Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van vervolgbezoek aan Stichting Het Schild, centrum voor blinden en slechtzienden **in Wolfheze**, **op 26 november 2020**

Utrecht, december 2020

V2026089

Inhoud

1 Inleiding 3
1.1 Aanleiding bezoek 3
1.2 Beschrijving Het Schild 5
1.3 Actuele ontwikkelingen in het kader van de Wzd en de Wvggz 6

2 Conclusie 8
2.1 Overzicht van de resultaten 8
2.2 Wat gaat goed 8
2.3 Aandachtspunten bij Het Schild 9
2.4 Conclusie bezoek 9

3 Resultaten 10
3.1 Thema Persoonsgerichte zorg 10
3.1.1 Resultaten 10
3.2 Thema Deskundige zorgverlener 10
3.2.1 Resultaten 11
3.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 17
3.3.1 Resultaten 17
3.4 Overige bevindingen betreffende het thema 'Goede besturing' 21
3.4.1 Betreffende samenstelling en deskundigheid van de raad van toezicht 21
Norm (h) 21
3.4.2 Betreffende bevoegdheden- en verantwoordelijkheidsverdeling en besluitvorming 22
3.4.3 Betreffende invloed via inspraak, samenspraak en tegenspraak 23

Bijlage 1 Methode 25

Bijlage 2 Beoordeelde documenten 26

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 26 november 2020 een aangekondigd vervolgbezoek (met onaangekondigde elementen) aan Stichting Het Schild, centrum voor blinden en slechtzienden (hierna: Het Schild) in Wolfheze.

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: deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en randvoorwaarden voor goede besturing van de organisatie. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader.

1.1 Aanleiding bezoek

Op 26 november 2019 heeft de inspectie Het Schild onder verscherpt toezicht gesteld vanwege aanhoudende tekortkomingen[1]. De inspectie twijfelde aan het vermogen van de zorgaanbieder om zich zelfstandig te verbeteren en stelde daarom verscherpt toezicht in. Reden hiervoor was dat in vervolg op het inspectiebezoek in het najaar van 2018 Het Schild eind 2019 opnieuw niet voldeed aan 7 van de 14 beoordeelde normen. Om het benodigde verbeterproces van de organisatie tussentijds te monitoren vroeg de inspectie Het Schild in de periode van het verscherpt toezicht twee resultaatsverslagen aan te leveren.

Op 13 februari 2020 ontving de inspectie een eerste resultaatverslag van Het Schild. In dit verslag licht de toenmalige bestuurder a.i. toe dat Het Schild werkt met een plan van aanpak, bedoeld om de tekortkomingen met betrekking tot de thema's 'deskundige zorgverlener' en 'sturen op kwaliteit en veiligheid' systematisch op te lossen. Dit (nieuwe) plan van aanpak heeft de titel 'Het Schild gezond'. De inspectie ziet dat het verslag vooral de plannen van Het Schild beschrijft. Het ontvangen verslag voorziet niet in een (navolgbare) meting van de huidige stand van zaken. Evenmin komen analyse en reflectie op de ingezette verbeteringen aan de orde.

Op 24 december 2019 ontving de inspectie informatie over de aansturing van de organisatie vanwege het onverwachts uitvallen van de bestuurder. De raad van toezicht stelde uit hun midden een interim bestuurder aan. Deze oplossing is niet conform de geldende Governancecode Zorg.

1 https://www.igj.nl/documenten/geluidsfragmenten/2019/12/03/rapport-van-het-inspectiebezoek-aan-stichting-het-schild-centrum-voor-visueel-gehandicapte-ouderen-locatie-het-schild of https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/document.aspx?doc=Het%20Schild%20Wolfheze%20oktober%202019&docid=15948

Op 26 februari 2020 bracht de inspectie een onaangekondigd monitorbezoek aan Het Schild. Met dit inspectiebezoek wilde de inspectie zicht krijgen op de voortgang van de reeds ingezette verbetermaatregelen. De inspectie constateerde enkele aanhoudende veiligheidsrisico's. Ook verzocht zij Het Schild direct verbetermaatregelen te treffen ten behoeve van een betrouwbaar personenalarmering. Over het resultaat heeft de toenmalige interim bestuurder de inspectie op 23 maart 2020 geïnformeerd. Het oproepsysteem voor persoonsalarmering is dan nader onderzocht en volstaat met enkele hulpmaatregelen. Verder zegt de bestuurder spoedige vernieuwing van het hele systeem toe.

Vanaf 20 maart 2020 ontvangt de inspectie een aantal signalen over de besturing van Het Schild en opgelopen spanningen hieromtrent.

Op 2 april 2020 start de inspectie een aanvullend onderzoek vanwege de signalen over bestuurlijke onrust bij het Schild[2].
De inspectie wilde zich een beeld vormen van het mogelijke risico van de bestuurlijke problemen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg aan de cliënten van Het Schild en voor de continuïteit van de zorgverlening. Dit gold eens te meer omdat de bestuurder maatregelen moest treffen in verband met de uitbraak van het Coronavirus/Covid-19.

De inspectie heeft haar bevindingen vastgelegd in het onderzoeksrapport van 1 mei 2020. Samenvattend constateerde de inspectie dat Het Schild op dat moment niet voldoet aan cruciale randvoorwaarden voor goede besturing en dat onvoldoende sprake is van goede besturing. Dit leidt tot risico's voor het bieden van goede zorg. Het Schild handelt daarmee niet conform artikel 3 Wkkgz, artikel 15 Wtzi en vereisten uit hoofdstuk VI Uitvoeringsbesluit Wtzi. Zij volgt bij haar besturing onvoldoende de Governancecode Zorg en het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Tegelijk constateerde de inspectie dat er bij Het Schild gunstige ontwikkelingen zijn ten aanzien van de aanspreekcultuur, het aantal zorgverleners, het deskundigheidsniveau en de aansturing van de zorg vanuit het huidige management.

Wel hebben op bestuurlijk niveau het gebrek aan samenwerking en onderling vertrouwen nadelige gevolgen voor de kwaliteit van de besluitvorming, het draagvlak en de cultuur binnen de organisatie. De verharde verhoudingen tussen de betrokken gremia beschouwt de inspectie als een aanmerkelijk risico voor cliënt en organisatie. De noodzakelijke dialoog bij en voor de besturing komt hierdoor niet tot stand. Dit staat het verder verbeteren in de weg, terwijl Het Schild nog niet klaar is met het wegnemen van de tekortkomingen op de thema's Deskundige zorgverlener en Sturen op kwaliteit en veiligheid. De inspectie heeft er onvoldoende vertrouwen in dat de zorgaanbieder zich zonder aanvullende interventie van de inspectie gaat verbeteren op het gebied van goede besturing.

Per 4 mei 2020 breidt de inspectie - vanwege het voorgaande - haar lopende maatregel van verscherpt toezicht verder uit. Ook past zij de periode van het verscherpt toezicht hierop aan.

2 Het Schild is een Wtzi erkende zorgaanbieder. Gelet op de omvang van de zorgaanbieder is de Governancecode Zorg geheel van toepassing.

Per eind mei 2020 hebben de zittende leden van de raad van toezicht besloten om af te treden, onder meer in verband met benodigde verbetermaatregelen inzake de governance bij Het Schild.
Per eind mei/begin juni 2020 is een vernieuwde raad van toezicht aangetreden en aangevuld zodat de raad van toezicht sinds 24 juli 2020 weer is samengesteld conform de minimale statutaire vereisten van de zorgaanbieder (vijf leden). De zesde zetel is nog vacant ten behoeve van een voordracht namens de cliëntenraad.

Per 22 juni 2020 heeft de (vernieuwde) raad van toezicht een nieuwe interim-bestuurder benoemd.
Op 15 juli 2020 is de inspectie door deze bestuurder a.i. geïnformeerd over de wens en de noodzaak om tot fusie of overname over te gaan vanwege de aanhoudende en ernstige liquiditeitsproblemen van Het Schild.

Op 11 augustus 2020 bracht de inspectie een aangekondigd monitorbezoek aan Het Schild. Het doel van het (tussentijdse) inspectiebezoek aan Het Schild was om zicht te krijgen op de voortgang van de reeds ingezette verbetermaatregelen. Ten tijde van dit inspectiebezoek oriënteert de nieuwe bestuurder a.i. zich op mogelijke kandidaten voor een fusietraject. De bestuurder voert hierover overleg met de raad van toezicht, het betreffende zorgkantoor en Stichting Beheer Het Schild die eigenaar is van het gebouw. In wederzijds overleg kan de cliëntenraad een voordracht doen voor een zesde lid de raad van toezicht. Voor deze zetel is in samenspraak een profiel opgesteld.

In november 2020 ontvangt de inspectie de gevraagde informatie over het verbeterresultaat bij het verstrijken van de verbetertermijn.

Dit rapport is niet los te zien van de rapporten die hebben geleid tot het herziene Verscherpt Toezicht op 4 mei 2020. Zie hiervoor de website van de inspectie (www.igj.nl) onder publicaties.

1.2 Beschrijving Het Schild

Het Schild is een woon/zorgcentrum dat diensten verleent op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Het Schild is gespecialiseerd in het wonen en zorgen voor blinden en slechtzienden. Het Schild heeft 120 appartementen waarvan 119 appartementen beschikbaar zijn voor cliënten. In een aantal appartementen wonen echtparen. Cliënten met verschillende indicaties wonen binnen Het Schild door elkaar.
Cliënten komen op relatief jonge leeftijd in Het Schild wonen. Als de zorgbehoefte toeneemt hoeven cliënten in principe niet van appartement te wisselen.

Cliënten
Op de bezoekdag wonen er 75 cliënten binnen Het Schild met een indicatie op basis van de Wet Langdurige Zorg (hierna: Wlz). De organisatie heeft 30 plaatsen beschikbaar voor cliënten met verblijf met behandeling. Tijdens het inspectiebezoek wonen er 18 cliënten met een indicatie voor verblijf met behandeling binnen Het Schild. 47 cliënten hebben een Wlz-indicatie voor verblijf zonder behandeling. Nog eens 10 cliënten ontvangen volledig pakket thuis of modulair pakker thuis. Daarnaast worden er appartementen verhuurd aan cliënten die geen verzekerde zorg ontvangen. Verder zijn er op het terrein nog 27 appartementen die als aanleunwoningen van Het Schild verhuurd worden aan zelfstandige huurders zonder Wlz indicatie.

Zij wonen op het terrein en kunnen zo nodig hulp inkopen op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De cliënten hebben grotendeels een indicatie voor Zintuigelijke Gehandicaptenzorg, visueel (hierna: ZGvis). De huurders ontvangen deels zorg uit de Zvw of Wmo. Binnen Het Schild zijn ook de partners van visueel gehandicapte cliënten welkom. Zij ontvangen zorg op basis van een zorgprofiel (VV). Zorgprofielen van de cliënten variëren van VV 4 (7x), VV 5 (4x) tot ZGvis 1 (3x), ZGvis 2 (15x), ZGvis 3 (24x), ZGvis 4 (12x) en ZGvis 5 (10x).

Iedere cliënt heeft een eigen appartement met badkamer. De appartementen verschillen in grootte. De appartementen liggen verdeeld over vier etages. Cliënten wonen 'gestippeld'. Dit betekent dat cliënten met- en zonder indicatie door elkaar heen wonen.

Zorgverlening
De zorgverleners van Het Schild werken ten tijde van het inspectiebezoek feitelijk in vijf teams (voorheen was dit zes).
Na de coronauitbraak in het voorjaar 2020 heeft Het Schild tijdelijk twee teams samengevoegd. Op de bezoekdag zijn deze twee teams verantwoordelijk voor cliënten die tevens behandeling ontvangen van Het Schild. Deze teams beschikken ieder over één huiskamer, waar cliënten gedurende de dag kunnen verblijven. Het betreft een huiskamers waar cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag (hierna: pg) verblijven en een huiskamer waar cliënten met een somatische zorgvraag aanwezig zijn.

Daarnaast bieden twee andere teams zorg aan de cliënten met verblijf maar zonder behandeling; voor deze cliënten voert de huisarts regie over het medisch beleid. Het ene team maakt gebruik van een huiskamer op de begane grond. Het andere team biedt zorg aan zowel cliënten met verblijf en zonder behandeling alsook aan extramurale cliënten die op het terrein van Het Schild wonen. Ook dit team beschikt over een ruimte waar de inwonende cliënten overdag terecht kunnen voor bijvoorbeeld activiteiten en/of een maaltijd. Extramurale cliënten maken voor de maaltijdvoorziening veelal gebruik van het restaurant.

Ten tijde van de bezoekdag werken in totaal 121 zorgverleners in Het Schild. Zij vervullen tezamen 71 fte in de zorgverlening. Het gaat om 25 (15 fte) gastvrouwen, 6 (4 fte) zorgverleners niveau 2, 70 (41 fte) zorgverleners niveau 3, 15 (8 fte) zorgverleners niveau 4 en 1 (0,9 fte) zorgverlener niveau 5.

Ten tijde van bezoek zijn verder nog 1,3 fte specialist ouderengeneeskunde (SO) aan de locatie verbonden en 0,9 fte basisarts. De overige behandelfuncties zijn sinds 1 oktober 2020 te consulteren bij een naburige zorgaanbieder.

Het gemiddelde verzuimpercentage binnen Het Schild daalt, maar bedraagt nog 17%.

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

Het Schild heeft de Bopz-aanmerking die tot 1 januari 2020 van toepassing was, in het openbaar locatieregister ingeschreven als Wet zorg en dwang (Wzd)-accommodatie en locatie.

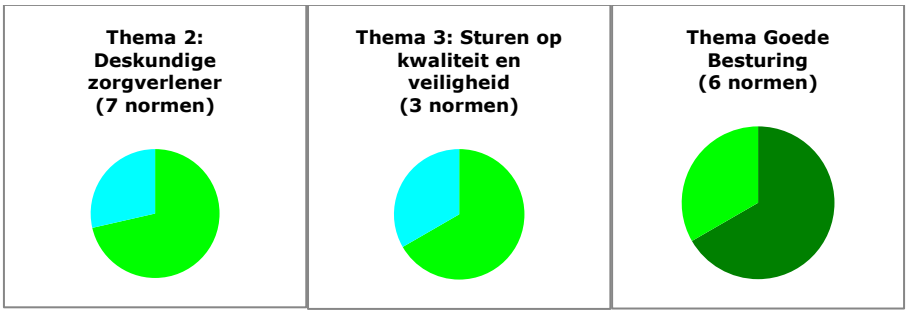
Het Schild geeft aan geen problemen te ervaren bij het invullen van de rollen die nodig zijn om het stappenplan te kunnen toepassen.
De zorgaanbieder werkt samen met andere zorgaanbieders in de regio om de rollen in te vullen.

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 Schild. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 3. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaand diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie Het Schild beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 3.



	Oordeel	Thema 2	Thema 3	Thema 4
	voldoet	0	0	4
	voldoet grotendeels	5	2	2
	voldoet grotendeels niet	0	0	0
	voldoet niet	0	0	0
	niet getoetst	2	1	0

2.2 Wat gaat goed

Cliënten in Het Schild kunnen rekenen op zorg van betrokken zorgverleners die het zorgaanbod op alle getoetste normen heeft weten te verbeteren. Het signalerend vermogen voor wat beter kan en moet, is gegroeid en aantoonbaar benut met cyclisch verbeteren op alle niveaus. Het Schild laat haar lerend vermogen zien in intensieve onderlinge samenwerking, het verbeteren van de werksfeer en bereidheid om (veilig) te leren op zowel het niveau van individuele zorgverleners als op team- en organisatieniveau. Ondanks de lastige omstandigheden met bestuurswisselingen en structurele financiële problemen en een lastige periode vanwege de dreiging van Covid-19, heeft Het Schild opnieuw deskundige zorgverleners en behandelaars aan zich weten te binden. Op niveau van de besturing van de organisatie heeft de zorgaanbieder zich herpakt. De taken en verantwoordelijkheden van bestuur en toezichthouders zijn nu duidelijk

geregeld en richten zich allereerst op de continuïteit van goede zorg en organisatie. Inspraak en advies vanuit de stakeholders verlopen volgens onderling gemaakte afspraken hierover.

2.3 Aandachtspunten bij Het Schild

Het Schild kan en moet nu zorgen dat dat de bereikte verbeterresultaten goed geborgd blijven en zich verder blijven ontwikkelen. Tegelijk vraagt de financiële exploitatie van Het Schild op de kortst mogelijke termijn een stabiele en gezonde oplossing; op dit moment verkent de organisatie een mogelijke overnamepartner. De tijdelijke invulling van de leidinggevende functies bij Het Schild, vormt een extra risico op discontinuïteit omdat overzicht op prioriteiten kan verdwijnen indien deze functionarissen (ongeveer) tegelijk zouden vertrekken bij Het Schild. Voor het waarborgen van de noodzakelijke continuïteit van de cliëntenzorg is het van belang dat Het Schild tijdig anticipeert op alle mogelijke scenario's.

2.4 Conclusie bezoek

Tijdens het inspectiebezoek op 26 november voldoet Het Schild (grotendeels) aan 13 van de 13 getoetste normen. Het Schild heeft haar eerdere tekortkomingen op de thema's 'deskundige zorgverlener', 'sturen op kwaliteit en veiligheid' en de 'besturing van de organisatie (grotendeels) weggenomen. Het Schild voldoet hiermee aan eisen op basis van de Wkkgz, de Wtzi en de Governancecode Zorg.'

Het vertrouwen van de inspectie in de zorgaanbieder is voldoende hersteld. Het Schild heeft laten zien dat zij in staat is om een veilig leer- en verbeterklimaat te ontwikkelen en plukt voldoende vruchten daarvan. Niet alleen heeft Het Schild de kwaliteit en veiligheid van de cliëntenzorg weten te verbeteren op de thema's deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en de besturing van de organisatie. Ook constateert de inspectie weer constructief kritisch samenspel tussen de bestuurder en de raad van toezicht. De inspanningen en werkwijze(n) passen bij de huidige problematische situatie van Het Schild. De bestuurder en de toezichthouders richten zich op het waarborgen van de continuïteit van zorg en organisatie en zoeken actief naar steun van een andere zorgaanbieder hierbij.

Beëindiging Verscherpt toezicht

Hoewel op dit moment nog niet alle problemen bij Het Schild zijn opgelost, acht de inspectie, op basis van het herwonnen vertrouwen, het beëindigen van het verscherpt toezicht toch op zijn plaats. Hierover ontvangt Het Schild separaat bericht.

Uiteraard blijft de inspectie de kwaliteit en veiligheid van de cliëntenzorg nauwgezet volgen bij Het Schild.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens het bezoek van 26 november 2020 beoordeelde. Vervolgens ziet u hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt ten tijde van dit bezoek.

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.

De lettercode (a tot en met m) achter de normcode correspondeert met de opsomming in de brief van de inspectie van 4 mei 2020 over de aanpassing van het verscherpt toezicht bij Het Schild

3.1 Thema Persoonsgerichte zorg[3]

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij[4] 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.

3.1.1 Resultaten

Gezien de bevindingen van de inspectie op dit thema tijdens het vorige bezoek, beoordeelt de inspectie dit thema tijdens dit bezoek niet opnieuw.

3.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.
De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. 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

3 Gelet het feit dat Het Schild bij het inspectiebezoek d.d. 9 oktober 2019 op dit thema (grotendeels) voldeed aan vier van vier getoetste normen, is dit thema buiten de scope van het verscherpt toezicht gebleven en bij het inspectiebezoek van 26 november 2020 niet opnieuw beoordeeld.

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

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.

3.2.1 *Resultaten*

Norm 2.1 (a)
Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van de gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

Bij eerdere bezoeken (2018 en 2019) bleek dat zorgverleners niet systematisch en/of tijdig gezondheidsrisico's signaleerden; gerichte observaties en/of duidingen bleven geregeld achterwege.

Bij het huidige bezoek blijkt uit dossierinzage dat zorgverleners (EVV) de wensen en behoeften op vier levensdomeinen uitgebreid hebben geïnventariseerd en vastgelegd. Ook ziet de inspectie dat de risicosignaleringen merendeels van recente datum zijn (niet ouder dan vijf maanden). Een zorgverlener licht toe dat de cyclus van cliëntbesprekingen pas weer hervat is nadat de coronabesmettingen in Het Schild verdwenen waren. De inspectie ziet in de ECD's dat gezondheidsrisico's zijn afgewogen met hulp van passende vragenlijsten. Waar nodig zijn risico's in aanwezigheid van cliënten en/of cliëntvertegenwoordiger vertaald in passende zorg en behandeldoelen, bijvoorbeeld om huidletsel of depressiviteit te minimaliseren. In een cliëntdossier leest de inspectie dat - met hulp van een psycholoog - met een cliënt een plan is gemaakt om stemmingswisselingen tijdig te voorkomen. In rapportages leest de inspectie vervolgens dat de cliënt zichzelf in de ochtend desgevraagd 'groen heeft gescoord' ten aanzien van onrustige gevoelens.

Sinds oktober 2020 is er een ander team behandelaars verbonden aan Het Schild. Vanaf dat moment zijn op alle werkdagen een basisarts en een SO beschikbaar op de locatie. Twee keer per week is er een papieren artsenvisite. De inspectie hoort in zo'n overleg hoe zorgverleners van diverse woongroepen bijzondere signalen en het verloop van zorg en behandeling van cliënten met de artsen bespreken. Waar nodig vraagt de arts actief door en/of licht toe hoe te handelen. Bij een verzoek om pijnmedicatie voor een cliënt geeft de SO aan dat eerst nog beter

onderzocht moet worden of het onrustige gedrag van de cliënt door angst of door pijn komt. Daarom wacht de SO met voorschrijven van het gevraagde medicijn.

Zorgverleners betrekken de behandelaren bij de zorg aan de cliënt. Zo vertelt een behandelend fysiotherapeut dat zorgverleners hem betrokken bij een valincident van een cliënt. Samen met de zorgverlening en cliënt is verkent wat het valrisico is, hoe de transfers voor de zorgverlening uitgevoerd worden en hoe de cliënt dit ervaart. Er is samen besloten om te werken met een passieve tillift. Behandelaars kunnen op afstand meelezen in het ECD over de ervaringen met de tillift.

Ook vertelt de SO over een familie waar onduidelijkheid was over de diagnose dementie. Zij heeft de psycholoog in consult gevraagd om gezamenlijk de diagnose toe te lichten.

Wel ziet de inspectie dat bij veel cliënten de medische geschiedenis nog incompleet is. Artsen vertellen dat daarom bijvoorbeeld niet altijd duidelijk is waarom cliënten bepaalde medicijnen gebruiken. In het multidisciplinair overleg (MDO) is bij de teams met behandeling een start gemaakt om alle cliënten goed en/of opnieuw in kaart te brengen. Het streven is om dit op 31 december 2020 voor iedereen klaar te hebben.
Ook vertellen betrokken artsen over het (beschreven) plan om vanaf 1 januari 2021 de apotheker te betrekken bij periodieke reviews van het medicatiegebruik per cliënt. Dit omdat cliënten volgens de SO geregeld veel medicatie tegelijk gebruiken.

Zorgverleners geven er blijk van zich bewust te zijn van het verschil tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg. De inspectie ziet in de dossiers cliëntgebonden informatie met betrekking tot de Wzd terug onder het tabje Wzd. Deze informatie is niet altijd navolgbaar. Zo ziet de inspectie bij een cliënt onder achter wilsbekwaam 'ja' is ingevuld en daarna onder Wzd functionaris 'niet wilsbekwaam'.

Norm 2.2
Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels aan deze norm.

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek niet getoetst.

Norm 2.3 (b)
De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Vanuit de reflectie kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

Bij eerdere bezoeken (2018 en 2019) bleek bij zorgverleners onduidelijkheid over eigen rollen en taken. De zorgaanbieder zocht

weliswaar mogelijkheden voor reflectie en overleg maar zorgverleners ervaarden onderling onvoldoende veiligheid voor adequaat overleg en/of afstemming over de zorgverlening.
Uit documenten en gesprekken blijkt dat Het Schild voor alle zorgverleners een jaarlijks verplicht bijscholingsprogramma heeft. Echter, een deel van deze scholing is opgeschort vanwege de geldende maatregelen om corona-uitbraken te bestrijden. Het programma omvat bijvoorbeeld een jaarlijks verplichte nascholing op het gebied van medicatieveiligheid (IVM). Zorgverleners vertellen dat scholing en instructie nu weer voorzichtig op gang komt bij Het Schild. De klinische lessen zijn hiervan een voorbeeld. Ook zijn e-learnings beschikbaar.

Er zijn relatief veel nieuwe zorgverleners in Het Schild gekomen in 2020, maar door het coronabeleid heeft de zorgaanbieder moeten afzien van periodieke introductiedagen om nieuwe zorgverleners bij te scholen over kenmerkende aspecten bij de zorg voor blinden en slechtzienden.

Tijdens dit inspectiebezoek hoort de inspectie in alle gesprekken dat de sfeer verbeterd is.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat in Het Schild diverse commissies functioneren om de kwaliteit en veiligheid van zorg uit te dragen, te monitoren en te bevorderen. Commissies voor hygiëne en infectiepreventie, Meldingen en incidenten (MIC) bijvoorbeeld komen maandelijks bijeen en werken aan voorstellen om de zorg te verbeteren.

De nieuwe bestuurder a.i. heeft de problemen met de brandmeldinstallatie opgepakt. Uit documenten en gesprekken blijkt dat het probleem in overleg met de raad van toezicht en de Stichting Beheer Het Schild is opgelost. De systemen zijn intussen opnieuw gecheckt en gecertificeerd. Het personenoproepsysteem werkt weer beter, zo vertellen leden van de ondernemingsraad (OR) desgevraagd. De laatste signalen over een slecht werkend oproepsysteem zijn volgens de OR van maanden geleden.

Met Waardigheid & Trots op locatie heeft Het Schild nieuwe afspraken gemaakt nadat een eerder traject begin dit jaar gestopt was. Vanaf september zijn er weer coaches beschikbaar op de locatie.

Naar voren komt dat Het Schild de inbreng van iedereen waardeert. Een zorgverlener vertelt, samen met de cliëntenraad, betrokken te zijn bij het uitdenken en implementeren van een visie over persoonsgerichte zorg. Dit wordt vanaf september 2020 begeleidt door Waardigheid & Trots.

De zorgverleners zeggen dat het fijn is dat er nu vaste behandelaars beschikbaar zijn. Ze zeggen dat zij zich gesteund voelen door artsen die (on)gevraagd geregeld langslopen. Zij kunnen daardoor laagdrempelig vragen stellen en krijgen direct antwoord. Besluiten over cliëntenzorg zijn helder en zorgverleners vertellen dat zij daar naar kunnen handelen. Zij vinden dat fijn, het geeft hen zekerheid en rust.

Zowel leidinggevenden als OR vertellen desgevraagd dat periodieke functioneringsgesprekken plaatsvinden. Dit ziet de inspectie ook in het ‘scholingsplan’ beschreven.

Met de nieuwe behandelaars is ook het leren via klinische lessen nieuw leven in geblazen. Iedere twee weken zijn er klinische lessen over relevante onderwerpen voor de aanwezige cliëntengroep. Uit documenten en gesprekken blijkt dat onderwerpen zoals obstipatie, dehydratie/vochtlijsten en hypertensie al onder de aandacht zijn gebracht door de SO. Delier en zwachtelen staan gepland. De inspectie merkt effect hiervan omdat een zorgverlener tijdens de artsenvisite een opmerking maakt over de les over het meten van bloeddruk: 'meten we bloeddruk of onbedoeld spierspanning?'.

Norm 2.4 (c)
Zorgverleners houden relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

Bij eerdere bezoeken (2018 en 2019) bleek dat de interne cultuur en gegroeide weerstand binnen de organisatie, het reflecteren op- en bijscholen van (eigen) kennis en vaardigheden voor goede cliëntenzorg nog geregeld in de weg stond en/of dat nieuwe inzichten niet in de praktijk gebracht werden.

Bij dit inspectiebezoek hoort de inspectie in alle gesprekken dat zorgverleners elkaar weer vragen durven te stellen door de verbeterde sfeer. Met name die cultuuromslag is bepalend voor de normbeoordeling van de inspectie, ook al zijn scholingen soms nog niet gevolgd. Vanwege de maatregelen om corona-uitbraken terug te dringen is deelname aan fysieke scholing niet veel mogelijk geweest tot omstreeks het inspectiebezoek. Wel nemen zorgverleners deel aan e-learnings voor risicovolle en/of voorbehouden handelingen.

Zo hebben alle vaste verzorgenden e-learnings gevolgd over de Wzd, zo hoort en leest de inspectie. EVV-ers hebben hierop nog een aanvullende bijeenkomst gevolgd. Een zorgverlener vertelt hoe de scholing haar meer bewust heeft gemaakt van vrijwillige en onvrijwillige zorg. Zo stimuleerde zij voorheen een cliënt met een ondergewicht nadrukkelijk om meer te eten en drinken, terwijl de cliënt dat eigenlijk niet wilde. Nu zoeken zorgverleners, in afstemming met behandelaren, meer naar alternatieve mogelijkheden om met het risico om ondergewicht bij deze cliënt om te gaan.

De SO vertelt dat je mag zeggen wanneer je 'iets' niet weet. En in notulen van een teamoverleg leest de inspectie dat men aandacht vraagt om elkaar aan te spreken en feedback te geven om de samenwerking binnen het team te kunnen verbeteren. Ook de OR geeft desgevraagd aan dat de onderlinge relaties veilig zijn.

De kennis en kunde over wat persoonsgerichte zorg is en hoe je dat uitvoert op de werkvloer is nog in ontwikkeling. Een commissie is bezig om de visie hierover op papier te zetten (zie norm 2.3). Wat dat precies betekent is voor zorgverleners nog niet helder. Een coach van Waardigheid & Trots gaat de vertaalslag naar de praktijk begeleiden. Dat start

binnenkort. Een zorgverlener vertelt bijvoorbeeld dat voor de pg-afdeling de looproutes persoonsgericht zijn, maar dat dit niet nodig is op de somatische afdeling.

Bij dossierinzage ziet de inspectie dat zorgdoelen in acties en werkplannen vertaald zijn en systematisch gekoppeld aan de cliëntagenda. Een zorgverlener zegt desgevraagd de dagagenda's als een houvast voor de dagelijkse taken te gebruiken, maar dat niet alle zorgverleners dit zo doen.

Norm 2.5 (d)
De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

Bij eerdere bezoeken (2018 en 2019) waren er tekortkomingen in de dagelijkse roosterbezetting; er was groot verloop en hoog verzuim onder de zorgverleners. Tevens waren taken en rollen onduidelijk. Soms miste voorbeeldgedrag vanwege onprofessionele attitude. De interne werksfeer stond onder druk.

Bij dit inspectiebezoek hoort en leest de inspectie dat er voor twee teams in principe één teamleider beschikbaar is. En sinds oktober 2020 is een cyclisch rooster van toepassing zo blijkt uit documenten. Daarbij werken de vaste teams volgens een vaste roosterindeling. Het dienstenpatroon is door het management aangepast en daardoor zijn minder personen nodig, zo heeft het management vastgesteld. EVV-ers kunnen in deze cyclus maandelijks twee volle dagen boventallig plannen, dit om aan administratieve taken te werken. Daarnaast is een apart team van vijf verpleegkundigen beschikbaar voor de dagcoördinatie en voorkomende uitvoering van risicovolle en/of voorbehouden handelingen. Zij niet opgenomen in de dienstroosters van de teams en kunnen bij (onverwacht) personeelstekort ingezet worden. Ook is het paramedisch team op sterkte en is voor elk team een SO beschikbaar. Voor onbegrepen gedrag is er een psycholoog beschikbaar om mee te denken.

In roosters en weekoverzichten ziet de inspectie steeds een tweede medewerker beschikbaar tijdens de piekmomenten in de zorg. Deze huiskamerassistente biedt dagelijks op gestructureerde wijze bezigheden zoals voorlezen van krant, gezamenlijke kruiswoordpuzzel maken. De inhoud wisselt af om tegemoet te komen aan wensen en behoeften (niet iedere dag hetzelfde). Deelname aan activering is gebaseerd op het ECD.

Leidinggevenden vertellen tijdens het inspectiebezoek dat zij nadrukkelijk aanwezig willen zijn op de werkvloer en voordoen 'hoe het moet'. Zij vertellen ook dat de klachten van cliënten over de zorgverlening nu afnemen. Van de cliëntenraad hoort de inspectie dat de sfeer verbeterd is en dat leiding eenvoudig beschikbaar is voor een luisterend oor bij grote én kleine klachten. Het management vertelt dat zorgverleners voorkomende kwesties direct proberen op te lossen.

Door team 1 en 2 samen te voegen is volgens het management het dienstrooster beter te realiseren. Desondanks vertellen zorgverleners dat ze met regelmaat te maken hebben met een onderbezetting. Daarnaast ziet de inspectie dat voor team 1 en 2 nog wel twee roosters gemaakt worden. De daadwerkelijk bezetting en eventuele gaten in het rooster zijn hiermee niet in één document zichtbaar. Een zorgverlener laat zien dat er op sommige dagen zogenaamde 'korte' diensten zijn in plaats van de lange. Van een VIG-er hoort de inspectie dat deze zich voldoende veilig voelt om kritisch te zijn over roosterinvulling. Het aantal taken is teveel als een halve dienst overblijft. Coördinatietaken (EVV-er) blijven dan liggen. Verder is in teamoverleg notulen te lezen dat het basisrooster niet altijd gezond is opgesteld en/of dat avond- en weekenddiensten nog niet altijd voldoende eerlijk verdeeld zijn. Veranderingen bij Het Schild, waaronder die in het rooster, leidden tot verloop onder medewerkers. De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat de uitstroom van 12 zorgverleners (bijna 6 fte) in het laatste jaar minder is dan twee jaar geleden.

Sinds 2020 is Het Schild weer gestopt met zelfsturende teams. Via vaste uitzendbureaus worden zoveel mogelijk zzp'ers aan de organisatie verbonden. Bijvoorbeeld zijn geneeskunde studenten voor een jaar ingezet als VIG-er. Om personeel te werven is momenteel (gunstig) ingezet op het intern opleiden van zes a zeven VIG-ers in de BBL-variant.

Het actuele verzuim daalt gestaag maar is nog altijd 17%. Zorgverleners zoeken elkaar bij aanvang van de dienst op om af te stemmen hoe elkaar te helpen. Zij schuiven zo nodig met aanwezige ingeroosterde zorgverleners en/of met de ingeroosterde diensten op die dag.

Door Covid-19 zijn een aantal cliënten in de afgelopen maanden overleden. Ook kent Het Schild ten tijde van het inspectiebezoek een opnamestop. Het Schild heeft een eigen teststraat ingericht voor cliënten, zorgverleners en hun huisgenoten. De uitslag va de test komt nog dezelfde dag.

Norm 2.6 (e)
Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

Bij eerdere bezoeken (2018 en 2019) hielden zorgverleners zich niet altijd aan gemaakte afspraken en/of geldende richtlijnen.

Bij dit inspectiebezoek blijkt dat zorgverleners in Het Schild bij het verstrekken van medicatie gebruik maken van een elektronisch aftekensysteem. De inspectie hoort een zorgverlener vertellen dat hiermee het volgen van afspraken eenvoudiger is geworden en dat eventuele fouten sneller duidelijk zijn en hersteld kunnen worden.

Ook hoort de inspectie tijdens de artsenvisite hoe behandelaars en zorgverleners de multidisciplinaire richtlijn 'Pijn' van Verenso vormgeven bij kwetsbare ouderen. De arts legt aan de zorgverlener uit dat men eerst

moet weten of het om angst of pijn gaat alvorens pijnmedicatie voor te schrijven. Er is nadrukkelijk aandacht voor eventuele andere oorzaken van onbegrepen gedrag.

Behandelaars vertellen dat zorgverleners de instructies beter opvolgen. Leden van de MIC-commissie vertellen dat het aantal meldingen over niet opvolgen van behandelinstructies weliswaar dezelfde lijn laat zien maar dat zorgverleners desondanks nog wel geregeld incidenten van dit type melden. Ook bij dossierinzage ziet de inspectie dat zorgverleners incidenten melden. De inspectie merkt in diverse gesprekken alertheid op dit punt.

Het management volgt de ontwikkellijn nauwgezet, zo staat in documenten beschreven. Zij hebben de klinische lessen geïntensiveerd om bewustzijn en bekwaamheid te bevorderen.

De inspectie leest in notulen van een teamoverleg dat de richtlijnen voor rapportage (op doel) aandacht hebben. De inspectie leest dat bij hoge uitzondering onder het label 24-uurs rapportage gerapporteerd mag worden. Bij dossierinzage ziet de inspectie dat zorgverleners meestal gekoppeld aan zorgdoelen rapporteren. Ook leest de inspectie in notulen van een teamoverleg dat er aandacht is voor zinvolle dagbesteding die aansluiten bij hobby’s van cliënten. Tijdens de rondgang en in gesprek met enkele cliënten blijkt dat de gastvrouw om die reden een wisselend programma aanbiedt met voor ieder wat wils. Cliënten vertellen hier met waardering over.

Verder gingen de interne maatregelen om corona-uitbraken te voorkomen in eerste instantie verder dan de RIVM-richtlijnen. Al sinds de zomer zijn zorgverleners (en andere medewerkers) verplicht om mondkapjes te dragen in Het Schild. De inspectie ziet dat zorgverleners zich houden aan deze afspraak.

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 voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels aan deze norm.

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek niet getoetst.

3.3 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 zorgmedewerkers niet altijd kunnen voorkomen.

3.3.1 Resultaten

Norm 3.1
De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels aan deze norm.

Deze norm is tijdens het vervolgbezoek niet getoetst.

Norm 3.2 (f)
De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.
Volgens de inspectie Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.
Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

Tijdens eerdere bezoeken (2018 en 2019) was de PDCA-cyclus bij Het Schild nog niet rond. De gesloten cultuur staat een professionele grondhouding, gericht op voortdurend verbeteren soms nog in de weg. Het kwalitatief analyseren en leren van incidenten in de zorg is in ontwikkeling.

Bij het huidige bezoek leest en hoort de inspectie dat de MIC-commissie bestaat uit een basisarts, de SO, de EVV-er, een kwaliteitsverpleegkundige en een teamleider. Het proces voor het melden van incidenten is de laatste maanden herzien, zo leest de inspectie in meerdere verslagen waaronder notulen van een teamoverleg.

De MIC-commissie onderzoekt of de incidenten een structureel dan wel incidenteel karakter hebben. De opvolging van incidenten op cliëntniveau is procedureel belegd bij de teamleiders. Bij nader (maandelijks) onderzoek van incidenten is gebleken dat soms bepaalde kennis of kunde mist. Zo hoort de inspectie dat er gelijksoortige meldingen zijn zoals medicijnen niet op tijd gedeeld, wondzorg niet volgens afspraak, vochtlijst niet bijhouden en bloeddruk niet meten terwijl dit wel afgesproken is. De MIC-commissie kan voor haar onderzoek en analyse van oorzaken bijvoorbeeld audits doen in cliëntdossiers. Om geconstateerd kennistekort op te vangen en te verbeteren kiest het management nu vaker en sneller de interventie met klinische lessen. Zo hoort de inspectie van verschillende gesprekpartners dat er onlangs een klinische les gegeven is over het doel van het bijhouden van een vochtlijst.

Ook leest de inspectie dat kwaliteitsverpleegkundigen onderzoek hebben gedaan naar mogelijke oorzaken van terugkerende problemen (incidenten bij het verstrekken van medicatie, bijvoorbeeld niet of te laat beschikbare geneesmiddelen). De observaties zijn teruggekoppeld in het teamoverleg. Via werkgroepen als de medicatiecommissie worden structurele verbetermaatregelen gezocht.

Het adequaat opvolgen van gevonden oorzaken lukt nog niet altijd. In notulen van een teamoverleg leest de inspectie dat de wondverpleegkundige niet altijd over de juiste spullen beschikt omdat de bestelprocedure op punten nog onduidelijk is. In notulen leest de inspectie dat nog niet bekend is hoe dit nu beter geregeld is binnen Het Schild.

Daarnaast hoort de inspectie van het management dat ingestelde commissie interne audits doen naar de kwaliteit en de stand van zaken op een specifiek thema. Echter in documenten en gesprekken wordt deze werkwijze niet altijd zo genoemd als de inspectie vraagt naar de manier waarop de zorgverleners de zorgkwaliteit bewaken. Dan zeggen

zorgverleners bij iedere twijfel vooral gebruik te maken van de raadgevende beschikbaarheid en bereikbaarheid van de verpleegkundige en/of de aanwezige arts. Bij teamleiders en verpleegkundige zijn 'interne audits' wel een bekende manier van monitoren.

De inspectie hoort en ziet dat er een enorme slag geslagen is in het verbeteren van de sfeer van de organisatie. De OR bevestigt deze ontwikkeling. Het management vertelt dat Het Schild via het systematisch voeren van exitgesprekken en functioneringsgesprekken meer inzicht heeft gekregen in wat er beter kan. Tegelijk was er het laatste jaar ook wat natuurlijk verloop onder diegenen die minder motivatie voelden om mee te gaan met allerlei initiatieven om de kwaliteit van zorg en organisatie te verbeteren.

Norm 3.3 (g)
De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.
Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

Bij eerdere inspectiebezoeken (2018 en 2019) constateerde de inspectie dat een slechte werksfeer belemmerend was voor het (veilig) leren en verbeteren.

Bij dit inspectiebezoek geven veel gesprekspartners aan dat de interne sfeer van wonen en werken sterk verbeterd is. Zorgverleners vertellen dat ze vragen durven te stellen zonder daarop afgerekend te worden. De inspectie hoort in gesprekken op alle niveaus dat er weer met elkaar gepraat wordt, in plaats van over elkaar. Dit rapport laat bij diverse andere normen het belang hiervan zien bij het doorvoeren van verbeteringen. De veilige cultuur functioneert nu als vliegwiel van de verbetercyclus.

De inspectie heeft tijdens het inspectiebezoek met bevlogen zorgverleners en behandelaars gesproken. In alle gesprekken hoort de inspectie terug dat zij onderling in openheid over kritische zaken kunnen spreken.

Ook hoort de inspectie van cliënten en medewerkers dat de huidige bestuurder a.i. zich aan gemaakte afspraken houdt. Cliënten en zorgverleners vertellen voldoende uitleg te krijgen wanneer een initiatief anders verloopt dan gedacht. Er worden structureel overleggen ingepland. Dat alles geeft het gevoel dat er geluisterd wordt als dat nodig of gewenst is. Dit geeft meer vertrouwen bij medewerkers en cliënten, zo hoort de inspectie van leden van de OR en de cliëntenraad. Na een impasse vorig jaar is Waardigheid &Trots terug op de locatie om te helpen bij het verder realiseren van verbeteringen. In veel gesprekken noemen gesprekspartners dat ze een voorbeeld willen zijn in openheid en transparantie. De inspectie ziet dit tijdens het bezoek bevestigd in houding en attitude.

Het maandelijks teamoverleg is in principe verplicht voor alle deelnemers. De inspectie krijgt tijdens het bezoek niet duidelijk hoe alle (werk)commissies met elkaar verbonden zijn om de visie en missie eenduidig vorm te geven in de praktijk. De commissies zeggen structureel

overleg te hebben met de bestuurder maar in gesprekken blijkt het teamoverleg een terugkerende plek om draagvlak te creëren.

3.4 Overige bevindingen betreffende het thema 'Goede besturing'

3.4.1 Betreffende samenstelling en deskundigheid van de raad van toezicht

Norm (h)
De raad van toezicht is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar de dagelijkse en algemene leiding van de instelling onafhankelijk en kritisch kunnen opereren.

De leden van de raad van toezicht zijn geen vertegenwoordiger van enige betrokken interne of externe partij en handelen zonder last of ruggespraak, maar kijken wel met een brede blik, zich bewust van de maatschappelijke positie van de zorgorganisatie (zie artikel 6.1 Uitvoeringsbesluit Wtzi, Governancecode Zorg paragraaf 6.2).

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Sinds juni 2020 voldoet Het Schild aan deze norm.

In april 2020 bleken leden van de raad van toezicht niet allemaal voldoende onafhankelijk en kritisch ten opzichte van elkaar te kunnen functioneren. Sommige leden van de raad van toezicht waren tevens bestuurder van een gelieerde stichting.

In de periode mei/juni 2020 zijn alle leden van de zittende raad van toezicht teruggetreden. Er is een nieuwe raad van toezicht gevormd met leden die zich kritisch (kunnen) opstellen, onafhankelijk van elkaar en van Het Schild. Dit leest de inspectie terug in recente uittreksels van het Handelsregister en hoort de inspectie diverse betrokkenen vertellen.

Norm (i)
De raad van toezicht is zodanig samengesteld dat alle leden tezamen over voldoende deskundigheid beschikken om op professionele wijze toe te zien. De raad van toezicht stelt een algemeen profiel op voor de samenstelling van zijn raad op basis van ten minste deskundigheden, vaardigheden en diversiteit. Voor iedere vacature stelt de raad van toezicht een specifiek profiel op en houdt bij de selectie en benoeming rekening met de Goverancecode Zorg (zie artikel 3 Wkkgz, Governancecode Zorg 6.2.4).

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Sinds aug 2020 voldoet Het Schild aan deze norm.

In april 2020 waren voorzitter en vicevoorzitter teruggetreden en/of onvoldoende onafhankelijk. Ook een ander lid met specifieke expertise inzake ouderenzorg trok zich terug. Bij de raad van toezicht was in die periode onvoldoende mens- en denkkracht beschikbaar om tot een oplossing te komen voor de ontstane impasse in governance en machtsstrijd.

Vanaf medio mei tot augustus 2020 zijn de nieuwe leden van de raad van toezicht geworven aan de hand van een vooraf opgesteld profiel. Ook voor

de voordracht van een zesde lid namens de cliëntenraad, is een profiel beschikbaar. Deze vacature is – na goed overleg met de cliëntenraad - ten tijde van het inspectiebezoek nog niet ingevuld.
Norm (j)
De raad van toezicht bestaat uit minimaal het aantal leden dat volgens de statuten nodig is. Ook heeft de raad van toezicht haar aftreedschema volgens geldende normen en met aandacht voor continuïteit in toezicht geregeld. Bij nieuwe benoemingen zijn geldende inspraakprocedures gerespecteerd (zie Governancecode Zorg 6.2.2 en 6.2.3).

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek niet aan deze norm.

Sinds aug 2020 voldoet Het Schild aan deze norm.

In april 2020 voldeed de raad van toezicht niet aan het aantal leden dat statutair vereist is en voldeed het aftreedschema al enkele jaren niet aan de Governancecode Zorg.

In november 2020 hebben vijf leden zitting in de raad van toezicht. Dit aantal is conform de statuten van Het Schild. De adviesraden van Het Schild zijn in de gelegenheid geweest advies te geven over de benoemingen. Vanwege de Covid-19 uitbraak in Het Schild en de geldende preventiemaatregelen zijn enkele adviesprocedures schriftelijk verlopen. De aangetreden leden van de raad van toezicht staan met deze functie vermeld in de actueel geldende inschrijving van het openbare Handelsregister.

3.4.2 *Betreffende bevoegdheden- en verantwoordelijkheidsverdeling en besluitvorming*

Norm (k)
Het Schild beschikt over een regeling voor het handelen bij conflicten tussen de raad van toezicht en de raad van bestuur. Die vastgestelde regeling voorziet, indien de raad van toezicht en de raad van bestuur niet tot een oplossing kunnen komen, in de instelling van een commissie van wijzen die een bindend oordeel kan uitspreken, en/of in bindende afspraken over mediation of bemiddeling (zie artikel 3 Wkkgz, hoofdstuk VI Uitvoeringsbesluit Wtzi, Governancecode Zorg 4.1.6).

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek niet aan deze norm.

Sinds aug 2020 voldoet Het Schild aan deze norm.

In april 2020 beschikte Het Schild niet over interne regels en reglementen gericht op het oplossen van eventuele conflicten.

In november 2020 hebben de raad van bestuur en de raad van toezicht diverse reglementen[5] vastgesteld waaronder de zogenaamde conflictregeling. Een mediation maakt onderdeel uit van de conflictregeling. Desgevraagd vertellen gesprekspartners dat zij gebruik hebben gemaakt van beschikbare modelreglementen van de NVTZ en NVZD

Norm (l)

5 Zie de lijst met documenten in de bijlage.

Het Schild heeft een passend gereglementeerde structuur voor communicatie en besluitvorming. Er moet bij Het Schild een stelsel functioneren voor systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg, zodanig dat dit redelijkerwijs kan leiden tot goede zorg (zie artikel 3 Wkkgz, artikel 15 Wtzi, hoofdstuk VI Uitvoeringsbesluit Wtzi, Governancecode Zorg 5.5).

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

In april 2020 kende de toenmalige raad van toezicht drie commissies. In die periode zijn er – naast de statuten - geen aanvullende reglementen voor bestuur en toezicht vastgesteld.

In november 2020 heeft de raad van bestuur en de raad van toezicht haar functioneren en het benodigd overleg gereglementeerd. Ook leest de inspectie in notulen dat de raad van toezicht voor belangrijke actuele thema's steeds een kleine commissie benoemt. Dit om slagvaardig en deskundig te kunnen toezien. Daarnaast bestaan de gebruikelijke vaste commissies voor kwaliteit en veiligheid, de (financiële) auditcommissie en de renumeratiecommissie.

Gelet de wens om tot fusie te komen, zijn de interim posities van diverse spilposities bij de zorgaanbieder nog niet definitief ingevuld. Tijdens het bezoek is voor de inspectie niet altijd helder hoe verantwoordelijkheden en bevoegdheden op dit moment precies functioneren. In recent vastgestelde reglementen leest de inspectie dat managers en staffunctionarissen deelnemen in een adviserend managementteam en dat alleen de bestuurder formele besluiten neemt. Het werken met tijdelijke, aangezochte functionarissen levert enerzijds een zekere wendbaarheid bij een beoogde fusie. Anderzijds draagt deze keuze nauwelijks bij aan het waarborgen van een heldere en stabiele besluitvormingsstructuur voor de zorg en organisatie van Het Schild. In gesprekken hoort de inspectie een voorbeeld van tijdrovende communicatie en doordelegeren voor een kwestie die eigenlijk om een snelle oplossing vraagt om de cliëntveiligheid goed te waarborgen. Ook hoort de inspectie in gesprek met de cliëntenraad dat cliënten bezorgd zijn dat tijdelijk aangezochte medewerkers automatisch minder belang ervaren bij het nemen van besluiten.

3.4.3 *Betreffende invloed via inspraak, samenspraak en tegenspraak.*

Norm (m)

De bestuurder(s) en toezichthouders scheppen en waarborgen randvoorwaarden voor een adequate invloed van belanghebbenden. Hieronder valt een passende navolgbare structuur voor informatie, communicatie en besluitvorming, die aan cliënten, medewerkers en professionals actieve transparantie, zeggenschap en invloed biedt op de koers van de organisatie en/of de belangrijke uitgangspunten bij de zorgverlening.

Ook is voor de raad van toezicht geregeld dat zij buiten aanwezigheid (maar niet buiten medeweten) van de raad van bestuur periodiek contact heeft met de medezeggenschapsorganen en met leidinggevenden bij de zorgaanbieder. Dit voor zover het wenselijk is voor de uitoefening van de

toezichtfunctie en deze behoefte kenbaar is gemaakt door de medezeggenschapsorganen (zie artikel 3 Wkkgz, Governancecode Zorg paragrafen 2.4.1 en 3.1).

Volgens de inspectie voldeed Het Schild tijdens het vorige bezoek grotendeels niet aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek voldoet Het Schild grotendeels aan deze norm.

In april 2020 waren de onderlinge verhoudingen tussen de diverse partijen bij Het Schild ernstig verstoord. Er dreigde een machtsvacuüm dat niet zonder ingrijpende gerechtelijke procedures hersteld kon worden. In die periode hadden partijen onvoldoende vertrouwen in elkaar. Een functionele dialoog over de koers van Het Schild was niet meer mogelijk.

In november 2020 hebben de bestuurder en de vernieuwde raad van toezicht het onderlinge vertrouwen hersteld en loopt de onderlinge communicatie over belangrijke onderwerpen vlot en conform afgesproken werkwijzen. Betrokkenen zeggen over en weer een soepele bereikbaarheid en benaderbaarheid te ervaren. In documenten blijkt dat de raad van toezicht ook zonder de aanwezigheid van de bestuurder bijeenkomt en anticipeert op het belang van goede relaties met interne en externe stakeholders.

Voor de inspraak, samenspraak en tegenspraak vanuit de cliëntenraad is tijdelijk en met wederzijds goed vinden een andere werkwijze gekozen. Eén van de zittende leden van de raad van toezicht onderhoud maandelijks contact met de cliëntenraad, zolang de zetel op voordracht van de cliëntenraad nog vacant is. Dit is niet conform de wettelijke vereisten maar betrokken partijen zeggen tevreden te zijn met deze tijdelijk oplossing. Juist in tijden dat de continuïteit van de organisatie onder druk staat en een geschikte fusiepartner gezocht wordt, is het zaak dat cliënten desgewenst over wensen en inzichten kunnen adviseren of instemmen als dat aan de orde is.

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 door Het Schild geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:
- Gesprekken met 4 aantal cliënten uit huiskamer 4;
- Gesprekken met 1 afgevaardigde van de cliëntenraad;
- Observatie van 5 aantal cliënten in huiskamer 2, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met 7 uitvoerende medewerkers van verschillende afdelingen;
- Gesprekken met 3 behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- Gesprek met afvaardiging van de raad van toezicht
- 8 cliëntdossiers van cliënten uit de huiskamers 2 en 4;
- 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. Tijdens rondgang en observaties 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.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

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

- Ontvangen resultaatverslag met toelichtende brief van bestuurder dd 3-11-2020;
- Overzicht van ’de zorgprofielen van cliënten van de te bezoeken locatie(s);
- Overzicht van fte’s van zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van de te bezoeken locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder (bron website zorgaanbieder);
- Visie op persoonsgerichte zorg;(bron website zorgaanbieder);
- Uitgereikte roosters van de teams 1 en 2 voor de periode 1-11-2020 tot 30-11-2020
- Uitgereikte notulen van teamoverleg tijdens de bezoekdag
- Uitgereikte notulen van de raad van toezicht tijdens de bezoekdag
- Ontvangen documenten op 24-11-2020
- Door de IGJ ontvangen documenten op 01-12-2020[6]

6 Het overzicht van deze documenten wordt vanwege de AVG verwijderd.