de genoemde interventies de leer- en verbetercultuur wil stimuleren. In de notulen van juni 2022 leest de inspectie ook terug dat de teamsfeer onderwerp van gesprek is in het team.

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.

Resultaten

Norm 10

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie grotendeels** aan deze norm.

De locatie Commissarislaan 35 3-4 bewaart de medicatie voor de cliënten in een afgesloten lade in de keuken. Ook de medicatie die zo nodig kan worden gegeven, ligt in deze lade. De baxterbakjes zijn allen voorzien van een naam en een foto van de cliënt. De apotheek levert de medicatie eens per week aan en neemt de niet gebruikte medicatie retour. In elk team is een specifieke zorgverlener medicatieverantwoordelijk.

In de medicatielade ziet de inspectie dat op diverse tubes zelf en beperkt houdbare medicatie geen openingsdata staan.

De orthopedagoog geeft aan dat er een jaarlijkse evaluatie plaatsvindt met de huisarts en de apotheek over de medicatielijst.

Norm 11

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

Volgens de inspectie **voldoet de afdeling/locatie** aan deze norm.

De inspectie ziet in de aftekenmap dat zorgverleners de toegediende medicatie per cliënt en tijdstip met een paraaf aftekenen.

Bijlage 1 Methode

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

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

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door Frion geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen.

Tijdens het bezoek aan Stichting Frion, Commissarislaan 35 3-4 heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- gesprek met een leidinggevend gedragsdeskundige;
- rondgang door Commissarislaan 35 3-4;
- gesprek(ken) met een aantal uitvoerend zorgverleners;
- gesprek met de bedrijfsvoeringspartner van de Commissarislaan 35 3-4;
- gesprek met een persoonlijk ondersteuner en de gedragsdeskundige van de Commissarislaan 35 3-4;
- inzage in een aantal cliëntdossiers;
- telefonisch gesprek met twee cliëntvertegenwoordigers;
- gesprek met de bestuurder;
- documenten genoemd in bijlage 2.

Uitleg observatiemethode SOFI

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

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

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

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

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

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

Nagezonden documenten na het inspectiebezoek:

- beschrijving van de locatie;
- notulen vergadering mei 2022;
- verbeteracties n.a.v. incidentenmeldingen;
- notulen teamvergadering juni 2022;
- Wzd-export locaties Commissarislaan 35 3-4;
- incidentmeldingen Commissarislaan 35 3-4 periode 12-7-2021 t/m 12-7-2022;
- klachtenbeleid Frion;
- overzicht van scholingen 2022;
- personeelsgegevens Commissarislaan 35 3-4;
- procedure medicatieveiligheid Frion;
- VBM overzicht Commissarislaan 35-03;
- VBM overzicht Commissarislaan 35-04;
- jaarplan 2022;
- getekende Medezeggenschapsregeling.



Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl