

[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** donderdag 30 januari 2020 13:01  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** 2019-29-01 V2015924 def.rapport Kloek Roosendaal  
**Bijlagen:** 2019-29-01 V2015924 def.rapport Kloek Roosendaal.docx

**weigeringsgrond 10.2.e.**

Ha [REDACTED]

Hier alvast het rapport. Ik heb de bevindingen gelezen, maar niet voorzien van commentaar omdat het al weg is geweest voor FO. Mochten er vragen zijn dan hoor ik het graag.

Groet [REDACTED]



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres: Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Kloek B.V.  
T.a.v. raad van bestuur  
Europaplein 10  
2408 GX ALPHEN AAN DEN RIJN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 5000  
www.igj.nl

**Inlichtingen bij**

T 088 120 5000  
ri.utrecht@igj.nl

**Ons kenmerk**

2019-  
2408615/V2015924/

Datum 21 november 2019  
Betreft Onaangekondigd inspectiebezoek

Geachte raad van bestuur,

Vandaag brengen twee inspecteurs van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een inspectiebezoek aan Kloek B.V., locatie De Egelantier in Roosendaal. Doel van het bezoek is te beoordelen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

**Verloop inspectiebezoek**

Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van de dag of de leidinggevende. Als het mogelijk is, willen de inspecteurs daarna een rondleiding door de locatie. De verdere invulling van het programma is afhankelijk van wat mogelijk is en bepalen de inspecteurs in overleg.

De inspecteurs proberen een beeld te krijgen van hoe op de locatie geleefd en gewerkt wordt. Na de rondleiding zullen de beide inspecteurs daarom zoveel mogelijk op de afdelingen of woningen aanwezig zijn. Zij zullen hier observeren, met medewerkers en cliënten spreken, zorgdossiers inzien en zo mogelijk overlegvormen bijwonen. De inspecteurs doen dit alles in overleg met de medewerkers en proberen zo min mogelijk de directe zorgverlening te verstoren.

Tijdens het inspectiebezoek willen de inspecteurs behandelaar(s), cliëntvertegenwoordigers en/of cliëntenraadsleden spreken. Dit kan op de afdeling of daarbuiten.

In bijlage 1 bij deze brief staat een beschrijving hoe het programma eruit zou kunnen zien.

**Afhandeling van het inspectiebezoek en rapportage**

Na dit onaangekondigd inspectiebezoek stelt de inspectie een rapport op met de bevindingen van dit bezoek. De inspectie stuurt het conceptrapport binnen vier weken na het inspectiebezoek naar de raad van bestuur. Na verwerking van uw opmerkingen stelt de inspectie het rapport vast. Dit doet de inspectie ook als ze binnen vier weken na verzending van het conceptrapport geen reactie van u heeft ontvangen. U ontvangt hierover bericht.

Als de inspectie tijdens het inspectiebezoek constateert dat er sprake is van een situatie die directe maatregelen vereist, dan stelt de inspecteur het management en de raad van bestuur direct na het inspectiebezoek hiervan op de hoogte.

**Datum**  
21 november 2019

**Kenmerk**  
2019-  
2408615/V2015924/

### **Openbaarmaking**

Voor de volledigheid maakt de inspectie u erop attent dat op grond van de Gezondheidswet zij haar rapporten openbaar maakt via de website [www.igj.nl](http://www.igj.nl). De inspectie doet dit niet eerder dan twee weken na het verzenden van het definitieve rapport.


Mogelijk stelt de inspectie naar aanleiding van dit bezoek een vervolgtraject in, bijvoorbeeld door u een plan van aanpak te vragen. Bij afsluiting van het vervolgtraject zullen we dit in een brief bevestigen. Deze afsluitbrief zullen wij ook op onze website openbaar maken.

Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat de inspectie in haar rapporten geen tot een persoon herleidbare gegevens opneemt en geen bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens van uw patiënten of cliënten.

Meer informatie over openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website ([www.igj.nl/onderwerpen](http://www.igj.nl/onderwerpen)). Hier kunt u ook lezen in welke gevallen de inspectie afwijkt van de hiervoor genoemde openbaarmakingstermijn van minimaal twee weken na vaststelling van het rapport.

De inspectie verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

  
senior inspecteur

## Bijlage 1 - Bezoekprogramma

Datum  
21 november 2019

Kenmerk  
2019-  
2408615/V2015924/

	Richttijd
Binnenkomst en gesprek met locatiemanager/ zorgverlener met als doel beeld te krijgen van de locatie, contextinformatie, de dag plannen.	30-45 minuten
Rondleiding met als doel indruk krijgen van de locatie.	30-45 minuten
Inspecteurs aanwezig op de afdelingen: a) SOFI – observatie b) bespreken observatiepunten met geobserveerde medewerkers en/of vertegenwoordigers c) inzien van cliëntdossiers d) gesprekken met aanwezigen, cliënten, zorgverleners en vertegenwoordigers e) bijwonen overlegvormen	Ongeveer 4 uur (inclusief lunch)
Indien deze gesprekken niet zijn gelukt tijdens de aanwezigheid op de afdelingen: - gesprek met behandelaar(s) - gesprek met vertegenwoordiging uit cliëntenraad	30 minuten per gesprek
Documenten inzage en overleg inspectie om terugkoppeling voor te bereiden	15 minuten
Terugkoppeling	20 minuten



## **Bijlage 2 - Uitleg observatiemethode SOFI**

**Datum**  
21 november 2019

**Kenmerk**  
2019-  
2408615/V2015924/

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

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

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Praten zorgverleners met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

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

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

### **Bijlage 3 – Klaar te leggen documenten**

**Datum**  
21 november 2019

**Kenmerk**  
2019-  
2408615/V2015924/

De inspectie vraagt u de volgende documenten klaar te leggen ter inzage.

- 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;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Kwaliteitsplan (V&V)/kwaliteitsrapport (GZ).

#### **Dossieronderzoek**

Hiernaast wil de inspectie cliëntdossiers (of onderdelen daarvan) inzien van vier cliënten in aanwezigheid van een medewerker. In geval van elektronische cliëntdossiers is de beschikbaarheid van een geautoriseerde medewerker gewenst.

[REDACTED]

---

**Van:** Theo | Kloek.nu [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 22 november 2019 14:40  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** AAA Kloek | Martin van de Graaf; [REDACTED] | Kloek.nu  
**Onderwerp:** Documenten Kloek: Kenmerk 2019-2408615/V2015924/[REDACTED]  
**Bijlagen:** Kloek Productie 1.pdf

weigeringsgrond 10.2.e.

Geachte mevrouw [REDACTED] en geachte mevrouw [REDACTED],

Op basis van uw verzoek voor aanlevering documenten, gisteren (21-11-2019) tijdens uw onaangekondigde bezoek bij Kloek neergelegd, onder kenmerk: 2019-2408615/V2015924/[REDACTED], mail ik u de 6 producties. Gezien de omvang van de producties worden deze afzonderlijk naar u gemaild.

Zo u nog vragen heeft verneem ik dat graag van u.  
Anders zien wij uw verslag tegemoet.

Met in deze mail **Kloek Productie 1**

Met hartelijke groet,

Theo Berg  
Directeur Kloek



[REDACTED]  
[REDACTED]  
[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10

2408 GX Alphen aan den Rijn





**Kloek Hoofdkantoor**

---

Aan:

Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGj

Mevr. [REDACTED], Inspecteur IGj

Geachte mevrouw [REDACTED] en geachte mevrouw [REDACTED],

Tijdens uw onaangekondigde bezoek d.d. 21-11-2019 heeft u gevraagd in uw brief, met kenmerk: 2019-2408615/V2015924/[REDACTED], om documenten aan te leveren.

Bijgaand treft u het productieoverzicht met de gevraagde informatie.  
Ik zie uw rapportage met vertrouwen tegemoet.

Met vriendelijke groet,

T.J.P. Berg  
Directeur Kloek

**Kloek Hoofdkantoor**

---

Aan:  
Mevr. [REDACTED], Inspecteur IGj  
Mevr. [REDACTED], Inspecteur IGj

## **Productieoverzicht**

Opgevraagde documenten/informatie bij bezoek IGj d.d. 21-11-2019

- Overzicht fte's van zorgverleners
- Overzicht ziekteverzuim en personeelsverloop laatste 12 maanden
- Overzicht scholing t.n.t. en planning rest 2019
- Overzicht MIC-meldingen en verbeteracties van de laatste 12 maanden
- Visie en Kernwaarden Kloek
- Visie op persoonsgerichte zorg bij Kloek
- Kwaliteitsplan / kwaliteitsrapport
- Verslagen teamvergaderingen (3x)
- Audit medicatie 2019

Kloek Hoofdkantoor

---

Aan:  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ

## Productie 1:

1. Overzicht fte's van zorgverleners
2. Overzicht ziekteverzuim en personeelsverloop laatste 12 maanden

Documenten:

- Kwaliteiten Personeelsgegevens 2017
- Kwaliteiten Personeelsgegevens 2018
- Ziekteverzuimgegevens Assist Verzuim

## Uw aanlevering

neef

- Als de locatie beide zorgvormen biedt, dan vult u NEE in, en vult u dus alle vragen in.
- De niet-geclusterde Wlz-zorg zonder verblijf valt NIET binnen de reikwijdte, is in overleg met ZINL en IGJ vastgesteld, dus daarvoor hoeven in deze portal géén gegevens te worden aangeleverd.

**LET OP:** Om de andere onderdelen van de vragenlijst te kunnen invullen moet deze eerste vraag ingevuld en afgerond zijn. Indien het antwoord op deze vraag later wordt aangepast, zullen de onderdelen "Veiligheid" en "Mondzorg" opnieuw moeten worden afgerond.

Om de administratieve lasten te beperken, is ervoor gekozen om een deel van de indicatoren al in te vullen ('prefill') op basis van de gegevens van 2016. Dit is gedaan bij indicatoren die doorgaans wat minder aan verandering onderhevig zijn, en alleen dan als het antwoord op de vraag in 2016 'JA' was. U dient deze indicatoren wel met aandacht na te lopen op hun actualiteit, het werkt nadrukkelijk NIET zoals bij de Belastingdienst!

**Opmerking bij "uw aanlevering"**



# Kwaliteitsverslag

---

**Indicator 1**

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

**Kwaliteitsverslag uitgebracht over de verslagperiode**

- Jaarlijks brengt de zorgorganisatie een kwaliteitsverslag uit. Deze rapportage is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan, inclusief feedback op kwaliteitsplan door de collega organisaties uit het lerend netwerk, en volgt daarmee ook de hoofdstukken van het kwaliteitsplan.
- Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag. De basis van de cliëntraadpleging is een erkend kwantitatief dan wel kwalitatief instrument naar keuze.
- Medewerkersraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van kwaliteit van de leer- en werkomgeving kan een onderdeel van het kwaliteitsverslag zijn.
- Het concept kwaliteitsverslag moet voor vaststelling besproken worden met vertegenwoordiging van cliënten/naasten (CR), (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden, en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk.
- Dit kwaliteitsverslag dient als interne verantwoording (CR, OR, RvT) en bevat tevens de elementen voor de externe verantwoording (inkoop, toezicht en keuze-informatie cliënten).
- Het kwaliteitsverslag is een openbaar document en staat op de website van de zorgorganisatie, behoudens onderdelen die de belangen van cliënten, medewerkers en/of de organisatie schaden.
- Het kwaliteitsverslag dient tevens vindbaar te zijn via een publieke website, zoals [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Daartoe dient het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.
- Bijlage 5 van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg - samen leren en verbeteren bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsverslag, bedoeld als handreiking bij het opstellen van dit verslag.

---

Heeft uw instelling een kwaliteitsverslag uitgebracht over de verslagperiode?

---

Via welke URL is het kwaliteitsverslag te raadplegen?

---

Opmerking bij indicator 1

---

# Cliëntervaringen

## Indicator 2

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

### Percentage cliënten/cliëntenvertegenwoordigers dat deze locatie aanbeveelt aan vrienden en familie

Dit kan worden gemeten in regulier onderzoek, op ZorgkaartNederland (of op andere wijze), over alle metingen gedaan in de verslagperiode. Dit percentage wordt automatisch berekend. Berekeningswijze is één van volgende methoden:

Teller methode 1: het aantal cliënten/cliëntenvertegenwoordigers dat een 8, 9 of 10 geeft op de NPS-vraag 'Zou u deze locatie aanbevelen bij uw vrienden of familie?'.

Teller methode 2: het aantal cliënten/cliëntvertegenwoordigers dat 'ja' heeft geantwoord op de vraag 'Zou u deze locatie aanbevelen bij uw vrienden of familie?' op ZorgkaartNederland.

Noemer: aantal cliënten/cliëntvertegenwoordigers dat de vraag heeft beantwoord. Lever ook de N (het aantal ondervraagde cliënten/cliëntvertegenwoordigers in de verslagperiode) aan.

Geef in het veld 'bron' aan of u het percentage meet aan de hand van de NPS ("NPS") of via ZorgkaartNederland ("ZorgkaartNL"), of op een andere wijze (vrij veld).

Wanneer u meerdere methoden gebruikt, rapporteer dan op basis van de methode met de grootste N. Wanneer uw locatie dit niet meet, lever dan 'n.v.t.' aan en geef in het opmerkingenveld aan op welke wijze u de cliënttevredenheid en -loyaliteit meet.

Percentage cliënten/cliëntenvertegenwoordigers  
dat deze locatie aanbeveelt aan vrienden en familie

%

Wat was het totaal aantal ondervraagde  
cliënten/cliëntvertegenwoordigers voor deze locatie  
in de verslagperiode?

ondervraagden

Welke bron hanteert u voor deze indicator?

Opmerking bij indicator 2

# Cliëntervaringen

---

## Indicator 3

### Zijn van deze locatie realtime cliëntervaringen online beschikbaar?

Realtime cliëntervaringen zijn cliëntervaringen die doorlopend worden verzameld op Zorgkaart Nederland of op een andere openbare plek. Geef in het veld 'URL' aan of ZorgkaartNederland ("ZorgkaartNL") wordt gebruikt, of (ook) een andere website (vrij veld).

---

Zijn van deze locatie realtime cliëntervaringen online beschikbaar?	nee
---	-----

---

Via welke URL zijn realtime cliëntervaringen te bekijken?

Geef a.u.b. een *deeplink*, d.w.z. een zo volledig mogelijke URL die direct naar de betreffende pagina verwijst. Voorbeeld:  
<https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/verpleeghuis-en-verzorgingshuis-vivent-hof-van-hintham-rosmalen-3041617> <sup>12</sup>

---

Opmerking bij indicator 3

---



## Informatiebronnen - niveau cliënt

---

### Indicator 4

#### Gebruik van informatiebronnen over: zorgproblemen

Zorgproblemen zijn bijvoorbeeld: vallen, het geven van rustgevende medicijnen (psychofarmaca) of van meerdere geneesmiddelen (polifarmacie) tegelijkertijd. Maar ook of een bewoner wel eens wordt vastgebonden om onveilige situaties te voorkomen (vrijheidsbeperkende maatregelen). Andere voorbeelden zijn: doorligwonden (decubitus), ondervoeding, incontinentie, onbegrepen gedrag bij mensen met dementie en depressie. Een aanbieder die deze problemen goed opneemt in de managementinformatie en in de planning en control cyclus maakt de kans op (herhaling van) deze problemen kleiner.

---

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

---

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

---

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

---

Opmerking bij Indicator 4

Dit heeft er toe geleid dat een externe auditor is ingeschakeld om de medicatie procedure middels interventies te monitoren en vast te leggen.



# Informatiebronnen - niveau cliënt

---

## Indicator 5

### Gebruik van informatiebronnen over: cliëntervaringsonderzoek

Met een cliëntervaringsonderzoek kijkt de aanbieder of de zorg aansluit bij de verwachtingen van de cliënten. Een aanbieder die de resultaten van dit onderzoek goed opneemt in de managementinformatie en in de planning en control cyclus maakt de kans groter dat de manier waarop de zorg wordt geleverd past bij de wensen van de cliënten.

---

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

---

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

---

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

---

Opmerking bij Indicator 5

Dit heeft er toe geleid dat we Konvida hebben ingeschakeld om onze medewerkers individueel te coachen tijdens hun belevingsgerichte zorg. Zij komt nu 2 x per jaar per locatie trainingen geven aan zowel medewerkers als aan familieleden.

---

# Informatiebronnen - niveau medewerkers

## Indicator 6

### Gebruik van informatiebronnen over: vrijwilligers en/of mantelzorgers tevredenheidonderzoek

Onder een vrijwilliger verstaat de inspectie iemand die uit vrije wil werkzaamheden verricht; hij heeft dus geen dienstverband. In het algemeen zijn deze werkzaamheden onbetaald of staat er een vergoeding tegenover die lager ligt dan het minimumloon bij betaald werk. Mantelzorgers zijn mensen die langdurig en onbetaald zorgen voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende persoon uit hun omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn, maar ook een ander familielid, vriend of kennis. Een aanbieder die de resultaten van het onderzoek goed opneemt in de managementinformatie en in de planning en control cyclus maakt de kans groter dat de manier waarop de zorg wordt geleverd hierop wordt aangepast.

Gebroikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

Opmerking bij Indicator 6

Een tekstschrijver interviewt random mantelzorgers voor blogposts waarbij zowel positieve als aandachtspunten besproken worden. Verder ontvangen we via Konvida veel informatie als zij familie begeleidt met hun familielid die bij Kloek woont.

## Informatiebronnen - niveau medewerkers

### Indicator 7

#### Gebruik van informatiebronnen over: medewerkerstevredenheidonderzoek

Met een medewerkerstevredenheidonderzoek kijkt de aanbieder of de manier van zorg leveren aansluit bij de verwachtingen van de medewerkers. Een aanbieder die de resultaten van dit onderzoek goed opneemt in de managementinformatie en in de planning en control cyclus maakt de kans groter dat de manier waarop de zorg wordt geleverd hierop wordt aangepast. De kans is groter dat de zorg goed van kwaliteit is als de medewerkers tevreden zijn over hun werk.

Gebroikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

Opmerking bij Indicator 7

werkoverleggen, teambuildingsdagen en inloopspreekuren houden op de locaties zelf hebben ervoor gezorgd dat veel zaken die door het personeel aangegeven zijn in positieve zin opgepakt en uitgevoerd zijn. Eind mei 2018 is er een medewerkerstevredenheid onderzoek gehouden waarbij alle medewerkers een cijfer van 7 of hoger hebben gegeven.

# Informatiebronnen - niveau medewerkers

## Indicator 8

### Gebruik van informatiebronnen over: medezeggenschapsraad zorgverleners

Onder een medezeggenschapsraad zorgverleners (zoals bijvoorbeeld VAR) verstaat de inspectie een adviesorgaan dat bestaat uit zorgverleners. Deze raad adviseert de directie of raad van bestuur over hoe ervoor te zorgen dat de kwaliteit van zorg verbetert of goed blijft in de zorginstelling. Daarnaast helpt de medezeggenschapsraad zorgverleners ontwikkelingen in hun vak te volgen en toe te passen in hun werk. Hiermee bedoelt de inspectie niet de OR.

Als er een medezeggenschapsraad zorgverleners is, is de kans groter dat de kwaliteit van zorg voldoende is.

Gebroekte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	nee
---	-----

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	nee
---	-----

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	nee
---	-----

Opmerking bij Indicator 8

Kloek heeft minder dan 50 medewerkers en heeft geen OR. Kloek is een startende organisatie en is nu bezig deze stap te zetten om een personeelsvertegenwoordiger te faciliteren.



## Informatiebronnen - niveau medewerkers

---

### Indicator 9

#### Gebruik van informatiebronnen over: registratie van genoten scholing per medewerker

Onder scholing verstaat de inspectie alle verplichte en niet verplichte activiteiten voor de ontwikkeling van de kennis, vaardigheden en de houding die een zorgmedewerker nodig heeft om bepaalde taken goed uit te kunnen voeren. Als de scholing van de medewerkers goed is, is de kans groter dat de kwaliteit van zorg voldoende is.

---

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

---

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

---

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

---

Opmerking bij Indicator 9	Al onze medewerkers zijn aangesloten bij het Leerplein van Tante Louise en worden gemonitord door de Teamleiders of ze nog vakbekwaam en bevoegd zijn.
---------------------------	--

---

## Informatiebronnen - niveau locatie/concern

---

### Indicator 10

#### Gebruik van informatiebronnen over: interne audits

Onder een audit verstaat de inspectie het controleren van een organisatie. Een audit kan gedaan worden in de hele organisatie. Een audit kan ook gedaan worden op een afdeling of op een bepaald systeem. Mensen in dienst van de organisatie voeren een interne audit uit.

Bij aanbieders die interne audits doen, is de kans groter dat medewerkers voldoende aandacht hebben voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg.

---

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

---

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

---

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

---

Opmerking bij indicator 10

We zijn bezig met de iso certificatie, waarin dit allemaal terug komt. Verder zetten we Kloosterloo interim management in om interne audits uit te voeren op het gebied van medicatie.

## Informatiebronnen - niveau locatie/concern

### Indicator 11

#### Gebruik van informatiebronnen over: (bijna) foutmeldingen/incidentmeldingen

Bij het melden van een (bijna) foutmelding/incidentmelding staat niet de vergissing of (bijna-)fout van een zorgverlener centraal. Het gaat erom dat wordt uitgezocht of het komt door de manier waarop wordt gewerkt en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Uitgangspunt is om de manier waarop wordt gewerkt te verbeteren om herhaling te voorkomen. Een aanbieder die deze (bijna) fouten/incidenten meldt en onderzoekt, verkleint de kans op herhaling hiervan. Want hij werkt aan het voorkomen hiervan en verbetert zo de kwaliteit van zorg.

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen? ja

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie? ja

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus? ja

Opmerking bij indicator 11

Kloosterloo interim management voert nog steeds audits uit op het gebied van medicatie. Dit heeft er in geresulteerd dat het aantal MiC meldingen af zijn genomen, we in sept. 2018 over gaan op NCare.

## Informatiebronnen - niveau locatie/concern

---

### Indicator 12

#### Gebruik van informatiebronnen over: meldingen van calamiteiten

Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de locatie heeft geleid. Een aanbieder die calamiteiten steeds meldt, verkleint de kans op herhaling en werkt aan het voorkomen hiervan en verbetert zo de kwaliteit van zorg.

---

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?	ja
---	----

---

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?	ja
---	----

---

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?	ja
---	----

---

Opmerking bij indicator 12	Er is een MIC commissie actief die maandelijks rapporteert aan bestuur.
----------------------------	---

---



## Informatiebronnen - niveau locatie/concern

---

### Indicator 13

#### Gebruik van informatiebronnen over: externe audits tbv certificering of keurmerk

Onder een audit verstaat de inspectie het controleren van een organisatie. Een audit kan worden gedaan in de hele organisatie. Een audit kan ook worden gedaan op een afdeling of op een bepaald systeem. Mensen die niet in dienst zijn van de organisatie voeren een externe audit uit.

Bij aanbieders die externe audits laten doen, is de kans groter dat medewerkers voldoende aandacht hebben voor de verbetering van de kwaliteit van zorg.

---

Gebruikte u in 2017 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen?

ja

---

Werden in 2017 deze gegevens opgenomen in de management-informatie?

ja

---

Werden de gegevens in 2017 gebruikt in de planning en control cyclus?

ja

---

Opmerking bij indicator 13

ISFET begeleidt Kloek in de opstart van ISO, streven is om dec 2018 het certificaat te behalen.

---

# Veiligheid

## Indicator 14

### Percentage cliënten dat in de afgelopen 30 dagen continu psychofarmaca heeft gebruikt

Ouderenzorg vergt vaak veel van verzorgers en mantelzorgers; zij moeten omgaan met verward gedrag, dat ze niet goed begrijpen. Het gebeurt regelmatig dat psychofarmaca (kalmerende medicijnen) worden voorgeschreven bij probleemgedrag: Vaak krijgen bewoners met dementie (psychofarmaca voorgeschreven). Psychofarmaca kan acute symptomen bestrijden, maar lost de onderliggende oorzaak vaak niet op. De medicatie kent veel bijwerkingen en heeft bijna altijd een negatief effect op de persoonlijke levenssfeer van de cliënten. Bewust omgaan met psychofarmaca is daarom noodzakelijk. Een hoog percentage kan betekenen dat een aanbieder te weinig doet aan het oplossen van onderliggende oorzaken. Om te beoordelen of een organisatie te weinig hieraan doet, zal de inspectie op bezoek moeten gaan. Een hoog getal kan voor de inspectie een signaal zijn om op bezoek te gaan.

Teller: aantal cliënten dat de afgelopen 30 dagen continu psychofarmaca heeft gebruikt	0 cliënten
--	------------

Noemer: gemiddeld aantal cliënten van de vestiging in de afgelopen 30 dagen	40 cliënten
---	-------------

Percentage cliënten dat in de afgelopen 30 dagen continu psychofarmaca heeft gebruikt	0 %
---	-----

Opmerking bij indicator 14	dit zijn alle cliënten van alle locaties bij elkaar.
----------------------------	--

# Veiligheid

---

## Indicator 15

### Wordt het gebruik van "zo nodig" psychofarmaca structureel geëvalueerd?

Ouderenzorg vergt vaak veel van verzorgers en mantelzorgers; zij moeten omgaan met verward gedrag dat ze niet goed begrijpen. Het gebeurt regelmatig dat psychofarmaca (kalmerende medicijnen) worden voorgeschreven bij probleemgedrag: Vaak krijgen bewoners met dementie (psychofarmaca voorgeschreven). Psychofarmaca kan acute symptomen bestrijden, maar lost de onderliggende oorzaak vaak niet op. De medicatie kent veel bijwerkingen en heeft bijna altijd een negatief effect op de persoonlijke levenssfeer van de cliënten. Bewust omgaan met psychofarmaca is daarom noodzakelijk.

Als een aanbieder 'zo nodig' psychofarmaca geeft aan cliënten, kan het betekenen dat een aanbieder te weinig doet aan het voorkomen van verward gedrag. Het evalueren van geven van psychofarmaca kan bijdragen aan het eerder op andere manieren oplossen van onderliggende oorzaken. Om de oorzaken en gevolgen van het niet structureel evalueren te beoordelen, zal de inspectie op bezoek moeten gaan. Als een aanbieder 'nee' invult kan het voor de inspectie een signaal zijn om op bezoek te gaan.

---

Wordt het gebruik van "zo nodig" psychofarmaca structureel geëvalueerd?	ja
---	----

---

Opmerking bij indicator 15



# Veiligheid

## Indicator 16

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

### Percentage cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheidsbeperkende maatregel (M&M) is toegepast

Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Bijvoorbeeld: een bewoner slaapt met beddekken om onveilige situaties te voorkomen.

Belangrijk is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt de maatregel of het middel niet zelfstandig kan wegnemen.

Voorbeelden:

- een tafelblad dat de cliënt met dementie zelf kan wegschuiven. Dit is geen vrijheidsbeperkende maatregel;
- een tafelblad dat de cliënt met dementie niet zelf kan wegschuiven en dus niet uit de stoel kan opstaan. Dit is wel een vrijheidsbeperkende maatregel.

Voor de inspectie is ook het gebruik van domotica (bewegingsensor of camera) of het gebruik van psychofarmaca (kalmerende middelen) een vrijheidsbeperkende maatregel. Hierdoor is het te verwachten dat de percentages vrij hoog zijn. Per afdeling van een vestiging kan het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen verschillen, het cijfer voor de hele vestiging is dan niet hetzelfde als van een afdeling.

Een hoog percentage kan betekenen dat een aanbieder te weinig doet aan het oplossen van onderliggende oorzaken. Om te beoordelen of een organisatie te weinig hieraan doet, zal de inspectie op bezoek moeten gaan. Een hoog percentage kan voor de inspectie een signaal zijn om op bezoek te gaan.

Teller: aantal cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheidsbeperkende maatregel (M&M) is toegepast	cliënten
---	----------

Noemer: gemiddeld aantal cliënten van de vestiging in de afgelopen 30 dagen	cliënten
---	----------

Percentage cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheidsbeperkende maatregel (M&M) is toegepast	%
---	---

Opmerking bij indicator 16



# Veiligheid

---

## Indicator 17

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

### **Is bij alle cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een middel of maatregel is getroffen, deze maatregel geëvalueerd?**

Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Bijvoorbeeld: een bewoner slaapt met bedhekken om onveilige situaties te voorkomen.

Belangrijk is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt de maatregel of het middel niet zelfstandig kan wegnemen.

Als vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt, moeten zorgverleners dit regelmatig evalueren. Is dit nog nodig? Zijn er andere oplossingen mogelijk?

Het doel van deze gesprekken is om de kwaliteit van de zorg voor deze cliënt te verbeteren.

---

Is bij alle cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een middel of maatregel is getroffen, deze maatregel geëvalueerd?

---

Opmerking bij indicator 17

# Veiligheid

---

## Indicator 18

### Vindt een twee jaarlijkse audit infectiepreventie en hygiëne beleid plaats?

Onder een audit verstaat de inspectie het controleren van een organisatie. Een audit kan worden gedaan in de hele organisatie. Een audit kan ook worden gedaan op een afdeling of op een bepaald systeem. In dit geval richt de audit zich op infectiepreventie en hygiëne. Bij aanbieders die dit doen is de kans groter dat er weinig problemen zijn met infectiepreventie en hygiëne.

---

Vindt een twee jaarlijkse audit infectiepreventie en hygiëne beleid plaats?      ja

---

Opmerking bij indicator 18

Diversey ondersteunt ons bij het auditeren en evalueren van infectiepreventie en hygiëne en op het gebied van HACCP.

# Veiligheid

---

## Indicator 19

**Indien er een aanpassing is geweest in doelgroep, gebouw of organisatiestructuur: is er dan een aanpassing van de RI&E geweest?**

Op verzoek van de cliëntenverenigingen vraagt de inspectie(IGZ) ook naar brandveiligheid. Onderzoek toont aan dat veel zorgaanbieders onvoldoende rekening houden met de risico's bij brand. Andere groepen patiënten, aanpassingen aan gebouwen of andere inzet van personeel (organisatiestructuur aanpassingen zoals bijvoorbeeld overgang naar zelfsturende teams) leiden vaak niet tot verandering van de Risico- Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E), terwijl deze veranderingen wel belangrijk zijn bij de beheersing van risico's bij brand. Dit is de reden dat de IGZ om de brandveiligheid in de ouderenzorg te verhogen vraagt naar de RI&E, hoewel het toezicht daarop valt onder de inspectie SZW.

---

Indien er een aanpassing is geweest in doelgroep,    nee  
gebouw of organisatiestructuur: is er dan een  
aanpassing van de RI&E geweest?

---

Opmerking bij indicator 19

We zijn momenteel bezig een eerste RIE uit te voeren, omdat we een startende organisatie zijn.

# Veiligheid

---

## Indicator 20

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

**Indien er geen aanpassing is geweest in doelgroep, gebouw of organisatiestructuur: is de RI&E dan ouder dan 5 jaar?**

Op verzoek van de cliëntenverenigingen vraagt de inspectie(IGZ) ook naar brandveiligheid. Onderzoek toont aan dat veel zorgaanbieders geen recente Risico- Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E) hebben. Deze RI&E moet inzicht geven in de risico's bij brand.

---

Indien er geen aanpassing is geweest in  
doelgroep, gebouw of organisatiestructuur: is de  
RI&E dan ouder dan 5 jaar?

---

Opmerking bij indicator 20

---



# Mondzorg

---

## Indicator 21

### Worden mondzorgproblemen in het zorgleefplan gesignaleerd?

Alle cliënten behoren een zorgleefplan te hebben met daarin heldere afspraken tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Als hierin mondzorgproblemen worden gesignaleerd en worden beschreven, is de kans groter dat de aanbieder deze gaat oplossen.

---

Worden mondzorgproblemen in het zorgleefplan gesignaleerd? ja

---

Opmerking bij indicator 21

# Mondzorg

---

## Indicator 22

**Is binnen 6 weken na opname de mondgezondheid beoordeeld door een tandarts en is dit vastgelegd in het cliëntdossier?**

Als binnen 6 weken na opname de mondgezondheid wordt beoordeeld, is de kans kleiner dat er mondzorgproblemen ontstaan of al zijn, met alle gevolgen van het niet goed kunnen eten die daarbij horen.

---

Is binnen 6 weken na opname de  
mondgezondheid beoordeeld door een tandarts en  
is dit vastgelegd in het cliëntdossier?

nee

Opmerking bij indicator 22

bewoners zijn onder behandeling van een tandarts omdat ze zelfstandig wonen en ze behoren ieder halfjaar zelf hier naar toe te gaan.

# Mondzorg

---

## Indicator 23

### Is het mondzorgbeleid schriftelijk vastgelegd?

Als is vastgelegd hoe de medewerkers om moeten gaan met de mondzorg van de cliënten, is de kans groter dat medewerkers dit uitvoeren zoals is vastgelegd.

---

Is het mondzorgbeleid schriftelijk vastgelegd?      nee

---

Opmerking bij indicator 23      tenzij bij de intake signalen dat dit noodzakelijk is.

# Mondzorg

---

**Indicator 24**

deze indicator is voor deze locatie niet van toepassing

**Is de multidisciplinaire richtlijn Mondzorg (samengevat) beschikbaar voor alle zorgmedewerkers?**

Als makkelijk is te vinden (en kort is beschreven) hoe de medewerkers om moeten gaan met de mondzorg van de cliënten, is de kans groter dat medewerkers dit uitvoeren zoals is vastgelegd.

---

Is de multidisciplinaire richtlijn Mondzorg  
(samengevat) beschikbaar voor alle  
zorgmedewerkers?

---

Opmerking bij Indicator 24



# Mondzorg

---

## Indicator 25

### Is mondzorg een terugkerend onderdeel van het scholingsplan?

Als mondzorg een vast onderdeel is van de scholing van medewerkers, is de kans groter dat medewerkers voldoende aandacht hebben voor de mondzorg van de cliënten en de mond van de cliënt goed verzorgen.

---

Is mondzorg een terugkerend onderdeel van het scholingsplan?	nee
--	-----

---

Opmerking bij indicator 25	Is geen onderdeel van het leerplein.
----------------------------	--------------------------------------

# Mondzorg

---

## Indicator 26

### Is er een aandachtsvelder mondzorg?

Als een medewerker op een thema, in dit geval mondzorg, een aanjaagfunctie heeft, is de kans groter dat andere zorgmedewerkers het beleid uitvoeren zoals is vastgelegd. Hierdoor wordt voor de cliënten de kans kleiner dat ze problemen krijgen op dat thema, in dit geval mondzorg.

---

Is er een aandachtsvelder mondzorg?	nee
-------------------------------------	-----

---

Opmerking bij indicator 26

# Mondzorg

---

## Indicator 27

### **Is de verantwoordelijkheid voor het toezien op het nakomen van professionele mondzorg interventies vastgelegd?**

Als duidelijk is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor een thema, in dit geval mondzorg, is de kans groter dat deze medewerker ook actie onderneemt als de zorg niet goed wordt uitgevoerd en dus dat de mondgezondheid beter is.

---

Is de verantwoordelijkheid voor het toezien op het  
nakomen van professionele mondzorg interventies  
vastgelegd?

ja

Opmerking bij indicator 27

Deze taak valt onder de Eerst Verantwoordelijke  
Verzorger/verpleegkundige.

---

# Toelichting

---

## Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie

Een korte toelichting door organisatie (op locatieniveau) op de ingevulde indicatorset.

Onderstaande toelichting wordt met de data meegestuurd naar het Zorginstituut en wordt opgenomen in het Openbaar Databestand. Let u zelf op dat hier geen tijdsgebonden zaken of privacygevoelige informatie noteert. Dit geldt alleen voor dit veld, niet voor de toelichting die per vraag kan worden gegeven.

---

Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie

*(Hier kunt u maximaal 500 tekens invoeren: )*

Kloek BV is het hoofdkantoor, waar alleen administratieve zaken verwerkt worden door de bestuurders en waar afspraken ingepland worden voor vergaderingen en dergelijke. Hier wordt dus geen zorg verleend, maar in de locaties Roosendaal en Amsterdam wel.

---



Concern: Kloek B.V.  
Lokatie: Concernniveau: Kloek B.V.  
Status: in bewerking (7-5-2019 7:11:24)

## **Kwaliteitsgegevens Verpleeghuishouding - personeelssamenstelling, verslagjaar 2018 - antwoordenoverzicht**

---

### **Inleiding, reikwijdte, vragen**

---

#### **1 - Inleiding**

In het kwaliteitskader verpleeghuizen is een vijftal indicatoren genoemd met betrekking tot personeelssamenstelling die door de stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuishouding gedefinieerd en geconcretiseerd zijn. Hierbij gaat het om de indicatoren: aard van de aanstellingen, kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers, ziekteverzuim, in-, door- en uitstroom en ratio personeelskosten/ opbrengsten. In deze portal kunt u de benodigde gegevens aanleveren.

##### **1.1 - Reikwijdte**

Belangrijk: de uitvraag van deze indicatoren betreft de zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader: "cliënten met een ZZP-indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op WLZ zorg en ondersteuning. Dit gaat over zorg die geboden wordt aan groepen van cliënten, dan wel zorg die voor een deel van de tijd geclusterd geboden wordt, zoals tijdelijke opnamen. Het kader geldt ook voor situaties waarin mensen kiezen om met een persoonsgebonden budget in groepsverband zorg te krijgen".

##### **1.2 - Vragen**

Het kan zijn dat u nog vragen heeft, daarvoor kunt u contact opnemen met de volgende organisaties:

- Voor inhoudelijke vragen omtrent de indicatoren kunt u terecht bij uw branchevereniging.
- Voor vragen over de reikwijdte van het kwaliteitskader verpleeghuishouding kunt u terecht bij Zorginstituut Nederland.
- Voor technische vragen over de portal kunt u tijdens de periode van aanlevering terecht bij de gegevensmakelaar.

## 2.1 - Aard van de aanstellingen

### Achtergrond

De aard van de aanstellingen zegt met name iets over de kwantitatieve personele bezetting en de mate waarin sprake is van continuïteit in de relatie tussen medewerkers, organisatie en cliënten. Ook zegt het iets over de wijze waarop qua personele inzet ingespeeld wordt c.q. gespeeld kan worden op onplanbare veranderingen in de cliëntvraag. Daarnaast heeft het een relatie met de aantrekkelijkheid van een organisatie op de arbeidsmarkt.

### Indicator 2.1.1

#### Aantal personeelsleden

##### Definitie

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (dus exclusief uitzendkrachten, vrijwilligers, stagiairs, ZZP-ers, andere PNIL, etc.).

##### Vraag

**Hoeveel personeelsleden heeft de organisatie?**

##### Aantal

Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

33 personeelsleden

##### Type indicator

Uitkomstindicator

##### Niveau van meting

Concernniveau

##### In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.

##### Bron

Personeels-/ salarisadministratie.

##### Meetperiode

Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.

##### Meetinstructie

U registreert hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren.

##### Opmerking bij indicator 2.1.1

In 2018 is Kloek Amsterdam opgestart, dus het aantal van 33 is geen goede weergave van personeel ten opzichte van bezetting aantal bewoners.

### Indicator 2.1.2

#### Aantal fte

##### Definitie

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode. Het betreft de betaalde fte's (incl. meeruren, overuren, oproepuren) en niet alleen de fte's zoals contractueel overeengekomen in de arbeidsovereenkomsten.

##### Vraag

**Hoeveel fte's heeft de organisatie?**

##### Aantal

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

32.2 fte



Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.</li> <li>■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.</li> <li>■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.</li> </ul>
Bron	Personeels-/ salarisadministratie of urenadministratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.
Meetinstructie	U registreert hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet c.q. betaald.

Opmerking bij indicator 2.1.2

### Indicator 2.1.3

#### Percentage personeel met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd

**Definitie** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd op een meetmoment gedeeld door het totaal aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde en onbepaalde tijd op datzelfde meetmoment.

**Vraag** Hoeveel procent van de personeelsleden heeft een tijdelijke arbeidsovereenkomst?

**Teller** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd op meetmoment:

17 personeelsleden

**Noemer** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:

33 personeelsleden

**Percentage** 51.5 %

Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.</li> <li>■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.</li> <li>■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.</li> </ul>
Bron	Personeels-/ salarisadministratie.
Meetperiode	Voor deze indicator geldt het meetmoment 31 december 2018
Meetinstructie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U registreert het aantal personeelsleden met een tijdelijke arbeidsovereenkomst op het meetmoment.</li> <li>2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment.</li> <li>3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.</li> </ol>

Opmerking bij indicator 2.1.3

#### Indicator 2.1.4

##### Percentage inzet uitzendkrachten / Personeel Niet In Loondienst (PNIL)

**Definitie** Aantal fte's uitzendkrachten/PNIL ingezet gedurende de periode gedeeld door totaal aantal ingezette fte's door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst gedurende dezelfde periode. PNIL staat voor Personeel Niet In Loondienst en gaat bijvoorbeeld om: uitzendkrachten, ZZP'ers, inhuur disciplines zoals artsen, psychologen, therapeuten e.d.

**Vraag** Hoeveel uitzendkrachten/PNIL zijn er ingezet?

**Teller** Som van de ingezette fte's uitzendkrachten/PNIL over de periode:

12.9 fte

**Noemer** Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

32.2 fte

**Percentage** 40.1 %

**Type indicator** Uitkomstindicator

**Niveau van meting** Concernniveau

**In- en exclusiecriteria** De indicator betreft alleen uitzendkrachten/PNIL en personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.

**Bron** Personeels-/ salarisadministratie en/of urenregistratie

**Meetperiode** Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.

**Meetinstructie**

1. U registreert hoeveel fte's door uitzendkrachten/PNIL er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
2. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

**Opmerking bij indicator 2.1.4** Door de opstart van Amsterdam I en II is de inzet van flexibel personeel hoger dan gewenst.

#### Indicator 2.1.5

##### Percentage kosten uitzendkrachten / Personeel Niet In Loondienst (PNIL)

**Definitie** Kosten van inzet uitzendkrachten/PNIL gedurende de periode gedeeld door som van de personeelskosten van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode.

**Vraag** Hoeveel euro is er procentueel aan uitzendkrachten/PNIL uitgegeven?

**Teller** Som euro's uitgegeven aan inzet van uitzendkrachten/PNIL over de periode:



Noemer	Som personeelskosten van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst: 1341000 euro
Percentage	58.911 %
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	De indicator betreft alleen uitzendkrachten/PNIL en personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
Bron	Financiële administratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.
Meetinstructie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U registreert hoeveel euro is uitgegeven aan inzet van uitzendkrachten/PNIL gedurende de meetperiode.</li> <li>2. U registreert de som van de personeelskosten (betrekking hebbende op personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) gedurende de meetperiode.</li> <li>3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.</li> </ol>

Opmerking bij indicator 2.1.5 De weergave "kosten personeel met een arbeidsovereenkomst" is exclusief de salariskosten van de 2 bestuurders

## Indicator 2.1.6

### Gemiddelde contractomvang

**Definitie** Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.2) gedeeld door gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.1).

**Vraag** Hoe groot is de gemiddelde omvang van een arbeidscontract?

**Teller** Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

32.2 fte

**Noemer** Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:  
33 personeelsleden

**Gemiddelde** 0.98 fte per personeelslid

Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.</li> <li>■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.</li> <li>■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.</li> </ul>

## Meetperiode

Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.

## Meetinstructie

1. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
2. U heeft in 2.1.1 al geregistreerd hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren.
3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

---

Opmerking bij indicator 2.1.6

---

## 2.2 - Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

### Achtergrond

Het kwalificatieniveau van de zorgverleners geeft aan welk niveau aan kwaliteitseisen (middels opleiding en scholing) gesteld wordt aan de medewerkers c.q. functies die ingezet worden bij het leveren van zorg- en dienstverlening aan de cliënten. De door een organisatie gewenste kwalificatieniveaumix vormt idealiter een doorvertaling van de zorgvisie naar een ideale personeelssamenstelling. De kwantitatieve beschikbaarheid van vrijwilligers zegt iets over de extra aandacht die geschonken kan worden aan cliënten buiten de reguliere, professionele zorg- en dienstverlening.

### Indicator 2.2.1

#### Percentage fte per niveau

##### Definitie

Percentage fte per niveau.

##### Vraag

Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit?

##### Noemer

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.2):

32.2 fte

##### Teller 1

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 1 zorg en welzijn":

0 fte

##### Percentage 1

0 %

##### Teller 2

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 2 zorg en welzijn":

4.8 fte

##### Percentage 2

14.9 %

##### Teller 3

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 3 zorg en welzijn":

15.5 fte

##### Percentage 3

48.1 %

##### Teller 4

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 4 zorg en welzijn":

8.3 fte

##### Percentage 4

25.8 %

##### Teller 5

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 5 zorg en welzijn":

0.6 fte

##### Percentage 5

1.9 %

##### Teller 6

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Niveau 6 zorg en welzijn":

0 fte



Percentage 6	0 %
Teller 7	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Behandelaren/(para-)medisch": 0 fte
Percentage 7	0 %
Teller 8	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Overig zorgpersoneel": 0 fte
Percentage 8	0 %
Teller 9	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode met kwalificatieniveau "Leerlingen": 3 fte
Percentage 9	9.3 %
Teller (totaal)	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode, zoals hierboven ingevuld bij "Teller 1" t/m "Teller 9": 32.2 fte
Noemer	Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.2): 32.2 fte
Percentage (totaal)	100 %
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.</li> <li>■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.</li> <li>■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.</li> </ul>
Bron	Personeels-/ salarisadministratie of urenregistratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.
Meetinstructie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U registreert hoeveel fte's (door personeelsleden een arbeidsovereenkomst) met kwalificatieniveau "X" er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.</li> <li>2. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.</li> <li>3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.</li> </ol>

Opmerking bij indicator 2.2.1

**Indicator 2.2.2**



## Aantal stagiairs

**Doc. 7**

Definitie	Aantal stagiairs over de periode.
Vraag	<b>Hoeveel stagiairs heeft de organisatie?</b>
Aantal	Aantal stagiairs over de periode: 7 stagiairs
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	De indicator betreft alleen de stagiairs die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
Bron	Personeels-/ salarisadministratie en/of urenregistratie
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.
Meetinstructie	U registreert hoeveel stagiairs er gedurende de meetperiode bij de organisatie actief waren.
Opmerking bij indicator 2.2.2	

### Indicator 2.2.3

## Aantal vrijwilligers

Definitie	Aantal vrijwilligers over de periode.
Vraag	<b>Hoeveel vrijwilligers heeft de organisatie?</b>
Aantal	Aantal vrijwilligers over de periode: 8 vrijwilligers
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	De indicator betreft alleen de vrijwilligers die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
Bron	Personeels-/ salarisadministratie.
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.
Meetinstructie	U registreert hoeveel vrijwilligers er gedurende de meetperiode bij de organisatie actief waren.
Opmerking bij indicator 2.2.3	

## 2.3 - Ziekteverzuim

Achtergrond	Het ziekteverzuim zegt iets over de mate waarin medewerkers op basis van fysieke- en/of psychische klachten besluiten niet te kunnen werken. In sommige gevallen ligt de oorzaak of een deel van de oorzaak in het werk of de werkomstandigheden. Ziekteverzuim en de wijze waarop ziekteverzuim herbezet wordt, heeft invloed op de personele inzet in relatie tot de cliëntsamenstelling.
-------------	---

### Indicator 2.3.1

#### Ziekteverzuimpercentage

Definitie	CBS/Vernet: Het ziekteverzuim-percentage is het totaal aantal ziektedagen van de personeelsleden, in procenten van het totaal aantal beschikbare (werk-/kalender) dagen van de werknemers in de verslagperiode. Het ziekteverzuimpercentage is inclusief het verzuim langer dan een jaar en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof.
Vraag	<b>Wat is het ziekteverzuimpercentage?</b>
Teller	Aantal ziektedagen (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd): 1348 ziektedagen
Noemer	Aantal werk-/kalenderdagen (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd): 13200 werk-/kalenderdagen
Percentage	10.2 %
Type indicator	Uitkomstindicator
Niveau van meting	Concernniveau
In- en exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.</li> <li>■ Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.</li> <li>■ Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.</li> <li>■ Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen.</li> </ul>
Bron	Personeels-/ salarisadministratie, arbodienstverlener.
Meetperiode	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.
Meetinstructie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U registreert het aantal ziektedagen gedurende de meetperiode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd).</li> <li>2. U registreert het aantal werk-/kalenderdagen gedurende de meetperiode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd).</li> <li>3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.</li> </ol>

Opmerking bij indicator 2.3.1

### Indicator 2.3.2



**Definitie** CBS/Vernet: De verhouding tussen het aantal (ziekte)verzuimgevallen en het aantal personeelsleden. De meldingsfrequentie ziekteverzuim wordt omgerekend naar jaarbasis.

---

**Vraag** Wat is de meldingsfrequentie ziekteverzuim?

**Teller** Aantal nieuwe ziekmeldingen over de periode (voor de berekeningswijze wordt de definitie van het CBS/Vernet gevolgd):

58 ziekmeldingen

**Noemer** Gemiddeld aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode:

33 personeelsleden

**Frequentie** 1.76

---

**Type indicator** Uitkomstindicator

**Niveau van meting** Concernniveau

**In- en exclusiecriteria**

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.
- Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen.

**Bron** Personeels-/ salarisadministratie, arbodienstverlener.

**Meetperiode** Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.

**Meetinstructie**

1. U registreert het aantal nieuwe (ziekte)verzuimgevallen gedurende de meetperiode.
2. U heeft in 2.1.1 al geregistreerd hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er gemiddeld gedurende de meetperiode bij de organisatie in dienst waren.
3. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

---

**Opmerking bij indicator 2.3.2**

---

## 2.4 - In-, door- en uitstroom

### Achtergrond

De in-, door- en uitstroom zegt iets over de stabiliteit van de personele bezetting in relatie tot de cliënten. Een doelgerichte balans tussen enerzijds continuïteit en anderzijds vernieuwing afgestemd op de cliëntbehoefte en de ontwikkelingen hieromtrent vormt de uitdaging. Idealiter geeft in-, door- en uitstroom bewegingsruimte om te komen tot een verbeterde personeelssamenstelling en illustreert het de mate waarin de organisatie weet aan te sluiten op de loopbaanwensen van personeelsleden.

### Indicator 2.4.1

#### Percentage instroom

##### Definitie

Het percentage instroom betreft het aantal personen dat op meetmoment minus 1 jaar niet werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat wel is op meetmoment, gedeeld door het gemiddelde aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van meetmoment en meetmoment minus 1 jaar.

##### Vraag

**Welke omvang heeft de instroom van nieuwe medewerkers?**

##### Teller

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment dat niet werkzaam was als personeelslid met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

27 personeelsleden

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

26 personeelsleden

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:

33 personeelsleden

##### Noemer

Gemiddelde van aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

29.5 personeelsleden

##### Percentage

91.5 %

##### Type indicator

Uitkomstindicator

##### Niveau van meting

Concernniveau

##### In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.

##### Bron

Personeels-/ salarisadministratie.

##### Meetperiode

Voor deze indicator geldt het meetmoment 31 december 2018 en een jaar eerder.

##### Meetinstructie

1. U registreert hoeveel personen op meetmoment minus 1 jaar niet werkzaam zijn als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat wel



- zijn op meetmoment.
2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar.
  3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment.
  4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee.
  5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4.

Opmerking bij indicator 2.4.1

Hoge in- en uitstroom is kenmerkend voor de branche op dit moment.

## Indicator 2.4.2

### Percentage uitstroom

#### Definitie

Het percentage uitstroom betreft het aantal personen dat op meetmoment minus 1 jaar wel werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat niet meer is op meetmoment, gedeeld door het gemiddelde aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van meetmoment en meetmoment minus 1 jaar.

#### Vraag

**Welke omvang heeft de uitstroom van medewerkers?**

#### Teller

Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment minus 1 jaar dat niet werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst op meetmoment:

6 personeelsleden

#### Noemer

Gemiddelde van aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

29.5 personeelsleden

#### Percentage

20.3 %

#### Type indicator

Uitkomstindicator

#### Niveau van meting

Concernniveau

#### In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.

#### Bron

Personeels-/ salarisadministratie.

#### Meetperiode

Voor deze indicator geldt het meetmoment 31 december 2018 en een jaar eerder.

#### Meetinstructie

1. U registreert hoeveel personen op meetmoment minus 1 jaar wel werkzaam zijn als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie, maar dat niet meer zijn op meetmoment.
2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar.
3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment.
4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee.
5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4.

**Indicator 2.4.3****Percentage doorstroom kwalificatieniveau**

**Definitie** Het percentage doorstroom betreft het aantal personen dat op twee opeenvolgende peilmomenten werkzaam is als personeelslid met een arbeidsovereenkomst bij de organisatie en van kwalificatieniveau is gewisseld op meetmoment ten opzichte van meetmoment minus 1 jaar, gedeeld door het gemiddelde aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst van meetmoment en meetmoment minus 1 jaar.

**Vraag** Welke omvang heeft de doorstroom qua kwalificatieniveau van medewerkers?

**Teller** Aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en op meetmoment minus 1 jaar, dat op meetmoment een ander kwalificatieniveau heeft dan op meetmoment minus 1 jaar:

3 personeelsleden

**Noemer** Gemiddelde van aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment en aantal personeelsleden met een arbeidsovereenkomst op meetmoment -1 jaar:

29,5 personeelsleden

**Percentage** 10.2 %

**Type indicator** Uitkomstindicator

**Niveau van meting** Concernniveau

**In- en exclusiecriteria**

- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.

**Bron** Personeels-/ salarisadministratie.

**Meetperiode** Voor deze indicator geldt het meetmoment 31 december 2018 en een jaar eerder.

**Meetinstructie**

1. U registreert hoeveel personeelsleden met een arbeidsovereenkomst er bij de organisatie zijn op meetmoment en op meetmoment minus 1 jaar die op meetmoment een ander kwalificatieniveau hebben dan op meetmoment minus 1 jaar.
2. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment minus 1 jaar.
3. U registreert hoeveel personeelsleden een arbeidsovereenkomst hebben op het meetmoment.
4. De uitkomsten van 2 en 3 worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door twee.
5. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door de uitkomst van 4.



## 2.5 - Ratio personeelskosten / opbrengsten

Achtergrond

Hierbij gaat het om de kwantitatieve personele inzet bij de zorg- en dienstverlening aan de gemiddelde cliënt.

### Indicator 2.5.1

#### Fte zorg / cliënt-ratio

Definitie

Aantal ingezette fte's over de periode gedeeld door het aantal cliënten over de periode. Bij de fte's betreft het de ingezette fte's (incl. meeruren, overuren, oproepuren) en niet alleen de contractuele fte's.

Vraag

Hoeveel fte is er ingezet per cliënt?

Teller

Som van de ingezette fte's van personeelsleden met een arbeidsovereenkomst over de periode (2.1.2)

32,2 fte

Noemer input

Aantal cliëntdagen van de Vectiscodes ZZP/VPT 4-10 over de periode:

16238 cliëntdagen (totaal)

Noemer

Gemiddeld aantal cliënten over de periode (is getal bij noemer input gedeeld door aantal dagen in het jaar dus 365):

44,488

Uitkomst

0,72

Type indicator

Uitkomstindicator

Niveau van meting

Concernniveau

In- en exclusiecriteria

- De indicator betreft alleen cliënten conform de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- De indicator betreft alleen de personeelsleden die gerelateerd zijn aan de cliëntgroep zoals genoemd in paragraaf 1.1 bij reikwijdte.
- Het betreft personeelsleden met een arbeidsovereenkomst.
- Uitgesloten zijn arbeidskrachten die geen arbeidsovereenkomst bij de organisatie hebben, zoals uitzendkrachten, ZZP-ers, gedetacheerden, stagiairs, etc.
- Zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt niet meegenomen.

Bron

Client-/ productieadministratie en personeels-/ salarisadministratie of urenadministratie.

Meetperiode

Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018.

Meetinstructie

1. U registreert hoeveel cliëntdagen van de Vectiscodes ZZP/VPT 4-10 er zijn in de periode.
2. De uitkomst van 1 wordt gedeeld door 365.
3. U heeft in 2.1.2 al geregistreerd hoeveel fte's (door personeelsleden met een arbeidsovereenkomst) er gedurende de meetperiode bij de organisatie zijn ingezet.
4. De van 3 wordt gedeeld door de uitkomst van 2.

Opmerking bij indicator 2.5.1



# Ziekteverzuim-gegevens van Kloek Roosendaal door Assist Verzuim

## Percentage Ziek

Het **Perc. ziek** wordt berekend o.b.v. de nominale werkuren en de uren ziek.

De **nominale werkuren** worden berekend o.b.v. de velden Datum in dienst, Datum uit dienst en de urenschema's van de medewerkers voor de betreffende periode.

De **uren ziek** worden berekend o.b.v. ziekmeldingen en (gedeeltelijk) hersteldmeldingen, de velden Datum in dienst en/of Datum uit dienst en de urenschema's van de medewerkers voor de betreffende periode.

Het **Perc. Ziek 2** wordt berekend o.b.v. het aantal kalenderdagen in de periode en het aantal ziektedagen.

De **ziekte dagen** worden berekend o.b.v. het aantal kalenderdagen tussen de datum ziek en datum hersteld (ongeacht weekenden, gedeeltelijk hersteldmeldingen etc.).

Bij de berekening van de ziektedagen en de kalenderdagen wordt wel rekening gehouden met Datum in dienst en/of Datum uit dienst van de medewerkers. Er kan dus verschil optreden tussen Perc. Ziek en Perc. Ziek 2 door gedeeltelijk hersteld meldingen, mensen die parttime werken en de weekenden.

Het **Perc. Ziek 3** wordt berekend o.b.v. het aantal kalenderdagen in de periode en het aantal ziektedagen o.b.v. AO percentage.

De **ziekte dagen** worden berekend o.b.v. het aantal kalenderdagen tussen de datum ziek en datum hersteld (ongeacht weekenden etc.), hierbij wordt rekening gehouden met het AO percentage bij gedeeltelijk hersteldmeldingen.

Bij de berekening van de ziektedagen en de kalenderdagen wordt wel rekening gehouden met Datum in dienst en/of Datum uit dienst van de medewerkers. Er kan dus verschil optreden tussen Perc. Ziek en Perc. Ziek 2 door gedeeltelijk hersteld meldingen, mensen die parttime werken en de weekenden. Er kan dus verschil optreden tussen Perc. Ziek 2 en Perc. Ziek 3 door gedeeltelijk hersteld meldingen.

Indien urenschema's en/of datum in dienst en datum uit dienst niet of niet correct zijn ingevuld dan zullen de berekende waarden in dit overzicht niet correct zijn.

Indien er tijdens een ziekmelding van afdeling of urenschema gewisseld wordt, zullen de berekende waarden in dit overzicht niet correct zijn **uitleg »**.

Voor deze gegevens geldt dat een ziekmelding meetelt als men in de gekozen periode ziek is (ook als de aanvang van de ziekmelding voor de periode ligt).

Voor deze gegevens geldt dat een ziekmelding (inclusief voorgaande doorlopende ziekmeldingen) voor maximaal 104 weken (728 ziektedagen) meetelt.

Alleen ziekte uren en dagen die (deels) binnen de contractperiode van de organisatie vallen tellen mee.

Er wordt rekening gehouden met de contractperiode van de organisatie bij het berekenen van de nominale uren.

Ziekmeldingen voor zwangerschapsverlof, orgaandonatie e.d. tellen niet mee.



Afdeling	Nominale werkuren	Uren ziek	Perc. ziek	Kalender dagen	Dagen ziek	Perc. ziek 2	Dagen ziek obv AOPerc	Perc. ziek 3
Roosendaal	32746	5205	15,89 %	8727	1495	17,13 %	1391,86	15,95 %
Totaal	32746	5205	15,89 %	8727	1495	17,13 %	1391,86	15,95 %

10.2.e/10.1.d.

[REDACTED]

---

**Van:** Theo | Kloek.nu [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 22 november 2019 14:43  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED] | Kloek.nu; AAA Kloek | Martin van de Graaf  
**Onderwerp:** Documenten Kloek Productie 2: Kenmerk 2019-2408615/V2015924 [REDACTED]  
**Bijlagen:** Kloek Productie 2.pdf

Geachte mevrouw [REDACTED] en geachte mevrouw [REDACTED]

Op basis van uw verzoek voor aanlevering documenten, gisteren (21-11-2019) tijdens uw onaangekondigde bezoek bij Kloek neergelegd, onder kenmerk: 2019-2408615/V2015924/[REDACTED], mail ik u de 6 producties. Gezien de omvang van de producties worden deze afzonderlijk naar u gemaild.

Zo u nog vragen heeft verneem ik dat graag van u.  
Anders zien wij uw verslag tegemoet.

Met in deze mail **Kloek Productie 2**  
Met hartelijke groet,

Theo Berg  
Directeur Kloek



[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10  
2408 GX Alphen aan den Rijn

[REDACTED]

---

**Van:** Theo | Kloek.nu [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 22 november 2019 14:48  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED] | Kloek.nu; AAA Kloek | Martin van de Graaf  
**Onderwerp:** Documenten Kloek Productie 3: Kenmerk 2019-2408615/V2015924/[REDACTED]  
**Bijlagen:** Kloek Productie 3.pdf

Geachte mevrouw [REDACTED] en geachte mevrouw [REDACTED],

Op basis van uw verzoek voor aanlevering documenten, gisteren (21-11-2019) tijdens uw onaangekondigde bezoek bij Kloek neergelegd, onder kenmerk: 2019-2408615/V2015924/[REDACTED], mail ik u de 6 producties. Gezien de omvang van de producties worden deze afzonderlijk naar u gemaild.

Zo u nog vragen heeft verneem ik dat graag van u.  
Anders zien wij uw verslag tegemoet.

Met in deze mail **Kloek Productie 3**

Met hartelijke groet,

Theo Berg  
Directeur Kloek



[REDACTED]  
[REDACTED]  
[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10

2408 GX Alphen aan den Rijn

**Doc. 9**



[REDACTED]

---

**Van:** Theo | Kloek.nu [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 22 november 2019 14:48  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED] | Kloek.nu; AAA Kloek | Martin van de Graaf  
**Onderwerp:** Documenten Kloek Productie 4: Kenmerk 2019-2408615/V2015924 [REDACTED]  
**Bijlagen:** Kloek Productie 4.pdf

Geachte mevrouw [REDACTED] en geachte mevrouw [REDACTED],

Op basis van uw verzoek voor aanlevering documenten, gisteren (21-11-2019) tijdens uw onaangekondigde bezoek bij Kloek neergelegd, onder kenmerk: 2019-2408615/V2015924 [REDACTED], mail ik u de 6 producties. Gezien de omvang van de producties worden deze afzonderlijk naar u gemaild.

Zo u nog vragen heeft verneem ik dat graag van u. Anders zien wij uw verslag tegemoet.

Met in deze mail **Kloek Productie 4**

Met hartelijke groet,

Theo Berg  
Directeur Kloek



[REDACTED]  
[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10

2408 GX Alphen aan den Rijn

**Doc. 10**

[REDACTED]

---

**Van:** Theo | Kloek.nu [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 22 november 2019 14:48  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED] | Martin van de Graaf  
**Onderwerp:** Documenten Kloek Productie 5: Kenmerk 2019-2408615/V2015924/[REDACTED]  
**Bijlagen:** Kloek Productie 5.pdf

Geachte mevrouw [REDACTED] en geachte mevrouw [REDACTED],

Op basis van uw verzoek voor aanlevering documenten, gisteren (21-11-2019) tijdens uw onaangekondigde bezoek bij Kloek neergelegd, onder kenmerk: 2019-2408615/V2015924/[REDACTED], mail ik u de 6 producties. Gezien de omvang van de producties worden deze afzonderlijk naar u gemaild.

Zo u nog vragen heeft verneem ik dat graag van u.  
Anders zien wij uw verslag tegemoet.

Met in deze mail **Kloek Productie 5**

Met hartelijke groet,

Theo Berg  
Directeur Kloek



[REDACTED]  
[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10

2408 GX Alphen aan den Rijn



[REDACTED]

---

**Van:** Theo | Kloek.nu [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 22 november 2019 14:48  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED] Martin van de Graaf  
**Onderwerp:** Documenten Kloek Productie 6: Kenmerk 2019-2408615/V2015924/[REDACTED]  
**Bijlagen:** Kloek Productie 6.pdf

Geachte mevrouw [REDACTED] en geachte mevrouw [REDACTED]

Op basis van uw verzoek voor aanlevering documenten, gisteren (21-11-2019) tijdens uw onaangekondigde bezoek bij Kloek neergelegd, onder kenmerk: 2019-2408615/V2015924/[REDACTED], mail ik u de 6 producties. Gezien de omvang van de producties worden deze afzonderlijk naar u gemaild.

Zo u nog vragen heeft verneem ik dat graag van u.  
Anders zien wij uw verslag tegemoet.

Met in deze mail **Kloek Productie 6**

Met hartelijke groet,

Theo Berg  
Directeur Kloek



[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10



Kloek Hoofdkantoor

---

Aan:  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ

## Productie 2:

- Overzicht scholing / opleidingsplan 2019 - 2020

overzicht Leerlingen Stagiaires 2019-2020

verdieping	leerling/ stagiaire	opleiding leerjaar	begeleiding	periode
kloek 1e	<b>leerling</b>			
		2e jaar VIG		
		3e jaar VIG		vanaf 26 aug
		3e jaar VIG		vanaf 26 aug
		4e jaar VPK		tot feb.
	<b>Stagiaire</b>			
do, vrij		Berkenhof college		22 aug- 13 juli do en vrij
do, vrij		3e jaar VIG		26 aug- 17 jan do en vrij
		1e jaar VIG		1 nov- 13 jul
Kloek 2e	<b>leerling</b>			
		3e jaar VIG		
		1e jaar VIG		
		1e jaar VIG		
		3e jaar VPK		
		3e jaar VPK		
	<b>Stagiaire</b>			
do		kellebeek vakmansroute verzorgende		26 aug- 10 juli do
do		vakamns route verzorgende		26 aug- 10 juli
ma, di, woe		verzorgende IG 3e jaars		18 nov- 13 juli





planning [REDACTED]:

4 t/m 7 maart:

deelnemers:

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

4 maart:

ochtend met [REDACTED] start cursus weken.

middag start bijeenkomst met collegiaal begeleiders en [REDACTED] 11 tot 15 uur

5 maart:

verdieping dag met collegiaal begeleiders zowel ochtend als middag 09.00 12.00 13.00 tot 15.00 Dit zal vooral zijn op de inhoud, hoe draag ik dit over, wat is de beste benadering, casuïstiekbespreking.

6 maart:

middag meelopen met collegiaal begeleiders 12.00 tot 15 uur

familieavond van 18 tot 21.00 uur

7 maart:

middag: eind bijeenkomst met collegiaal begeleiders

11 t/m 14 maart: (nieuwe medewerkers)

deelnemers:

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

11 maart:

start gesprek met [REDACTED] in de ochtend.

11.00 uur tot 15.00 uur start bijeenkomst [REDACTED]s hierbij.

12 maart:

meelopen 9 tot 11.30 [REDACTED]

meelopen 12.30 tot 15.00 [REDACTED]

13 maart:

meelopen 9.00 tot 11.30 [REDACTED]

gesprek vrijwilligersactiviteiten 13.00 tot 14.00

14 maart:  
eindbijeenkomst 10.00 tot 14.00

19 t/m 21 maart: ( medewerkers al even in dienst.)  
deelnemers:

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

19 maart:  
9 tot 10 voorbereiden [redacted]  
11.00 tot 15.00 startbijeenkomst [redacted] is hierbij

20 maart:  
9.00 tot 11.30: meekijken met [redacted]

12.30 tot 15.00 meekijken met [redacted]

21 maart:  
9.00 tot 11.30 meekijken met [redacted]

12.30-16.30 eindbijeenkomst

25 t/m 27 maart:

- gesprek met [redacted] en [redacted] en [redacted] 26-3
- tijd voor familie gesprekken kunnen families zich voor opgeven of als wij in gesprek willen ze uitnodigen
- nog een familiebijeenkomst 25 maart 18.45 - 21.15

23 april t/m 26 april:

deelnemers:

-  
-  
-  
-  
-

23 april:

9.00 voorbereiding met [REDACTED]

11.00 tot 15.00 start bijeenkomst [REDACTED] is hierbij

24 april:

9.00 tot 11.30 meekijken met [REDACTED]

12.30 tot 15.00 meekijken met [REDACTED] en

25 april

middag eind evaluatie met [REDACTED]



opzet training met [redacted] september/ november

Samen met [redacted] overlegd dat ik even mee kijk naar de training van [redacted] bij Kloek.  
Dit ook omdat er nu wederom veel gebeurt in Amsterdam en er wat verschuivingen plaats vinden waardoor we misschien een andere insteek moeten maken.

Graag zou ik jullie allemaal willen vragen mee te denken en te kijken voor de beste invulling van de training.

Het lijkt mij zinvol om de training van [redacted] in Amsterdam te verdelen over september en November, dit omdat er ook 2 nieuwe medewerkers komen die pas een week bezig zijn als [redacted] in Amsterdam start. Misschien is het zinvol om eerst de doelen en visie helder te hebben in september en in november een start te kunnen maken met de beleavingsgerichte zorg hoe deze in te vullen

Dit is mijn opzet:

10 september: start [redacted] in Amsterdam

9 tot 11 overleg met alleen [redacted] doorspreken wat zijn de doelen, deze zijn al globaal op papier en deze worden verder uitgewerkt.

11 tot 15 startbijeenkomst alle medewerkers, dit zijn er 9, hierin ook uitleg geven over de doelen voor de komende trainingen.

11 september Amsterdam

individuele bijeenkomsten medewerkers: allemaal 2 uur met [redacted] doel van dit gesprek:

wat heb je nodig om je vak goed uit te kunnen oefenen bij Kloek

wat maakt jou goed in wat je doet: Hier kan [redacted] bij helpen om positieve feedback te geven.

Wat wil je nog leren ook hier kan [redacted] bij helpen.

wat verwachten we bij Kloek van jou als medewerker

wat zijn de doorgroeimogelijkheden wat is wenselijk. te denken aan taken verantwoordelijkheden

Dit alles kunnen ze voorbereiden door ze vooraf hierover te mailen en te vragen dit in te vullen

12 september Amsterdam

Zelfde als op 11 september vervolg met de andere medewerkers.

16 september Amsterdam

9 tot 11 [redacted] Hoe staan we ervoor, wat willen we bijschaven

11 tot 15 uur: eindbijeenkomst alle medewerkers, wat gaat er nu anders. hoe staat het met de doelen en de visie.

17 september Roosendaal:

9-11 [redacted] doelen en visie roosendaal wat willen we deze keer bereiken ( dit moet ik nog op papier zetten maar ik had eerst tot november :) ) eigen doelen

11-15 uur: collegiaal begeleiders: wat zijn hun eigen doelen en vragen nog voor [redacted] ( kunnen ze voorbereiden) hoe gaat het nu, wat gaan we komende trainingen doen.

18 september roosendaal

bijeenkomst huiskamer diensten met collegiaal begeleider uitleg dementie.

19 september roosendaal

en collegiaal begeleiders uitwerken doelen,

23 september Roosendaal

startbijeenkomst nieuwe medewerkers

meelopen

24 sept

meelopen

25 sept

meelopen en eind bijeenkomst

26 september amsterdam:

familiebijeenkomst

30 september Amsterdam

familiebijeenkomst

1-10 Amsterdam:

individuele familie gesprekken

2-10 Amsterdam

individuele familie gesprekken

3-10 Amsterdam:

individuele familiegesprekken

November:

4- 11 Amsterdam

9-11 uur: hoe staat het ervoor ontwikkelingen e.d.

11-15 uur start bijeenkomst dementie alle medewerkers

5-11 Amsterdam:

meekijken

meekijken

6-11 Amsterdam:

Mee kijken

Meekijken

7-11 Amsterdam:

eindbijeenkomst alle medewerkers

11-11 Roosendaal:

start

middag startbijeenkomst nieuwe medewerkers

12 nov Roosendaal  
meelopen

13 nov Roosendaal:  
meelopen

14 nov Roosendaal  
eindbijeenkomst

18 November Roosendaal:  
bijeenkomst huiskamer assistenten hoe gaat het nu meelopen nog verder uit te werken

19 nov:  
individueel bewoners roosendaal

20 nov:  
familieavond Roosendaal

21 nov:  
eindbijeenkomst alle medewerkers Roosendaal

25 nov

26 nov

27 nov  
bijeenkomst [REDACTED]  
evaluatie training [REDACTED] evaluatie samenwerking en wat verder ter tafel komt.

## Resultaten mijn medewerkers 1 - 244 van 244

Geef een overzicht met resultaten per deelnemer (manager).

Thema	Module	Cijfer	Status	Eindtoets	Opdrachten
<b>Kloek Roosendaal 1</b>					
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Stoeien met grenzen! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Omgaan met weerstand (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Stomazorg en incontinentiezorg (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
Archief tantesleerplein thema	Medicatie: dubbele controle	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
Voorbereiding: Voorbehouden handelingen toetsing	Veilige naalden - Insulinenaald	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Dementie een wondere wereld (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Psychiatrische problematiek bij ouderen (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: timemanagement, beter omgaan met je tijd (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
<b>Algemeen Kloek Roosendaal 1</b>					
De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
<b>Manager Kloek Roosendaal 1 en 2</b>					
De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
<b>Kloek Roosendaal 1</b>					
De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
<b>Kloek Roosendaal 2</b>					



De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	----	----------	----	--------

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	----	----------	----	--------

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	----	----------	----	--------

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	----	----------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	----	----------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	----	----------	----	--------

De nieuwe medewerker	Introductie leerplein	0	Bezig	0x	n.v.t.
----------------------	-----------------------	---	-------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Omgaan met tijdsdruk (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Module Wet BIG niveau 4	0	Bezig	0x	0 van 17
------------------------	-------------------------	---	-------	----	----------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**

De vaardige medewerker	Module Wet BIG niveau 4	0	Bezig	0x	0 van 17
------------------------	-------------------------	---	-------	----	----------

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Module Wet BIG niveau 4	9	Geslaagd	1x	17 van 17
------------------------	-------------------------	---	----------	----	-----------

De vaardige medewerker	Module Wet BIG niveau 4	8	Geslaagd	1x	17 van 17
------------------------	-------------------------	---	----------	----	-----------

Archief tantesleerplein thema	Medicatieveiligheid 3, 3IG, 4, 5 TL	8,5	Geslaagd	4x	21 van 21
-------------------------------	-------------------------------------	-----	----------	----	-----------

De digitale	Roosteren inzake kanteling	0	Gezakt	0x	n.v.t.
-------------	----------------------------	---	--------	----	--------

medewerker	werktijden				
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Een teek pak hem beet! (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
Archief tantesleerplein thema	Week van de Verpleging (toelichting activiteiten)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Ouderenpsychiatrie (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De digitale medewerker	Zelfroosteren in ONS	10	Geslaagd	1x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: De kracht van rituelen (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: De kracht van rituelen (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Baby/kinder reanimatie (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De ontdekkende medewerker	Workshopcarrousel: Baby/kinder reanimatie (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
De digitale medewerker	Spreekuur zelfroosteren ONS	0	Gezakt	0x	n.v.t.
Archief tantesleerplein thema	Domotica Visserhaven	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
De digitale medewerker	Medimo	10	Geslaagd	2x	19 van 19
De vaardige medewerker	COPD niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 5
Kloek Roosendaal 2					
De vaardige medewerker	COPD niveau 3	8	Geslaagd	3x	5 van 5
Kloek Roosendaal 1					
De vaardige medewerker	COPD niveau 3	8	Geslaagd	1x	5 van 5
Kloek Roosendaal 2					
De vaardige medewerker	COPD niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 5

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	COPD niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 5
------------------------	---------------	---	-------	----	---------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	COPD niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 5
------------------------	---------------	---	-------	----	---------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De professionele medewerker	PDL scholing	0	Gezakt	0x	n.v.t.
-----------------------------	--------------	---	--------	----	--------

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Hoe kun je omgaan met prikkels en gevoelens in deze maatschappij? (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	--	---	--------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Hoe kun je omgaan met prikkels en gevoelens in deze maatschappij? (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	--	---	--------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Tantes Trots (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	-------------------------------	---	--------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Fysieke weerbaarheid	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	--	---	--------	----	--------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Ik ben toch niet doof! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Ik ben toch niet doof! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Ik ben toch niet doof! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Persoonlijkheidsstoornissen (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	--	---	--------	----	--------

[REDACTED]



22-11-2019

ViewTable

**Doc. 13**De ontdekkende  
medewerkerWorkshopcarroussel;  
Persoonlijkheidsstoornissen (niet  
verplicht)

0

Gezakt

0x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
thema

Scholing: HACCP

8

Geslaagd

1x

n.v.t.

De ontdekkende  
medewerkerWorkshopcarroussel; Palliatieve  
zorg en begeleiding ( niet  
verplicht)

0

Gezakt

0x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
themaAmbulante Compressie Therapie  
niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 12

**Kloek Roosendaal 2**Archief  
tantesleerplein  
themaAmbulante Compressie Therapie  
niveau 3

8

Geslaagd

1x

12 van 12

**Kloek Roosendaal 1**Archief  
tantesleerplein  
themaAmbulante Compressie Therapie  
niveau 3

9

Geslaagd

1x

12 van 12

**Kloek Roosendaal 2**Archief  
tantesleerplein  
themaAmbulante Compressie Therapie  
niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 12

**Kloek Roosendaal 1**Archief  
tantesleerplein  
themaAmbulante Compressie Therapie  
niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 12

**Kloek Roosendaal 2**Archief  
tantesleerplein  
themaAmbulante Compressie Therapie  
niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 12

**Kloek Roosendaal 1**

De ontdekkende

Workshopcarroussel: Het team in

0

Gezakt

0x

n.v.t.

medewerker jezelf ..... en andersom.

De ontdekkende  
medewerker Workshopcarroussel: Het team in  
jezelf ..... en andersom.

0 Gezakt 0x n.v.t.

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**De vaardige  
medewerker Injecteren

0 Bezig 0x 0 van 4

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**De vaardige  
medewerker Injecteren

0 Bezig 0x 0 van 4

**Kloek Roosendaal 1**De vaardige  
medewerker Injecteren

8 Geslaagd 1x 4 van 4

De vaardige  
medewerker Injecteren

10 Geslaagd 1x 4 van 4

De vaardige  
medewerker Injecteren

0 Bezig 0x 0 van 4

**Kloek Roosendaal 2**De vaardige  
medewerker Injecteren

10 Geslaagd 1x 4 van 4

**Kloek Roosendaal 1**De vaardige  
medewerker Injecteren

8 Geslaagd 2x 4 van 4

**Kloek Roosendaal 2**De vaardige  
medewerker Injecteren

0 Bezig 0x 0 van 4

**Kloek Roosendaal 1**De vaardige  
medewerker Injecteren

0 Bezig 0x 0 van 4

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Injecteren	0	Bezig	0x	0 van 4
------------------------	------------	---	-------	----	---------

#### Kloek Roosendaal 1

[REDACTED]

De professionele medewerker	De-escalatie facilitair	0	Bezig	0x	n.v.t.
-----------------------------	-------------------------	---	-------	----	--------

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshops ethiek: Wat zie jij in de spiegel van je werk? (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 7
------------------------	-------------------------	---	-------	----	---------

#### Kloek Roosendaal 2

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3	0	Bezig	3x	7 van 7
------------------------	-------------------------	---	-------	----	---------

#### Kloek Roosendaal 1

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3	9	Geslaagd	1x	7 van 7
------------------------	-------------------------	---	----------	----	---------

#### Kloek Roosendaal 2

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 7
------------------------	-------------------------	---	-------	----	---------

#### Kloek Roosendaal 1

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 7
------------------------	-------------------------	---	-------	----	---------

#### Kloek Roosendaal 2

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 7
------------------------	-------------------------	---	-------	----	---------

#### Kloek Roosendaal 1

[REDACTED]

De professionele medewerker	Fysieke belasting: Beeldschermwerk	0	Bezig	0x	n.v.t.
-----------------------------	------------------------------------	---	-------	----	--------

#### Algemeen Kloek Roosendaal 1

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Mw.D.A. van Eekelen**

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------



medewerker

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Tante's trots! (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Dementie (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Dementie (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Dementie (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Dementie (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---	---	--------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

Archief  
tantesleerplein  
thema

Introductie Digitaal leerplein  
(LNWB)

10

Geslaagd

1x

De vaardige  
medewerker

Vaardigheidstraining: Module Wet  
BIG (3IG)

0

Bezig

0x

0 van 7

Kloek Roosendaal 2

De vaardige  
medewerker

Vaardigheidstraining: Module Wet  
BIG (3IG)

8

Geslaagd

1x

7 van 7

Kloek Roosendaal 1

De vaardige  
medewerker

Vaardigheidstraining: Module Wet  
BIG (3IG)

6

Gezakt

3x

0 van 7

Kloek Roosendaal 2

De vaardige  
medewerker

Vaardigheidstraining: Module Wet  
BIG (3IG)

0

Bezig

0x

0 van 7

Kloek Roosendaal 1

De vaardige  
medewerker

Vaardigheidstraining: Module Wet  
BIG (3IG)

0

Bezig

0x

0 van 7

Kloek Roosendaal 2

De vaardige  
medewerker

Vaardigheidstraining: Module Wet  
BIG (3IG)

0

Bezig

0x

0 van 7

Kloek Roosendaal 1

De vaardige  
medewerker

Stomazorg niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 13

Kloek Roosendaal 2

De vaardige  
medewerker

Stomazorg niveau 3

9

Geslaagd

1x

10 van 13

Kloek Roosendaal 1

De vaardige  
medewerker

Stomazorg niveau 3

8

Geslaagd

1x

13 van 13

Kloek Roosendaal 2

De vaardige  
medewerker

Stomazorg niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 13

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige  
medewerker

Stomazorg niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 13

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige  
medewerker

Stomazorg niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 13

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige  
medewerker

Sondevoeding niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 11

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige  
medewerker

Sondevoeding niveau 3

8

Geslaagd

2x

5 van 11

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige  
medewerker

Sondevoeding niveau 3

8

Geslaagd

1x

11 van 11

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige  
medewerker

Sondevoeding niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 11

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige  
medewerker

Sondevoeding niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 11

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige  
medewerker

Sondevoeding niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 11

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige  
medewerker

Decubitus & Chronische  
Wondzorg niveau 3

0

Bezig

0x

0 van 6

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige medewerker	Decubitus & Chronische Wondzorg niveau 3	8	Geslaagd	1x	6 van 6
------------------------	--	---	----------	----	---------

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Decubitus & Chronische Wondzorg niveau 3	8	Geslaagd	1x	6 van 6
------------------------	--	---	----------	----	---------

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige medewerker	Decubitus & Chronische Wondzorg niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 6
------------------------	--	---	-------	----	---------

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Decubitus & Chronische Wondzorg niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 6
------------------------	--	---	-------	----	---------

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige medewerker	Decubitus & Chronische Wondzorg niveau 3	0	Bezig	0x	0 van 6
------------------------	--	---	-------	----	---------

**Kloek Roosendaal 1**

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Slikproblemen (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	--	---	--------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Workshopcarroussel: Hoe gaat het met uw pensioen? (niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	--	---	--------	----	--------

De ontdekkende medewerker	Tante's Trots! (Niet verplicht)	0	Gezakt	0x	n.v.t.
---------------------------	---------------------------------	---	--------	----	--------

Archief tantesleerplein thema	BHV	0	Gezakt	0x	n.v.t.
-------------------------------	-----	---	--------	----	--------

De professionele medewerker	BOPZ basis	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
-----------------------------	------------	----	----------	----	--------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**

De professionele medewerker	Ouderenmishandeling	0	Gezakt	0x	n.v.t.
-----------------------------	---------------------	---	--------	----	--------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**



De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

#### Kloek Roosendaal 1

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

#### Kloek Roosendaal 2

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

#### Kloek Roosendaal 1

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

9,1 Geslaagd 1x n.v.t.

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

10 Geslaagd 0x n.v.t.

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

#### Kloek Roosendaal 2

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

#### Kloek Roosendaal 1

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

De professionele  
medewerker Ouderenmishandeling

0 Gezakt 0x n.v.t.

De professionele  
medewerker

Ouderenmishandeling

9,1

Geslaagd

2x

De professionele  
medewerker

Ouderenmishandeling

0

Gezakt

0x

n.v.t.

**Kloek Roosendaal 2**De professionele  
medewerker

Ouderenmishandeling

8,2

Geslaagd

2x

n.v.t.

De professionele  
medewerker

Ouderenmishandeling

0

Gezakt

0x

n.v.t.

**Kloek Roosendaal 1**De professionele  
medewerker

Ouderenmishandeling

0

Gezakt

0x

n.v.t.

**Kloek Roosendaal 2**De professionele  
medewerker

Ouderenmishandeling

0

Gezakt

0x

n.v.t.

**Kloek Roosendaal 1**De professionele  
medewerker

Ouderenmishandeling

8

Geslaagd

1x

n.v.t.

De nieuwe  
medewerker

Verbindend communiceren

0

Gezakt

0x

n.v.t.

De nieuwe  
medewerker

Verbindend communiceren

10

Geslaagd

0x

n.v.t.

De digitale  
medewerker

ONS Basis

10

Geslaagd

3x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
thema

Calamiteiteninstructie

10

Geslaagd

0x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
thema

Calamiteiteninstructie

10

Geslaagd

1x

n.v.t.

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**Archief  
tantesleerplein

COPD niveau 3IG, 4, 5

0

Bezig

0x

0 van 5

thema

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**

Archief

COPD niveau 3IG, 4, 5

0

Bezig

0x

0 van 5

thema

**Kloek Roosendaal 1**

Archief

tantesleerplein

COPD niveau 3IG, 4, 5

9

Geslaagd

1x

0 van 5

thema

Archief

tantesleerplein

COPD niveau 3IG, 4, 5

0

Bezig

0x

0 van 5

thema

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**De vaardige  
medewerkerDecubitus & Chronische  
Wondzorg niveau 3IG,4,5

0

Bezig

0x

0 van 6

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**De vaardige  
medewerkerDecubitus & Chronische  
Wondzorg niveau 3IG,4,5

0

Bezig

0x

0 van 6

**Kloek Roosendaal 1**De vaardige  
medewerkerDecubitus & Chronische  
Wondzorg niveau 3IG,4,5

8,7

Geslaagd

0x

0 van 6

De vaardige  
medewerkerDecubitus & Chronische  
Wondzorg niveau 3IG,4,5

0

Bezig

0x

0 van 6

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**De vaardige  
medewerker

Diabetes Mellitus

0

Bezig

0x

n.v.t.

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**De vaardige  
medewerker

Diabetes Mellitus

0

Bezig

0x

n.v.t.

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Diabetes Mellitus	8,7	Geslaagd	0x	n.v.t.
------------	------------------------	-------------------	-----	----------	----	--------

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Diabetes Mellitus	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------	------------------------	-------------------	---	-------	----	--------

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Diabetes Mellitus	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------	------------------------	-------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Diabetes Mellitus	8	Geslaagd	1x	n.v.t.
------------	------------------------	-------------------	---	----------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Diabetes Mellitus	8	Geslaagd	3x	n.v.t.
------------	------------------------	-------------------	---	----------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Diabetes Mellitus	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------	------------------------	-------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Diabetes Mellitus	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------	------------------------	-------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Diabetes Mellitus	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------	------------------------	-------------------	---	-------	----	--------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3IG, 4, 5	0	Bezig	0x	0 van 7
------------	------------------------	---------------------------------	---	-------	----	---------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3IG, 4, 5	0	Bezig	0x	0 van 7
------------	------------------------	---------------------------------	---	-------	----	---------

**Kloek Roosendaal 1**



De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3IG, 4, 5	8,7	Geslaagd	0x	0 van 7
------------------------	---------------------------------	-----	----------	----	---------

De vaardige medewerker	Katheteriseren niveau 3IG, 4, 5	8,5	Geslaagd	2x	7 van 7
------------------------	---------------------------------	-----	----------	----	---------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1****Archief**

thema	Sondevoeding niveau 3IG, 4, 5	0	Bezig	0x	0 van 11
-------	-------------------------------	---	-------	----	----------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2****Archief**

tantesleerplein thema	Sondevoeding niveau 3IG, 4, 5	0	Bezig	0x	0 van 11
-----------------------	-------------------------------	---	-------	----	----------

**Kloek Roosendaal 1****Archief**

tantesleerplein thema	Sondevoeding niveau 3IG, 4, 5	8,7	Geslaagd	0x	0 van 11
-----------------------	-------------------------------	-----	----------	----	----------

**Archief**

tantesleerplein thema	Sondevoeding niveau 3IG, 4, 5	0	Bezig	0x	0 van 11
-----------------------	-------------------------------	---	-------	----	----------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Stomazorg niveau 3IG,4,5	0	Bezig	0x	0 van 13
------------------------	--------------------------	---	-------	----	----------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**

De vaardige medewerker	Stomazorg niveau 3IG,4,5	0	Bezig	0x	0 van 13
------------------------	--------------------------	---	-------	----	----------

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Stomazorg niveau 3IG,4,5	8,7	Geslaagd	0x	0 van 13
------------------------	--------------------------	-----	----------	----	----------

De vaardige medewerker	Stomazorg niveau 3IG,4,5	0	Bezig	0x	0 van 13
------------------------	--------------------------	---	-------	----	----------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**

Archief  
tantesleerplein  
thema

Ambulante Compressie Therapie  
niveau 3IG,4,5

0

Bezig

0x

0 van 12

#### Manager Kloek Roosendaal 1 en 2

Archief  
tantesleerplein  
thema

Ambulante Compressie Therapie  
niveau 3IG,4,5

0

Bezig

0x

0 van 12

#### Kloek Roosendaal 1

Archief  
thema

Ambulante Compressie Therapie  
niveau 3IG,4,5

8,7

Geslaagd

0x

0 van 12

Archief  
tantesleerplein  
thema

Ambulante Compressie Therapie  
niveau 3IG,4,5

10

Geslaagd

1x

12 van 12

#### Algemeen Kloek Roosendaal 1

De vaardige  
medewerker

Toedienen opiaten

0

Bezig

0x

n.v.t.

#### Manager Kloek Roosendaal 1 en 2

De vaardige  
medewerker

Toedienen opiaten

0

Bezig

0x

n.v.t.

#### Kloek Roosendaal 1

De vaardige  
medewerker

Toedienen opiaten

8,7

Geslaagd

0x

n.v.t.

De vaardige  
medewerker

Toedienen opiaten

8

Geslaagd

1x

n.v.t.

De vaardige  
medewerker

Toedienen opiaten

0

Bezig

0x

n.v.t.

#### Kloek Roosendaal 2

De vaardige  
medewerker

Toedienen opiaten

10

Geslaagd

1x

n.v.t.

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Toedienen opiaten	10	Geslaagd	3x	n.v.t.
------------------------	-------------------	----	----------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige medewerker	Toedienen opiaten	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Toedienen opiaten	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige medewerker	Toedienen opiaten	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

Archief tantesleerplein thema	Visie en Teamvorming	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
-------------------------------	----------------------	----	----------	----	--------

Archief tantesleerplein thema	Kleinschalig wonen	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
-------------------------------	--------------------	----	----------	----	--------

Archief tantesleerplein thema	Scholing Visserhaven: Stagedag 1	0	Gezakt	0x	n.v.t.
-------------------------------	----------------------------------	---	--------	----	--------

De professionele medewerker	Omgaan met dementie	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
-----------------------------	---------------------	----	----------	----	--------

Archief tantesleerplein thema	Scholing Visserhaven: Domotica	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
-------------------------------	--------------------------------	----	----------	----	--------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 4	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**

De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 4	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 4	8,7	Geslaagd	0x	n.v.t.
------------	------------------------	-----------------------------	-----	----------	----	--------

[REDACTED]	De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 4	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------	------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

Archief tantesleerplein thema	Scholing Visserhaven eindtoets	9,1	Geslaagd	1x	n.v.t.
-------------------------------	--------------------------------	-----	----------	----	--------

Archief tantesleerplein thema	Scholing Vossemeren stage (intern)	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
-------------------------------	------------------------------------	----	----------	----	--------

Archief tantesleerplein thema	Introductie in de organisatie	0	Gezakt	0x	n.v.t.
-------------------------------	-------------------------------	---	--------	----	--------

De professionele medewerker	Into d'mentia	10	Geslaagd	0x	n.v.t.
-----------------------------	---------------	----	----------	----	--------

De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 3	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 3	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 3	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 3	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 3	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**



[REDACTED]

De vaardige medewerker	Bevoegd en bekwaam niveau 3	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Algemeen Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Manager Kloek Roosendaal 1 en 2**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	8,7	Geslaagd	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	-----	----------	----	--------

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	10	Geslaagd	2x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	----	----------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	8	Geslaagd	1x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	----------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 1**

[REDACTED]

De vaardige medewerker	Klysmat en zetpil toedienen	0	Bezig	0x	n.v.t.
------------------------	-----------------------------	---	-------	----	--------

**Kloek Roosendaal 2**

De vaardige  
medewerker

Klysmas en zetpil toedienen

0

Bezig

0x

**Kloek Roosendaal 1**Archief  
tantesleerplein  
themaScholing Visserhaven: Stagedag  
2

0

Gezakt

0x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
themaCommunicatie en  
Gesprekstechnieken

10

Geslaagd

0x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
thema

Carenportaal

10

Geslaagd

0x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
themaScholing Visserhaven stage  
(extern)

10

Geslaagd

0x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
thema

Scholing: Gezonde voeding

9,3

Geslaagd

1x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
thema

Simulatiedag

10

Geslaagd

0x

n.v.t.

Archief  
tantesleerplein  
themaScholing Visserhaven:  
Terugkomdag

0

Gezakt

0x

n.v.t.

Presentielijst interne opleiding

Naam opleiding:	Basisscholing 'Aandacht voor mensen met dementie' DEEL 2 GR2	Plaats opleiding:	Roosendaal
Naam opleidingsinstituut:	Konvida - aandacht voor dementie	Deelnemer tekent voor aanwezigheid, verklaart in dienst te zijn bij de instelling, en verklaart dat de opleiding in werktijd heeft plaatsgevonden	

Dit formulier alleen gebruiken voor opleidingsdagen tot 1 mei 2018. Vanaf die datum is het format presentielijst verplicht.

Naam deelnemer	Datum lesdag 1 14 maart	Datum lesdag 2 15 maart	Datum lesdag 3 16 maart	Datum lesdag 4 16 maart	Datum lesdag 5 23 maart	Datum lesdag 6	Datum lesdag 7	Naam docent:	
	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Totaal uren deelnemer	Handtekening deelnemer
	3	1,5		3	2,5			10	
	3	1,5		3	2,5			10	
	3	1,5		3	2,5			10	
	3	1,5		3	2,5			10	
	3		1,5	3	2,5			10	
	3		1,5	3	2,5			10	
	3		1,5	3	2,5			10	

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding en zijn bestude uren aan deze opleiding

								Totaal uren docent:	Handtekening docent en de datum ondertekening (handmatig)
Opleidingsuren op opleidingsdag									
Voor- en nawerk op opleidingsdag (uren gerelateerd aan de opleiding)									

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding

Naam leidingsgevende	Handtekening leidingsgevende (handmatig)	Datum ondertekening (handmatig)



Presentielijst interne opleiding

Naam opleiding:	Basisscholing 'Aandacht voor mensen met dementie' DEEL 2 GR1	Plaats opleiding:	Roosendaal
Naam opleidingsinstituut:	Konvida - aandacht voor dementie	Deelnemer tekent voor aanwezigheid, verklaart in dienst te zijn bij de instelling, en verklaart dat de opleiding in werktijd heeft plaatsgevonden	

Dit formulier alleen gebruiken voor opleidingsdagen tot 1 mei 2018. Vanaf die datum is het format presentielijst verplicht.

	Datum lesdag 1 8 maart	Datum lesdag 2 9 maart	Datum lesdag 3 12 maart	Datum lesdag 4 13 maart	Datum lesdag 5 23 maart	Datum lesdag 6	Datum lesdag 7	Naam docent:	
Naam deelnemer	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Totaal uren deelnemer	Handtekening deelnemer
	3	1,5		3	2,5			10	
	3	1,5		3	2,5			10	
	3	1,5		3	2,5			10	
	3		1,5	3	2,5			10	
	3		1,5	3	2,5			10	
	3		1,5	3	2,5			10	
	3		1,5	3	2,5			10	

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding en zijn bestede uren aan deze opleiding

								Totaal uren docent	Handtekening docent en de datum ondertekening (handmatig)
Opleidingsuren op opleidingsdag									
Voor- en nawerk op opleidingsdag (uren gerelateerd aan de opleiding)									

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding

Naam leidinggevende	Handtekening leidinggevende (handmatig)	Datum ondertekening (handmatig)



Presentielijst interne opleiding

Naam opleiding:	Basisscholing 'Aandacht voor mensen met dementie' DEEL 2 GR 3	Plaats opleiding:	Roosendaal
Naam opleidingsinstituut:	Konvida - aandacht voor dementie	Deelnemer tekent voor aanwezigheid, verklaart in dienst te zijn bij de instelling, en verklaart dat de opleiding in werktijd heeft plaatsgevonden	

Dit formulier alleen gebruiken voor opleidingsdagen tot 1 mei 2018. Vanaf die datum is het format presentielijst verplicht.

	Datum lesdag 1 19 maart	Datum lesdag 2 19 maart	Datum lesdag 2 20 maart	Datum lesdag 2 21 maart	Datum lesdag 3 21 maart	Datum lesdag 4 23 maart	Datum lesdag 7	Naam docent:	
Naam deelnemer	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Totaal uren deelnemer	Handtekening deelnemer
	3	1,5			3	2,5		10	
	3	1,5			3	2,5		10	
	3		1,5		3	2,5		10	
	3		1,5		3	2,5		10	
	3			1,5	3	2,5		10	
	3			1,5	3	2,5		10	

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding en zijn bestede uren aan deze opleiding

								Totaal uren docent	Handtekening docent en de datum ondertekening (handmatig)
Opleidingsuren op opleidingsdag									
Voor- en nawerk op opleidingsdag (uren gerelateerd aan de opleiding)									

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding

Naam leidingsgevende	Handtekening leidingsgevende (handmatig)	Datum ondertekening (handmatig)

Presentielijst interne opleiding

Naam opleiding:	introductie "aandacht voor dementie"	Plaats opleiding:	Roosendaal
Naam opleidingsinstituut:	Konvida -aandacht voor dementie	Deelnemer tekent voor aanwezigheid, verklaart in dienst te zijn bij de instelling, en verklaart dat de opleiding in werktijd heeft plaatsgevonden	

Dit formulier alleen gebruiken voor opleidingsdagen tot 1 mei 2018. Vanaf die datum is het format presentielijst verplicht.

1 maart	Datum lesdag 2	Datum lesdag 3	Datum lesdag 4	Datum lesdag 5	Datum lesdag 6	Datum lesdag 7	Naam docent:	
Naam deelnemer	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Totaal uren deelnemer	Handtekening deelnemer
	2	2					4	
	2	2					4	
	2	2					4	
	2	2					4	

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding en zijn bestede uren aan deze opleiding

								Totaal uren docent	Handtekening docent en de datum ondertekening (handmatig)
Opleidingsuren op opleidingsdag								4	
Voor- en nawerk op opleidingsdag (uren gerelateerd aan de opleiding)									

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding

Naam leidinggevende	Handtekening leidinggevende (handmatig)	Datum ondertekening (handmatig)



## Presentielijst interne opleiding

Naam opleiding:	<b>introductie 'Aandacht voor mensen met dementie' Kloek Amsterdam</b>	Plaats opleiding:	<b>Amsterdam</b>
Naam opleidingsinstituut:	<b>Konvida - aandacht voor dementie</b>	Deelnemer tekent voor aanwezigheid, verklaart in dienst te zijn bij de instelling, en verklaart dat de opleiding in werktijd heeft plaatsgevonden	

Dit formulier alleen gebruiken voor opleidingsdagen tot 1 mei 2018. Vanaf die datum is het format presentielijst verplicht.

Naam deelnemer	Datum lesdag 1 27 februari	Datum lesdag 1 28 februari	Datum lesdag 3 22 maart	Datum lesdag 4	Datum lesdag 5	Datum lesdag 6	Datum lesdag 7	Naam docent:	
	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Uren aanwezig	Totaal uren: deelnemer	Handtekening deelnemer
	3		2					5	
	3		2					5	
	3		2					5	
	4		2					6	
		4	2					6	
		3	2					5	
		3	2					5	

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding en zijn besteede uren aan deze opleiding

								Totaal uren docent:	Handtekening docent en de datum ondertekening (handmatig)
Opleidingsuren op opleidingsdag									
Voor- en nawerk op opleidingsdag (uren gerelateerd aan de opleiding)									

Ondergetekende (docent) verklaart de aanwezigheid van de deelnemers bij de opleiding

<u>Naam leidingsgevende</u>	<u>Handtekening leidingsgevende (handmatig)</u>	<u>Datum ondertekening (handmatig)</u>

Kloek Hoofdkantoor

---

Aan:  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ

## Productie 4:

1. Visie en kernwaarden Kloek
2. Visie op Persoonsgerichte zorg

- Kwaliteitsverslag 2018



# ***Kwaliteitsverslag 2018***





## Voorwoord

Terugkijkend op 2018 zien we een jaar van fijn, constructief, bevlogen en doelgericht samenwerken. Een jaar waarin we weer hard hebben gebouwd aan de kwaliteit van wonen en zorg bij Kloek, evenals fijn werken.

Het management had samen met alle medewerkers een belangrijk aandeel in de ontwikkelingen.

Ook is een cliëntenraad samengesteld en opgericht bij de locatie van Kloek in Roosendaal. Meerdere kandidaten hebben zich opgegeven en Sonja Bos, lid van de Raad van Commissarissen, heeft de selectie hiervan op zich genomen. Er zijn 3 leden geselecteerd, een voorzitter, een secretaris en een lid. Zij zijn in december 2018 geïnstalleerd.

De geselecteerde kandidaten hadden al veel contact met het bestuur waardoor het wederzijds vertrouwen en de positieve impuls aanwezig is om er zorg voor te dragen dat we de kwaliteit gaan verbeteren daar waar dit nodig blijkt te zijn. Daar zetten wij in 2019 graag samen verder op in. Immers, de zorg en dienstverlening kun je beter samen doen.

Met 2017 en 2018 in het achterhoofd gaan wij verder. In dit verslag kunt u lezen wat onze visie is en hoe wij daar in de praktijk inhoud en vorm aan geven voor onze bewoners.

Bestuur Kloek Wonen met Zorg:

Martin van der Graaf

Theo Berg



## Inhoud

Voorwoord	2
Inleiding	4
Over Kloek Wonen met Zorg	4
Onze missie	5
Onze visie	5
Kwaliteit en Veiligheid	5
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	5
Wonen en Welzijn	7
Veiligheid	9
Randvoorwaarden	9
Leiderschap	9
Personeel	9
Stuurinformatie	10
Tevredenheid bewoners	10



## Inleiding

Het nieuwe kwaliteitskader Verpleeghuiszorg van Zorginstituut Nederland is begin 2017 vastgesteld. De uitgangspunten hierin zijn de leidraad voor dit kwaliteitsplan waarin Kloek Wonen met Zorg aangeeft hoe zij invulling geeft aan de diverse uitgangspunten en geeft weer waar we staan en welke ambities we hebben. Tot op heden waren de genoemde punten opgenomen in diverse beleidsstukken waaronder het ondernemingsplan/jaarplan. Dit kwaliteitsplan is in de kern een compilatie van alle al aanwezige beleidsstukken. Het is een levend document waar gedurende ons leerproces door het jaar heen aanpassingen in zullen plaatsvinden. Zo is het onze ambitie om het jaarplan onderdeel te laten zijn van dit kwaliteitsplan. Daarmee vervult het kwaliteitsplan haar doel nl. leidend zijn in de beleidsvorming en ontwikkeling van Kloek Wonen met Zorg.

## Over Kloek Wonen met Zorg

Kleinschalig wonen voor mensen met dementie betekent bij Kloek: zelfstandig wonen met warme zorg dichtbij. Kloek is dan ook geen zorginstelling. Wij willen juist dat mensen met dementie een zo gewoon mogelijk leven kunnen leiden. Bij Kloek draait het dan ook om wonen en welzijn.

### Zo ziet kleinschalig wonen voor mensen met dementie er bij Kloek uit:

- elke bewoner huurt zijn eigen appartement (scheiding van wonen en zorg)
- elk appartement heeft een eigen wc, badkamer en keukenblok
- per 9 bewoners is er een gezamenlijke woon-, kook- en eetruimte
- bewoners volgen zo veel mogelijk hun eigen leefritme en houden regie daar waar het kan, ondersteunt door medewerkers, familie en domotica
- familie is van harte welkom, op elk moment en wordt betrokken in de in- en/of aanvulling van welzijn voor hun familielid die bij Kloek woont.
- als de bewoners willen helpen bij het huishouden, de moestuin bijhouden of koken mag dat. Maar het hoeft niet.
- samen het menu bedenken voor de maaltijd

Voor ons heeft kleinschalig wonen alles met wonen te maken. Bewoners leven bij ons zo veel mogelijk het leven dat ze gewend waren. Zij willen misschien de moestuin bijhouden. Meehelpen in het huishouden. Of samen boodschappen doen en koken. Dat kan bij Kloek. Bewoners mogen natuurlijk ook opstaan wanneer ze willen en bezoek ontvangen wanneer het hen uitkomt.

Bewoners richten hun appartement in met hun eigen meubels. Ze mogen de muren behangen of verven in een kleur die ze zelf willen. En eigen gordijnen ophangen. Daardoor voelen zij zich zo vertrouwd mogelijk bij Kloek.





### Onze missie

Kloek Wonen met Zorg heeft als missie om alle mensen met dementie zo goed mogelijk te ondersteunen en te (ver)zorgen zodat zij zo lang mogelijk de regie houden over hun eigen leven.

### Onze visie

Kloek Wonen met Zorg biedt voor ouderen met dementie, zelfstandig wonen in Kleinschalige Woonvoorzieningen, in een warme en veilige omgeving. De regie hoort bij de bewoner, en wordt benadrukt door scheiden van wonen en zorg. Professionele medewerkers zorgen 24 x 7 voor het continue vangnet van aandacht, begeleiding, zorg en veiligheid.

## Kwaliteit en Veiligheid

### Kwaliteit

Kloek, wonen met zorg doet er alles aan om bewoners veilige en goede zorg te geven. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in mei 2016 laten weten dat Kloek voldoet aan de randvoorwaarden daarvoor. Ook voldoen wij aan de voorwaarden van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Wij hebben onze klachtenafhandeling volgens die wet geregeld. Sinds Juni 2018 is Kloek lid van Branchevereniging Thuiszorg Nederland (BTN) voor continue kwaliteitsverbetering en -controle.

Er is veel aandacht besteed aan het ISO certificeringstraject. En wij mogen zeggen: met goed resultaat: Kloek is voorgedragen voor het ISO 9001:2015 certificaat. Dit volgt in januari/februari 2019.



### Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de bewoners in alle levensdomeinen uitgangspunten zijn van de zorg - en dienstverlening. Met als doel om de bijdrage aan de kwaliteit van leven van de bewoners zo optimaal mogelijk te laten zijn. Hieronder volgt de beschrijving van de wijze waarop we dit binnen Kloek Wonen met Zorg vorm geven:



'Eigen regie voor bewoners. Dat kan!'

### Professioneel niveau van zorg

De bewoners ontvangen zorgverlening volgens wettelijke vereisten en professionele standaarden. Indien nodig kan er een beroep gedaan worden op externe deskundigen.

### Vastlegging en registratie

Voor het vastleggen en registratie van rapportage wordt gebruik gemaakt van het elektronische cliënten dossier (ECD) Nedap Ons. Dit ECD is in het laatste kwartaal van 2018 ingevoerd, en medewerkers zijn inmiddels allen geïnstrueerd hoe ermee te werken. In 2019 zal Caren, het



rapportage-deel van het ECD toegankelijk worden gemaakt voor de 1e contactpersonen van de bewoners. Zij kunnen dan meelezen in de rapportages en de bewonersagenda inzien.

### **Zorgleefplan**

Sinds 1 januari 2008 is het wettelijk verplicht om voor elke bewoner een zorgleefplan te hanteren. Tijdens het huisbezoek zal de medewerker van Kloek zoveel mogelijk informatie verzamelen om deze later in het zorgplan vast te leggen. Na het opnamegesprek maakt de eerste verantwoordelijke verzorgende/verpleegkundige (EVV) aan de hand van de zorgdoelen – vier domeinen – het zorgplan op in Nedap Ons. De EVV zal samen met de bewoner en de contactpersoon de doelen van de zorgverlening bespreken en overleggen welke zorg en ondersteuning de bewoner precies gaat krijgen. Na het bespreken van het zorgleefplan zorgt de EVV voor ondertekening van het zorgleefplan. De doelen van de vier domeinen worden zo beschreven dat er bij veranderingen gerapporteerd wordt, om te voorkomen dat er onnodig veel gerapporteerd wordt. De stijl van leven, gewoonten, wensen worden geïnventariseerd en uiteindelijk leidt dit, samen met de eigen observaties tot een zorgleefplan van de bewoner. Periodiek wordt de stand van zaken rondom de bewoner doorgenomen met de teamleider. Ieder half jaar wordt het zorgleefplan met de bewoner en 1e contactpersoon geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Indien nodig wordt het zorgplan eerder aangepast en geëvalueerd met de bewoner en contactpersoon. Evaluatie momenten worden vastgelegd in het ECD en in de afdelingsagenda.

### **Eerste verantwoordelijke verzorgende/verpleegkundige**

Iedere bewoner, samen met de 1e contactpersoon, krijgt twee EVV's toegewezen, om zo continuïteit van zorg en communicatie te bevorderen. De EVV's zorgen voor een actueel zorgleefplan en communiceren doelen en afspraken met de collega's zorgverleners. De EVV's zorgen voor de coördinatie en continuïteit van de (multidisciplinaire) zorg aan de bewoners, op het gebied van verpleging en verzorging, behandeling en begeleiding, wonen en welzijn van de bewoners. De (multidisciplinaire) zorg is gericht op de bewoner en zijn/haar (woon)omgeving. Dit vereist continue coaching en ondersteuning van de Teamleider.

## **Wonen en Welzijn**

### **Warme zorg voor mensen met dementie**

Mensen met dementie wonen dan wel zelfstandig bij Kloek, maar krijgen vanzelfsprekend ook alle zorg die ze nodig hebben. Precies op maat en van speciaal getrainde zorgverleners. Hoe



'Dementie heeft ook mooie kanten'

familieleden onze zorg ervaren en hoe medewerkers het vinden om bij Kloek te werken, leest u in onze blogs en nieuwsbrieven. Dit zijn echte verhalen, betrokkenen die geïnterviewd zijn door onze tekstschrijver. Wij bieden als Kloek beleavingsgerichte zorg: wij sluiten voortdurend aan bij hoe een bewoner zich nu voelt en wat hij nodig heeft om zich op zijn gemak te voelen. Dat is een vak





# kloek wonen met zorg

apart en dementiecoach [REDACTED] traint onze medewerkers 2 keer per jaar individueel, maar geeft ook uitleg en handvatten aan familieleden, zodat zij begrijpen wat de ziekte voor gevolgen heeft en waarom hun vader/moeder of echtgenoot veranderd en hoe daar mee om te gaan. Juist de continuïteit in haar training is belangrijk voor onze kwaliteit van zorg zodat er een verdiepingsslag gemaakt kan worden in beleavingsgerichte zorg. Als Kloek blijven wij voortdurend leren, omdat wij altijd nog beter voor onze bewoners willen zorgen.

Wij doen bijvoorbeeld geen onnodig beroep op het kortetermijngeheugen van bewoners. Daarmee creëren we rust voor bewoners. Best lastig omdat wij van nature gewend zijn om altijd naar feiten te vragen. Ook organiseren wij bewust niet te veel activiteiten maar laten wij ons adviseren door [REDACTED] wat onze bewoners nog aankunnen, zodat het altijd maatwerk blijft. Onze ervaring is dat een kwartier naast een bewoner zitten en aandacht voor hem of haar hebben, die bewoner meer goed kan doen dan 2 uur naar de kermis gaan.

## **Veilig kleinschalig wonen voor mensen met dementie**

Bij Kloek kunnen bewoners gaan en staan waar zij willen, maar natuurlijk doen wij er wel alles aan om hen zo veilig mogelijk op pad te laten gaan. Voor optimale rust, privacy en veiligheid voor bewoners gebruiken wij een combinatie van tablets, telefoons, domotica en gps-horloges. Zo krijgen bewoners zo veel mogelijk bewegingsvrijheid, en weet je dat je partner, vader of moeder zo veilig mogelijk bij Kloek woont.

De vrijheid bij Kloek levert ook een spanningsveld op, want vrijheid kan samengaan met risico's. Wij zoeken als Kloek voortdurend naar de juiste balans tussen veiligheid en bescherming en gaan daarover ook voortdurend in gesprek met familie en mantelzorgers. Bij de intake en selectie van een nieuwe bewoner wordt dit onderwerp uitvoerig besproken met familieleden.

Tegelijkertijd is onze ervaring ook dat bewoners die bijvoorbeeld thuis onrustig waren en vaak zomaar de straat op liepen, dat bij ons niet doen. Of veel minder. Wij merken dat bewoners bij ons tot rust komen en door de aandacht, structuur en warme sfeer veel minder drang hebben om weg te willen. Ook doordat er continue aandacht is van zowel andere bewoners, medewerkers of familieleden, wordt de vereenzaming tegen gegaan.

Wie wel eens op een gesloten afdeling voor mensen met dementie in een verpleeghuis is geweest, weet dat veel bewoners dan alles in het werk stellen om weg te kunnen. Juist dat is voor familie en bezoek vaak zo pijnlijk om te zien. Wij kiezen er bij Kloek dan ook bewust voor om geen gesloten afdeling voor mensen met dementie te hebben.

Sowieso heeft Kloek geen afdelingen, omdat mensen met dementie bij ons een eigen appartement huren en dus zelfstandig wonen.



### **Bij Kloek kun je tot het laatst blijven wonen**

Wie bij Kloek komt wonen, hoeft nooit meer te verhuizen, ook niet als de bewoner terminaal ziek wordt. Onze medewerkers kunnen alle nodige zorg geven, ook de zorg in de laatste levensfase. En als er toch extra zorg voor een bewoner nodig is, dan huren wij die in. Voor gespecialiseerde zorg hebben wij afspraken met diverse zorgorganisaties gemaakt.

Voor bewoners is het erg prettig om in hun vertrouwde appartement te kunnen blijven en de eigen huisarts te kunnen houden voor de eventuele medische zorg. Indien nodig schakelt de huisarts de specialist ouderengeneeskunde in en/of andere behandelaren.

Doordat de ontwikkeling van de ziekte voor iedereen anders uitwerkt en dit onvoorspelbaar is, kunnen er situaties ontstaan waardoor het wonen bij Kloek niet meer mogelijk is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het vertonen van continue- en excessief agressief gedrag, of wanneer het onder dwang toe moeten dienen van medicatie noodzakelijk wordt, en dat tegen de wil van de bewoner. In die gevallen wordt een overplaatsing naar een verpleeghuis met familieleden uitvoerig besproken. In de praktijk is dit geen probleem omdat er van te voren al een en ander gesignaleerd wordt en alle ondersteuning is geprobeerd die we kunnen krijgen. Daarin worden de familieleden vanzelfsprekend vroegtijdig meegenomen en als dan uiteindelijk blijkt dat de grenzen van Kloek bereikt zijn, is de overstap hierna ook niet zo moeilijk meer. Dit is van de ongeveer 65 bewoners die Kloek gehad heeft 3 x voorgekomen.

### **Geen wachtlijst voor mensen met dementie**

Kloek heeft geen wachtlijst voor mensen met dementie die bij Kloek willen wonen. Als u uw partner, vader of moeder aanmeldt, is er vaak al snel plek. Dat is een groot voordeel, want als eindelijk het besluit om iemand te laten verhuizen is genomen, is de situatie vaak al heel heftig of bijna onhoudbaar. Dan is het fijn als er op korte termijn een goede oplossing is.

### **Veiligheid**

Kloek Wonen met Zorg streeft naar optimale veiligheid voor haar cliënten. Soms staat echter de veiligheid in contrast met het welzijn/welbevinden van cliënten. Dit wordt steeds meer een thema met de toename van de complexiteit van de zorgvraag van cliënten. Medicijn-veiligheid blijft een belangrijk item bij Kloek. Er zijn in 2017 en 2018 op beide locaties externe audits gedaan. Hierbij is een duidelijk dalende trend in het aantal foutmeldingen zichtbaar geworden. Uiteindelijk is in het 4e kwartaal van 2018 NCare ingevoerd. Dit zorgt voor een optimale registratie en (dubbele) controle van de toegediende medicijnen via een digitaal systeem. Ook hierin zijn alle medewerkers geïnstrueerd en weten hoe met het systeem moet worden gewerkt. De externe audits worden daarnaast in 2019 voortgezet, zodat er geen foutieve werkwijze kan groeien.





Hieronder nog een aantal voorbeelden waarmee we de veiligheid van onze bewoners vergroten:

- GPS Horloges
- Domotica
- Gediplomeerd personeel
- BHV trainingen
- Dementie trainingen
- Het volgen van de HACCP richtlijnen
- Het registreren van fouten en bijna ongevallen via de MIC-registratie en MIC-commissie

## Randvoorwaarden

### Leiderschap

#### Raad van Commissarissen

Het bestuur dient jaarlijks haar gevoerde beleid en strategie te verantwoorden aan de Raad van Commissarissen. De wijze waarop dit toezicht plaatsvindt is vastgelegd in een Reglement Raad van Commissarissen van Kloek Wonen met Zorg.

Hiermee wordt tevens voldaan aan de Zorgbrede Governancecode.

### Personeel

In de locaties van Kloek werken hechte teams van verzorgenden en verpleegkundigen met ervaring in de zorg voor mensen met dementie. Allemaal hebben zij een speciale 'drive' om goed voor mensen met dementie te zorgen.

Per locatie is er een teamleider. Die begeleidt allereerst de teamleden bij hun werk. Zij stuurt op goede kwaliteit van zorg en regelt veel zaken die voor de hele locatie gelden.

De geboden zorg wordt uitsluitend door professioneel gekwalificeerd personeel geleverd. De geboden zorg voldoet aan de eisen en voorwaarden zoals gesteld in inkoopdocumenten en de productspecificaties en tenminste aan hetgeen binnen de kring van beroepsbeoefenaren gebruikelijk is. Kloek Wonen met Zorg streeft naar een evenwichtige verhouding tussen zorgvraag en inzet van zorg. De organisatie heeft zelf personeel in loondienst en zet haar productiebudget niet door aan derden.

Door de achtergrond van beide bestuurders in de personele dienstverlening is het werven en selecteren van vaardig en gekwalificeerd personeel bekend terrein.



'Werken bij Kloek is voor mij een droombaan'



Alvorens zorg-medewerkers in te zetten bij cliënten, doorlopen zij een uitgebreide selectieprocedure waarbij onder andere om diploma's, referenties en een VOG verklaring wordt gevraagd in het kader van de vergewisplicht. Indien tijdens de uitvoering of bij toetsing de wenselijkheid van extra bijscholing blijkt, of als de medewerker deze behoefte zelf aangeeft, wordt extra scholing gearrangeerd. Zorg-medewerkers op niveau 4 en 5 zijn geregistreerd in het BIG-register.

Daarnaast dienen deze medewerkers alsmede de overige zorg-medewerkers een actueel overzicht te hebben van hun bekwaamheid in (verpleegtechnisch) handelen. Tevens is Kloek een erkend Leerbedrijf voor beroepen in de zorg (verzorgende IG niveau 3 en verpleegkundige niveau 4). Hierdoor is er extra eigen aanwas van nieuw gediplomeerd personeel.



Kloek Wonen met zorg hanteert de CAO Zorg en Welzijn voor het personeel.

#### **Stuurinformatie**

Middels diverse informatiestromen werkt Kloek wonen met zorg aan constante kwaliteitsverbetering, denk hierbij aan:

- Cliënten tevredenheid onderzoeken
- Medewerker tevredenheids onderzoeken
- Zorgkaart Nederland
- Interne en externe audits
- MIC-registraties
- Afwijkingen registratie (pdca-cyclus via managementoverleg)
- Lokale CliëntenRaad
- Medewerkers-bekwaamheids-overzicht
- Export medewerkers-kwaliteit en -formatie

#### **Tevredenheid bewoners**

De bewoners worden zo veel mogelijk betrokken bij de zorgverlening binnen Kloek. Eens per maand wordt per huiskamer een huiskameroverleg gehouden met de bewoners en twee medewerkers van Kloek om zo de tevredenheid van de bewoners te peilen en optimaal te houden. Meestal is een lid van de Locale Cliëntenraad (LCR) hierbij aanwezig.



Onderstaande onderwerpen komen maandelijks terug:

- Sfeer huiskamer
- Maaltijden
- Schoonmaak
- Activiteiten
- Zorgverlening
- Medewerkers en bejegening



'Zij verdienen een goede laatste tijd'

De actiepunten in de verslaglegging worden gedeeld met de LCR en in de teamvergadering besproken om de actiepunten te optimaliseren. Zo is eind 2018 voor de maaltijden FoodFocus in de arm genomen, die verse ingrediënten aanlevert maar wel samengesteld in kant en klare menu's, die medewerkers en bewoners hebben opgesteld. Hierdoor is meer variatie in de menu's ontstaan en krijgen medewerkers ondersteuning in het klaarmaken van een lekkere maaltijd. Vers en gevarieerd, lekker en gezond.



Kloek Hoofdkantoor

---

Aan:  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ

## Productie 5:

- Verslagen Teamoverleg (3x)



**Werkbespreking Kloek 24 September 14.00 uur:**

voorzitter: [REDACTED]

aanwezig: [REDACTED]

notulist: [REDACTED]

Waarom de werkbepreking gedaan wordt door een CB, teamoverleg krijgt, een andere invulling. Dit om ook cliënten te bespreken en wat is er nu nodig, wat gaat goed en wat kan beter. vooral interactief iets. Het is per afdeling, Het zal 1 keer in de 3 maanden verplicht zijn. notulen worden verspreid.

opening: hoe zit iedereen er bij: [REDACTED] ervaart het positief en leuk, een warm ad. voelt goed. erg positief de aandacht voor de bewoners. soms wordt een structuur gemist.

[REDACTED] is weer wat rustiger na de vakantieperiode, merk je ook bij de bewoners.

[REDACTED] is ook positief ervaart ook meer rust, gestart met de opleiding, dit is erg wennen.

[REDACTED] ervaart ook meer rust, heftige vakantieperiode, 2 huiskamer diensten werkt erg prettig.

[REDACTED] ervaart ook rust. [REDACTED] herkent ook het stuk structuur wat gemist wordt. zijn we mee aan de slag om die weer terug te krijgen. druk met de opleiding om die af te gaan ronden.

[REDACTED] zit er goed bij, mist ook structuur, maar krijgt de lijnen weer wat beter te pakken.

**Notulen en actiepunten vorige bespreking:**

- Wie belt de huisarts: de verzorgende van Kloek.
  - wie belt de apotheek de verzorgende van kloek maar mailen is soms effectiever. alleen ad hock zaken via telefoon.
  - Wanneer wordt contactpersoon gebeld? als er een bijzonderheid te melden is over een bewoner. het liefst via Evv als deze langer weg is dan huiskamer verantwoordelijke als dat lang duurt de verzorgende.
- verschil contactpersoon en mentor? Mentor is aangewezen en heeft beslissingsrecht over een bewoner. mentor moet verplicht ingelicht worden.

- Rapportages lezen blijft een aandachtspunt.

[REDACTED] vindt dat de rapportages slecht gaan, dingen staan niet geschreven. bijvoorbeeld de pleister zijn besteld maar is dat gebeurt en wanneer komt het binnen?

degene die de medicatie besteld moet alles nalopen ook de opiaten.

mocht je de laatste pakken dan gelijk via huisarts bestellen en rapporteren

1 oktober wordt dit verder besproken.

Hoe gaat de samenwerking met CB? Weet je bij wie je terecht kan, ja dat is [ ] helder maar voor wat precies is niet helder.

Wat is de functie inhoud?

Collegiaal begeleiders worden extra geschoold door [ ] over de benadering, zij ondersteunen op de afdeling bij het maken van zorgplannen en bij familie gesprekken. ook meedenken in de processen leveren ze een bijdrage aan.

[ ] ervaart soms dat collegiaal begeleider hem overruled, en hier dan niet in betrokken wordt. mist de terugkoppeling waarom zij anders beslissen. Wat kan [ ] hier zelf in? die vraagt het wel na en was inderdaad een fout gemaakt, maar voelde zich een beetje afgescheept. tip, doorvragen totdat het bevredigend is.

[ ] ervaart het als zeer prettig. heeft hulp ingeroepen en kreeg ook goed respons hierdoor was het snel helder. [ ] vind het goed voelen. en heeft ook baat gehad bij de hulp met [ ] naar het kijke naar bewoners. [ ] voelt het ook goed.

[ ] wordt nu als zichtbaar ervaren, [ ] wil actiever vragen hoe het gaat wil meer zichtbaar worden. Dit wordt als positief bestempeld.

Personeelsvertegenwoordiging:

- deze hebben we op het moment niet. Dit is wel onze verantwoording dat deze aanwezig is. Wie hiervoor in aanmerking wil komen, kan zich aanmelden bij Theo.

ARBO:

tilthermometer moet ingevuld worden, gezamenlijk tijdens werkoverleg.

Er is een dame die zich met regelmaat laat vallen. Dit is zwaar om te tillen. Zij wordt nu in de rolstoel verpleegd. dus zij hoeft niet te lopen op dit moment.

Algemene mededelingen:

Papiercontainer komt aanstaande Vrijdag.

Vandaag en morgen alle deuren en wanden beplakt op de nieuwbouw.

Gebruik digitale agenda van de bewoner. te veel afspraken worden nog alleen in de rapp. gezet maar afspraken MOET in de agenda anders wordt er niks mee gedaan. familie krijgt ook bevoegdheid om dingen in de agenda te zetten. wanneer wordt de rapportage gelezen? voor de dienst tijdens overdrachtsmoment mee lezen op de app.

Wie de afspraak maakt zet het in de agenda.

Mededelingen vanuit aandachtsvelden:

Activiteiten: Huifkartocht 5 Oktober.

Inco Materialen: Worden besteld door [redacted] en [redacted]  
 leerlingen / Stagiaires: [redacted] gestart met de opleiding Vig,  
 [redacted] gestart met de opleiding verpl. Bol leerlingen: [redacted] Snuffelstage: [redacted]  
 [redacted] (deze mogen niet alleen gelaten worden en mogen geen verantwoording  
 gegeven worden over bijv. een huiskamer).

Bewoners naar buiten: Dit mag en kan gewoon. uiteraard met alle maatregelen die we  
 daarbij treffen. Hier hoeft geen mIC melding voor ingevuld te worden.

Hoe was het:

voor [redacted] was dit goed.

[redacted] vindt het ook prettig.

[redacted] voelt ook goed [redacted] merkt de spanning die is nu weg en dat voelt goed dat t  
 open besproken wordt.

[redacted] merkt dat het goed is dat er meer gezegd kan worden.

[redacted] is weer blij dat het er is.

[redacted] vindt het ook prettig en het wordt concreter en heeft meer inzicht nu

Actielijst:

wat	wie	deadline	afgerond
overdracht duurt te lang, overdragen met laptop met to the point!	iedereen moet elkaar aanspreken	doorlopend	
incomaterialen bestellen	[redacted]	doorlopend	



anekdotes voor [REDACTED]	iedereen	doorlopend	
richtlijnen voor de late dienst/nachtdienst. wat doet de nachtdienst wel en wat niet.	[REDACTED]	maart	



# Agenda

Betreft: Werkoverleg Kloek afdeling 1  
Datum: 08-10-2019  
Tijd: 14:00-15:00  
Plaats: Overdracht ruimte Kloek  
Voorzitter: [REDACTED]  
Notulist: [REDACTED]  
Aanwezig: [REDACTED]

1. Opening (hoe zit iedereen erbij?).  
[REDACTED] is er een keer bij aanwezig om een gezicht te geven aan [REDACTED], zij zal een keer in de zoveel tijd aansluiten, ze zit er goed bij. [REDACTED] zit er ook goed bij, naar haar zin. [REDACTED] zit er ook goed bij heeft voorkeur voor avonden. [REDACTED] zit er ook goed bij. [REDACTED] gaat goed. [REDACTED] heeft het ook naar haar zin, met plezier naar haar werk. [REDACTED] zit er ook goed bij druk met opleiding.
2. Uitleg waarom werkbespreking nieuwe invulling krijgt en door wie.  
Werkbespreking zal vormgegeven worden door de collegiaal begeleiders. andere invulling ook meer cliëntgericht. 1 keer in de 3 maanden verplicht en weer per gang. wel iedereen krijgt de notulen.
3. Notulen en actiepunten vorige bespreking.  
goed letten op de stagiaires, niet alleen in de woonkamer. Samenwerking met collegiaal begeleiders op 1: [REDACTED] Zij worden ondersteunt ook door [REDACTED] in de begeleiding van onze bewoners
4. Uitleg en begeleiding N-care.  
Vanuit de MIC meldingen komt naar voren dat er best wat fouten gemaakt worden in het medicatie delen, aftekenen e.d. Iedereen krijgt een meeloop moment met een collegiaal begeleider om mee te lopen en weer de uitleg te krijgen.  
COLlegiaal begeleider zullen iedereen uitnodigen om mee te lopen.
5. MIC meldingen wanneer wel of geen MIC melding?  
Een MIC melding hoeft niet als er iemand naar buiten loopt Als iemand buiten valt wel maar niet alleen bij het naar buiten lopen. slotjes op deuren niet meer. de slotjes worden weggehaald. MIC zelf invullen als je bij een incident bent geweest.
6. Nieuw overzicht EVV en plannen.  
nieuw overzicht met de uitleg over EVV en huiskamer verantwoordelijke zal aanhangsel zijn van de notulen
7. Algemene mededelingen.
  - de opening is morgen voor alle belanghebbenden.
  - loten voor de feestdagen:
  - Helaas is het niet gelukt vrijwillig om te ruilen dus we moeten loten

nachtdiensten Oud en Nieuw: [REDACTED]  
verantwoordelijke dienst laat oud en nieuw: [REDACTED]  
Verantwoordelijke dienst vroeg: [REDACTED]  
Helpende oud en nieuw vroeg: [REDACTED]

Verlofformulier weer gebruiken met de daarvoor gestelde data van aanvragen.

Verlof aanvraag is voor 2 of meer dagen.

Langer werken doorgeven aan [REDACTED] via een mail.

Papier container is geleverd.

8. Mededelingen vanuit aandachtsvelden.

9. Rondvraag

- sleutels: kan dit aangevuld worden. [REDACTED] zal kijken.
- stoeltjes zijn weg uit de huiskamer zijn vervangen.

10. Hoe heeft iedereen deze werkbijeenkomst ervaren?

Wordt als prettig ervaren [REDACTED] moest even wennen.

11. Vaststellen volgend werkoverleg.

5 november.

12. Sluiting.

**Werkbespreking Kloek 22 Oktober 2019 14:00u**

**Voorzitter:** [REDACTED]

**Notulist:** [REDACTED]

**Aanwezig:** [REDACTED]

**Opening:** Hoe zit iedereen erbij? [REDACTED] zit er goed bij wel druk. [REDACTED] op zich goed, merkt dat ze nog in veel dingen onwetend is. [REDACTED] uitgerust.

**Punten: vorige notulen.**

Nieuw overzicht EVV en plannen. nieuw overzicht met de uitleg over EVV en huiskamer verantwoordelijke was aanhangsel van de vorige notulen. Was dit voor iedereen duidelijk?  
ja

Uitleg en begeleiding N-care. Vanuit de MIC meldingen komt naar voren dat er best wat fouten gemaakt worden in het medicatie delen, aftekenen e.d. Iedereen krijgt een meeloop moment met een collegiaal begeleider om mee te lopen en weer de uitleg te krijgen. Collegiaal begeleider zullen iedereen uitnodigen om mee te lopen.

MIC meldingen wanneer wel of geen MIC melding? Een MIC melding hoeft niet als er iemand naar buiten loopt Als iemand buiten valt wel maar niet alleen bij het naar buiten lopen. slotjes op deuren niet meer. de slotjes worden weggehaald. MIC zelf invullen als je bij een incident bent geweest.

Voor [REDACTED] was ook niet geheel duidelijk dat wij niet gelijk achter bewoners aan moesten.

[REDACTED] vorige week waren er wat problemen met het rooster op etage 1. Ze konden dit niet meer geheel terug krijgen zoals het was. Zoals het rooster nu staat is hij definitief!

**mededelingen vanuit aandachtsvelden:**

**Rondvraag:** [REDACTED] vraagt of er een basisrooster komt. Dit is wel het idee voor in de toekomst.

**Volgende werkoverleg:**

**5 November 2019 1ste etage!**

**19 November 2019 2de Etage!**

**Sluiting.**

Kloek Hoofdkantoor

---

Aan:  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ  
Mevr. [REDACTED] Inspecteur IGJ

**10.2.e.**

## Productie 6:

- Audit medicatieveiligheid 2019





**OOSTERLOO**  
INTERIMMANAGEMENT



**Toelichting  
bevindingen medicatiecontrole  
26 april 2018**

**Kloek De Eglantier  
te Roosendaal**



**10.2.e.**

**9 mei 2018**

**Bevindingen medicatiecontroles 26 april 2018 Kloek,  
De Eglantier te Roosendaal**

**Inleiding**

Op 26 april 2018 heeft wederom een medicatiecontrole plaatsgevonden ter check of de aangegeven adviezen opgevolgd zijn en actie is ondernomen op de aandachtspunten die vanuit de eerdere evaluaties in kaart zijn gebracht.

**Bevindingen**

Hieronder staan de geconstateerde bevindingen per appartement nader omschreven in de volgorde zoals de appartementen gecontroleerd zijn op voornoemde datum 26 april 2018.

**Bevindingen per appartement d.d. 26 april 2018**

**10.1.d/10.2.e**

**Appartement [REDACTED]**

- Alles netjes afgetekend.
- [REDACTED] openingsdatum 09-04-2018 staat wel op doosje vermeld, maar niet op de tube.

**Appartement [REDACTED]**

- Medicatie van 12.00 uur is nog niet gegeven om 12.35 uur.
- La is netjes opgeruimd.

**Appartement [REDACTED]**

- Geweldig, complimenten, ziet er top uit!

**Appartement [REDACTED]**

- [REDACTED] er staat geen openingsdatum op doosje en tube zelf.
- [REDACTED] stopdatum is 23-02-2018, maar ligt nog wel in de la.
- Zo nodig [REDACTED] Er ligt ook nog een doosje van 500 mg. Wat is de afspraak? Dit eerst opmaken?

**Appartement [REDACTED]**

- Compliment: de medicatiela ziet er goed uit, top!
- Het mandje onder in de kast bevat 7 doosjes [REDACTED] -> Veel voorraad.
- [REDACTED] op het doosje staat 3x per week om de andere dag. -> Er staat geen openingsdatum op tube en doosje.

**Appartement [REDACTED]**

- [REDACTED] niet langer dan 1 week gebruiken. -> datum 06-02-2018 zit nog wel in de la.
- Verder prima!

**Koelkast:**

- De deur naar de koelkast en opiaten was open.
- Registratiemap wordt netjes bijgehouden.
- 19-04-2018 is de laatste dag dat controle van de koelkast is geweest.

**Controles gedaan op de 2<sup>e</sup> verdieping:****Appartement [REDACTED]**

- [REDACTED] zit in de baxter, maar er liggen ook nog 3 doosjes.
- Oogdruppels: de openingsdatum 12-04-2018 staat op het doosje en niet op het flesje zelf.
- Verder perfect!

**Appartement [REDACTED]**

- [REDACTED] zit in de baxter, maar ligt ook aangebroken in de la.
- Scheerapparaat ligt in de la samen met nog wat andere spullen.
- De la is niet schoon -> even een doek erdoorheen halen.
- Verder prima.

**Appartement [REDACTED]**

- Er liggen spullen in de la die er niet in thuishoren: geld.
- Er ligt 2x [REDACTED] plus zonder openingsdatum.
- Er ligt [REDACTED] zonder openingsdatum vermeld op tube en doosje.

**Appartement [REDACTED]**

- Er ligt [REDACTED] zonder openingsdatum vermeld op tube en doosje.
- Rommelig: er ligt allemaal papier, kaartjes en tussen inco-materiaal ligt medicatie. Is dit voorraad? Werd dit gebruikt: [REDACTED]? -> Er zit nog 1 tablet in doosje maar staat niet op de deellijst.





Appartement [REDACTED]:

- Er liggen spullen die er niet horen: [REDACTED] -> Er staat niet 'voor zo nodig' op de deellijst.

Appartement [REDACTED]:

- Rommelige la: schroefjes, verband, papier, pleister, schoenlepel.
- Zalf zonder vermelding van de openingsdatum.
- [REDACTED] zonder gegevens.

Appartement [REDACTED]:

- Netjes
- Het kastje onder de la is voorzien van beperkte voorraad.





**Geadviseerde acties -> grotendeels idem zoals geadviseerd in eerdere rapportages van de metingen gedaan in laatste 2 maanden 2017 en 1<sup>ste</sup> 2 maanden van 2018! Waarbij extra aandacht voor nieuwe actie: vermelden van openingsdatum op doosje en tube/flesje.**

- Aandacht blijven houden voor voorraad (niet teveel en niet in doosjes als medicatie ook in baxterrol zit -o.a. Paracetamol-).
- Goed letten op wat wel en niet in de medicijnla thuishoort en welke zaken (afgesloten) in kastje onder de medicijnla bewaard dienen te worden.
- Ook letten op overzichtelijkheid van opgeborgen/afgesloten zaken.
- Tevens aandacht voor de deellijst en het (op tijd) geven van medicatie.
- Let op het vermelden van de openingsdatum van tubes, flesjes etc.: zowel op doosje als op tube of flesje zelf vermelden!
- Medicatie die niet (meer) gebruikt wordt verwijderen.

Opgesteld d.d. 9 mei 2018 door:

[Redacted]

**10.2.e.**

Oosterloo Interimmanagement BVBA/Zorgzorro



**OOSTERLOO**  
INTERIMMANAGEMENT



**Toelichting  
bevindingen medicatiecontrole  
13 en 17 juli 2018**

**Kloek De Eglantier  
te Roosendaal**



**10.2.e.**

**18 juli 2018**

## Bevindingen medicatiecontroles 13 en 17 juli 2018 Kloek, De Eglantier te Roosendaal

### Inleiding

Op 13 en 17 juli 2018 hebben wederom medicatiecontroles plaatsgevonden ter check of de aangegeven adviezen opgevolgd zijn en actie is ondernomen op de aandachtspunten die vanuit de eerdere controles in kaart zijn gebracht.

### Bevindingen algemeen

Hieronder staan de geconstateerde bevindingen per appartement nader omschreven in de volgorde zoals de appartementen gecontroleerd zijn op voornoemde data 13 en 17 juli 2018.

#### Algemeen

- Temperatuurlijst koelkast – medicatie (oplaten): de laatste meting is gedaan in juni jl.
- De deur naar de opiatenruimte waar de koelkast staat, is niet goed afgesloten c.q. kan niet op slot -> dinsdag 17 juli jl. stond deze open.
- Oogdruppels worden vaak gegeven -> Is dit nodig?
- Bloeddrukverlagers worden vaak gegeven -> Is dit nodig?

### Bevindingen per appartement d.d. 13 juli 2018 – controle vanaf 08.30 uur

#### Appartement [REDACTED]

- [REDACTED] onder in de kast -> openingsdatum 06-02-2018 -> niet langer dan 1 week gebruiken. Lag bij de controle d.d. 26-04-2018 ook nog in de la! -> Dus opruimen: heb ik laten doen.

#### Appartement [REDACTED]

- [REDACTED] > Is dit nodig? Zoveel?
- [REDACTED] > Is dit nodig? Zoveel?
- Medicatiela ziet er netjes uit.

#### Appartement [REDACTED]

- In orde.

#### Appartement [REDACTED]

- [REDACTED] in de medicatiela, niet op deellijst -> zo nodig
- [REDACTED] voorraad
- [REDACTED]

#### Appartement [REDACTED]

- Er zitten spullen in de la die er niet in thuishoren.

#### Appartement [REDACTED]

- Er zitten spullen in de la die er niet in thuishoren.



## Appartement ■

Er zitten spullen in de la die er niet in thuishoren.

## Appartement ■

- ■ en ■ in de la -> beiden staan niet op de deellijst.
- Tevens liggen er ook nog 3 doosjes ■ onder in de kast.

## Appartement ■

- ■ staat niet op de deellijst + openingsdatum is niet vermeld.

**Bevindingen per appartement d.d. 17 juli 2018 – controle vanaf 10.30 uur**

## Appartement ■

- Geen deellijst.
- Kastdeur onder de medicatiela was open; hier staat mandje met allerlei soorten medicatie.
- Op het aanrecht staat 300 ml ■

Client is met vakantie, zorg wel dat alles netjes is afgesloten en het vermeld staat is de zorgrapportage met de melding dat familie de verantwoordelijkheid betreft de medicatie overneemt.

## Appartement ■

- Er liggen spullen in de la die er niet in thuishoren.
- Crème 1x per dag, is de hele week nog niet afgetekend -> Moet bewaard worden in de koelkast, maar dit is niet het geval.

## Appartement ■

- Medicatie 08.00 uur is gegeven en afgetekend.
- 2<sup>e</sup> controle is nog niet gedaan.

## Appartement ■

- Medicatie 08.00 uur is gegeven en afgetekend.
- 2<sup>e</sup> controle is nog niet gedaan.

## Appartement ■

- Alles in orde, ziet er netjes uit.

## Appartement ■

- ■ niet afgetekend om 08.00 uur.

## Appartement ■

- 08.00 uur medicatie gedeeld.
- 2<sup>e</sup> controle moet nog gedaan worden.
- Verder prima in orde.

## Appartement ■

- Medicatie 08.00 uur is afgetekend.
- Alles in orde.



**Geadviseerde acties grotendeels idem zoals geadviseerd in eerdere rapportages van de metingen die eerder dit jaar gedaan zijn:**

- Aandacht blijven houden voor vermelden van openingsdatum op doosje en tube/flesje. Tijdens de vorige controle d.d. 26-04-2018 kwam dit als nieuw aandachtspunt naar voren. Nu bij de controles d.d. 13 en 17 juli jl. is wederom geconstateerd dat dit niet altijd gedaan wordt. Let daarbij tevens erop dat de openingsdatum van tubes, flesjes etc. zowel op het doosje als op de tube of het flesje zelf vermeld wordt.
- Aandacht blijven houden voor voorraad (niet teveel en niet in doosjes als medicatie ook in baxterrol zit (Paracetamol).
- In enkele lades liggen toch nog spullen die er niet in thuishoren. Dit gaat echt al beter! -> Goed blijven letten op wat wel en niet in de medicatiela thuishoort en welke zaken (afgesloten) in kastje onder de medicatiela bewaard dienen te worden.
- Reeds besproken met personeel en met [REDACTED] na de zomervakantieperiode echt eens goed kijken naar elke cliënt of de medicatie die gegeven wordt ook echt noodzakelijk is. Voorbeeld: oogdruppels om het oog te bevochtigen; vaak is dit voorgeschreven omdat er bijvoorbeeld een irritatie is geweest van het oog. Als dit dan verholpen is, moeten dan de druppels nog altijd voorgeschreven blijven? Dit geldt ook voor cholesterolverlagende medicatie.
- Let op het goed (kunnen) afsluiten van de deur van de opiatenruimte waarin de koelkast zich bevindt.

**Opmerking:**

Betreft opiaten in de baxterrol wordt advies gevraagd aan [REDACTED] Volgens de Apotheek mag dit. Dat klopt, maar geldt dan voor een cliënt die nog thuis woont. Voor instellingen kan en wil de organisatie altijd andere afspraken maken betreffende de verantwoording.

Advies [REDACTED] volgt. 10.2.e.

Opgesteld d.d. 18 juli 2018 door:

[REDACTED] 10.2.e.

Oosterloo Interimmanagement BVBA/Zorgzorro



**OOSTERLOO**  
INTERIMMANAGEMENT



**Toelichting  
bevindingen medicatiecontrole  
17 september en 8 oktober 2018**

**Kloek De Eglantier  
te Roosendaal**

**10.2.e.**

**24 oktober 2018**

**Bevindingen medicatiecontroles 17 september en 8 oktober 2018 Kloek,  
De Eglantier te Roosendaal**

**Inleiding**

Op 17 september en 8 oktober 2018 hebben wederom medicatiecontroles plaatsgevonden ter check of de aangegeven adviezen opgevolgd zijn en actie is ondernomen op de aandachtspunten die vanuit de eerdere controles in kaart zijn gebracht.

**Bevindingen algemeen**

Hieronder staan de geconstateerde bevinden per appartement nader omschreven in de volgorde zoals de appartementen gecontroleerd zijn op voornoemde data 17 september en 8 oktober 2018.

**Bevindingen per appartement d.d. 17 september 2018 10.1.d./10.2.e.**

Appartement [REDACTED]

- Prima in orde.

Appartement [REDACTED]

- Prima in orde.

Appartement [REDACTED]

- Prima in orde.

Appartement [REDACTED]

- Onder in het mandje zitten medicijnen die niet meer op de deellijst staan. Deze kunnen retour naar de apotheek: [REDACTED]

Appartement [REDACTED]

- Prima in orde.

2<sup>e</sup> verdieping:

Appartement [REDACTED]

- Sigaretten bij medicatie in de la?

Appartement [REDACTED]

- [REDACTED] is niet voorzien van datum.
- Zakje 2<sup>e</sup> controle was nog aanwezig.

Appartement [REDACTED]

- [REDACTED] liggen in de la. -> Zie ik niet op de deellijst staan? Wel [REDACTED]

Appartement [REDACTED]

- Geen openingsdatum op flesje [REDACTED] wel op het doosje -> hier weer aandacht voor.
- [REDACTED] 2x doosje in de la. Mw. krijgt nu 1x per dag een tabletje.



- [REDACTED] er ligt 2x een doosje in de la, maar is 'zo nodig'.

**Bevindingen per appartement d.d. 8 oktober 2018 10.1.d./10.2.e.**

De deur staat open van de ruimte waar de medicatie retourbak staat. Deze rode bak staat ook open en bloot. (zie foto).

**Appartement [REDACTED]**

- Geen deellijst: geen controle kunnen doen.
- La was wel netjes.

**Appartement [REDACTED]**

- 10.15 uur: medicatie was nog niet gegeven.
- Zakje zat ook nog netjes op de rol.
- La was netjes.

**Appartement [REDACTED]**

- [REDACTED] zit nog in de la maar is doorgestreept op het medicatie-overzicht en zou dan weer op 18-10-2018 starten?
- [REDACTED] > uit medicatielijst. Zit nog in de la, maar is doorgestreept en zou volgens overzicht starten 18-10-2018 met 0,5 mg?

**Appartement [REDACTED]**

- [REDACTED] zit in de baxter -> dus onderin het mandje verwijderen. Zorg dat als medicatie stopt, deze ook retour gaat.

**Appartement [REDACTED]**

- 10.40 uur: 2<sup>e</sup> controle moet nog gedaan worden.
- Kijk ook regelmatig of er geen medicatie zit in de mandjes die weg kan.

**Appartement [REDACTED]**

- Ziet er goed uit.
- Ook hier het advies -> Blijf de mandjes controleren op medicatie die gestopt is!

**Appartement [REDACTED]**

- Er zit een snoer in de la dat er niet in thuishoort.
- Verder prima in orde.

**Appartement [REDACTED]**

- [REDACTED] in de la. -> Staat niet op de deellijst?

**Appartement [REDACTED]**

- Medicatie van 08.00 uur is nog niet gegeven om 11.00 uur.
- Verder prima in orde.

**Appartement [REDACTED]**

- [REDACTED] staat niet voor 'zo nodig' op het overzicht.
- Verder prima in orde.

**Appartement [REDACTED]**

- Er liggen spullen in de la die er niet in thuishoren. (zie foto).
- Verder prima in orde.





**Geadviseerde acties grotendeels idem zoals geadviseerd in eerdere rapportages van de metingen die eerder dit jaar gedaan zijn:**

- Aandacht blijven houden voor vermelden van openingsdatum op doosje en tube/flesje. Tijdens deze controles kwam dit wederom als aandachtspunt naar voren. Let daarbij tevens erop dat de openingsdatum van tubes, flesjes etc. zowel op het doosje als op de tube of het flesje zelf vermeld wordt.
- Aandacht blijven houden voor voorraad (niet teveel en niet in doosjes als medicatie ook in de baxterrol zit (Paracetamol).
- In enkele lades liggen toch nog spullen die er niet in thuishoren. Dit gaat steeds beter -> Goed blijven letten op wat wel en niet in de medicatiela thuishoort en welke

zaken (afgesloten) in kastje onder de medicatiela bewaard dienen te worden.

- Let op het goed afsluiten van de deur van de ruimte waarin de medicatie retourbak staat.
- Blijf de mandjes controleren op medicatie die gestopt is! Zorg dat als de medicatie stopt, deze dan ook retour gaat.

**Opmerking:**

- Reeds besproken met personeel en met [REDACTED] na de zomervakantieperiode echt eens goed kijken naar elke cliënt of de medicatie die gegeven wordt ook echt noodzakelijk is. Voorbeeld: oogdruppels om het oog te bevochtigen; vaak is dit voorgeschreven omdat er bijvoorbeeld een irritatie is geweest van het oog. Als dit dan verholpen is, moeten dan de druppels nog altijd voorgeschreven blijven? Dit geldt ook voor cholesterolverlagende medicatie.

Bovenstaande opmerking uit de vorige controles in juli 2018 is prima opgepakt. [REDACTED] en personeel is hier momenteel volop mee bezig, compliment!

Opgesteld d.d. 24 oktober 2018 door:

**10.2.e.**

Oosterloo Interimmanagement BVBA/Zorgzorro

Van: Theo | Kloek.nu  
 Aan: [REDACTED]  
 Cc: AAA Kloek | Martin van de Graaf | Kloek.nu  
 Onderwerp: Re: Documenten Kloek Productie 3: Kenmerk 2019-2408615/V2015924  
 Datum: vrijdag 22 november 2019 17:54:59  
 Bijlagen: Logo Kloek\_wmz\_kleur klein[2].png

---

Geachte mevrouw [REDACTED],

Bijgaand mail ik op uw verzoek de contactgegevens van [REDACTED]:

[REDACTED]

Zij is lid van de Cliëntenraad en heeft ingestemd met het doorgeven van haar telefoonnummer.

Het programma Waardigheid en Trots hebben wij al in beraad, omdat dit mede bij kan dragen aan het consequent hanteren van de pdca cyclus.  
 Bij de jaarlijkse beoordeling in het kader van ons kwaliteitslabel ISO 9001:2015 hebben wij het er kortgeleden over gehad om hiervan gebruik te gaan maken.

Wij zullen ons hierover inhoudelijk echter nog moeten buigen en ook ervaringen met collega's in onze brancheorganisatie hierover delen.

Met hartelijke groet,

Theo Berg  
 Directeur Kloek



[REDACTED]

[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10  
 2408 GX Alphen aan den Rijn

Op vr 22 nov. 2019 om 17:02 schreef Theo | Kloek.nu [REDACTED]:  
 Dit is het bericht van de IGj

Met hartelijke groet,

Theo Berg  
 Directeur Kloek



[REDACTED]

[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>



Europaplein 10  
2408 GX Alphen aan den Rijn

----- Forwarded message -----

Van: [REDACTED]@igi.nl>  
Date: vr 22 nov. 2019 om 16:14  
Subject: RE: Documenten Kloek Productie 3: Kenmerk 2019-2408615/V2015924/[REDACTED]  
To: Theo | Kloek.nu [REDACTED] >, [REDACTED]@igi.nl>

Geachte heer Berg,

Dank voor het toesturen van de documenten. Tijdens het bezoek gaven we aan dat we telefonisch contact op willen nemen met een lid van de cliëntenraad van Kloek Roosendaal. Zou u dit willen communiceren naar de cliëntenraad en naar mij het telefoonnummer van de desbetreffende persoon willen toe sturen?

Daarnaast vroegen mijn collega en ik ons af of het programma waardigheid en trots op locatie bekend is bij u en de heer van de Graaf? Wellicht kan dit programma helpend zijn bij de veranderingen bij Kloek Roosendaal die de heer van de Graaf gisteren met mijn collega en mij deelden.

Voor meer informatie verwijs ik u naar:  
<https://www.waardigheidentrots.nl/programmas/waardigheid-en-trots-op-locatie/>

Met vriendelijke groet,

[REDACTED] MSc

Senior Inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**

**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**

**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
T: 088 120 5000  
F: 088 120 5001  
M: 06 [REDACTED]  
e-mail : [REDACTED] en <https://www.igi.nl>

Twitter: @IGJnl

.....  
**Zie en hoor het verhaal van de IGJ: Gezond vertrouwen**

.....  
Van: Theo | Kloek.nu <[theo@kloek.nu](mailto:theo@kloek.nu)>

Verzonden: vrijdag 22 november 2019 14:48

Aan: [REDACTED]@igi.nl>; [REDACTED]

[REDACTED]@igi.nl>

CC: [REDACTED]@kloek.nu>; AAA Kloek | Martin van de Graaf



[REDACTED]  
**Onderwerp:** Documenten Kloek Productie 3: Kenmerk 2019-2408615/V2015924 [REDACTED]

Geachte mevrouw [REDACTED] en geachte mevrouw [REDACTED]

Op basis van uw verzoek voor aanlevering documenten, gisteren (21-11-2019) tijdens uw onaangekondigde bezoek bij Kloek neergelegd, onder kenmerk: 2019-2408615/V2015924 [REDACTED], mail ik u de 6 producties.

Gezien de omvang van de producties worden deze afzonderlijk naar u gemaild.

Zo u nog vragen heeft verneem ik dat graag van u.

Anders zien wij uw verslag tegemoet.

Met in deze mail **Kloek Productie 3**

Met hartelijke groet,

Theo Berg

Directeur Kloek



[REDACTED]

[REDACTED]

[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)

<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10

2408 GX Alphen aan den Rijn

**Van:** [REDACTED]  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: jurist gevraagd  
**Datum:** dinsdag 26 november 2019 11:29:22

---

Ter info  
Met vriendelijke groet,

Senior inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
**T:** 088 120 5000

**F:** 088 120 5001

**M:** [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....  
**Zie en hoor het verhaal van de IGJ: Gezond vertrouwen**

.....  
**Van:** \_Dienstpostbus IGJ JZ Team MZ en Jeugd

**Verzonden:** dinsdag 26 november 2019 11:28

**Aan:** [REDACTED]

**CC:** [REDACTED]

**Onderwerp:** RE: jurist gevraagd

Goedemorgen [REDACTED],

In reactie op jouw onderstaande mail voor JZ, team MZ/Jeugd, kan ik je berichten dat [REDACTED]  
hier aan gekoppeld is.

Ik hoop je hiermee, voor nu, voldoende te hebben geïnformeerd.

**Groet,**

[REDACTED]  
Medewerker Verwerken en Behandelen IGJ  
*werkdagen: maan- t/m woensdag*

.....  
**Afdeling Juridische Zaken**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
**T:** 088 120 5000

**F:** 088 120 5001

**M:** [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igj.nl

<https://www.igj.nl>

.....  
**Bekijk het verhaal van IGJ: Gezond vertrouwen**

.....  
**Van:** [REDACTED]@igj.nl>

**Verzonden:** maandag 25 november 2019 11:30

**Aan:** \_Dienstpostbus IGJ JZ Team MZ en Jeugd <[REDACTED]@igj.nl>

**Onderwerp:** jurist gevraagd

Dag collega,

Afgelopen donderdag ben ik op bezoek geweest bij Kloek Roosendaal (V2015924 MKI Kloek De

Egelantier). Hier heb ik een MKI-bezoek gebracht. De aanleiding voor dit bezoek was een ZIB bezoek in januari 2019 aan locatie Kloek Amsterdam en het resultaatsverslag hiervan. Kloek Amsterdam voldeed niet aan 4 normen destijds en er waren zorgen bij de collega inspecteurs over multidisciplinair werken, gebruik zorgtechnologie en inzet van VBM.

11.1

.....  
[REDACTED] We schrijven nu het concept rapport. In verband met het vervolg van deze casus wil ik graag een jurist betrekken die volgende week het concept rapport meeleest en mee denkt over het vervolgtraject van deze casus.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Senior Inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
**T:** 088 120 5000

**F:** 088 120 5001

**M:** [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....  
**Zie en hoor het verhaal van de IGJ: Gezond vertrouwen**  
.....



**Doc. 20**

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Kloek B.V.  
T.a.v. raad van bestuur  
Europaplein 10  
2408 GX ALPHEN AAN DEN RIJN

**weigeringsgrond 10.2.e.**

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 5000  
www.igj.nl

Inlichtingen bij  
T 088 120 5000  
ri.utrecht@igj.nl

Ons kenmerk  
2019-  
2427596/V2015924/

Bijlage(n)  
rapport

Datum 12 december 2019  
Betreft conceptrapport inspectiebezoek

Geachte raad van bestuur,

Op 21 november 2019 bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een inspectiebezoek aan Kloek B.V. in Roosendaal. Het bezoek is gebracht door inspecteur, en ondergetekende.

Hierbij ontvangt u het conceptrapport. De inspectie verzoekt u het conceptrapport te controleren op feitelijke onjuistheden. Als u feitelijke onjuistheden aantreft of u naar aanleiding van dit rapport nog vragen of opmerkingen heeft, dan kunt u hierover schriftelijk contact met mij opnemen vóór 9 januari 2020. Ook wanneer u geen feitelijke onjuistheden aantreft, hoort de inspectie dit graag van u. U kunt uw reactie sturen naar [ri.utrecht@igj.nl](mailto:ri.utrecht@igj.nl) en in cc onder vermelding van kenmerk V2015924, ter attentie van ondergetekende.

Na ontvangst van uw reactie stelt de inspectie het rapport vast. In dit vastgestelde rapport is het oordeel en de conclusie van de inspectie opgenomen.

De inspectie wijst u er nogmaals op dat zij op grond van de Gezondheidswet haar rapporten openbaar maakt via [www.igj.nl](http://www.igj.nl). De inspectie doet dit niet eerder dan twee weken na het verzenden van het definitieve rapport.

Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat de inspectie in haar rapporten geen tot een persoon herleidbare gegevens opneemt en geen bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens van uw patiënten of cliënten.

Meer informatie over openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op de website ([www.igj.nl/onderwerpen](http://www.igj.nl/onderwerpen)).

De inspectie stuurt het conceptrapport naar de raad van bestuur. Ik verzoek u het conceptrapport aan de gesprekspartners te laten lezen.



Ik bedank u en uw medewerkers mede namens [REDACTED] voor de open en constructieve wijze waarop u met de inspectie van gedachten heeft gewisseld.

**Datum**  
12 december 2019

**Kenmerk**  
2019-  
2427596/V2015924/[REDACTED]

Hoogachtend

[REDACTED]  
senior inspecteur



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

Conceptrapport van het inspectiebezoek  
aan Kloek B.V , locatie Kloek Roosendaal  
**in Roosendaal op 21 november 2019**

Utrecht, december 2019

V2015924

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Kloek en locatie Kloek Roosendaal 3
<b>2</b>	<b>Conclusie 5</b>
2.1	Overzicht van de resultaten <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
2.2	Wat gaat goed <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
2.3	Wat kan beter <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
2.4	Wat moet beter <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
2.5	Conclusie bezoek <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 6</b>
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Kloek B.V. verwacht <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
3.2	Vervolgacties van de inspectie <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
<b>4</b>	<b>Resultaten 7</b>
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 7
4.1.1	Resultaten 7
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 10
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 15
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 19</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Geraadpleegde documenten 21</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 21 november 2019 een onaangekondigd bezoek aan Kloek B.V (Kloek), locatie Kloek Roosendaal in Roosendaal.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport.

De in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een verklarende woordenlijst.

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader.

### 1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezocht de locatie Kloek Amsterdam in januari 2019. De inspectie constateerde tijdens dit bezoek dat de geboden zorg op deze locatie (grotendeels) voldeed aan zes van de tien getoetste normen. Vier van de tien getoetste normen voldeden grotendeels niet. Op basis van het bezoek had de inspectie nog onvoldoende zicht op de wijze waarop Kloek stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zij besloot dat er vervolgtoezicht nodig was. Tekortkomingen werden onder ander geconstateerd op het thema vrijheidsbeperking. De inspectie verzocht daarom na één maand na vaststellen van het rapport een opgesteld beleid over toepassingen vrijheidsbeperking toe te sturen. Na drie maanden verwachtte zij eveneens een resultaatverslag van de ingezette verbetermaatregelen op de normen die nog niet voldeden. De inspectie besloot naar aanleiding van de toegestuurde documenten opnieuw een bezoek te brengen aan één van de twee locaties van Kloek in het jaar 2019.

### 1.2 Beschrijving Kloek en locatie Kloek Roosendaal

Kloek biedt kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Kloek heeft twee locaties, één in Amsterdam en één in Roosendaal. Het hoofdkantoor zit in Alphen aan de Rijn. Kloek oriënteert zich op de mogelijkheid voor een locatie in Hilversum. Het management bestaat uit een tweehoofdige raad van bestuur/ directeuren. Kloek heeft een raad van commissarissen bestaande uit drie leden. Kloek is op 1 maart 2016 als organisatie gestart met het bieden van zorg in Roosendaal.

Kloek Roosendaal is een kleinschalige woonlocatie voor mensen met dementie, gevestigd in een gebouw waar verschillende zorgpartijen zijn gehuisvest. Kloek Roosendaal biedt aan cliënten zorg en ondersteuning. Kloek is gevestigd op de eerste en tweede etage van het gebouw.

De zorg en ondersteuning voor cliënten wordt gefinancierd vanuit een persoonsgebonden budget op grond van de Wet langdurige zorg. Cliënten betalen



daarnaast huur en ontvangen daarvoor huursubsidie. Kloek Roosendaal heeft geen aanmerking in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

#### *Cliënten*

Tijdens het bezoek ontvangen 34 cliënten zorg. Alle cliënten hebben een zorgprofiel (VV) 5. Er is op de locatie plaats voor 36 cliënten. Elke cliënt in Kloek Roosendaal beschikt over een eigen appartement met eigen badkamer en een keukenblokje. Ieder appartement heeft een eigen balkon. De doelgroep van Kloek zijn cliënten met dementie in de laagste inkomensklasse. De visie van Kloek is om mensen met dementie zoveel mogelijk vrijheid en bewegingsruimte te geven op een veilige manier. Kloek maakt hierbij, als dat nodig is, gebruik van domotica.

Per etage wonen er 18 cliënten. Zij beschikken naast hun eigen appartement over twee gemeenschappelijke huiskamers per etage. Hier kunnen cliënten verblijven, eten en aan activiteiten deelnemen. Ook kunnen cliënten hier gezamenlijk eten. Op elke huiskamer koken huiskamermedewerkers dagelijks een verse warme maaltijd voor de cliënten. De inspectie bezocht de afdelingen op de eerste en tweede etage.

#### *Personeel*

De zorg wordt verleend door een team van 36 zorgverleners, bestaande uit verpleegkundigen niveau 4, verzorgenden niveau 3 IG, huishoudelijke hulpen, huiskamer assistenten, leerlingen verpleegkundige niveau 4, leerlingen verzorgende niveau 3 en stagiaires. Kloek Roosendaal werkt zo nodig ook met drie (vaste) ZZP-ers. Een teamleider stuurt de locatie aan. Zij is de verpleegkundige niveau 4. Een externe dementiecoach is drie keer per jaar vier weken aanwezig om het team en de teamleider te coachen in het omgaan met mensen met dementie en het reflecteren op het eigen gedrag.

Alle cliënten hebben een eigen huisarts. De meeste cliënten maken gebruik van de twee huisartsen die hun praktijk hebben in hetzelfde gebouw als Kloek Roosendaal. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische zorg en schakelt zo nodig andere disciplines in. Kloek Roosendaal heeft samenwerkingsafspraken met een grote zorgaanbieder voor scholing van zorgverleners voor de voorbehouden en risicovolle handelingen.

#### *Organisatie ontwikkelingen*

Kloek is bezig met een uitbreiding van Kloek Roosendaal naar 44 appartementen. De uitbreiding bestaat uit een gang met acht appartementen, gelegen in hetzelfde gebouw op de eerste verdieping. De verbouwing is zo goed als klaar tijdens het inspectiebezoek. Kloek Roosendaal werft op het moment van het inspectiebezoek personeel om de uitbreiding te realiseren. Als er voldoende personeel is geworven, komen er cliënten in de nieuwe appartementen wonen. De bestuurder verwacht dat de eerste cliënten in januari 2020 hun intrek nemen.

## 2 Conclusie

Volgt in het vastgestelde rapport.

### 3 Wat zijn de vervolgacties

Volgt in het vastgestelde rapport.

## 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<sup>1</sup> zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

#### 4.1.1 Resultaten

##### Norm 1.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal niet** aan deze norm.

Kloek Roosendaal werkt met eerst verantwoordelijk verzorgenden (EVV's). Zij zijn het aanspreekpunt voor een aantal cliënten en hun vertegenwoordigers. Gesprekspartners vertellen dat de EVV het zorgplan opstelt in samenspraak met de cliëntvertegenwoordiger. De cliënt betrekken zij hier niet bij. Gesprekspartners geven aan dat door de dementie dit over het algemeen niet meer mogelijk is. De inspectie constateert dat hierover in de cliëntdossiers niets is opgenomen. De inspectie ziet ook in geen van de dossiers een inschatting van de wilsbekwaamheid door een terzake kundige arts. Een zorgverlener bevestigt dat zij de wilsbekwaamheid van cliënten in het cliëntdossier niet vastleggen. Toch maken zij voor alle cliënten afspraken met de naasten van de cliënt in plaats van de cliënt zelf.

De evaluatie van het zorgplan gebeurt twee keer per jaar door een gesprek met de cliëntvertegenwoordiger. Zorgverleners vertellen dat de cliënt hierbij eveneens niet aanwezig is. Ook betrekken zorgverleners betrokken behandelaren niet bij dit evaluatie moment (zie ook norm 2.7).

Uit gesprekken blijkt daarbij dat medewerkers de wensen van cliënten niet altijd respecteren. Zo vertelt een zorgverlener dat een cliënt het liefst koffie drinkt. In het

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



zorgplan staat echter aangegeven dat deze cliënt na 21.00 uur geen koffie meer mag drinken.

#### Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet dat zorgverleners in Kloek Roosendaal voor een groot deel de gewoontes van cliënten kennen. Zo weten de zorgverleners de plaats binnen de afdeling waar cliënten bij voorkeur rusten en kennen ze de behoefte van een cliënt om rond te lopen na de maaltijd. De inspectie observeert in de huiskamer tijdens de broodmaaltijd in de middag. Tijdens observatie ziet de inspectie dat zorgverleners de cliënten over het algemeen kennen. Ze kennen de cliënt bij naam en weten hoe de cliënt aangesproken wenst te worden.

Cliënten kunnen in Kloek Roosendaal het appartement inrichten met hun eigen meubels. Ook de algemene ruimtes op beide etages zijn huiselijk ingericht. Zo ziet de inspectie diverse herkenbare voorwerpen van vroeger en meubilair passend bij de doelgroep. Ook zijn alle deuren van de appartementen beplakt met verschillende soorten afbeeldingen van bestaande voordeuren. Op beide afdelingen zijn zitjes buiten de huiskamers gemaakt waar cliënten apart, alleen of met familie kunnen zitten.

De inspectie ziet in de cliëntdossiers voor iedere cliënt een ADL-omschrijving staan. Deze omschrijving is ook aanwezig op de kamer van de cliënt. Hierin staat gedetailleerd beschreven hoe de cliënt de zorg, zoals mondzorg, toiletgang, avondzorg, wilt ontvangen. Ook leest de inspectie in sommige omschrijvingen benaderingsadviezen, zoals 'cliënt vindt het fijn om een knuffel te krijgen'. De inspectie hoort van gesprekspartners dat deze informatie vooral van de cliëntvertegenwoordiger komt.

Bij navraag geven verschillende gesprekspartners aan dat ze vaak niet de achtergrond en levensgeschiedenis van de cliënten kennen. Wanneer zij dit willen weten zijn zij afhankelijk van familie. Het is nog geen standaard onderwerp om te bespreken met familie wanneer een cliënt nieuw komt wonen in Kloek Roosendaal. De gesprekspartners geven aan dat zij het wel fijn zouden vinden om meer over de cliënten te weten, bijvoorbeeld om onbegrepen gedrag van cliënten te verklaren. Over sommige cliënten weten zij wel al wat meer van de achtergrond, vaak doordat naar aanleiding van bepaald gedrag dit is nagegaan bij familie.

Een zorgverlener vertelt over een cliënt die 24 uur per dag op bed ligt, met de beddekken omhoog. De cliënt komt niet uit het appartement. Dit is volgens de zorgverlener op verzoek van de cliënt zelf. Een risico afweging voor de inzet van de beddekken ontbreekt. De zorgverlener is hier niet zeker van. Bij opname een aantal jaar geleden is er nog geprobeerd om de cliënt een andere daginvulling te geven. Uit het cliëntdossier is niet op te maken of dit een zinvolle daginvulling voor de cliënt is. De zorgverlener geeft aan zijn behoeftes hierin ook niet te kennen.

### Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Rosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

Cliënten binnen Kloek Rosendaal krijgen beperkt individuele keuzemogelijkheden. Uit de verschillende gesprekken blijkt dat de intentie er wel is. Zorgverleners blijken echter vooral uit te gaan van algemene interesses en gewoontes van de groep cliënten. Zo heeft Kloek Rosendaal een activiteitenprogramma met verschillende activiteiten door de week. De individuele wensen van de cliënten nemen zorgverleners hierin niet mee. Ook kennen zorgverleners de wensen van de individuele cliënten vaak niet.

De inspectie ziet dat cliënten voor een deel kunnen kiezen wat zij eten en drinken. Zorgverleners koken in de avond per huiskamer voor de cliënten. Wekelijks stelt een van de zorgverleners een menu op voor de verschillende huiskamers. Bij navraag blijken zorgverleners de cliënten hierbij niet actief te betrekken. Wanneer een cliënt iets niet lekker vindt, bieden zorgverleners de maaltijd van een van de andere huiskamers als alternatief aan.

Tijdens de lunch ziet de inspectie dat een zorgverlener aan een cliënt vraagt of ze nog wat wil drinken. De cliënt beaamt dit. De zorgverlener pakt het pak sap van tafel en schenkt dit bij haar in. De zorgverlener biedt de cliënt hierbij geen keuze. De cliënt vraagt of het water is. De zorgverlener zegt 'Nee, het is sap, proeft u maar. Het is lekker'.

In een andere huiskamer drinken alle cliënten chocolademelk bij de broodmaaltijd. De zorgverlener heeft de cliënten geen keuze geboden hierin. De zorgverlener vertelt dat de cliënten dit allemaal lekker vinden. Daarnaast vertelt de zorgverlener dat ze de cliënten niet te veel koffie aanbiedt gedurende de dag. Een onderbouwing hiervoor heeft de zorgverlener niet.

Ook ziet de inspectie dat zorgverleners voor een aantal cliënten de boterham klaarmaakt voordat zij dit aanbieden. Wanneer de inspectie navraag doet hoe zorgverleners weten wat deze cliënten lekker vinden, geven zij aan dat ze dit door middel van uitproberen weten. Ze leggen dit vervolgens niet vast in het dossier, blijkt bij navraag. Zowel de ondersteuning niet die cliënt hier wel of niet bij nodig heeft, als de voorkeuren van bijvoorbeeld broodbeleg.

De inspectie hoort van een gesprekspartner dat een bedlegerige cliënt graag televisie kijkt. Dit is erg belangrijk voor de cliënt, omdat dit het enige is dat de cliënt nog kan doen. De zorgverleners leggen echter de afstandsbediening van de cliënt buiten het bereik van de cliënt gedurende de avond en de nacht, omdat de cliënt de televisie anders mogelijk te hard zet. Dit betekent dat de cliënt de televisie niet meer kan bedienen.

Ook hoort, leest en ziet de inspectie in de huiskamer dat zorgverleners beperkt rekening houden met de eigen regie van cliënten. In meerdere huiskamers ruimt een van de medewerkers de tafel af. Ze stimuleert cliënten niet om hierbij te helpen. Uit de observatie en een gesprek met een zorgverlener blijkt dat enkele cliënten in staat zouden zijn om hierbij te ondersteunen. De zorgverlener betreft de cliënt niet bij deze activiteit. Daarentegen vertelt een zorgverlener wel dat cliënten soms mee helpen met bijvoorbeeld het vouwen van de was of het schillen van aardappels. Tijdens de rondgang ziet de inspectie een cliënt meehelpen met het schillen van de aardappels. Ook vertelt een gesprekspartner dat een van de cliënten meehelpt met het vegen van de gangen, omdat hij dit graag doet.



**Norm 1.4**

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

Enerzijds ziet de inspectie situaties waarbij zorgverleners cliënten meer nabijheid en geborgenheid kunnen bieden. De inspectie ziet dat zorgverleners aan tafels zitten in een van de huiskamers. Ze lunchen samen met de cliënten. De zorgverleners ondersteunen de cliënten waar dit nodig is, dit is veelal functioneel en taakgericht. Het is tijdens de maaltijd stil. Er is geen gesprek tussen de cliënten onderling of met de zorgverlener. De zorgverleners gaan geen gesprek aan met cliënten tijdens de maaltijd. Wel hoort de inspectie dat zorgverleners tijdens de broodmaaltijd over de hoofden van cliënten heen praten over bijvoorbeeld de duur van de diensten die week. Daarbij praten zorgverleners met elkaar over de cliënten aan de lunchtafel met cliënten erbij. Een andere zorgverlener vertelt vooral over gebeurtenissen uit haar eigen leven. Ze heeft hierbij weinig oog voor de belevingswereld van de cliënten.

Ook ziet de inspectie een cliënt op een stoel in de gang, terwijl de lunch in de huiskamer begint. De inspectie ziet dat een zorgverlener de cliënt bij de handen pakt en haar uit de stoel probeert te trekken om te komen lunchen. De cliënt wil niet uit de stoel komen. Een andere zorgverlener zegt tegen haar collega dat de cliënt wel op de gang mag eten. Vervolgens laat de zorgverlener de cliënt los en brengt haar de klaargemaakte broodmaaltijd. De inspectie leest later in het zorgplan dat de cliënt niet op de gang mag eten.

Anderzijds ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners met warmte en respect over en met de cliënten praten. Zij spreken cliënten vriendelijk aan. Ook ziet de inspectie dat de zorgverleners aandacht hebben voor het creëren van geborgenheid. Een cliënt staat op van tafel en geeft aan naar haar appartement te gaan. Bij het langslopen pakt een van de zorgverleners even haar hand en maakt een grapje om haar op haar gemak te stellen. Ook ziet de inspectie een cliënt rondlopen over de gangen. Ze mompelt en lijkt wat zoekend. Zorgverleners hebben hier aandacht voor. Ze begroeten haar telkens en geven aan dat de cliënt erbij mag komen zitten. In het dossier leest de inspectie deze omgangsafspraken terug. De inspectie leest dat het belangrijk is om mevrouw aandacht te geven, omdat zij zich snel te veel voelt. De benaderingsadviezen zijn het verwelkomen van cliënt en haar uit te nodigen om erbij te komen zitten.

**Norm 1.5**

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

De norm is niet getoetst.

**4.2****Thema Deskundige zorgverlener**

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

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De

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

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

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
  - Do: de verbeteringen uitvoeren.
  - Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
  - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.
- Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

#### 4.2.1

##### Resultaten

##### Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

Cliënten wonen vrijwillig bij Kloek Roosendaal. Kloek Roosendaal heeft geen BOPZ-aanmerking. Toch zetten zorgverleners vrijheidsbeperkende maatregelen in. Kloek Roosendaal zet de maatregelen in zonder een gedegen multidisciplinair besluitvormingsproces. De besluitvorming rondom vrijheidsbeperking en het wege van alternatieven is niet zichtbaar in het cliëntdossier. De gesprekspartners geven aan dat de zorgverleners de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen bespreken met de familie van de cliënten, maar niet met de huisarts of een andere behandelaar. Bij een bedlegerige cliënt staat de inzet van beddekken niet in het zorgplan. De zorgverlener vertelt dat de ze de beddekken inzetten, in verband met valgevaar. De zorgverleners hebben geen alternatieven uitgeprobeerd voor de beddekken. De inzet van mogelijke alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet bekend bij de zorgverleners. Er zijn vier cliënten die een GPS-horloge gebruiken. Een multidisciplinaire afweging en evaluatie van deze maatregelen ontbreekt. De afstemming vindt plaats tussen zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers.

Kloek Roosendaal heeft niet alle mogelijke risico's voor cliënten in beeld. Zo zijn voor cliënten met dementie de balkondeuren op hun appartementen makkelijk te openen. De inspectie leest niet in de cliëntdossiers of zorgverleners eventuele veiligheidsrisico's ten opzichte van de veiligheid van de cliënt afwegen. De inspectie ziet wel dat de zorgverleners de gezondheidsrisico's voor de cliënten in beeld brengen, zoals het risico op ondervoeding, vallen, eenzaamheid en depressie. De zorgverleners gebruiken standaard risico signaleringlijsten. De inspectie ziet dit terug in de cliëntdossiers. De opvolging van de risico's is vervolgens niet altijd duidelijk. Het blijkt hierbij dat zorgverleners veel waarde hechten aan de mening van de familie bij het maken van afwegingen tussen het risico enerzijds en de wensen/behoeften van de cliënt anderzijds. Zo ziet de inspectie in meerdere dossiers het volgende: 'In overleg met cliënt en/of vertegenwoordiger is besloten geen actie te ondernemen met het verhoogde risico'. Bij een cliënt met ongeremd eetgedrag leest de inspectie: 'dochter vindt het prima dat de cliënt eet wat hij lekker vindt'. Ook leest de inspectie: 'cliënt in overleg met dochter geen



kamernummers op een briefje geven of een nummer op haar sleutel plakken'. De inspectie hoort van gesprekspartners dat de cliënt niet aanwezig is tijdens het bespreken van de risico's. De wilsbekwaamheid (ter zake) is niet vastgesteld bij de cliënten.

#### Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

Kloek Roosendaal is sinds een jaar overgegaan op een nieuw elektronisch cliëntdossier. In het cliëntdossier bevindt zich een ADL-lijst. Op deze lijst staan de zorgafspraken voor de cliënt rondom de algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL). Het cliëntdossier bevat een zorgplan met probleem, doelen en acties. De meeste doelen gaan over het lichamelijk welbevinden van cliënten, zoals 'mevrouw ziet er verzorgd uit' en 'mevrouw krijg de juiste medicatie, op het juiste tijdstip en de juiste manier'. De inspectie ziet dat doelen in het zorgplan algemeen beschreven zijn, zoals 'ten alle tijden dhr. met respect behandelen'. Een zorgverlener erkent dit. De zorgverleners rapporteren daarbij soms wel en soms niet op de doelen. De afspraak is dat de zorgverleners op doelen rapporteren.

Daarbij ziet de inspectie ook dat zorgplannen niet altijd actueel zijn. Zo ziet zij dat een zorgplan is verlopen op 6 november 2019. Bij een andere cliënt is volgens een gesprekspartner een concept zorgplan opgesteld met de laatste wijzigingen van de zorg. Dit naar aanleiding van de recent veranderende zorgvraag van de cliënt. De zorgverlener kan dit echter niet inzien, omdat hij niet de EVV is. Hij heeft pas inzage in dit aangepaste zorgplan wanneer het is vastgesteld.

De inspectie ziet geen analyses van gedrag voorafgaand aan de inzet van vrijheid beperkende maatregelen of gedragsbeïnvloedende medicatie. Een aantal cliënten gebruikt 'zo nodig' gedragsbeïnvloedende medicatie. Dit is volgens gesprekspartners niet vastgelegd als een vrijheidsbeperkende maatregel. De medicatie is voorgeschreven door de huisarts. Er is geen gedragsdeskundige bij deze cliënten betrokken. Er zijn geen concrete afspraken gemaakt over wanneer zorgverleners deze medicatie mogen geven en wanneer een evaluatie plaatsvindt. De inspectie constateert dat deze werkwijze niet overeenkomt met het opgestelde in beleid van Kloek over vrijheid en veiligheid. Een gesprekspartner geeft aan dat zorgverleners dit geven naar eigen inzicht. De inspectie hoort van de zorgverlener en leest in het dossier dat een cliënt afgelopen nacht gedragsbeïnvloedende medicatie heeft gehad. Hierbij lees de inspectie dat er voorafgaand geen overleg plaatsvond met een arts. De zorgverlener vertelt dat de cliënt nog steeds slaapt, het is dan 13.00 uur. Tevens leest de inspectie niet of zorgverleners voorafgaan aan de inzet van een maatregel alternatieven hebben uitgeprobeerd. Observaties hoe een cliënt reageert op de inzet van bijvoorbeeld een bedhek of GPS-horloge, leest de inspectie eveneens niet in het cliëntdossier.

#### Norm 2.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels** aan deze norm.

De zorgverleners en de bestuurder vertellen dat zij samen iedere ochtend tijdens de overdracht spreken over de Wet zorg en dwang. Ze bespreken dan bijvoorbeeld casuïstiek.

Binnen Kloek Roosendaal werken collegiale begeleiders. Dit zijn verpleegkundigen of verzorgenden die collega's coachen bij het reflecteren op hun werkzaamheden en gedrag. Zo krijgen EVV's onder andere coaching van de collegiaal begeleiders bij het opstellen van zorgplannen. De dementiecoach is drie keer per jaar, gedurende vier weken, vier dagen per week bij Kloek Roosendaal aanwezig. Zij coacht de zorgverleners, individueel en in kleine groepjes, bij het omgaan met mensen met dementie. De dementiecoach bespreekt ook met hen de effecten van de verleende zorg. Tijdens het inspectiebezoek is er een bijeenkomst voor vijf zorgverleners samen met de teamleider en de dementiecoach. Tijdens de bijeenkomst bespreken zij de casuïstiek en de bejegening van cliënten met dementie.

In het teamoverleg komen naast praktische zaken ook MIC-meldingen (melding incident cliënt), roosterzaken en de samenwerking aan de orde. Toch geven verschillende gesprekspartners ook aan dat het lastig blijft om elkaar echt aan te spreken en elkaar op de man af feedback te geven. De ene zorgverlener kan dit beter dan de ander.

#### Norm 2.4

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

De norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

#### *Deskundigheid*

De inspectie hoort en ziet dat Kloek veel investeert in de scholing van zorgverleners over dementie. Zo is er een dementiecoach en zijn er vier collegiale begeleiders die hun collega's coachen over persoonsgerichte zorg en dementie. De inspectie ziet de resultaten hiervan deels in de praktijk terug (zie bevindingen bij thema 1).

De inspectie merkt uit gesprekken met verschillende gesprekspartners dat de deskundigheid over de inzet van vrijheid beperkende maatregelen onvoldoende is. Terwijl uit de verkregen documentatie blijkt dat zorgverleners hier scholing over hebben gekregen. De inspectie constateert tijdens het bezoek dat de deskundigheid op onder andere het gebied van methodisch werken en omgaan met onbegrepen gedrag onvoldoende aanwezig is, zie de bevindingen bij thema 1 en 2.

De cliëntenraad geeft aan dat zorgverleners binnen Kloek Roosendaal over het algemeen de zorg en ondersteuning met veel warmte en liefde geven. Ze zijn er voor de bewoners. Wel missen zij stabiliteit en ook een bepaalde mate van professionaliteit binnen het team. Nieuwe processen en werkafspraken krijgen vaak geen goede opvolging. Terugkomen op werkafspraken blijft een uitdaging binnen de organisatie.

De bestuurder vertelt dat er afgelopen jaar veel verloop is geweest in het personeel. Hij geeft hierbij aan zoekende te zijn in de afstemming tussen voldoende deskundigheid bij de zorgverleners in relatie tot het verloop van zorgverleners en de



complexer wordende zorgvraag van cliënten. De dementiecoach geeft nu vooral de scholing door de zorgverleners te trainen on the job.

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat zij scholing voor risicovolle en voorbehouden handelingen periodiek volgen. De zorgverleners van Kloek Rosendaal volgen deze scholing bij een andere zorgaanbieder. Uit het scholingsplan blijkt dat Kloek Rosendaal verschillende zorgverleners zelf opleidt tot verzorgende IG of verpleegkundige. Uit het scholingsoverzicht blijkt dat Kloek Rosendaal in beeld heeft welke zorgverleners de risicovolle en voorbehouden handelingen mogen uitvoeren. In het scholingsoverzicht ziet de inspectie dat zorgverleners scholing hebben gevolgd over de BOPZ.

#### *Bezetting*

Gesprekspartners vertellen dat er per 9 cliënten overdag en in de avond één helpende, verzorgende IG of verpleegkundige aanwezig is. Daarnaast is er in elke huiskamer een huiskamerassistent aanwezig van 9.00 uur tot 13.00 uur en van 16.00 uur tot 20.00 uur. 's Nachts werken er een verzorgende IG en een helpende.

Tijdens het inspectiebezoek constateert de inspectie dat de bezetting echter op zowel de eerste als de tweede etage niet is zoals gesprekspartners aangegeven. In een huiskamer is een helpende plus en een leerling aanwezig. Er is daarbij maar één huiskamerassistent die twee huiskamers tegelijkertijd ondersteunt. Dit komt vaker voor, hoort de inspectie van verschillende gesprekspartners. Zorgverleners verdelen dan hun tijd zo goed mogelijk over de cliënten van de twee huiskamers op de afdeling.

De inspectie leest een werkverdeling gebaseerd op de bezetting van het personeel ook terug in het cliëntdossier. In een ADL-beschrijving leest de inspectie bijvoorbeeld: 'Cliënt douchen wanneer er voldoende verzorgend personeel aanwezig is'.

De zorgverleners vertellen bij navraag dat de bezetting over het algemeen voldoende is om het werk te doen, alleen op de piekmomenten in de ochtend en avond is het druk. Zodra de huiskamerassistent om 20.00 uur weg gaat, neemt de onrust onder de cliënten toe. De zorgverlener gaat dan de cliënten naar bed brengen, omdat zij dit dan vaak tegelijkertijd willen. Er is dan minder toezicht in de huiskamers.

#### Norm 2.6

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

De norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.7

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Rosendaal niet** aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet dat Kloek Rosendaal onvoldoende multidisciplinaire behandel disciplines betreft. Verschillende gesprekspartners vertellen dat ze deze expertise missen. Zo vertelt de directeur dat hij met verschillende partijen heeft gesproken om een specialist ouderengeneeskunde (SO) aan Kloek Rosendaal te binden, maar dit is tot op heden nog niet gelukt. De cliëntenraad geeft eveneens

aan dat de multidisciplinaire samenwerking een belangrijk aandachtspunt is bij het bestuur.

In de verkregen documentatie leest de inspectie terug dat zorgverleners vaak melden over geagiteerd of agressief gedrag van verschillende cliënten. De inspectie leest dat zorgverleners vaak met de familie en de dementiecoach afstemmen over hoe met dit gedrag om te gaan. Bij een van de cliënten leest de inspectie dat zorgverleners hier vaak over melden. Na afspraken met coach en familie blijkt het agressieve gedrag te blijven bestaan. Twee maanden later volgt een observatie van de dementiecoach om opnieuw afspraken te maken over het aanhoudende gedrag. Een gedragsdeskundige is niet over dit gedrag geraadpleegd. Over de inzet van eventuele andere externe expertise is niets vastgelegd.

Bij een cliënt met depressieve klachten hoort de inspectie in een gesprek dat een medewerker van de GGZ betrokken is. De zorgverleners weten niet wat de functie van deze medewerker is en welke behandeling is afgesproken. De inspectie hoort wel dat er laatst een overleg is geweest met de huisarts, cliëntvertegenwoordiger en zorgverleners in verband met de overplaatsing van een cliënt naar een gesloten woonsetting. De aanleiding hiervoor was dat de zorgvraag van de cliënt steeds complexer werd.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt niet altijd afstemming plaats met een arts of een GZ-psycholoog. De inspectie ziet verschillende cliënten met onbegrepen gedrag tijdens de observatie. Bij deze cliënten is geen gedragsdeskundige betrokken. Een van de cliënten gebruikt gedragsbeïnvloedende medicatie voor zo nodig (zie ook norm 2.2). Een medewerker geeft aan dat er al snel naar medicatie wordt gekeken en niet naar andere opties. Terwijl zorgverleners vaak nog wel mogelijkheden zien. De benaderingsadviezen stellen de zorgverleners zelf of in overleg met de dementiecoach op.

Kloek Roosendaal evalueert de zorg twee keer per jaar met de cliëntvertegenwoordiger. Een enkele keer betreft de zorgverlener hier een huisarts bij. Er is geen sprake van een multidisciplinair overleg waar behandelaren bij aanwezig zijn. De inspectie hoort dat Kloek Roosendaal op geleide van de huisarts een SO Inzet. De inspectie ziet dit niet aantoonbaar terug in de cliëntdossiers.

#### 4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

##### 4.3.1 Resultaten Norm 3.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

De bestuurder vertelt dat de visie op de zorg en ondersteuning van Kloek 'Net als thuis' is. De inspectie ziet dit tijdens de observaties niet in voldoende mate terug (zie bevindingen bij thema 1). Daarbij hoort en ziet de inspectie dat de zorgverleners het moeilijk vinden om de visie uit te voeren in de praktijk. Verschillende gesprekspartners geven aan: 'aan de ene kant levert Kloek thuiszorg



bij de mensen thuis, maar aan de andere kant doet de woonsituatie en de complexe zorgvraag denken aan kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie'.

Ook constateert de inspectie dat de veiligheid van de cliënten niet overal geborgd is (zie ook bevindingen bij norm 2.1.). In een melding van een incident leest de inspectie dat een cliënt een afwasblokje heeft gegeten. De cliënt vond deze in de keuken van een van de huiskamers.

Zorgverleners hebben de veiligheidsrisico's ten opzichte van de vrijheid van de cliënt onvoldoende in beeld. De inspectie leest in de verkregen documentatie dat Kloek een visie heeft over vrijheid en veiligheid en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo leest de inspectie: 'Ieder mens heeft vrijheid, dat is een grondrecht'. Dit betekent dat het uitgangspunt is dat onze bewoners kunnen gaan en staan waar zij willen en in hun dagelijks handelen keuzes kunnen maken zoals zij dat willen en dat zij daarin niet worden beperkt. In sommige situaties is veiligheid een factor die invloed heeft op de vrijheid. Veiligheid betekent een omgeving waarin bewoners zich veilig kunnen bewegen. Veiligheid is ook van toepassing op medebewoners, omwonenden en voor medewerkers.'

Het blijkt echter dat het voor zorgverleners niet altijd duidelijk is hoe zij om moeten gaan met het beleid van een open deur en de vrijheid van cliënten tot het verlaten van de locatie. De inspectie leest bijvoorbeeld in notulen van een teamoverleg dat het voor een zorgverlener onduidelijk is wanneer zij achter bewoners aan moeten gaan als ze naar buiten lopen. In de notulen leest de inspectie dat het voor zorgverleners eveneens niet duidelijk is wanneer zij hierover een Melding Incidenten Cliënt (MIC)-meldingen dienen te maken.

### Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie bezocht Kloek Amsterdam in januari 2019. Naar aanleiding van de bevindingen stelde Kloek een verbetertraject in. Vrijheidsbeperking was hierin een belangrijk thema. Tijdens het bezoek op 21 november 2019 constateert de inspectie opnieuw tekortkomingen op dit onderwerp. Het beschreven beleid op vrijheidsbeperking en de opgestelde plannen over de implementatie van het beleid blijken met name gericht op de Wet zorg en dwang (Wzd) die per 1 januari 2020 in werking treedt. Tijdens het bezoek constateert de inspectie echter dat de kennis en kunde binnen de gehele organisatie over de huidige wet- en regelgeving bij de inzet van vrijheidsbeperking onder zowel de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) als de Wzd nog onvoldoende is. Daarbij komt de inhoud van het opgestelde resultaatverslag niet overeen met de bevindingen tijdens het inspectiebezoek van 21 november 2019. Het is onduidelijk hoe systematisch de kwaliteit en veiligheid van zorg verbetert.

De bestuurder en teamleider vertellen interne en externe audits uit te voeren. Het is voor de inspectie onduidelijk op welke wijze en in welke frequentie Kloek deze audits uitvoert. In de resultaatverslagen leest de inspectie dat Kloek op beide locaties audits uitvoerde om te bepalen wat de stand van zaken is op de getoetste normen in januari 2019. In de verkregen documentatie leest de inspectie echter ook de uitkomsten van een audit op medicatieveiligheid. Deze dateert echter van anderhalf jaar geleden.

In de notulen van een teamoverleg leest de inspectie dat de collegiale begeleiders mee gaan lopen met de zorgverleners als ze medicatie delen en toedienen. Op deze manier wil Kloek Roosendaal de incidenten met medicatie terugdringen.

Kloek heeft daarnaast een Meldingen Incidenten procedure (MIC-procedure). De inspectie constateert dat het binnen deze procedure ontbreekt aan een eenduidige en diepgaande analyse. In de analyses achterhalen zorgverleners de basisoorzaken van een incident niet. Een zorgverlener die onderdeel is van de MIC-commissie geeft aan dit te doen naar eigen inzicht. Ze heeft op dit onderwerp geen scholing gehad. De inspectie ziet een overzicht van de meldingen van het afgelopen jaar. Hierin is geen eenduidige werkwijze terug te zien. Bij een aantal maanden staan per meldingsonderwerpen aanbevelingen beschreven. Vaak zijn dit dezelfde soort aanbevelingen: 'Medewerkers erop wijzen wat het belang is van.' Omdat een analyse van de incidenten ontbreekt is het onduidelijk of dit een passende verbetermaatregel is. Later in het jaar zijn meldingen per cliënt weergegeven. In het laatste half jaar staan alleen nog de meldingen weergegeven. Onduidelijk is wat de analyses zijn en welke verbeteracties er zijn ondernomen naar aanleiding van deze meldingen. De procedure van melden is bij alle gesprekspartners bekend. Zorgverleners geven aan meldingen van incidenten te maken. Zorgverleners krijgen in het teamoverleg een terugkoppeling van de meldingen die zijn gedaan op de afdeling. Dit ziet de inspectie ook terug in de notulen van de teamoverleggen.

Kloek Roosendaal heeft een cliëntenraad met vertegenwoordigers van (oud-) cliënten. De inspectie hoort dat zij avonden voor familie en cliënten organiseren. Dit geeft cliënten en hun vertegenwoordigers de gelegenheid hun ervaringen te delen.

Van verschillende gesprekspartners hoort de inspectie dat Kloek een kleine organisatie is. De lijnen tussen bestuur, management en zorgverleners zijn kort. De bestuurder en de teamleider vertellen met regelmaat op de afdelingen te komen. Ze vertellen de cliënten, hun mantelzorgers en de zorgverleners goed te kennen. Het bestuur en de teamleider vertellen op de hoogte te zijn van zaken die spelen. Tegelijkertijd hoort de inspectie dat de bestuurder verbaast is over de bevindingen van de inspectie op de persoonsgerichte zorg.

Ook de cliëntenraad geeft aan dat zij korte lijnen met het bestuur hebben. Ze merken dat de organisatie open staat voor feedback, ze kunnen goed punten aankaarten.

### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels** aan deze norm.

Tijdens het huidige inspectiebezoek hoort en leest de inspectie dat Kloek wel acties inzet om een betere leer- en verbetercultuur te bereiken. Het bewustzijn om te moeten verbeteren is aanwezig.

Toch constateert de inspectie dat er nog onvoldoende sprake is van een aanspreekcultuur (zie ook norm 2.3). De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat er bij Kloek Roosendaal nog geen aanspreekcultuur is. Het is nog niet gebruikelijk om elkaar aan te spreken op het gedrag. De teamleider is zich hiervan bewust. Ook de dementiecoach organiseert teamdagen om de cultuur en samenwerking binnen Kloek Roosendaal te verbeteren.



De bestuurder geeft aan dat Kloek deelneemt aan meerdere lerende netwerken. Dit is echter nog niet een lerend netwerk zoals bedoeld in het kwaliteitskader.

## Bijlage 1 Methode

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

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met cliënten;
- Gesprekken met aantal cliëntvertegenwoordigers van afdelingen;
- Observatie van cliënten twee etages, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers van de twee etages;
- Gesprekken met het management(team);
- Cliëntdossiers van cliënten van twee etages;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door de locatie.

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

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

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



### **Uitleg observatiemethode SOFI**

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

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

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Praten zorgverleners met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

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

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

## Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

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

- Scholingsoverzicht en scholingsplan 2019
- Notulen van teamoverleggen 2019

[REDACTED]

---

**Van:** \_Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT  
**Verzonden:** donderdag 12 december 2019 15:20  
**Aan:** [REDACTED]; Theo | Kloek.nu  
**Onderwerp:** V2015924 cpt. rapport Kloek Roosendaal  
**Bijlagen:** V2015924 begel. brief bij cpt. rapport Kloek Roosendaal.pdf; V2015924 cpt. rapport Kloek Roosendaal.pdf

Geachte bestuurder,

In de bijlage treft u aan de aanbiedbrief en het conceptrapport van het inspectiebezoek aan Kloek B.V. op 21 november 2019.

Deze stukken worden u alleen via de e-mail aangeboden.

Graag ontvang ik een bevestiging dat u deze e-mail met bijlagen in goede orde ontvangen heeft.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Medewerker toezicht

.....  
**afdeling verpleging en verzorging**  
**team risico gestuurd toezicht**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht  
Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....  
**T** telefoon : 088 120 5000  
**F** fax : 088 120 5001

Van: [REDACTED]  
Aan: [REDACTED]  
Onderwerp: FW: reactie concept rapport  
Datum: donderdag 19 december 2019 17:01:39  
Bijlagen: Logo Kloek\_wmz\_kleur\_klein[2].png

11.1.

Met vriendelijke groet,

Senior Inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

Afdeling Verpleging en Verzorging  
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

T: 088 120 5000

F: 088 120 5001

M: [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igi.nl en <https://www.igi.nl>

Twitter: @IGJnl

Zie en hoor het verhaal van de IGJ: Gezond vertrouwen

Van: Theo | Kloek.nu

Verzonden: donderdag 19 december 2019 17:00

Aan: [REDACTED]

CC: AAA Kloek | Martin van de Graaf

Onderwerp: Re: reactie concept rapport

Geachte mevrouw [REDACTED],

Dat zal ik zeker doen vanuit Kloek.

In de tussentijd zijn wij op uw advies met het programma van Waardigheid en Trots op Locatie gestart. De enquêtes zijn inmiddels uitgezet bij alle betrokken doelgroepen en stakeholders.

Wij zien uit naar de resultaten (eind januari 2020) en het voorgestelde programma ter verbetering. Over de ontwikkelingen cq resultaten houd ik u op de hoogte.

Fijne feestdagen!

Met hartelijke groet,

Theo Berg

Directeur Kloek



[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)

<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10

2408 GX Alphen aan den Rijn

Op do 19 dec. 2019 om 16:44 schreef [REDACTED]

[REDACTED]@igi.nl>:

Geachte heer [REDACTED],  
Het concept rapport is vorige week naar u toegestuurd. Ik zou u willen vragen om uw reactie, voor 9 januari 2020, ook rechtstreeks naar mij en mijn collega [REDACTED] ([REDACTED]@igi.nl) toe te sturen. Dit staat per abuis niet genoemd in de begeleidende brief.  
Met vriendelijke groet,  
[REDACTED]



Senior inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen  
.....

**T:** 088 120 5000

**F:** 088 120 5001

**M:** [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....  
**Zie en hoor het verhaal van de IGJ: Gezond vertrouwen**  
.....

[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** donderdag 1 oktober 2020 10:55  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: V2022237 aankondigingsbrief vervolgbezoek Kloek Roosendaal

Ho [REDACTED],

Je hebt 2 brieven Kloek Roosendaal, houdt dat in dat de aanbiedbrief van Kloek Amsterdam nog komt en nu nog niet verzonden hoeft te worden?

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** woensdag 30 september 2020 14:20  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** V2022237 aankondigingsbrief vervolgbezoek Kloek Roosendaal

Ha [REDACTED],

Hierbij de brief voor Kloek Roosendaal B.V. We hebben besloten de brief voor dit bezoek toch deze week te versturen. Als het lukt nog vandaag. Dan bel ik de dag daarna over verdere invulling van het inspectie bezoek. Zo ook de brief aangepast. Het programma hebben we eruit gehaald, dit omdat we wat vrijer willen zijn die dag en zelf een planning willen bepalen. Dan weet je dat deze dus ontbreekt in de brief.

Heb je vragen, dan hoor ik het wel!

Alvast hartelijk dank weer,  
Groetjes [REDACTED] (en [REDACTED])

[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** woensdag 8 januari 2020 08:57  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: Kloek

Hoi [REDACTED],  
Dat is prima!  
Groet, [REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** dinsdag 7 januari 2020 17:29  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: Kloek

Dag [REDACTED],

Een terechte vraag die je stelt. [REDACTED]

11.1.

Dit zou ik graag bij je toetsen voordat ik het in het RT.  
Vind je het goed als ik je vrijdagochtend even bel hierover? [REDACTED]

Met vriendelijke groet,

---

**Van:** [REDACTED]@igi.nl>  
**Datum:** dinsdag 07 jan. 2020 2:50 PM

Aan: [redacted]@igj.nl>, [redacted]@igj.nl>

Onderwerp: RE: Kloek

Hoi [redacted],

Dank voor je reactie. [redacted]  
[redacted]

[redacted]

Mocht je toch denken dat het handig is dat ik wel aanhaak, dan kan ben ik vrijdagochtend op kantoor!

11.1.

Vriendelijke groet,

[redacted]

mr. [redacted]

Senior Adviseur Juridische Zaken IGJ , team MZ

.....  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie VWS**

Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
tel: 06 [redacted]  
[redacted]

<http://www.igj.nl>

Van: [redacted]@igj.nl>

Verzonden: dinsdag 7 januari 2020 13:28

Aan: [redacted]@igj.nl>; [redacted]@igj.nl>

Onderwerp: Kloek



Dag [REDACTED],

Fijn dat je ons adviseert in dit traject! Ik ben op cursus en heb mijn laptop niet bij me dus doe het even uit mijn hoofd:)

11.1.

[REDACTED]

Kort samengevat: in febr 2019 is er een zib bezoek gebracht aan kloek locatie Amsterdam. Ze voldeden niet aan 4 normen. [REDACTED]

[REDACTED]

11.1.

In de bijlage vind je het concept rapport en concept conclusie. [REDACTED] heeft dit meegelezen. As donderdag is de deadline voor FO en vrijdag verwerk ik dit en maak ik de conclusie 'definitief'.

[REDACTED]

11.1

[REDACTED]

Ik ga donderdag/ vrijdagochtend vroeg de conclusie bijschaven en FO verwerken. Heb je in je agenda tijd om dit vrijdagochtend te bekijken en hierover te sparren?

We willen het concept rapport en RT voorstel graag vrijdagmiddag versturen naar de meelezers. De strakke planning heeft te maken met mijn vakantie en de verschillende handhavingstrajecten van [REDACTED] en mij, vandaar.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

---

Van: [REDACTED]@igj.nl>

**Datum:** zondag 05 jan. 2020 10:07 PM

**Aan:** [redacted]

**Onderwerp:** kloek h2 en h3 eerste aanzet

Hoi [redacted],

11.1.

Hierbij de eerste aanzet voor H2 en H3. [redacted]  
[redacted]

Zou jij verder willen aanvullen? Dank!

Groetjes [redacted]

**Van:** [redacted]  
**Verzonden:** donderdag 9 januari 2020 10:05  
**Aan:** \_Dienstpostbus IGJ Utrecht  
**CC:** [redacted]  
**Onderwerp:** FW: V2015924 cpt. rapport Kloek Roosendaal  
**Bijlagen:** Reactie bezoek IGJ .pdf

Hoi collega,

Graag inboeken bij V2015924

Dank alvast

**Van:** \_Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT [redacted] >  
**Verzonden:** donderdag 9 januari 2020 09:53  
**Aan:** [redacted]@igj.nl>  
**Onderwerp:** FW: V2015924 cpt. rapport Kloek Roosendaal

Alvast voor jou, moet nog naar div  
 Groetjes  
 [redacted]

**Van:** Theo | Kloek.nu [redacted]  
**Verzonden:** woensdag 8 januari 2020 18:58  
**Aan:** \_Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT [redacted] |>  
**CC:** [redacted]  
**Onderwerp:** Re: V2015924 cpt. rapport Kloek Roosendaal

Geachte mevrouw [redacted],

In bijlage mail ik u mijn reactie op de concept rapportage n.a.v. het IGJ bezoek d.d. 21-11-2019

Graag ontvang ik uw bevestiging van ontvangst.

Met hartelijke groet,

Theo Berg  
 Directeur Kloek



[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)  
<http://linkedin.com/in/theoberg>

Europaplein 10  
 2408 GX Alphen aan den Rijn

Op do 12 dec. 2019 om 15:19 schreef \_Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT [REDACTED] >:

Geachte bestuurder,

In de bijlage treft u aan de aanbiedbrief en het conceptrapport van het inspectiebezoek aan Klock B.V. op 21 november 2019.

Deze stukken worden u alleen via de e-mail aangeboden.

Graag ontvang ik een bevestiging dat u deze e-mail met bijlagen in goede orde ontvangen heeft.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Medewerker toezicht

.....  
**afdeling verpleging en verzorging**

**team risico gestuurd toezicht**

**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht  
Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....  
**T** telefoon : 088 120 5000  
**F** fax : 088 120 5001



## Reactie op Concept Rapportage Bezoek IGJ d.d. 21-11-2019

Aan: mevrouw [REDACTED]  
Senior Inspecteur IGJ

d.d. 8-1-2020, Alphen aan den Rijn  
Uw brief met kenmerk: 2019-2427596/V2015924/[REDACTED]

Geachte mevrouw [REDACTED]

Hierbij volgt mijn reactie op uw concept rapportage, n.a.v. van uw bezoek d.d. 21-11-2019, met kenmerk **2019-2427596/V2015924/[REDACTED]** aan locatie Kloek Roosendaal:

### ad. 4.1.1.

Het betrekken van de bewoner bij het opstellen van het zorgplan. Het vaststellen van de wilsbekwaamheid van de bewoners is onder de aandacht. Per maand worden de zorgdossiers doorgenomen om vast te stellen hoe de wilsbekwaamheid van de bewoner is vastgelegd. Dit is inderdaad nog onvoldoende duidelijk gemaakt. Betrokken behandelaars worden inmiddels betrokken bij de zorgplanbesprekingen.

De aandacht voor de wensen van de bewoner is inderdaad niet altijd optimaal. Echter is dit niet overwegend het geval. De conclusie in uw rapportage over het respecteren van de wensen van de bewoners deel ik dan ook niet helemaal. U heeft immers tijdens uw bezoek ook kunnen waarnemen dat deze wensen in veel omgangssituaties wel worden gerespecteerd.

### Norm 2.7

Uw conclusie is juist.

De huidige capaciteitsproblemen bij de beschikbare SO en het standpunt van de LHV hebben tot nu toe heel veel moeite gegeven om invulling te geven. Mede hierdoor zijn lopende samenwerkingsafspraken met de reguliere zorgorganisaties gestopt, omdat men aan de werkzaamheden in de eigen organisaties niet meer kon toekomen.

Ik ben dan ook verheugd om te melden dat inmiddels met GGZ West Brabant gekomen is tot een samenwerkingsafpraak voor de inzet van SO en andere behandelaars. En in Amsterdam is de afspraak gemaakt met Novicare.

Beiden locaties zullen structureel multi disciplinair overleg houden (frequentie 1 x per 2 weken) met aanwezigheid van een vaste Specialist Ouderen Geneeskunde, eventueel bijgestaan door GZ psycholoog of andere gedragsdeskundige.

Daarnaast is de consultatiefunctie afgesproken voor tussentijds overleg over voorkomende casuïstiek. Ook zullen zij thematisch bijeenkomsten houden over bijvoorbeeld het gebruik van psychofarmaca, de risico's daarvan en de besluitvorming i.h.k.v. de WZD.

Ook wordt vanuit de GGZ en Novicare de WZD-functionaris geleverd, waardoor de borging van vrijheid en veiligheid is geregeld. Alle zorgdossiers zijn hierop gescreend en waar nodig aangepast.

Uw gehele concept rapportage is in ogenschouw genomen en uw advies tijdens het bezoek aan de locatie, hebben wij dit overgenomen, en zijn gestart met het programma Waardigheid en Trots op Lokatie (WOL).

De vragenlijsten worden momenteel ingevuld door de verschillende betrokkenen.

Op 28 januari is de bijeenkomst van het kwaliteitsteam gepland om de resultaten hieruit door te spreken. (hier zijn ook 2 bewoners betrokken).

## Reactie op Concept Rapportage Bezoek IGJ d.d. 21-11-2019

Aan: mevrouw [REDACTED]  
Senior Inspecteur IGJ

d.d. 8-1-2020, Alphen aan den Rijn  
Uw brief met kenmerk: 2019-2427596/V2015924/[REDACTED]

Op 20 februari a.s. is de bespreking met de leidinggevenden en de raad van bestuur. Hieruit volgt het Plan van Aanpak met ondersteuning door 2 coaches vanuit WOL.

Wij zien de meerwaarde in vooral het goed zicht hebben op wat er daadwerkelijk in de zorg- en begeleidingsmomenten gebeurt, en dat er bewustwording, eenduidigheid en draagvlak groeit bij bestuur, leidinggevenden en medewerkers. Alles in het belang van goede zorg voor onze bewoners.

Blijft dat het bewustwordingsproces de grootste aandacht verdient. Hiervoor worden wekelijks bijeenkomsten georganiseerd met medewerkers om casuïstiek te bespreken en hen te helpen bij het maken van de juiste afwegingen in de omgang met de bewoners.

Alle overige opmerkingen nemen wij mee in het jaarplan, de registratie van afwijkingen en de maandelijkse interne update van de resultaten die bereikt moeten worden. In de wekelijkse teamvergaderingen met de medewerkers worden deze bevindingen besproken.

Op 12 december jl. is de jaarlijkse externe audit voor de ISO certificering geweest. Hieruit blijkt dat het hanteren van de pdca cyclus goed verloopt. Technisch gezien klopt het wel, maar blijkens uw voorlopige conclusies dienen wij in de uitvoering nog stappen te moeten zetten. Dit is dan ook wat met vereende krachten in gang hebben gezet.

Mocht u nog vragen hebben, dan verneem ik dat graag van u.

Met vriendelijke groet

[REDACTED]  
T. Berg  
Raad van Bestuur Kloek



## weigeringsgrond 10.2.e.

Bestand Bericht ADOBE PDF Geef aan wat u wilt doen...

Negeren Verwijderen Beantwoorden Allen Doorsturen Vergadering Chatbericht Meer Reageren Verplaatsen OneNote Acties Markeren als ongelezen Categoriseren Opvolgen Vertalen Zoeken Verwant Selecteren In-/uitzoomen

do 9-1-2020 17:08

**FW: V2015924 cpt. rapport Kloek Roosendaal**

Aan

Reactie bezoek IGJ .pdf  
2 MB

Dag collega's,

Hierbij de reactie op het concept rapport van Kloek. Ik ga hiermee aan de slag.

Met vriendelijke groet,



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

rapport van het inspectiebezoek  
aan Kloek B.V , locatie Kloek Roosendaal  
**in Roosendaal op 21 november 2019**

Utrecht, januari 2020

V2015924



rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Kloek en locatie Kloek Roosendaal 3
<b>2</b>	<b>Conclusie 5</b>
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 5
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 7</b>
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Kloek B.V. verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
<b>4</b>	<b>Resultaten 8</b>
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 16
4.3.1	Resultaten 16
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 20</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Geraadpleegde documenten 22</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 21 november 2019 een onaangekondigd bezoek aan Kloek B.V (Kloek), locatie Kloek Roosendaal in Roosendaal.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport.

De in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een verklarende woordenlijst.

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

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader.

### 1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezocht de locatie Kloek Amsterdam in januari 2019. De inspectie constateerde tijdens dit bezoek dat de geboden zorg op deze locatie (grotendeels) voldeed aan zes van de tien getoetste normen. Vier van de tien getoetste normen voldeden grotendeels niet. Op basis van het bezoek had de inspectie nog onvoldoende zicht op de wijze waarop Kloek stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zij besloot dat er vervolgtoezicht nodig was.

Tekortkomingen werden onder ander geconstateerd op het thema vrijheidsbeperking. De inspectie verzocht daarom na één maand na vaststellen van het rapport een opgesteld beleid over toepassingen vrijheidsbeperking toe te sturen. Na drie maanden verwachtte zij eveneens een resultaatverslag van de ingezette verbetermaatregelen op de normen die nog niet voldeden. De inspectie besloot naar aanleiding van de toegestuurde documenten opnieuw een bezoek te brengen aan één van de twee locaties van Kloek in het jaar 2019.

### 1.2 Beschrijving Kloek en locatie Kloek Roosendaal

Kloek biedt kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Kloek heeft twee locaties, één in Amsterdam en één in Roosendaal. Het hoofdkantoor zit in Alphen aan de Rijn. Kloek oriënteert zich op de mogelijkheid voor een locatie in Hilversum. Het management bestaat uit een tweehoofdige raad van bestuur/ directeuren. Kloek heeft een raad van commissarissen bestaande uit drie leden. Kloek is op 1 maart 2016 als organisatie gestart met het bieden van zorg in Roosendaal.

Kloek Roosendaal is een kleinschalige woonlocatie voor mensen met dementie, gevestigd in een gebouw waar verschillende zorgpartijen zijn gehuisvest. Kloek Roosendaal biedt aan cliënten zorg en ondersteuning. Kloek is gevestigd op de eerste en tweede etage van het gebouw.

De zorg en ondersteuning voor cliënten wordt gefinancierd vanuit een persoonsgebonden budget op grond van de Wet langdurige zorg. Cliënten betalen

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

daarnaast huur en ontvangen daarvoor huursubsidie. Kloek Roosendaal heeft geen aanmerking in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

#### *Clënten*

Tijdens het bezoek ontvangen 34 cliënten zorg. Alle cliënten hebben een zorgprofiel (VV) 5. Er is op de locatie plaats voor 36 cliënten. Elke cliënt in Kloek Roosendaal beschikt over een eigen appartement met eigen badkamer en een keukenblokje. Ieder appartement heeft een eigen balkon. De doelgroep van Kloek zijn cliënten met dementie in de laagste inkomensklasse. De visie van Kloek is om mensen met dementie zoveel mogelijk vrijheid en bewegingsruimte te geven op een veilige manier. Kloek maakt hierbij, als dat nodig is, gebruik van domotica.

Per etage wonen er 18 cliënten. Zij beschikken naast hun eigen appartement over twee gemeenschappelijke huiskamers per etage. Hier kunnen cliënten verblijven, eten en aan activiteiten deelnemen. Ook kunnen cliënten hier gezamenlijk eten. Op elke huiskamer koken huiskamermedewerkers dagelijks een verse warme maaltijd voor de cliënten. De inspectie bezocht de afdelingen op de eerste en tweede etage.

#### *Personeel*

De zorg wordt verleend door een team van 36 zorgverleners, bestaande uit verpleegkundigen niveau 4, verzorgenden niveau 3 IG, huishoudelijke hulpen, huiskamer assistenten, leerlingen verpleegkundige niveau 4, leerlingen verzorgende niveau 3 en stagiaires. Kloek Roosendaal werkt zo nodig ook met drie (vaste) ZZP-ers. Een teamleider stuurt de locatie aan. Zij is de verpleegkundige niveau 4. Een externe dementiecoach is drie keer per jaar vier weken aanwezig om het team en de teamleider te coachen in het omgaan met mensen met dementie en het reflecteren op het eigen gedrag.

Alle cliënten hebben een eigen huisarts. De meeste cliënten maken gebruik van de twee huisartsen die hun praktijk hebben in hetzelfde gebouw als Kloek Roosendaal. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische zorg en schakelt zo nodig andere disciplines in. Kloek Roosendaal heeft samenwerkingsafspraken met een grote zorgaanbieder voor scholing van zorgverleners voor de voorbehouden en risicovolle handelingen.

#### *Organisatie ontwikkelingen*

Kloek is bezig met een uitbreiding van Kloek Roosendaal naar 44 appartementen. De uitbreiding bestaat uit een gang met acht appartementen, gelegen in hetzelfde gebouw op de eerste verdieping. De verbouwing is zo goed als klaar tijdens het inspectiebezoek. Kloek Roosendaal werft op het moment van het inspectiebezoek personeel om de uitbreiding te realiseren. Als er voldoende personeel is geworven, komen er cliënten in de nieuwe appartementen wonen. De bestuurder verwacht dat de eerste cliënten in januari 2020 hun intrek nemen.

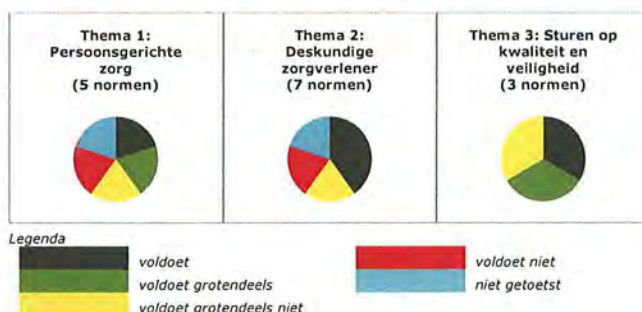
rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

## 2 Conclusie

Dit hoofdstuk pas invoegen als een reactie binnen is op feitelijke onjuistheden. Als er sprake is van een conceptrapport dan schrijf je hier de volgende zin: **Volgt in het vastgestelde rapport.** Deze zin verwijder je weer in het vastgestelde rapport. 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 **<naam locatie>**. 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 **<naam locatie>** beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4. Als er naast de drie thema's nog andere thema's zijn meegenomen dit hieronder ook opnemen in een apart overzicht. Onderstaand schema is een voorbeeld en moet vervangen worden door het juiste schema.



### 2.2 Wat gaat goed

Schrijf je tekst vanuit cliëntperspectief. Herhaal hierbij niet je bevindingen uit hoofdstuk 4 maar schrijf op hoofdlijnen.

### 2.3 Wat kan beter

Schrijf je tekst vanuit cliëntperspectief.

### 2.4 Wat moet beter

Schrijf je tekst vanuit cliëntperspectief.

### 2.5 Conclusie bezoek

Schrijf een conclusie zo compact mogelijk zonder in herhaling te vallen.

De feiten moeten getoetst worden aan de veldnorm.

Schrijf zo concreet mogelijk waarop je de conclusie baseert en neem daarin eventuele belangrijke context mee.

Het gaat om het eindoordeel over deze locatie.

Waar blijkt uit dat er:

- Vertrouwen is in het management. Denk aan het afwegingskader vertrouwen (integer handelen, lerend vermogen, verantwoording afleggen, toetsbaar opstellen, open en transparant opstellen).



rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

- Waar komt de locatie vandaan ten opzichte van bijvoorbeeld een eerder bezoek of vanuit informatie die je hebt gekregen.
- Zijn er risico's voor de directe cliëntenzorg (en hoe schat je dat in).

Probeer zo min mogelijk standaardteksten te gebruiken, maar de conclusie over de feitelijke situatie te baseren op wat je hebt gezien, gehoord en gelezen.

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

### 3 Wat zijn de vervolgacties

Dit hoofdstuk pas invoegen als een reactie binnen is op feitelijke onjuistheden. Als er sprake is van een conceptrapport dan schrijf je hier de volgende zin: **Volgt in het vastgestelde rapport.** Deze zin verwijder je weer in het vastgestelde rapport. In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van **<naam zorgaanbieder>** verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

#### 3.1 De vervolgactie die de inspectie van **<naam zorgaanbieder>** verwacht

Bepaal in RT overleg welke termijnen gesteld worden

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

Beschrijf per thema de overwegingen voor de gestelde interventie en weeg daarin het volgende mee

De mate waarin er risico's zijn voor de directe cliëntenzorg.

- Weeg de context mee (liep er bijvoorbeeld al een verbetertraject, wat is redelijkerwijs haalbaar in deze situatie)
- Heeft de inspectie al eerder een verbetering gevraagd?
- Weeg mee hoe de normen scoren
- Weeg mee of er urgentiebesef is

Het kan zijn dat binnen het thema verschillende verbetertermijnen gelden.

De inspectie verwacht dat **<naam zorgaanbieder>** de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

#### 3.2 Vervolgacties van de inspectie

Bepaal in het RT-overleg wat de vervolgacties zullen zijn en waarom.

Leg dit besluit hier, in een RT-besluit en in het toezichtdossier vast.

Als het RT besluit het bezoek af te sluiten, dan kan je onderstaande tekstsuggestie opnemen. Let op: als er sprake is van een éénpitter dan de tekst hierop aanpassen. De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij **<naam locatie>**. Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op andere locatie(s). Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

Verder zie het werkboek MKI

Wat je van een eventueel resultaatverslag verwacht neem je op in de aanbiedingsbrief bij het definitieve rapport. Vermeld daarin ook het e-mailadres en de uiterste datum.

## 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<sup>1</sup> zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

#### 4.1.1 Resultaten

##### Norm 1.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal niet** aan deze norm.

Kloek Roosendaal werkt met eerst verantwoordelijk verzorgenden (EVV's). Zij zijn het aanspreekpunt voor een aantal cliënten en hun vertegenwoordigers. Gesprekspartners vertellen dat de EVV het zorgplan opstelt in samenspraak met de cliëntvertegenwoordiger. **De cliënt betrekken zij hier niet bij.** Gesprekspartners geven aan dat door de dementie dit over het algemeen niet meer mogelijk is. De inspectie constateert dat hierover in de cliëntdossiers niets is opgenomen. De inspectie ziet ook in geen van de dossiers een inschatting van de wilsbekwaamheid door een terzake kundige arts. Een zorgverlener bevestigt dat zij de wilsbekwaamheid van cliënten in het cliëntdossier niet vastleggen. Toch maken zij voor alle cliënten afspraken met de naasten van de cliënt in plaats van de cliënt zelf.

De evaluatie van het zorgplan gebeurt twee keer per jaar door een gesprek met de cliëntvertegenwoordiger. Zorgverleners vertellen dat de cliënt hierbij eveneens niet aanwezig is. Ook betrekken zorgverleners betrokken behandelaren niet bij dit evaluatie moment (zie ook norm 2.7).

Uit gesprekken blijkt daarbij dat medewerkers de wensen van cliënten niet altijd respecteren. Zo vertelt een zorgverlener dat een cliënt het liefst koffie drinkt. In het

#### Met opmerkingen [GJd(1): Reactie bestuurder:

Het betrekken van de bewoner bij het opstellen van het zorgplan. Het vaststellen van de wilsbekwaamheid van de bewoners is onder de aandacht. Per maand worden de zorgdossiers doorgenomen om vast te stellen hoe de wilsbekwaamheid van de bewoner is vastgelegd. Dit is inderdaad nog onvoldoende duidelijk gemaakt. Betrokken behandelaren worden inmiddels betrokken bij de zorgplanbesprekingen.

De aandacht voor de wensen van de bewoner is inderdaad **niet** altijd optimaal. Echter is dit niet overwegend het geval. De conclusie in uw rapportage over het respecteren van de wensen van de bewoners deel ik dan ook niet helemaal. U heeft immers tijdens uw bezoek ook **kunnen** waarnemen dat deze wensen in veel omgangssituaties wel worden gerespecteerd.

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

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

zorgplan staat echter aangegeven dat deze cliënt na 21.00 uur geen koffie meer mag drinken.

#### Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **volgt Kloek Roosendaal grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet dat zorgverleners in Kloek Roosendaal voor een groot deel de gewoontes van cliënten kennen. Zo weten de zorgverleners de plaats binnen de afdeling waar cliënten bij voorkeur rusten en kennen ze de behoefte van een cliënt om rond te lopen na de maaltijd. De inspectie observeert in de huiskamer tijdens de broodmaaltijd in de middag. Tijdens observatie ziet de inspectie dat zorgverleners de cliënten over het algemeen kennen. Ze kennen de cliënt bij naam en weten hoe de cliënt aangesproken wenst te worden.

Cliënten kunnen in Kloek Roosendaal het appartement inrichten met hun eigen meubels. Ook de algemene ruimtes op beide etages zijn huiselijk ingericht. Zo ziet de inspectie diverse herkenbare voorwerpen van vroeger en meubilair passend bij de doelgroep. Ook zijn alle deuren van de appartementen beplakt met verschillende soorten afbeeldingen van bestaande voordeuren. Op beide afdelingen zijn zitjes buiten de huiskamers gemaakt waar cliënten apart, alleen of met familie kunnen zitten.

De inspectie ziet in de cliëntdossiers voor iedere cliënt een ADL-omschrijving staan. Deze omschrijving is ook aanwezig op de kamer van de cliënt. Hierin staat gedetailleerd beschreven hoe de cliënt de zorg, zoals mondzorg, toiletgang, avondzorg, wilt ontvangen. Ook leest de inspectie in sommige omschrijvingen benaderingsadviezen, zoals 'cliënt vindt het fijn om een knuffel te krijgen'. De inspectie hoort van gesprekspartners dat deze informatie vooral van de cliëntvertegenwoordiger komt.

Bij navraag geven verschillende gesprekspartners aan dat ze vaak niet de achtergrond en levensgeschiedenis van de cliënten kennen. Wanneer zij dit willen weten zijn zij afhankelijk van familie. Het is nog geen standaard onderwerp om te bespreken met familie wanneer een cliënt nieuw komt wonen in Kloek Roosendaal. De gesprekspartners geven aan dat zij het wel fijn zouden vinden om meer over de cliënten te weten, bijvoorbeeld om onbegrepen gedrag van cliënten te verklaren. Over sommige cliënten weten zij wel al wat meer van de achtergrond, vaak doordat naar aanleiding van bepaald gedrag dit is nagegaan bij familie.

Een zorgverlener vertelt over een cliënt die 24 uur per dag op bed ligt, met de beddekken omhoog. De cliënt komt niet uit het appartement. Dit is volgens de zorgverlener op verzoek van de cliënt zelf. Een risico afweging voor de inzet van de beddekken ontbreekt. De zorgverlener is hier niet zeker van. Bij opname een aantal jaar geleden is er nog geprobeerd om de cliënt een andere daginvulling te geven. Uit het cliëntdossier is niet op te maken of dit een zinvolle daginvulling voor de cliënt is. De zorgverlener geeft aan zijn behoeftes hierin ook niet te kennen.



## Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

Clënten binnen Kloek Roosendaal krijgen beperkt individuele keuzemogelijkheden. Uit de verschillende gesprekken blijkt dat de intentie er wel is. Zorgverleners blijken echter vooral uit te gaan van algemene interesses en gewoontes van de groep clënten. Zo heeft Kloek Roosendaal een activiteitenprogramma met verschillende activiteiten door de week. De individuele wensen van de clënten nemen zorgverleners hierin niet mee. Ook kennen zorgverleners de wensen van de individuele clënten vaak niet.

De inspectie ziet dat clënten voor een deel kunnen kiezen wat zij eten en drinken. Zorgverleners koken in de avond per huiskamer voor de clënten. Wekelijks stelt een van de zorgverleners een menu op voor de verschillende huiskamers. Bij navraag blijken zorgverleners de clënten hierbij niet actief te betrekken. Wanneer een cliënt iets niet lekker vindt, bieden zorgverleners de maaltijd van een van de andere huiskamers als alternatief aan.

Tijdens de lunch ziet de inspectie dat een zorgverlener aan een cliënt vraagt of ze nog wat wil drinken. De cliënt beaamt dit. De zorgverlener pakt het pak sap van tafel en schenkt dit bij haar in. De zorgverlener biedt de cliënt hierbij geen keuze. De cliënt vraagt of het water is. De zorgverlener zegt 'Nee, het is sap, proeft u maar. Het is lekker'.

In een andere huiskamer drinken alle clënten chocolademelk bij de broodmaaltijd. De zorgverlener heeft de clënten geen keuze geboden hierin. De zorgverlener vertelt dat de clënten dit allemaal lekker vinden. Daarnaast vertelt de zorgverlener dat ze de clënten niet te veel koffie aanbiedt gedurende de dag. Een onderbouwing hiervoor heeft de zorgverlener niet.

Ook ziet de inspectie dat zorgverleners voor een aantal clënten de boterham klaarmaakt voordat zij dit aanbieden. Wanneer de inspectie navraag doet hoe zorgverleners weten wat deze clënten lekker vinden, geven zij aan dat ze dit door middel van uitproberen weten. Ze leggen dit vervolgens niet vast in het dossier, blijkt bij navraag. Zowel de ondersteuning niet die cliënt hier wel of niet bij nodig heeft, als de voorkeuren van bijvoorbeeld broodbeleg.

De inspectie hoort van een gesprekspartner dat een bedlegerige cliënt graag televisie kijkt. Dit is erg belangrijk voor de cliënt, omdat dit het enige is dat de cliënt nog kan doen. De zorgverleners leggen echter de afstandsbediening van de cliënt buiten het bereik van de cliënt gedurende de avond en de nacht, omdat de cliënt de televisie anders mogelijk te hard zet. Dit betekent dat de cliënt de televisie niet meer kan bedienen.

Ook hoort, leest en ziet de inspectie in de huiskamer dat zorgverleners beperkt rekening houden met de eigen regie van clënten. In meerdere huiskamers ruimt een van de medewerkers de tafel af. Ze stimuleert clënten niet om hierbij te helpen. Uit de observatie en een gesprek met een zorgverlener blijkt dat enkele clënten in staat zouden zijn om hierbij te ondersteunen. De zorgverlener betreft de cliënt niet bij deze activiteit. Daarentegen vertelt een zorgverlener wel dat clënten soms mee helpen met bijvoorbeeld het vouwen van de was of het schillen van aardappels. Tijdens de rondgang ziet de inspectie een cliënt meehelpen met het schillen van de aardappels. Ook vertelt een gesprekspartner dat een van de clënten meehelpt met het vegen van de gangen, omdat hij dit graag doet.

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

#### Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

Eenzijds ziet de inspectie situaties waarbij zorgverleners cliënten meer nabijheid en geborgenheid kunnen bieden. De inspectie ziet dat zorgverleners aan tafels zitten in een van de huiskamers. Ze lunchen samen met de cliënten. De zorgverleners ondersteunen de cliënten waar dit nodig is, dit is veelal functioneel en taakgericht. Het is tijdens de maaltijd stil. Er is geen gesprek tussen de cliënten onderling of met de zorgverlener. De zorgverleners gaan geen gesprek aan met cliënten tijdens de maaltijd. Wel hoort de inspectie dat zorgverleners tijdens de broodmaaltijd over de hoofden van cliënten heen praten over bijvoorbeeld de duur van de diensten die week. Daarbij praten zorgverleners met elkaar over de cliënten aan de lunchtafel met cliënten erbij. Een andere zorgverlener vertelt vooral over gebeurtenissen uit haar eigen leven. Ze heeft hierbij weinig oog voor de belevingswereld van de cliënten.

Ook ziet de inspectie een cliënt op een stoel in de gang, terwijl de lunch in de huiskamer begint. De inspectie ziet dat een zorgverlener de cliënt bij de handen pakt en haar uit de stoel probeert te trekken om te komen lunchen. De cliënt wil niet uit de stoel komen. Een andere zorgverlener zegt tegen haar collega dat de cliënt wel op de gang mag eten. Vervolgens laat de zorgverlener de cliënt los en brengt haar de klaargemaakte broodmaaltijd. De inspectie leest later in het zorgplan dat de cliënt niet op de gang mag eten.

Anderzijds ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners met warmte en respect over en met de cliënten praten. Zij spreken cliënten vriendelijk aan. Ook ziet de inspectie dat de zorgverleners aandacht hebben voor het creëren van geborgenheid. Een cliënt staat op van tafel en geeft aan naar haar appartement te gaan. Bij het langslopen pakt een van de zorgverleners even haar hand en maakt een grapje om haar op haar gemak te stellen. Ook ziet de inspectie een cliënt rondlopen over de gangen. Ze mompelt en lijkt wat zoekend. Zorgverleners hebben hier aandacht voor. Ze begroeten haar telkens en geven aan dat de cliënt erbij mag komen zitten. In het dossier leest de inspectie deze omgangsafspraken terug. De inspectie leest dat het belangrijk is om mevrouw aandacht te geven, omdat zij zich snel te veel voelt. De benaderingsadviezen zijn het verwelkomen van cliënt en haar uit te nodigen om erbij te komen zitten.

#### Norm 1.5

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

De norm is **niet getoetst**.

## 4.2

### Thema Deskundige zorgverlener

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

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

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

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

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
  - Do: de verbeteringen uitvoeren.
  - Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
  - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.
- Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

#### 4.2.1

##### Resultaten

##### Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

Clënten wonen vrijwillig bij Kloek Roosendaal. Kloek Roosendaal heeft geen BOPZ-aanmerking. Toch zetten zorgverleners vrijheidsbeperkende maatregelen in. Kloek Roosendaal zet de maatregelen in zonder een gedegen multidisciplinair besluitvormingsproces. De besluitvorming rondom vrijheidsbeperking en het wegen van alternatieven is niet zichtbaar in het cliëntdossier. De gesprekspartners geven aan dat de zorgverleners de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen bespreken met de familie van de cliënten, maar niet met de huisarts of een andere behandelaar. Bij een bedlegerige cliënt staat de inzet van bedekken niet in het zorgplan. De zorgverlener vertelt dat de ze de bedekken inzetten, in verband met valgevaar. De zorgverleners hebben geen alternatieven uitprobeerde voor de bedekken. De inzet van mogelijke alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet bekend bij de zorgverleners. Er zijn vier cliënten die een GPS-horloge gebruiken. Een multidisciplinaire afweging en evaluatie van deze maatregelen ontbreekt. De afstemming vindt plaats tussen zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers.

Kloek Roosendaal heeft niet alle mogelijke risico's voor cliënten in beeld. Zo zijn voor cliënten met dementie de balkondeuren op hun appartementen makkelijk te openen. De inspectie leest niet in de cliëntdossiers of zorgverleners eventuele veiligheidsrisico's ten opzichte van de veiligheid van de cliënt afwegen. De inspectie ziet wel dat de zorgverleners de gezondheidsrisico's voor de cliënten in beeld brengen, zoals het risico op ondervoeding, vallen, eenzaamheid en depressie. De zorgverleners gebruiken standaard risico signaleringlijsten. De inspectie ziet dit terug in de cliëntdossiers. De opvolging van de risico's is vervolgens niet altijd duidelijk. Het blijkt hierbij dat zorgverleners veel waarde hechten aan de mening van de familie bij het maken van afwegingen tussen het risico enerzijds en de wensen/behoeften van de cliënt anderzijds. Zo ziet de inspectie in meerdere dossiers het volgende: 'In overleg met cliënt en/of vertegenwoordiger is besloten geen actie te ondernemen met het verhoogde risico'. Bij een cliënt met ongeremd eetgedrag leest de inspectie: 'dochter vindt het prima dat de cliënt eet wat hij lekker vindt'. Ook leest de inspectie: 'cliënt in overleg met dochter geen



rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

kamernummers op een briefje geven of een nummer op haar sleutel plakken'. De inspectie hoort van gesprekspartners dat de cliënt niet aanwezig is tijdens het bespreken van de risico's. De wilsbekwaamheid (ter zake) is niet vastgesteld bij de cliënten.

#### Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

Kloek Roosendaal is sinds een jaar overgegaan op een nieuw elektronisch cliëntdossier. In het cliëntdossier bevindt zich een ADL-lijst. Op deze lijst staan de zorgafspraken voor de cliënt rondom de algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL). Het cliëntdossier bevat een zorgplan met probleem, doelen en acties. De meeste doelen gaan over het lichamelijk welbevinden van cliënten, zoals 'mevrouw ziet er verzorgd uit' en 'mevrouw krijg de juiste medicatie, op het juiste tijdstip en de juiste manier'. De inspectie ziet dat doelen in het zorgplan algemeen beschreven zijn, zoals 'ten alle tijden dhr. met respect behandelen'. Een zorgverlener erkent dit. De zorgverleners rapporteren daarbij soms wel en soms niet op de doelen. De afspraak is dat de zorgverleners op doelen rapporteren.

Daarbij ziet de inspectie ook dat zorgplannen niet altijd actueel zijn. Zo ziet zij dat een zorgplan is verlopen op 6 november 2019. Bij een andere cliënt is volgens een gesprekspartner een concept zorgplan opgesteld met de laatste wijzigingen van de zorg. Dit naar aanleiding van de recent veranderende zorgvraag van de cliënt. De zorgverlener kan dit echter niet inzien, omdat hij niet de EVV is. Hij heeft pas inzage in dit aangepaste zorgplan wanneer het is vastgesteld.

De inspectie ziet geen analyses van gedrag voorafgaand aan de inzet van vrijheid beperkende maatregelen of gedragsbeïnvloedende medicatie. Een aantal cliënten gebruikt 'zo nodig' gedragsbeïnvloedende medicatie. Dit is volgens gesprekspartners niet vastgelegd als een vrijheidsbeperkende maatregel. De medicatie is voorgeschreven door de huisarts. Er is geen gedragsdeskundige bij deze cliënten betrokken. Er zijn geen concrete afspraken gemaakt over wanneer zorgverleners deze medicatie mogen geven en wanneer een evaluatie plaatsvindt. De inspectie constateert dat deze werkwijze niet overeenkomt met het opgestelde in beleid van Kloek over vrijheid en veiligheid. Een gesprekspartner geeft aan dat zorgverleners dit geven naar eigen inzicht. De inspectie hoort van de zorgverlener en leest in het dossier dat een cliënt afgelopen nacht gedragsbeïnvloedende medicatie heeft gehad. Hierbij lees de inspectie dat er voorafgaand geen overleg plaatsvond met een arts. De zorgverlener vertelt dat de cliënt nog steeds slaapt, het is dan 13.00 uur. Tevens leest de inspectie niet of zorgverleners voorafgaan aan de inzet van een maatregel alternatieven hebben uitgeprobeerd. Observaties hoe een cliënt reageert op de inzet van bijvoorbeeld een bedhek of GPS-horloge, leest de inspectie eveneens niet in het cliëntdossier.

#### Norm 2.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels** aan deze norm.



rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

De zorgverleners en de bestuurder vertellen dat zij samen iedere ochtend tijdens de overdracht spreken over de Wet zorg en dwang. Ze bespreken dan bijvoorbeeld casuïstiek.

Binnen Kloek Roosendaal werken collegiale begeleiders. Dit zijn verpleegkundigen of verzorgenden die collega's coachen bij het reflecteren op hun werkzaamheden en gedrag. Zo krijgen EVV's onder andere coaching van de collegiaal begeleiders bij het opstellen van zorgplannen. De dementiecoach is drie keer per jaar, gedurende vier weken, vier dagen per week bij Kloek Roosendaal aanwezig. Zij coacht de zorgverleners, individueel en in kleine groepjes, bij het omgaan met mensen met dementie. De dementiecoach bespreekt ook met hen de effecten van de verleende zorg. Tijdens het inspectiebezoek is er een bijeenkomst voor vijf zorgverleners samen met de teamleider en de dementiecoach. Tijdens de bijeenkomst bespreken zij de casuïstiek en de bejegening van cliënten met dementie.

In het teamoverleg komen naast praktische zaken ook MIC-meldingen (melding incident cliënt), roosterzaken en de samenwerking aan de orde. Toch geven verschillende gesprekspartners ook aan dat het lastig blijft om elkaar echt aan te spreken en elkaar op de man af feedback te geven. De ene zorgverlener kan dit beter dan de ander.

#### Norm 2.4

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

De norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

#### Deskundigheid

De inspectie hoort en ziet dat Kloek veel investeert in de scholing van zorgverleners over dementie. Zo is er een dementiecoach en zijn er vier collegiale begeleiders die hun collega's coachen over persoonsgerichte zorg en dementie. De inspectie ziet de resultaten hiervan deels in de praktijk terug (zie bevindingen bij thema 1).

De inspectie merkt uit gesprekken met verschillende gesprekspartners dat de deskundigheid over de inzet van vrijheid beperkende maatregelen onvoldoende is. Terwijl uit de verkregen documentatie blijkt dat zorgverleners hier scholing over hebben gekregen. De inspectie constateert tijdens het bezoek dat de deskundigheid op onder andere het gebied van methodisch werken en omgaan met onbegrepen gedrag onvoldoende aanwezig is, zie de bevindingen bij thema 1 en 2.

De cliëntenraad geeft aan dat zorgverleners binnen Kloek Roosendaal over het algemeen de zorg en ondersteuning met veel warmte en liefde geven. Ze zijn er voor de bewoners. Wel missen zij stabiliteit en ook een bepaalde mate van professionaliteit binnen het team. Nieuwe processen en werkafspraken krijgen vaak geen goede opvolging. Terugkomen op werkafspraken blijft een uitdaging binnen de organisatie.

De bestuurder vertelt dat er afgelopen jaar veel verloop is geweest in het personeel. Hij geeft hierbij aan zoekende te zijn in de afstemming tussen voldoende deskundigheid bij de zorgverleners in relatie tot het verloop van zorgverleners en de

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

complexer wordende zorgvraag van cliënten. De dementiecoach geeft nu vooral de scholing door de zorgverleners te trainen on the job.

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat zij scholing voor risicovolle en voorbehouden handelingen periodiek volgen. De zorgverleners van Kloek Roosendaal volgen deze scholing bij een andere zorgaanbieder. Uit het scholingsplan blijkt dat Kloek Roosendaal verschillende zorgverleners zelf opleidt tot verzorgende IG of verpleegkundige. Uit het scholingsoverzicht blijkt dat Kloek Roosendaal in beeld heeft welke zorgverleners de risicovolle en voorbehouden handelingen mogen uitvoeren. In het scholingsoverzicht ziet de inspectie dat zorgverleners scholing hebben gevolgd over de BOPZ.

#### Bezetting

Gesprekspartners vertellen dat er per 9 cliënten overdag en in de avond één helpende, verzorgende IG of verpleegkundige aanwezig is. Daarnaast is er in elke huiskamer een huiskamerassistent aanwezig van 9.00 uur tot 13.00 uur en van 16.00 uur tot 20.00 uur. 's Nachts werken er een verzorgende IG en een helpende.

Tijdens het inspectiebezoek constateert de inspectie dat de bezetting echter op zowel de eerste als de tweede etage niet is zoals gesprekspartners aangegeven. In een huiskamer is een helpende plus en een leerling aanwezig. Er is daarbij maar één huiskamerassistent die twee huiskamers tegelijkertijd ondersteunt. Dit komt vaker voor, hoort de inspectie van verschillende gesprekspartners. Zorgverleners verdelen dan hun tijd zo goed mogelijk over de cliënten van de twee huiskamers op de afdeling.

De inspectie leest een werkverdeling gebaseerd op de bezetting van het personeel ook terug in het cliëntdossier. In een ADL-beschrijving leest de inspectie bijvoorbeeld: 'Cliënt douchen wanneer er voldoende verzorgend personeel aanwezig is'.

De zorgverleners vertellen bij navraag dat de bezetting over het algemeen voldoende is om het werk te doen, alleen op de piekmomenten in de ochtend en avond is het druk. Zodra de huiskamerassistent om 20.00 uur weg gaat, neemt de onrust onder de cliënten toe. De zorgverlener gaat dan de cliënten naar bed brengen, omdat zij dit dan vaak tegelijkertijd willen. Er is dan minder toezicht in de huiskamers.

#### Norm 2.6

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

De norm is **niet getoetst**.

#### Norm 2.7

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

Volgens de inspectie **volgdoet Kloek Roosendaal niet** aan deze norm.

De inspectie **hoort en ziet dat Kloek Roosendaal onvoldoende multidisciplinaire behandel disciplines betreft**. Verschillende gesprekspartners vertellen dat ze deze expertise missen. Zo vertelt de directeur dat hij met verschillende partijen heeft gesproken om een specialist ouderengeneeskunde (SO) aan Kloek Roosendaal te binden, maar dit is tot op heden nog niet gelukt. De cliëntenraad geeft eveneens

#### Met opmerkingen [Gjd(2): Reactie bestuurder:

Uw conclusie is juist. De huidige capaciteitsproblemen bij de beschikbare SO en het standpunt van de LHV hebben tot nu toe heel veel moeite gegeven om invulling te geven. Mede hierdoor zijn lopende samenwerkingsafspraken met de reguliere zorgorganisaties gestopt, omdat men aan de werkzaamheden in de eigen organisaties niet meer kon **toekomen**.

Ik ben dan ook verheugd om te melden dat inmiddels met GGZ West Brabant gekomen is tot een samenwerkingsafpraak voor de inzet van SO en andere behandelaren. En in Amsterdam is de afspraak gemaakt met Novicare.

Beiden locaties zullen structureel multi disciplinair overleg houden (frequentie 1 x per 2 weken) met aanwezigheid van een vaste Specialist Ouderen Geneeskunde, eventueel bijgestaan door GZ psycholoog of andere gedragsdeskundige. Daarnaast is de consultatiefunctie afgesproken voor tussentijds overleg over voorkomende casuïstiek. Ook zullen zij thematisch bijeenkomsten houden over bijvoorbeeld het gebruik van psychofarmaca, de risico's daarvan en de besluitvorming i.h.v. de WZD.

Ook wordt vanuit de GGZ en Novicare de WZD-functionaris gelavard, waardoor de borging van vrijheid en veiligheid is geregeld. Alle **zorgdossiers** zijn hierop gescreend en waar nodig aangepast.

Uw gehele concept rapportage is in ogenschouw genomen en uw advies tijdens het bezoek aan de locatie, hebben wij dit overgenomen, en zijn gestart met het programma Waardigheid en Trots op Lokatie (WOL).

De vragenlijsten worden momenteel ingevuld door de verschillende betrokkenen.

Op 28 januari is de bijeenkomst van het kwaliteitsteam gepland om de resultaten hieruit door te spreken. (hier zijn ook 2 bewoners betrokken).

Op 20 februari a.s. is de bespreking met de leidinggevend en de raad van bes. uur. Hieruit volgt het Plan van Aanpak met ondersteuning door 2 coaches vanuit WOL.

Wij zien de meerwaarde in vooral het goed zicht hebben op wat er daadwerkelijk in de zorg- en begeleidingsmomenten gebeurt, en dat er bewustwording, eenduidigheid en draagvlak groeit bij bestuur, leidinggevend en medewerkers. Alles in het belang van goede zorg voor onze bewoners.

Blijft dat het bewustwordingsproces de grootste aandacht verdient. Hiervoor worden wkelijks bijeenkomsten georganiseerd met medewerkers om casuïstiek te bespreken en hen te helpen bij het maken van de juiste afwegingen in de omgang met de bewoners.

Alle overige opmerkingen nemen wij mee in het jaarplan, de registratie van afwijkingen en de maandelijkse interne update van de resultaten die bereikt moeten worden. In de wkelijks teamvergaderingen met de medewerkers worden deze bevindingen besproken.



rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

aan dat de multidisciplinaire samenwerking een belangrijk aandachtspunt is bij het bestuur.

In de verkregen documentatie leest de inspectie terug dat zorgverleners vaak melden over geagiteerd of agressief gedrag van verschillende cliënten. De inspectie leest dat zorgverleners vaak met de familie en de dementiecoach afstemmen over hoe met dit gedrag om te gaan. Bij een van de cliënten leest de inspectie dat zorgverleners hier vaak over melden. Na afspraken met coach en familie blijkt het agressieve gedrag te blijven bestaan. Twee maanden later volgt een observatie van de dementiecoach om opnieuw afspraken te maken over het aanhoudende gedrag. Een gedragsdeskundige is niet over dit gedrag geraadpleegd. Over de inzet van eventuele andere externe expertise is niets vastgelegd.

Bij een cliënt met depressieve klachten hoort de inspectie in een gesprek dat een medewerker van de GGZ betrokken is. De zorgverleners weten niet wat de functie van deze medewerker is en welke behandeling is afgesproken. De inspectie hoort wel dat er laatst een overleg is geweest met de huisarts, cliëntvertegenwoordiger en zorgverleners in verband met de overplaatsing van een cliënt naar een gesloten woonsetting. De aanleiding hiervoor was dat de zorgvraag van de cliënt steeds complexer werd.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt niet altijd afstemming plaats met een arts of een GGZ-psycholoog. De inspectie ziet verschillende cliënten met onbegrepen gedrag tijdens de observatie. Bij deze cliënten is geen gedragsdeskundige betrokken. Een van de cliënten gebruikt gedragsbeïnvloedende medicatie voor zo nodig (zie ook norm 2.2). Een medewerker geeft aan dat er al snel naar medicatie wordt gekeken en niet naar andere opties. Terwijl zorgverleners vaak nog wel mogelijkheden zien. De benaderingsadviezen stellen de zorgverleners zelf of in overleg met de dementiecoach op.

Kloek Roosendaal evalueert de zorg twee keer per jaar met de cliëntvertegenwoordiger. Een enkele keer betreft de zorgverlener hier een huisarts bij. Er is geen sprake van een multidisciplinair overleg waar behandelaars bij aanwezig zijn. De inspectie hoort dat Kloek Roosendaal op geleide van de huisarts een SO inzet. De inspectie ziet dit niet aantoonbaar terug in de cliëntdossiers.

#### 4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

##### 4.3.1 Resultaten

Norm 3.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet** aan deze norm.

De bestuurder vertelt dat de visie op de zorg en ondersteuning van Kloek 'Net als thuis' is. De inspectie ziet dit tijdens de observaties niet in voldoende mate terug (zie bevindingen bij thema 1). Daarbij hoort en ziet de inspectie dat de zorgverleners het moeilijk vinden om de visie uit te voeren in de praktijk. Verschillende gesprekspartners geven aan: 'aan de ene kant levert Kloek thuiszorg

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

bij de mensen thuis, maar aan de andere kant doet de woonsituatie en de complexe zorgvraag denken aan kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie'.

Ook constateert de inspectie dat de veiligheid van de cliënten niet overal geborgd is (zie ook bevindingen bij norm 2.1.). In een melding van een incident leest de inspectie dat een cliënt een afwasblokje heeft gegeten. De cliënt vond deze in de keuken van een van de huiskamers.

Zorgverleners hebben de veiligheidsrisico's ten opzichte van de vrijheid van de cliënt onvoldoende in beeld. De inspectie leest in de verkregen documentatie dat Kloek een visie heeft over vrijheid en veiligheid en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo leest de inspectie: 'Ieder mens heeft vrijheid, dat is een grondrecht'. Dit betekent dat het uitgangspunt is dat onze bewoners kunnen gaan en staan waar zij willen en in hun dagelijks handelen keuzes kunnen maken zoals zij dat willen en dat zij daarin niet worden beperkt. In sommige situaties is veiligheid een factor die invloed heeft op de vrijheid. Veiligheid betekent een omgeving waarin bewoners zich veilig kunnen bewegen. Veiligheid is ook van toepassing op medebewoners, omwonenden en voor medewerkers.'

Het blijkt echter dat het voor zorgverleners niet altijd duidelijk is hoe zij om moeten gaan met het beleid van een open deur en de vrijheid van cliënten tot het verlaten van de locatie. De inspectie leest bijvoorbeeld in notulen van een teamoverleg dat het voor een zorgverlener onduidelijk is wanneer zij achter bewoners aan moeten gaan als ze naar buiten lopen. In de notulen leest de inspectie dat het voor zorgverleners eveneens niet duidelijk is wanneer zij hierover een Melding Incidenten Cliënt (MIC)-meldingen dienen te maken.

### Norm 3.2

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

De inspectie bezocht Kloek Amsterdam in januari 2019. Naar aanleiding van de bevindingen stelde Kloek een verbetertraject in. Vrijheidsbeperking was hierin een belangrijk thema. Tijdens het bezoek op 21 november 2019 constateert de inspectie opnieuw tekortkomingen op dit onderwerp. Het beschreven beleid op vrijheidsbeperking en de opgestelde plannen over de implementatie van het beleid blijken met name gericht op de Wet zorg en dwang (Wzd) die per 1 januari 2020 in werking treedt. Tijdens het bezoek constateert de inspectie echter dat de kennis en kunde binnen de gehele organisatie over de huidige wet- en regelgeving bij de inzet van vrijheidsbeperking onder zowel de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) als de Wzd nog onvoldoende is. Daarbij komt de inhoud van het opgestelde resultaatverslag niet overeen met de bevindingen tijdens het inspectiebezoek van 21 november 2019. Het is onduidelijk hoe systematisch de kwaliteit en veiligheid van zorg verbetert.

De bestuurder en teamleider vertellen interne en externe audits uit te voeren. Het is voor de inspectie onduidelijk op welke wijze en in welke frequentie Kloek deze audits uitvoert. In de resultaatverslagen leest de inspectie dat Kloek op beide locaties audits uitvoerde om te bepalen wat de stand van zaken is op de getoetste normen in januari 2019. In de verkregen documentatie leest de inspectie echter ook de uitkomsten van een audit op medicatieveiligheid. Deze dateert echter van anderhalf jaar geleden.



rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

In de notulen van een teamoverleg leest de inspectie dat de collegiale begeleiders mee gaan lopen met de zorgverleners als ze medicatie delen en toedienen. Op deze manier wil Kloek Roosendaal de incidenten met medicatie terugdringen.

Kloek heeft daarnaast een Meldingen Incidenten procedure (MIC-procedure). De inspectie constateert dat het binnen deze procedure ontbreekt aan een eenduidige en diepgaande analyse. In de analyses achterhalen zorgverleners de basisoorzaken van een incident niet. Een zorgverlener die onderdeel is van de MIC-commissie geeft aan dit te doen naar eigen inzicht. Ze heeft op dit onderwerp geen scholing gehad. De inspectie ziet een overzicht van de meldingen van het afgelopen jaar. Hierin is geen eenduidige werkwijze terug te zien. Bij een aantal maanden staan per meldingsonderwerpen aanbevelingen beschreven. Vaak zijn dit dezelfde soort aanbevelingen: 'Medewerkers erop wijzen wat het belang is van.' Omdat een analyse van de incidenten ontbreekt is het onduidelijk of dit een passende verbetermaatregel is. Later in het jaar zijn meldingen per cliënt weergegeven. In het laatste half jaar staan alleen nog de meldingen weergegeven. Onduidelijk is wat de analyses zijn en welke verbeteracties er zijn ondernomen naar aanleiding van deze meldingen. De procedure van melden is bij alle gesprekspartners bekend. Zorgverleners geven aan meldingen van incidenten te maken. Zorgverleners krijgen in het teamoverleg een terugkoppeling van de meldingen die zijn gedaan op de afdeling. Dit ziet de inspectie ook terug in de notulen van de teamoverleggen.

Kloek Roosendaal heeft een cliëntenraad met vertegenwoordigers van (oud-) cliënten. De inspectie hoort dat zij avonden voor familie en cliënten organiseren. Dit geeft cliënten en hun vertegenwoordigers de gelegenheid hun ervaringen te delen.

Van verschillende gesprekspartners hoort de inspectie dat Kloek een kleine organisatie is. De lijnen tussen bestuur, management en zorgverleners zijn kort. De bestuurder en de teamleider vertellen met regelmaat op de afdelingen te komen. Ze vertellen de cliënten, hun mantelzorgers en de zorgverleners goed te kennen. Het bestuur en de teamleider vertellen op de hoogte te zijn van zaken die spelen. Tegelijkertijd hoort de inspectie dat de bestuurder verbaast is over de bevindingen van de inspectie op de persoonsgerichte zorg.

Ook de cliëntenraad geeft aan dat zij korte lijnen met het bestuur hebben. Ze merken dat de organisatie open staat voor feedback, ze kunnen goed punten aankaarten.

### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Kloek Roosendaal notenapels** aan deze norm.

Tijdens het huidige inspectiebezoek hoort en leest de inspectie dat Kloek wel acties inzet om een betere leer- en verbetercultuur te bereiken. Het bewustzijn om te moeten verbeteren is aanwezig.

Toch constateert de inspectie dat er nog onvoldoende sprake is van een aanspreekcultuur (zie ook norm 2.3). De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat er bij Kloek Roosendaal nog geen aanspreekcultuur is. Het is nog niet gebruikelijk om elkaar aan te spreken op het gedrag. De teamleider is zich hiervan bewust. Ook de dementiecoach organiseert teamdagen om de cultuur en samenwerking binnen Kloek Roosendaal te verbeteren.

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

De bestuurder geeft aan dat Kloek deelneemt aan meerdere lerende netwerken. Dit is echter nog niet een lerend netwerk zoals bedoeld in het kwaliteitskader.

## Bijlage 1 Methode

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

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprekken met cliënten;
- Gesprekken met aantal cliëntvertegenwoordigers van afdelingen;
- Observatie van cliënten twee etages, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers van de twee etages;
- Gesprekken met het management(team);
- Cliëntdossiers van cliënten van twee etages;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door de locatie.

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

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

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

rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019

#### **Uitleg observatiemethode SOFI**

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

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

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Praten zorgverleners met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

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

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



rapport van het inspectiebezoek aan Kloek Roosendaal in Roosendaal op 21 november 2019



## Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

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

- Scholingsoverzicht en scholingsplan 2019
- Notulen van teamoverleggen 2019

RT-werkproces V2015924 ter behandeling in het RT overleg

1.	Besluitvorming over	Conclusie en vervolgtoezicht
2.	Betreft zorgaanbieder	Kloek Roosendaal
3.	Aanleiding en reden bezoek  buiten reikwijdte wob-verzoek	In Januari 2019 ZIB bezoek gebracht aan aan locatie Kloek Amsterdam, [REDACTED] [REDACTED] Daarom bezoek Kloek Roosendaal
4.	Datum bezoek	24 november 2019
5.	Meelezers 10.2.e.	[REDACTED] (lvm haar expertise over VBM in deze setting)
6.	Contextinformatie	<p>Kloek biedt kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Kloek heeft twee locaties, één in Amsterdam en één in Roosendaal. Het hoofdkantoor zit in Alphen aan de Rijn. Kloek oriënteert zich op de mogelijkheid voor een locatie in Hilversum. Het management bestaat uit een tweehoofdige raad van bestuur/ directeuren. Kloek heeft een raad van commissarissen bestaande uit drie leden. Kloek is op 1 maart 2016 als organisatie gestart met het bieden van zorg in Roosendaal.</p> <p>Kloek Roosendaal is een kleinschalige woonlocatie voor mensen met dementie, gevestigd in een gebouw waar verschillende zorgpartijen zijn gehuisvest. Kloek Roosendaal biedt aan cliënten zorg en ondersteuning. Kloek is gevestigd op de eerste en tweede etage van het gebouw.</p> <p>De zorg en ondersteuning voor cliënten wordt gefinancierd vanuit een persoonsgebonden budget op grond van de Wet langdurige zorg. Cliënten betalen daarnaast huur.. Kloek Roosendaal heeft geen aanmerking in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).</p> <p><i>Cliënten</i></p> <p>Tijdens het bezoek ontvangen 34 cliënten zorg. Alle cliënten hebben een zorgprofiel (Verpleging en Verzorging) 5. Er is op de locatie plaats voor 36 cliënten. Elke cliënt in Kloek Roosendaal beschikt over een eigen appartement met eigen badkamer en een keukenblokje. Ieder appartement heeft een eigen balkon. De doelgroep van Kloek zijn cliënten met dementie in de laagste inkomensklasse. De visie van Kloek is om mensen met dementie zoveel mogelijk vrijheid en bewegingsruimte te geven op een veilige manier. Kloek maakt hierbij, als dat nodig is, gebruik van domotica.</p>

		<p>Per etage wonen er 18 cliënten. Zij beschikken naast hun eigen appartement over twee gemeenschappelijke huiskamers per etage. Hier kunnen cliënten verblijven, eten en aan activiteiten deelnemen. Ook kunnen cliënten hier gezamenlijk eten. Op elke huiskamer koken huiskamermedewerkers dagelijks een verse warme maaltijd voor de cliënten. De inspectie bezocht de afdelingen op de eerste en tweede etage.</p> <p><i>Personeel</i></p> <p>De zorg wordt verleend door een team van 36 zorgverleners, bestaande uit verpleegkundigen niveau 4, verzorgenden niveau 3 IG, huishoudelijke hulpen, huiskamer assistenten, leerlingen verpleegkundige niveau 4, leerlingen verzorgende niveau 3 en stagiaires. Kloek Roosendaal werkt zo nodig ook met drie (vaste) ZZP-ers. Een teamleider stuurt de locatie aan. Zij is de verpleegkundige niveau 4.</p> <p>Een externe dementiecoach is drie keer per jaar vier weken aanwezig om het team en de teamleider te coachen in het omgaan met mensen met dementie en het reflecteren op het eigen gedrag.</p> <p>Alle cliënten hebben een eigen huisarts. De meeste cliënten maken gebruik van de twee huisartsen die hun praktijk hebben in hetzelfde gebouw als Kloek Roosendaal. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische zorg en schakelt zo nodig andere disciplines in. Kloek Roosendaal heeft samenwerkingsafspraken met een grote zorgaanbieder voor scholing van zorgverleners voor de voorbehouden en risicovolle handelingen.</p> <p><i>Organisatie ontwikkelingen</i></p> <p>Kloek is bezig met een uitbreiding van Kloek Roosendaal naar 44 appartementen. De uitbreiding bestaat uit een gang met acht appartementen, gelegen in hetzelfde gebouw op de eerste verdieping. De verbouwing is zo goed als klaar tijdens het inspectiebezoek. Kloek Roosendaal werft op het moment van het inspectiebezoek personeel om de uitbreiding te realiseren. Als er voldoende personeel is geworven, komen er cliënten in de nieuwe appartementen wonen. De bestuurder verwacht dat de eerste cliënten in januari 2020 hun intrek hierin nemen.</p>
7.	<b>Uitkomst gesprekstool</b>	-
8.	<b>Bespreking</b>	Hoofdstuk 2 en vervolgtoezicht
9.	<b>Lezen documentnummer(s)</b>	
10.	<b>Beoordeling bezoekers</b>	 <b>10.2.e.</b>
11.	<b>Oordeel van JZ of andere deskundigen</b>	 heeft ons advies gegeven over vervolgtoezicht (zie voorstel)
12.	<b>Wat is de vraag aan het team</b>	<i>Eens met conclusie en vervolgtoezicht?</i>









Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
www.igj.nl

**Inlichtingen bij**  
naam inspecteur  
ri.utrecht@igj.nl

**Datum**  
15 januari 2020

# agenda

---

Omschrijving	bestuursgesprek Kloek
Vergaderdatum en -tijd	27 januari 2020 15.30-16.30
Vergaderplaats	Stadsplateau 1, Utrecht

---

## **1 Opening en voorstellen**

## **2 Aanleiding gesprek en bevindingen inspectie**

## **3 Reflectie door raad van bestuur**

- Stand van zaken kwaliteit van zorg Kloek
- Inspectiebevindingen Kloek Roosendaal
- Gedrag en cultuur
- Sturen op kwaliteit en veiligheid Kloek

## **4 Ontwikkelingen organisatie**

- Uitbereiding capaciteit Kloek Roosendaal
- Termijn verbetermaatregelen

## **5 Reflectie door raad van toezicht**

## **6 Afsluiting**



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



### **Routebeschrijving**

#### **Fiets**

Fietzers stallen hun fiets in de bewaakte fietsenstalling Jaarbeursplein. De ingang van het Stadskantoor bevindt zich aan het Stadsplateau, boven deze fietsenstalling en is te bereiken via de (rol)trap of lift. U kunt met de lift naar de zesde verdieping, bij de balie kunt u zich melden. Indien u bent aangemeld krijgt u een toegangspas en wordt uw gastheer/vrouw geïnformeerd dat u er bent.

#### **Openbaar vervoer**

Het Stadskantoor ligt direct naast station Utrecht Centraal aan de kant van de Jaarbeurs. Volg in het station de borden Jaarbeurs. Zodra u het station uitloopt, staat u op het Stadsplateau voor de ingang van het Stadskantoor.

#### **Auto**

Er is weinig parkeergelegenheid in de directe omgeving. De dichtstbijzijnde (betaalde)parkeerterreinen zijn Jaarbeurs P1 t/m P5. Iemand ophalen bij of wegbrengen naar het Stadskantoor kan via de 'kiss and ride'-plek (K+R) op het Jaarbeursplein. Leveranciers leveren goederen af via het expeditiehof in de kelder van het Stadskantoor.

#### **Parkeren mindervaliden**

In de directe omgeving van Jaarbeursplein zijn parkeerplekken voor mindervaliden. Vanaf daar gaat u met de lift naar de ingang van het Stadskantoor op het Stadsplateau. Ook is het mogelijk om te parkeren op het parkeerterrein van de Jaarbeurs. Op vertoon van een geldige landelijke invalidenparkeerkaart kunt u hier parkeren.

#### **Bezoekadres**

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht

#### **Postadres (ongewijzigd)**

Postbus 2680  
3500 GR Utrecht

#### **Telefoon (ongewijzigd)**

088-120 5000

Bezoekers voor de IGJ kunnen vanuit de centrale hal in het Stadskantoor met de trap, lift of roltrap direct door naar de 6e etage en zich daar melden bij de balie van de gemeente.

[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** woensdag 15 januari 2020 10:42  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** bestuursgesprek Kloek  
**Bijlagen:** 2019-13-01 V2015924 def.rapport Kloek Roosendaal.docx; Toezichtdossier Kloek BV.docx; bevestigingsbrief bestuursgesprek Kloek.docx; a Bijlage 1 agenda.docx

Dag collega's,

Zojuist heb ik de bestuurder van Kloek telefonisch uitgenodigd voor het bestuursgesprek op 27 januari van 15.30-16.30 en de bevestigingsbrief naar [REDACTED] gestuurd via WPM (en zie bijlage).

@ [REDACTED]: wil jij een ruimte reserveren van 15.00-17.00 (inclusief voorbereidingstijd en nabespreken) en VGR aanmaken etc?  
@ [REDACTED]: [REDACTED] praat je volgende week bij over dit werkproces. In de bijlage vind je de documenten ter voorbereiding.

De bestuurder gaf aan dat hij het prettig vond om met ons in gesprek te kunnen gaan.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Senior inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
T: 088 120 5000

F: 088 120 5001

[REDACTED]  
e-mail: [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....  
**Zie en hoor het verhaal van de IGJ: Gezond vertrouwen**  
.....



**Van:** \_Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT  
**Verzonden:** woensdag 15 januari 2020 14:01  
**Aan:** [REDACTED]; Theo | Kloek.nu  
**Onderwerp:** V2018588 bevestiging bestuursgesprek Kloek 27-1-2020  
**Bijlagen:** Routebeschrijving Stadskantoor.docx; V2018588 agenda bestuursgesprek Kloek 27-1-2020.pdf; V2018588 uitnodiging bestuursgesprek Kloek B.V. 27-1-2020.pdf

Geachte bestuurder,

In de bijlage vindt u de uitnodiging, agenda en routebeschrijving van het bestuursgesprek met Kloek B.V. en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd op 27 januari 2020.  
 Deze stukken worden u alleen via de e-mail aangeboden.

Graag ontvang ik een bevestiging dat u deze e-mail met bijlage in goede orde heeft ontvangen.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
 Medewerker toezicht

.....  
**afdeling verpleging en verzorging**  
**team risico gestuurd toezicht**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
 Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht  
 Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....  
**T** telefoon : 088 120 5000  
**F** fax : 088 120 5001

**weigeringsgrond 10.2.e.**

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Kloek B.V.  
T.a.v. raad van bestuur  
Europaplein 10  
2408 GX ALPHEN AAN DEN RIJN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 5000  
www.igj.nl

**Inlichtingen bij**

T 088 120 5000  
ri.utrecht@igj.nl

**Ons kenmerk**

2020-  
2442161/V2018588

**Bijlage(n)**

agendavoorstel,  
routebeschrijving

Datum 15 januari 2020  
Betreft bevestiging bestuursgesprek met Kloek B.V. op 27 januari 2020

Geachte raad van bestuur,

Zoals telefonisch met u besproken op 15 januari 2020 ontvangt u hierbij de bevestiging van het bestuursgesprek met Kloek en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

**Verwerken reactie conceptrapport**

Uw reactie heeft geleid tot aanpassingen in het inspectierapport. De informatie die u geeft over de maatregelen die u heeft genomen heeft de inspectie verwerkt in de bevindingen of in de conclusie van het rapport. Het inspectieoordeel is op norm 1.1 gewijzigd naar 'Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm'.

**Aanleiding bestuursgesprek**

Uit de twee inspectiebezoeken in 2019 zijn signalen naar voren gekomen die voor de inspectie reden zijn om het bestuurlijk handelen van uw organisatie te bespreken.

De inspectie voert gesprekken met bestuurders en intern toezichthouders in het licht van haar taak om toe te zien op de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Het bestuursgesprek is onderdeel van het inspectietoezicht en vindt plaats wanneer de inspectie zorgen heeft over de kwaliteit en veiligheid van een organisatie.

**Doel en inhoud van het bestuursgesprek**

Het bestuursgesprek heeft als doel het bespreken en het beoordelen van de wijze waarop de governancecode en de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid zijn ingevuld in uw organisatie. Tijdens dit gesprek bespreekt de inspectie met u de rode draad van het inspectiebezoek in november 2019 in relatie tot uw bestuurlijk handelen.

De inspectie concludeert dat de geboden zorg in Kloek Roosendaal grotendeels niet voldoet aan de getoetste normen. De inspectie ziet en hoort goede intenties en betrokkenheid van de raad van bestuur en de zorgverleners. De inspectie maakt zich wel zorgen over de verbeterkracht van Kloek. De inspectie heeft twijfels over het lerend vermogen van de organisatie omdat sinds het

bezoek aan locatie Kloek Amsterdam in februari 2019 de noodzakelijke verbeteringen in onvoldoende mate zijn doorgevoerd op locatie Kloek Roosendaal. Daarnaast komt de inhoud van het opgestelde resultaatverslag niet overeen met de bevindingen tijdens het inspectiebezoek van 21 november 2019 aan Kloek Roosendaal. Het is onduidelijk hoe Kloek systematisch de kwaliteit en veiligheid van zorg verbetert.

**Datum**

15 januari 2020

**Kenmerk**

2020-  
2442161/V2018588/NvG/tg

De inspectie verwacht van u dat u reflecteert op bovenstaande ontwikkelingen. Daarnaast verwacht de inspectie dat u aan geeft op welke termijn u aan de normen voor goede zorg voldoet. In uw reflectie ziet de inspectie graag de onderdelen uit het Kader Toezicht op Goed Bestuur toegepast.

De bevindingen van het gesprek gebruikt de inspectie mede voor het bepalen van haar vervolgtoezicht en handhaving.

**Aanwezigheid raad van commissarissen bij het gesprek**

De inspectie gaat ervan uit dat u onze toezichtbevindingen deelt met de raad van commissarissen. De inspectie be vraagt de raad van commissarissen tijdens dit gesprek over haar rol in het interne toezicht. Zij kan evenals de raad van bestuur een korte reflectie geven op de recente ontwikkelingen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid.

**Verslaglegging**

De inspectie maakt een conceptverslag van het gesprek. Dit verslag ontvangt u binnen twee weken, zodat u kunt reageren op feitelijke onjuistheden. U ontvangt daarna het vastgestelde gespreksverslag aangevuld met de conclusie. Dit gespreksverslag wordt niet openbaar gemaakt via een publicatie. Het verslag maakt onderdeel uit van het toezichtproces.

**Praktische zaken**

Het gesprek vindt plaats op 27 januari 2020 om 15.30-16.30 uur bij de inspectie, Stadsplateau 1, 3521 AZ te Utrecht. Een routebeschrijving is ingesloten. U kunt zich melden bij de receptie op de zesde etage. Een geldig identiteitsbewijs is noodzakelijk. Daar bevindt zich ook het meetingpoint waar u wordt opgehaald.

De agenda voor het bestuursgesprek is als bijlage toegevoegd.

U kunt tot 23 januari 2020 schriftelijk doorgeven via [REDACTED], wie namens uw organisatie deelneemt aan het gesprek. Vermeld u hierbij alstublieft het kenmerk van deze brief.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
senior inspecteur



**Van:** [REDACTED]  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** meelezen Kloek  
**Datum:** woensdag 29 januari 2020 08:38:59  
**Bijlagen:** [2019-29-01 V2015924 def. rapport Kloek Roosendaal.docx](#)  
[Verslag bestuursgesprek Kloek 27 januari 2020.docx](#)

---

Dag collega's,  
Hierbij het concept verslag van het bestuursgesprek en het definitieve rapport. Willen jullie dit meelezen? Alle suggesties voor hoofdstuk 2 en 3 zijn welkom!  
Ik ga er graag vrijdagmiddag mee verder.  
Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Senior inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
**T:** 088 120 5000

**F:** 088 120 5001

**M:** 06- [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....  
**Zie en hoor het verhaal van de IGJ: Gezond vertrouwen**  
.....



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# verslag

Betreft	Bestuursgesprek Kloek
Vergaderdatum en -tijd	27 januari 2020 15:30
Vergaderplaats	Stadskantoor Utrecht
Aanwezig	Namens Kloek: Mevr. S. Bos, lid van de raad van commissarissen van Kloek Dhr. M. van de Graaf, raad van bestuur van Kloek Dhr. T. Berg, raad van bestuur van Kloek Namens IGJ Mevr. [REDACTED], teamleider afdeling V&V Mevr. [REDACTED], inspecteur V&V Mevr. [REDACTED], inspecteur V&V

**Inspectie**  
**Gezondheidszorg en Jeugd**  
Verpleging en Verzorging  
RT2

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

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

**Inlichtingen bij**

Senior Inspecteur

[REDACTED]@igj.nl

**Datum**  
28 januari 2020

**Aantal pagina's**  
3

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

## 1 Opening en voorstellen

De aanwezigen stellen zich aan elkaar voor.

## 2 Aanleiding gesprek en bevindingen inspectie

Uit de twee inspectiebezoeken in 2019 zijn signalen naar voren gekomen die voor de inspectie reden zijn om het bestuurlijk handelen van Kloek te bespreken.

Dit bestuursgesprek is onderdeel van het inspectietoezicht en vindt plaats wanneer de inspectie zorgen heeft over de kwaliteit en veiligheid van een organisatie.

De inspectie concludeert dat de geboden zorg in Kloek Roosendaal grotendeels niet voldoet aan de getoetste normen. De inspectie ziet en hoort goede intenties en betrokkenheid van de raad van bestuur en de zorgverleners. De inspectie maakt zich wel zorgen over de verbeterkracht van Kloek. De inspectie heeft twijfels over het lerend vermogen van de organisatie omdat sinds het bezoek aan locatie Kloek Amsterdam in februari 2019 de noodzakelijke

verbeteringen in onvoldoende mate zijn doorgevoerd op locatie Kloek Roosendaal. Daarnaast komt de inhoud van het opgestelde resultaatverslag niet overeen met de bevindingen tijdens het inspectiebezoek van 21 november 2019 aan Kloek Roosendaal. Het is onduidelijk hoe Kloek systematisch de kwaliteit en veiligheid van zorg verbetert.

**Inspectie**  
**Gezondheidszorg en Jeugd**  
Verpleging en Verzorging  
RT2

**Datum**  
28 januari 2020

### **3 Reflectie door raad van bestuur**

De bestuurders geven aan dat na het inspectiebezoek aan Kloek Amsterdam in 2019 de focus van verbetermaatregelen is gelegd op deze locatie. Het inspectiebezoek was een eye-opener en heeft hen laten inzien wat de stand van zaken is op die locatie wat betreft de kwaliteit.

Kloek Roosendaal is later gestart met de verbeteringen dan Kloek Amsterdam. Het verbeterproces is in Kloek Roosendaal nog in volle gang en ze zijn er nog niet. Dit verklaart volgens de bestuurder de bevindingen op die locatie. Achteraf gezien hadden de bestuurders wellicht andere keuzes kunnen maken, geven zij aan.

Na het inspectiebezoek in november 2019 heeft de bestuurder contact opgenomen met het programma Waardigheid & Trots op locatie. Momenteel doet Kloek Roosendaal een zelfscan van de organisatie. Eind februari horen zij hier de uitslag van. Het is nog onduidelijk of zij een coach krijgen voor het primaire proces en/of coaching van het management.

Per 1 februari 2020 start een nieuwe teamleider bij Kloek Amsterdam. De vorige teamleider is nu werkzaam als kwaliteitsverpleegkundige bij Kloek Amsterdam. Bij Kloek Roosendaal werkt er geen kwaliteitsverpleegkundige. Bij Kloek Roosendaal werken ze met collegiale begeleiders. Dit zijn VIG'ers of verpleegkundigen die het team coachen. Ook bevorderen ze de deskundigheid van hun collega's. De inspectie geeft aan dat zij twijfelen aan deze werkwijze, omdat de collegiale begeleiders zelf niet altijd beschikken over de juiste en actuele kennis. Bijvoorbeeld over methodisch werken, inzet van onvrijwillige zorg en persoonsgerichte zorg. Dit heeft de inspectie ook opgemerkt tijdens het inspectiebezoek.

De contracten met de externe behandeldienst zijn voor beide locaties getekend. Er is afgesproken dat de behandelaars aanwezig zijn bij het MDO, op consultbasis ingezet kunnen worden en dat de behandelaars scholing verzorgen. Er zijn geen afspraken gemaakt over het aantal uren dat de behandelaars bij Kloek ingezet worden. De MDO's en scholingen moeten gepland worden. De huisarts wil Kloek ook betrekken bij de MDO's.

Alle medewerkers hebben de e-learning gedaan over de Wet Zorg & Dwang. De bestuurder geeft aan dat medewerkers moeite hebben met de vertaalslag naar de praktijk. Dit zien zij bij meerdere onderwerpen dat medewerkers onvoldoende kennis hebben en ondanks scholing blijft een verbetering in de praktijk uit.

De bestuurder geeft aan dat hij zoekende is om sommige zaken te organiseren, zoals het vaststellen van de wilsbekwaamheid ter zake van cliënten. De inspectie geeft aan dat de SO hier een rol in kan vervullen en dat de inspectie verwacht dat de bestuurder hierop aanstuurt.

De inspectie benadrukt dat het van belang is dat de bestuurders zelf weten hoe de locaties er voor staan.



#### **4 Ontwikkelingen organisatie**

De voorbereiding van de capaciteit bij Kloek Roosendaal is nog niet uitgevoerd. Er is voldoende aanbod van cliënten, maar er is nog onvoldoende personeel om de zorg op de nieuwe afdeling te verlenen. Het is nog niet bekend wanneer de nieuwe afdeling open gaat.

**Inspectie**  
**Gezondheidszorg en Jeugd**  
Verpleging en Verzorging  
RT2

**Datum**  
28 januari 2020

De bestuurder geeft aan dat hij verwacht dat ze op beide locaties per 31 december 2020 voldoen aan de normen voor goede zorg. Er moet een cultuuromslag gaan plaatsvinden en dit kost tijd. Ook moet de visie van medewerkers op persoonsgerichte zorg anders, dit kost ook tijd.

De bestuurder geeft aan dat de prioriteit nu bij de volgende onderwerpen ligt:

- Methodisch werken: orde brengen van de zorgleefplannen en het verbeteren van de rapportages. Deze dienen minder algemeen geformuleerd te worden en meer passend bij de zorgvragen van de cliënt. de bestuurders controleren zelf de zorgleefplannen
- Inzet, monitoring en afbouw van psychofarmaca
- Multidisciplinair werken

#### **5 Reflectie door raad van toezicht**

De raad van commissarissen geeft aan dat de bestuurders hebben geworsteld met het personeelstekort in de zorg. Er is veel verloop geweest. Nu is er meer stabiliteit gekomen in het personeelsbestand. Kloek leidt zelf leerlingen op, om het personeelstekort tegen te gaan.

Vanaf de start (maart 2016) zijn de bestuurders op zoek gegaan samenwerking met behandelaren. Dit is nu gerealiseerd.

Er is wekelijks contact tussen de raad van commissarissen en de bestuurders. De bestuurders versturen wekelijks een verslag naar de raad van commissarissen, zodat zij de voortgang kunnen volgen.

De raad van commissarissen heeft vertrouwen in de aanpak en sturing door de bestuurders. Dit valt of staat bij stabiliteit in het personeel.

De raad van commissarissen geeft aan dat er voorlopig geen derde locatie wordt geopend. Dit vindt zij verstandig, omdat eerst de kwaliteit van de zorg geborgd moet worden op de twee locaties. De situatie is nu te kwetsbaar, maar de ambitie is er wel.

#### **6 Afsluiting**

Het rapport van Kloek Roosendaal wordt vastgesteld en aan de raad van bestuur toegestuurd. In dit rapport beschrijft de inspectie de conclusie en het vervolg van het toezichtstraject bij Kloek.

Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt en aan de raad van bestuur toegestuurd voor feitelijke onjuistheden. De inspectie bedankt de aanwezigen voor hun komst.

**weigeringsgrond 10.2.e.**

[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** woensdag 5 februari 2020 09:49  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** aanbiedbrief vastgesteld rapport Kloek Roosendaal  
**Bijlagen:** aanbiedbrief vastgesteld rapport Kloek Roosendaal.docx

Hi,

Deze bespreek ik morgen ook graag met je.

Groet [REDACTED]



[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** woensdag 5 februari 2020 09:37  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** conclusie Kloek  
**Bijlagen:** 2019-29-01 V2015924 def.rapport Kloek Roosendaal.docx

Ha [REDACTED],

Hierbij de conclusie. Ik heb de opmerkingen van [REDACTED] en jou verwerkt. Ik heb nog wel een aparte conclusie laten staan van het bg en het bezoek, maar dit verschil wel duidelijker gemaakt. Morgen verder, zodat dit volgende week verstuurd kan worden.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Senior inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
T: 088 120 5000

F: 088 120 5001

M: 0 [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....  
**Zie en hoor het verhaal van de IGJ: Gezond vertrouwen**  
.....

**Van:** [REDACTED]  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: V2015924 vastgesteld rapport en vastgesteld gespreksverslag Kloek B.V.  
**Datum:** maandag 10 februari 2020 14:44:59  
**Bijlagen:** [V2018588 vastgesteld gespreksverslag.pdf](#)  
[V2015924 begel. brief bij vastgesteld rapport Kloek B.V..pdf](#)  
[V2015924 openbaarmakingsbesluit Kloek B.V..pdf](#)  
[V2015924 vastgesteld rapport Kloek B.V..pdf](#)

---

Ter informatie  
Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Senior inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
**T:** 088 120 5000

**F:** 088 120 5001

**M:** 06- [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

**Van:** \_Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT

**Verzonden:** maandag 10 februari 2020 14:32

**Aan:** Theo | Kloek.nu ; Martin | Kloek.nu

**Onderwerp:** V2015924 vastgesteld rapport en vastgesteld gespreksverslag Kloek B.V.

Geachte bestuurder,

In de bijlage treft u aan de aanbiedbrief, het vastgestelde rapport en het openbaarmakingsbesluit van het inspectiebezoek aan Kloek De Eglantier op 21 november 2019. Tevens is het vastgestelde gespreksverslag van 27 januari 2020 toegevoegd.

Deze stukken worden u alleen via de e-mail aangeboden.

Graag ontvang ik een bevestiging dat u deze e-mail met bijlagen in goede orde ontvangen heeft.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Medewerker toezicht

.....  
**afdeling verpleging en verzorging**  
**team risico gestuurd toezicht**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht  
Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....  
**T** telefoon : 088 120 5000

**F** fax : 088 120 5001



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Kloek B.V.  
T.a.v. raad van bestuur  
Europaplein 10  
2408 GX ALPHEN AAN DEN RIJN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 5000  
www.igj.nl

**Inlichtingen bij**

T 088 120 5000  
ri.utrecht@igj.nl

**Ons kenmerk**

2020-  
2452043/V2015924/

Datum 10 februari 2020  
Betreft vastgesteld rapport, vastgesteld verslag  
bestuursgesprek en opvragen resultaatverslag

Geachte raad van bestuur,

Op 21 november 2019 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een inspectiebezoek gebracht aan Kloek De Eglantier in Roosendaal. Het bezoek is gebracht door [redacted], inspecteur, en ondergetekende. Op 27 januari 2020 vond een bestuursgesprek plaats.

U heeft geen feitelijke onjuistheden geconstateerd in het verslag van het bestuursgesprek. Dit verslag is hierbij vastgesteld. Naar aanleiding van het vastgestelde rapport en het bestuursgesprek heeft de inspectie haar conclusie geformuleerd in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 staat beschreven welke vervolgacties de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht. Hiermee is het rapport vastgesteld.

De inspectie vraagt u de zelfscan uitgevoerd door waardigheid en trots op locatie en het bijbehorende plan van aanpak naar de inspectie toe te sturen. De inspectie zal hier geen inhoudelijke reactie op geven, maar volgt op deze manier de voortgang. Daarnaast vraagt de inspectie u een resultaatverslag voor Kloek Roosendaal op te stellen op de normen die (grotendeels) niet voldoen (zie hoofdstuk 4 van het rapport) en dit aan haar toe te sturen. In dit resultaatverslag neemt u de volgende informatie op:

- welke aanpak en acties u heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe u weet dat u aan de norm voldoet;
- als u per de datum van het resultaatverslag nog niet volledig aan de norm voldoet per welke datum dit wel het geval zal zijn.

Daarnaast ontvangt de inspectie op deze datum ook een kwaliteitsfoto van locatie Kloek Amsterdam. Hierin benoemt u het beeld dat u heeft over de kwaliteit en veiligheid van zorg op die locatie.

Dit resultaatverslag verwacht de inspectie vóór 10 juli 2020 op haar e-mailadres: [ri.utrecht@igj.nl](mailto:ri.utrecht@igj.nl) en in cc [redacted], onder vermelding van het kenmerk van deze brief. Met de IGJ [Rijkscloud](#) kunt u veilig uw vertrouwelijke documenten versturen naar en ontvangen van de inspectie (het gebruik van dit digitale uitwisselportaal is gratis).

Op basis van de bevindingen zal de inspectie opnieuw een bezoek brengen aan één of meerdere locaties van Kloek. De inspectie verwacht dat Kloek voldoet aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader. Het kan zijn dat de inspectie tijdens een volgend bezoek andere normen toetst.


De inspectie zal (bestuursrechtelijke) maatregelen overwegen als blijkt dat Kloek dan niet voldoet aan de beoordeelde normen voor goede zorg.

In de brief bij het conceptrapport heeft u kunnen lezen dat de inspectie dit rapport openbaar maakt via haar website [www.igj.nl](http://www.igj.nl). Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat de inspectie in haar rapporten geen tot een persoon herleidbare gegevens opneemt en geen bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens van uw patiënten of cliënten.


Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website ([www.igj.nl/onderwerpen](http://www.igj.nl/onderwerpen)).

De inspectie stuurt het vastgestelde rapport naar de raad van bestuur maar verwacht dat u het rapport deelt met de interne betrokkenen. Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Bij verdere vragen kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,

  
senior inspecteur

**Datum**  
10 februari 2020

**Kenmerk**  
2020-  
2452043/V2015924/





Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Kloek B.V.  
T.a.v. raad van bestuur  
Europaplein 10  
2408 GX ALPHEN AAN DEN RIJN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 5000  
www.igj.nl

**Inlichtingen bij**

T 088 120 5000  
ri.utrecht@igj.nl

**Ons kenmerk**

2020-  
2452045/V2015924/

Datum 10 februari 2020  
Betreft openbaarmakingsbesluit rapport Kloek B.V.

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd stuurt u hierbij het vastgestelde inspectierapport met het kenmerk V2015924, dat zal worden gepubliceerd.

Op grond van artikel 44, eerste lid, van de Gezondheidswet in samenhang gelezen met artikel 3.1 van onderdeel II van de bijlage bij het Besluit openbaarmaking toezicht- en uitvoeringsgegevens Gezondheidswet en Jeugdwet is de inspectie verplicht om de in de wet aangewezen informatie openbaar te maken. Deze verplichting tot openbaarmaking geldt ook voor de uitkomsten van het risicotoezicht (RT) en thematisch toezicht (TT) op de naleving van de voorgeschreven regelgeving.

In uw geval gebeurt dit door de versie van het inspectierapport openbaar te maken. Deze informatie wordt op de website van de inspectie (www.igj.nl) geplaatst en blijft daar voor een periode van vijf jaar voor iedereen toegankelijk. Daarbij worden de wettelijke normen in acht genomen.

**Reactiemogelijkheid**

U mag een schriftelijke reactie geven op de openbaar te maken informatie. Indien u van deze mogelijkheid gebruik maakt, wordt uw reactie op de website van de inspectie geplaatst.

Uw reactie moet aan de volgende eisen voldoen:

- maximaal 200 woorden
- geen aanstootgevend taalgebruik
- geen reclame voor bedrijven of producten
- geen (bijzondere) persoonsgegevens over andere personen of gegevens van andere bedrijven (derden)
- geen strafrechtelijke gegevens

Indien uw reactie niet aan de eisen voldoet, zal de inspectie woorden of delen van uw reactie weglakken. Gelakte woorden tellen wel mee voor het maximale aantal van 200 woorden.

U kunt uw reactie tot **uiterlijk zes weken** na dagtekening van dit besluit indienen. Een reactie die te laat is ingediend zal niet worden gepubliceerd.

**Datum**  
10 februari 2020

Indien u wenst dat de inspectie uw schriftelijke reactie tegelijk met bijgevoegd inspectierapport op de website plaatst, dan ontvang ik deze reactie tot **uiterlijk twee weken** na dagtekening van dit besluit. Dit betekent dat ik op 24 februari 2020 uw reactie moet hebben ontvangen.

**Kenmerk**  
2020-  
2452045/V2015924/

De inspectie ontvangt uw reactie bij voorkeur per e-mail. U kunt uw reactie sturen naar het volgende e-mailadres: [meldpunt@igj.nl](mailto:meldpunt@igj.nl) en in cc aan [ri.utrecht@igj.nl](mailto:ri.utrecht@igj.nl). Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw reactie ook versturen per post naar:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen


Vermeld bij uw reactie V2015924. Zonder dit nummer kan de inspectie uw reactie mogelijk niet of niet tijdig plaatsen.

**Bent u het niet eens met openbaarmaking?**

Wilt u niet dat het inspectierapport openbaar wordt gemaakt, dan moet u twee dingen doen. Allereerst is het nodig om bezwaar te maken tegen dit besluit bij het Ministerie van VWS (zie hieronder voor een toelichting). Daarnaast is het nodig om een verzoek te doen bij de rechter om bijgevoegd inspectierapport niet te publiceren. Zo'n verzoek wordt een verzoek om voorlopige voorziening genoemd (zie hieronder voor een toelichting). De inspectie ontvangt graag een afschrift van dit verzoek om een voorlopige voorziening ([meldpunt@igj.nl](mailto:meldpunt@igj.nl)). Om u hiervoor de tijd te geven zal de inspectie dit rapport niet eerder dan 24 februari 2020 op haar website plaatsen. Vermeld bij uw bericht V2015924.

Ik ga ervan uit u met het bovenstaande voldoende te hebben geïnformeerd. Indien u een toelichting op dit besluit wenst dan kunt u contact opnemen met ondergetekende onder 088-1205000 of via [meldpunt@igj.nl](mailto:meldpunt@igj.nl). Vermeld bij uw bericht V2015924.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,

  
senior inspecteur



**Inspectie**  
**Gezondheidszorg en Jeugd**  
Verpleging en Verzorging  
RT2

**Inlichtingen bij**

senior inspecteur

T 088 120 5000  
ri.utrecht@igj.nl

**Datum**

10 februari 2020

**Aantal pagina's**

3

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

## Verslag

Betreft	Bestuursgesprek Kloek
Vergaderdatum en -tijd	3 februari 2020 15:30
Vergaderplaats	Stadskantoor Utrecht
Aanwezig	Namens Kloek: mevr. S. Bos, lid van de raad van commissarissen van Kloek dhr. M. van de Graaf, raad van bestuur van Kloek dhr. T. Berg, raad van bestuur van Kloek Namens IGJ mevr. [REDACTED], teamleider afdeling V&V mevr. [REDACTED], inspecteur V&V mevr. [REDACTED], senior inspecteur V&V

### 1 Opening en voorstellen

De aanwezigen stellen zich aan elkaar voor.

### 2 Aanleiding gesprek en bevindingen inspectie

Uit de twee inspectiebezoeken in 2019 zijn bevindingen naar voren gekomen die voor de inspectie reden zijn om het bestuurlijk handelen van Kloek te bespreken.

Dit bestuursgesprek is onderdeel van het inspectietoezicht en vindt plaats wanneer de inspectie zorgen heeft over de kwaliteit en veiligheid van een organisatie.

De inspectie concludeert dat de geboden zorg in Kloek Roosendaal grotendeels niet voldoet aan de getoetste normen. De inspectie ziet en hoort goede intenties en betrokkenheid van de raad van bestuur en de zorgverleners. De inspectie maakt zich wel zorgen over de kennis, het lerend vermogen en verbeterkracht van Kloek. De inspectie heeft twijfels over het urgentiebesef van de organisatie omdat sinds het bezoek aan locatie Kloek Amsterdam in februari 2019 de noodzakelijke verbeteringen in onvoldoende mate zijn doorgevoerd op locatie Kloek Roosendaal. Daarnaast sluit de inhoud van het



opgestelde resultaatverslag niet aan bij de bevindingen tijdens het inspectiebezoek van 21 november 2019 aan Kloek Roosendaal. Het is onduidelijk hoe Kloek systematisch de kwaliteit en veiligheid van zorg verbetert.

**Inspectie**  
**Gezondheidszorg en Jeugd**  
Verpleging en Verzorging  
RT2

**Datum**  
10 februari 2020

### **3 Reflectie door raad van bestuur**

De bestuurders geven aan dat na het inspectiebezoek aan Kloek Amsterdam in 2019 de focus van verbetermaatregelen is gelegd op deze locatie. Het inspectiebezoek heeft hen laten inzien wat de stand van zaken is op Kloek Amsterdam wat betreft de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Kloek Roosendaal is later gestart met het doorvoeren van de verbeteringen dan Kloek Amsterdam. Het verbeterproces is in Kloek Roosendaal nog in volle gang en ze zijn er nog niet. Dit verklaart volgens de bestuurder de bevindingen op die locatie. Achteraf gezien hadden de bestuurders wellicht andere keuzes kunnen maken, geven zij aan.

Na het inspectiebezoek in november 2019 heeft de bestuurder contact opgenomen met het programma Waardigheid & Trots op locatie. Momenteel doet Kloek Roosendaal een zelfscan van de organisatie. Eind februari horen zij hier de uitslag van. Het is nog onduidelijk of zij een coach krijgen voor het primaire proces en/of coaching van het management.

Per 1 februari 2020 start een nieuwe teamleider bij Kloek Amsterdam. De vorige teamleider is nu werkzaam als kwaliteitsverpleegkundige bij Kloek Amsterdam. Bij Kloek Roosendaal werkt er geen kwaliteitsverpleegkundige. Bij Kloek Roosendaal werken ze met collegiale begeleiders. Dit zijn VIG'ers of verpleegkundigen die het team coachen. Ook bevorderen ze de deskundigheid van hun collega's. De inspectie geeft aan dat zij twijfelen aan deze werkwijze, omdat de collegiale begeleiders zelf niet altijd beschikken over de juiste en actuele kennis, bleek uit bevindingen tijdens het inspectiebezoek. Bijvoorbeeld over methodisch werken, inzet van onvrijwillige zorg en persoonsgerichte zorg.

De contracten met de externe behandeldienst zijn voor beide locaties getekend. Er is afgesproken dat de behandelaars aanwezig zijn bij het multidisciplinaire overleg (MDO), op consultbasis ingezet kunnen worden en dat zij scholing verzorgen. Tevens zou de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) een rol kunnen vervullen om de wilsbekwaamheid van cliënten vast te stellen en vast te leggen in het dossier. Er zijn geen afspraken gemaakt over het aantal uren dat de behandelaars bij Kloek ingezet worden. De MDO's en scholingen moeten gepland worden. De huisarts wil Kloek ook betrekken bij de MDO's.

De bestuurder geeft aan dat hij zoekende is om sommige zaken te organiseren, zoals het vaststellen van de wilsbekwaamheid ter zake van cliënten. De inspectie geeft aan dat de SO hier een rol in kan vervullen en dat de inspectie verwacht dat de bestuurder hierop aanstuurt.

Alle medewerkers hebben de e-learning gedaan over de Wet Zorg & Dwang. De bestuurder geeft aan dat medewerkers moeite hebben met de vertaalslag naar de praktijk. Dit zien zij bij meerdere onderwerpen dat medewerkers onvoldoende kennis hebben en ondanks scholing blijft een verbetering in de praktijk uit.



#### 4 Ontwikkelingen organisatie

De uitbreiding van de capaciteit bij Kloek Roosendaal is nog niet uitgevoerd. Er is voldoende aanbod van cliënten, maar er is nog onvoldoende personeel om de zorg op de nieuwe afdeling te verlenen. Het is nog niet bekend wanneer de nieuwe afdeling open gaat.

Inspectie  
Gezondheidszorg en Jeugd  
Verpleging en Verzorging  
RT2

Datum  
10 februari 2020

De bestuurder geeft aan dat hij verwacht dat ze op beide locaties per 31 december 2020 voldoen aan de normen voor goede zorg. Er moet een cultuuromslag gaan plaatsvinden en dit kost tijd. Ook moet de visie van medewerkers op persoonsgerichte zorg anders, dit kost ook tijd.

De bestuurder geeft aan dat de prioriteit nu bij de volgende onderwerpen ligt:

- Methodisch werken: orde brengen van de zorgleefplannen en het verbeteren van de rapportages. Deze dienen minder algemeen geformuleerd te worden en meer passend bij de zorgvragen van de cliënt. de bestuurders controleren zelf de zorgleefplannen
- Inzet, monitoring en afbouw van psychofarmaca
- Multidisciplinair werken

#### 5 Reflectie door raad van toezicht

De raad van commissarissen geeft aan dat de bestuurders hebben geworsteld met het personeelstekort in de zorg. Er is veel verloop geweest. Nu is er meer stabiliteit gekomen in het personeelsbestand. Kloek leidt zelf leerlingen op, om het personeelstekort tegen te gaan.

Vanaf de start (maart 2016) zijn de bestuurders op zoek gegaan naar samenwerking met behandelaren. Dit is nu gerealiseerd.

Er is wekelijks contact tussen de raad van commissarissen en de bestuurders. De bestuurders versturen wekelijks een voortgangsverslag naar de raad van commissarissen, zodat zij de voortgang kunnen volgen.

De raad van commissarissen heeft vertrouwen in de aanpak en sturing door de bestuurders. Een belangrijke randvoorwaarde is dat het personeelsbestand stabiel blijft.

De raad van commissarissen geeft aan dat er voorlopig geen derde locatie wordt geopend. Dit vindt zij verstandig, omdat eerst de kwaliteit van de zorg op orde moet komen en geborgd moet worden op de twee locaties. De situatie is nu te kwetsbaar, maar de ambitie is er wel voor een derde locatie.

#### 6 Afsluiting

Het rapport van Kloek Roosendaal wordt vastgesteld en aan de raad van bestuur toegestuurd. In dit rapport beschrijft de inspectie de conclusie en het vervolg van het toezichtstraject bij Kloek.

Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt en aan de raad van bestuur toegestuurd voor feitelijke onjuistheden. De inspectie bedankt de aanwezigen voor hun komst.

[REDACTED]  
**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** maandag 6 april 2020 16:34  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: terugbelverzoek

Nee wist ik ook niet! Ik haar gebeld, maar ze neemt niet op. Probeer het later nog eens.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Senior Inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen  
.....

T: 088 120 5000

F: 088 120 5001

M: [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igi.nl en <https://www.igi.nl>

Twitter: @IGJnl

**Van** [REDACTED]  
**Verzonden:** maandag 6 april 2020 15:55  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: terugbelverzoek

11.1.

**Van:** [REDACTED]@igi.nl>  
**Verzonden:** maandag 6 april 2020 13:11  
**Aan:** [REDACTED]@igi.nl>  
**Onderwerp:** FW: terugbelverzoek

Ter informatie, ik ga vanmiddag bellen

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Senior inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen  
.....

T: 088 120 5000

F: 088 120 5001

M: [REDACTED]

e-mail : [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

---

Van: [REDACTED]@igj.nl>

Verzonden: maandag 6 april 2020 12:22

Aan: [REDACTED]@igj.nl>

Onderwerp: terugbelverzoek

Ho [REDACTED],

Mevrouw Van Brummelen, recent aangesteld als directeur / bestuurder bij Kloek, zou graag met jou willen praten over wat jij hebt gezien bij Kloek.

[REDACTED]  
Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
Medewerker Servicepunt IGJ

.....  
**Afdeling Facilitair Management**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen  
.....

T 088 120 5000


M [REDACTED]

[REDACTED]@igj.nl

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

twitter: [@IGJnl](#) | LinkedIn [IGJ](#)

.....  
**Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.**  
.....

 Please consider the environment before printing this e-mail!

*Komt u binnenkort op bezoek bij de IGJ? Vergeet dan niet om een geldig identiteitsbewijs mee te nemen. Dit heeft u nodig voor een ID-controle bij de balie van het Stadskantoor. Dit is een veiligheidsmaatregel van de rijksoverheid.*



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
T.a.v. mw. [REDACTED], senior inspecteur  
Postbus 2518  
6401 DA HEERLEN

Uw kenmerk: 2020-2452043/V2015924/[REDACTED]  
Ons kenmerk: Kloek/2020001[REDACTED]

Roosendaal, juli 2020

Geachte mevrouw [REDACTED],

Naar aanleiding van het bezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), d.d. 21 november 2019, het bestuursgesprek op 27 januari 2020 en aansluitend ons telefonisch contact op vrijdag 10 april 2020, stuur ik u bijgevoegd resultaatverslag Kloek Roosendaal. Tevens ontvangt u de kwaliteitsfoto van locatie Kloek Amsterdam.

Na de bezoeken van de IGJ is de beslissing genomen dat er nieuwe mensen nodig zijn om Kloek aan de eisen te laten voldoen. We hebben afscheid genomen van Berg (september 2020 definitieve uitstroom, werkzaamheden zijn reeds neergelegd). Irma van Brummelen is als nieuwe directeur gestart (april 2020) met focus op de operationele aansturing van de organisatie. Op de locatie van Amsterdam is een teamleider fulltime vast in dienst gekomen. Naast de teamleider is een kwaliteitsverpleegkundige aangesteld. Op 20 juli 2020 start de regiomanager die zowel de locatie Roosendaal als de locatie Amsterdam op tactisch niveau aan zal sturen.

De visie en missie van Kloek zijn helder geformuleerd en op basis daarvan is een nieuwe organisatiestructuur ontwikkeld. Deze heeft nu de status van 'concept' en wordt naar verwachting in de zomer organisatiebreed geïmplementeerd.

We zetten extra capaciteit in op kwalitatieve vraagstukken zoals beleid en procedures en op methodisch werken. Dit wordt ingezet om de medewerkers op de werkvloer te faciliteren en te ondersteunen bij de verbeteringen die aangebracht moeten worden in het primaire proces.

In dit begeleidend schrijven vertellen wij u graag dat wij Kloek-breed veel expertise inzetten om aan de verbeter vraagstukken te voldoen. We hebben een multidisciplinair team samengesteld, van beide locaties, hierin zitten de locatiemanagers, teamleiders, kwaliteitsverpleegkundigen en collegiaal begeleiders. Wekelijks werken we aan het samenstellen van dit rapport en de verbeteringen en aanpak die daaruit voort (moet) komen. Wij zijn gestart met een veranderaanpak samen met Waardigheid en trots. Kloek heeft zowel op locatie als een strategisch coach toegewezen gekregen.

Wij hebben voor beide locaties een specialist ouderengeneeskunde aangesteld. Daarbij hebben we afspraken gemaakt met de GGZ en Groenhuysen voor de inzet van specialistisch team. Er zijn interne audits geweest die Kloek gebruikt om de huidige situatie in kaart te brengen en te leren en verbeteren. We oriënteren ons op de aanschaf van een kwaliteitsmanagement systeem ter ondersteuning van het kwalitatieve organisatieproces. Kloek richt zich bij geschiktheid erop om dit in het najaar van 2020 te implementeren.

Voor vragen kunt u ten alle tijden contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

Irma van Brummelen, Directeur A.I.

**In dit document:**

- ☐ Resultaatverslag Kloek Roosendaal 2-19
- ☐ Kwaliteitsfoto Kloek Amsterdam 20-
- ☐ Overzicht bijlagen
- ☐ Nawoord

## **Resultaatverslag/plan van aanpak Kloek Roosendaal**

Hieronder vindt u het resultaatverslag van Kloek Wonen. Uit de constatering van de IGJ komt naar voren dat Kloek verbeteringen door moet voeren op alle thema's.

De voortgang van die verbeteringen beschrijven wij in een resultaatverslag voor Kloek Roosendaal en aan de hand van een kwaliteitsfoto van de locatie Amsterdam.

Per norm wordt beschreven wat de constatering van de IGJ tijdens het inspectiebezoek op 21 november 2019 waren. Onder de constatering beschrijven wij wat de aanpak van Kloek is, wat reeds gedaan is, en als we dat checken, welke gegevens dat oplevert. Daarna wordt beschreven wat er moet gebeuren om de aanpak (verder) te borgen.

Als eerste vindt u de norm waaraan Kloek niet voldoet.

Als tweede vindt u 8 normen waar Kloek grotendeels niet voldoet.

Daarna vindt u de 3 normen waaraan Kloek voldoet, maar nog niet volledig.

Als laatste vindt u in de bijlagen gegevens die waardevol zijn om hetgeen geschreven te onderbouwen.

De inspectie heeft Kloek gevraagd de zelfscan (uitgevoerd door Waardigheid en trots op locatie) en het bijbehorende Plan van aanpak toe te sturen. Waardigheid en trots zal voor een periode van achttien maanden aansluiten om de veranderaanpak, vastgesteld in het plan van aanpak, uit te voeren. Het plan van aanpak vindt u als bijlage. Daarnaast heeft Kloek medio mei 2020 interne audits uit laten voeren, gericht op een deel van methodisch werken. Deze vindt u eveneens terug als bijlage.



## 1. Norm(en) waaraan Kloek Roosendaal niet voldoet

### Norm 2.7

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal niet aan deze norm.

Constateringen van de IGI:

- Er worden onvoldoende multidisciplinaire behandel disciplines betrokken.
- Zorgverleners missen deze expertise.
- Er is nog geen specialist ouderengeneeskunde (SO) aan Kloek Roosendaal verbonden.
- De cliëntenraad geeft eveneens aan dat de multidisciplinaire samenwerking een belangrijk aandachtspunt is bij het bestuur.
- Zorgverleners stemmen vaak met de familie en de dementiecoach af over hoe met geagiteerd of agressief gedrag van verschillende cliënten om te gaan, echter een gedragsdeskundige wordt niet over dit gedrag geraadpleegd.
- Er wordt niet gerapporteerd over de inzet van eventuele andere externe expertise.
- Het is voor de zorgverleners onduidelijk hoe bij een complexe(re) zorgvraag de multidisciplinaire samenwerking verloopt c.q. welke behandeling is afgesproken c.q. of en hoe tijdig specifieke expertise wordt ingeschakeld.
- Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt niet altijd afstemming plaats met een arts of een GZ-psycholoog.
- Voor verschillende cliënten met onbegrepen gedrag is/wordt geen gedragsdeskundige betrokken.
- Er wordt al snel naar medicatie gekeken en niet naar andere opties, terwijl zorgverleners vaak nog wel mogelijkheden zien.
- De benaderingsadviezen stellen de zorgverleners zelf of in overleg met de dementiecoach op.
- De zorg wordt twee keer per jaar met de cliëntvertegenwoordiger geëvalueerd. Een enkele keer betreft de zorgverlener hier een huisarts bij.
- Er is geen sprake van een multidisciplinair (evaluatie)overleg waar behandelaren bij aanwezig zijn.
- De inzet van een SO op geleide van de huisarts, is niet aantoonbaar terug te zien in de zorgdossiers van de cliënten.

Aanpak	<p>Iedere bewoner heeft een zorgleefplan (ZLP) waarin behoeften vertaald zijn in concrete doelen. De coördinatie van het ZLP ligt bij een contactverzorgende. Het zorgleefplan wordt opgesteld met de bewoner en bij wilsonbekwaamheid met de familie. Zij hebben de regie in dit proces. De contactverzorgende bewaakt de voortgang, de rapportage en coördineert de betrokkenheid, kennis en kunde van verschillende disciplines. Het is helder wie welke verantwoordelijkheid in het zorgverleningsproces heeft.</p> <p>Kloek heeft kennis en deskundigheid in huis om de doelgroep te bedienen. Als deze kennis niet binnen Kloek zelf is, dan wordt deze extern georganiseerd. Bij de bewoners betrokken</p>
--------	---

	<p>behandelaren worden actief benaderd. Begrijpen van het gedrag van bewoners en daarop acteren vraagt veel aandacht. Bewoners zijn volledig afhankelijk van de zorg binnen Kloek en medewerkers bespreken dit met behandelaren en bespreken casuïstiek in de teamoverleggen. Kloek investeert extra in onbegrepen gedrag en onvrijwillige zorg. Dit doen wij door samen te werken met partijen als de GGZ, de huisartsen en het specialistenteam van Groenhuizen. Medewerkers worden geschoold en ondersteund bij deze vraagstukken.</p>
Wat is gedaan en bewijs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We hebben een veranderaanpak opgesteld samen met Waardigheid en trots waarbinnen ook leren en ontwikkelen een belangrijke rol speelt (bijlage).</li> <li>• Er zijn binnen Kloek twee medewerkers van WT gestart. Een als locatie coach en 1 als strategisch coach. Zij zijn sinds 01-04 2020 betrokken bij Kloek.</li> <li>• Er ligt een getekende samenwerkingsovereenkomst met de GGZ. Deze is opgeslagen op de drive van Kloek.</li> <li>• Er is een MDO planning van alle bewoners zodat iedereen minimaal twee keer per jaar een MDO aangeboden krijgt. Hiervoor wordt een planning gemaakt door de CV van haar eigen bewoners. Dit wordt vermeld in het ZLP. Bij een MDO zijn vanuit Kloek altijd aanwezig een collegiaal begeleider, de contactverzorgende of een kwaliteitsverpleegkundige. De bewoner is aanwezig en waar mogelijk de eerste contactpersoon als de bewoner dit wenst. De CV verzamelt input voor het MDO bij de bewoner, betrokkenen en via de rapportage. Huisarts en of behandelaren worden altijd uitgenodigd of gevraagd input te leveren. Tijdens het MDO worden de wensen en de behoeften en het welbevinden van een bewoner besproken. Doelen worden geëvalueerd, beëindigd, bijgesteld en of er worden nieuwe doelen toegevoegd. Tijdens en na het MDO wordt het ZLP waar nodig aangepast en worden nieuwe afspraken geïmplementeerd in de zorgverlening. Binnen een half jaar of als het eerder noodzakelijk is wordt een nieuw MDO ingepland. In de cockpit van Nedap is inzichtelijk per bewoner of de MDO cyclus correct gevolgd wordt. Ook is in Nedap terug te vinden of zorgleefplannen actief zijn.</li> <li>• De SO is bevraagd of geheel of gedeeltelijk aanwezig tijdens het MDO.</li> <li>• Er is een SO verbonden aan Kloek door middel van een vast dienstverband. Ook is er een contract met Novicare om behandeling in te kopen in Amsterdam. De SO vult de kennis van personeel en huisartsen aan daar waar kennis tekort is rondom de gezondheid en welbevinden van de bewoner. Zij leveren input in de multidisciplinaire overleggen en adviseren rondom de wilsbekwaamheid en VBM. Deze contracten zijn op te vragen bij de directie van Kloek.</li> <li>• De SO werkt samen met de huisartsen, er vindt regelmatig overleg plaats tussen de huisartsen en de SO.</li> </ul>
Check	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit een afgenomen audit en uit onderzoek van waardigheid en trots blijkt dat huisartsen en andere disciplines uitgenodigd worden voor het MDO. De deelname aan het MDO vindt weinig plaats aangezien huisartsen en behandelaren daar geen prioriteit aan (kunnen) geven. Er wordt niet vermeld in het zorgdossier dat men uitgenodigd is maar niet deelneemt.</li> <li>• Er zijn pas in juni afspraken gemaakt met de GGZ over de inhoud van de samenwerkingsafpraak. Deze afspraken moeten in de praktijk nog geïmplementeerd worden.</li> </ul>
Conclusie en borgen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanaf 1 juni 2020 gaan de contactverzorgende in het ZLP noteren dat er een uitnodiging aangeboden is en dat daar geen gebruik van gemaakt is. Dit wordt onderdeel van het takenpakket van de CV, de collegiale begeleiders of kwaliteitsverpleegkundigen checken minimaal twee keer per jaar of CV deze afspraak hanteren.</li> <li>• MDO's vinden twee keer per jaar plaats, ook zonder input van huisartsen en behandelaren. In de cockpit van Nedap is zichtbaar of deze afspraak gevolgd wordt. Een extra check vindt twee keer per jaar plaats door de collegiale begeleiders/kwaliteitsverpleegkundigen.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De samenwerkingsafspraken met de GGZ, voornamelijk het gedeelte waar personeel ondersteund wordt, worden actief ingezet en begeleid door de teamleider van Kloek. Afspraken over deze samenwerking worden genoteerd en zijn terug te vinden op de drive van Kloek. Een voorbeeld is dat specifieke medische en psychologische consultatie geleverd wordt als bij medewerkers van Kloek onvoldoende kennis aanwezig is rondom een bewoner met onbegrepen gedrag.</li> <li>• De leervisie van Kloek (opgesteld samen met WT) wordt vertaald in een scholings begroting. In het najaar van 2020 wordt scholing dementie, methodisch werken en onbegrepen gedrag aangeboden aan alle medewerkers van Roosendaal. Medewerkers zullen hun kennis verbreden en de zorg zal kwalitatief toenemen. Kloek zal middels speeddates, intercollegiale toetsing en interviews in kaart brengen of kennis daadwerkelijk verhoogd is. Dit is gestart op 05-05-2020.</li> <li>• De coach van WT begeleidt medewerkers individueel "on the job". Zij zal dit terugkoppelen op papier. Zij begeleid inhoudelijk teamoverleggen. Het eerste overleg 29 juni 2020.</li> </ul>
--	--

## 2. Norm(en) waaraan Kloek Roosendaal grotendeels niet voldoet

<p><b>Norm 1.1</b></p> <p>Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning. Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.</p>	
<p><b>Constateringen van de IGJ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De cliënt wordt niet betrokken tijdens opstellen van het zorgplan. In de zorgdossiers van cliënten ontbreekt een notitie dat door de dementie het niet mogelijk is om de cliënt zelf te betrekken bij het opstellen van het zorgplan.</li> <li>Wilsbekwaamheid van cliënten wordt niet beoordeeld door een ter zake kundige arts.</li> <li>In het zorgdossier van cliënt wordt niets vastgelegd over wilsbekwaamheid van de cliënt.</li> <li>De evaluatie van het zorgplan gebeurt twee keer per jaar door een gesprek met de cliëntvertegenwoordiger, de cliënt zelf is hierbij niet aanwezig.</li> <li>Zorgverleners betrekken behandelaren niet bij de evaluatie van het zorgplan. (zie ook norm 2.7).</li> <li>Zorgverleners respecteren soms wel en soms niet de wensen van cliënten.</li> </ul>	
<b>Aanpak</b>	<p>Bewoners die bij Kloek wonen hebben de regie in de zorgverlening. Als de bewoner door een arts beoordeeld is als wilsonbekwaam, neemt de eerste contactpersoon, de regie over. Dit wordt vastgelegd in het zorgdossier.</p> <p>Iedere bewoner (of contactpersoon) stelt samen met een medewerker van Kloek de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning op. Dagelijks wordt er gerapporteerd op deze doelen en de contactverzorgende bewaakt de gehele zorgverlening van de bewoner. Zo nodig betreft zij andere disciplines.</p> <p>Binnen Kloek is er beleid over opstellen van zorgleefplannen en uitvoeren van zorgleefplanbespreking (en wie daar aanwezig zijn). Uit het beleid komen werkinstructies en functie omschrijvingen voort.</p>
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is een totaaloverzicht met de planning van de MDO's op Drive van Kloek(zie bijlage), iedere bewoner heeft een vermelding in het ZLP staan van de datum waarop een MDO plaats vindt of wanneer dat ongeveer in de cyclus door gepland wordt. .</li> <li>Bewoners wonen hun eigen MDO bij, mits wilsonbekwaam.</li> <li>Wilsbekwaamheid wordt vastgesteld door een arts en is terug te vinden in het ZLP van de bewoner(s).</li> <li>De wilsbekwaamheid is per bewoner vastgelegd in het zorgdossier. Of er is een planning waarin staat wanneer dit wordt vastgesteld. De planning is terug te vinden in de bijlage. Op dit moment is de wilsbekwaamheid van de bewoners bij 50% formeel vastgesteld. Dit is terug te vinden in het zorgleefplan van de bewoner, te checken in Nedap en is vastgesteld in samenwerking tussen bewoner/contactpersoon, huisarts en SO.</li> <li>In ieder ZLP staat benoemd wie de contactverzorgende is, dit is terug te vinden in de zorgleefplannen en kan met terug vinden in de cockpit van Nedap.</li> <li>Medewerkers worden gecoacht op hun rol als contactverzorgende door een coach van WT. (Bijlage: plan van aanpak).</li> </ul>
<b>Check</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interne audit op DD 18- 05 2020 laat zien dat binnen de locatie Roosendaal nog onvoldoende helder is of bewoners wilsbekwaam zijn. Uit gesprekken blijkt dat medewerkers dat onvoldoende op hun netvlies hebben, dat zij dit een moeilijk onderwerp vinden.</li> <li>De SO is gestart met het voeren van gesprekken met betrokkenen (mentoren, familie, huisartsen) over de wilsbekwaamheid van bewoners. (bijlage)</li> <li>Op dit moment is in 50% van de dossiers informatie vastgelegd over de wilsbekwaamheid van de bewoner.</li> <li>Er is geen functieomschrijving voor contactverzorgenden, je ziet dat de medewerkers ook onvoldoende weten wat er van hen verwacht wordt, dat kunt u lezen in de scan van waardigheid en trots</li> </ul>



<b>Conclusie en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De SO binnen Roosendaal beoordeelt of in haar ogen bewoners wilsbekwaam zijn. Op basis van haar analyse worden huisartsen gevraagd de wilsbekwaamheid te beoordelen en vast te leggen. Doel is om dit 100% op orde te hebben uiterlijk 29 augustus 2020.</li> <li>• Functieprofiel voor contactverzorgenden wordt opgesteld en is uiterlijk november 2020 beschikbaar en geïmplementeerd binnen Kloek.</li> <li>• In het functieprofiel van CV staan taken met betrekking tot het zorgleefplan/dossier. Bij de opname van de bewoner is 1 van de taken dat het dossier alle formulieren bevat die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening. Onder andere de VBM, risicosignalering en "Ik, in 1 oogopslag". Door dit in het takenpakket te borgen zijn bij alle bewoners altijd de formulieren ingevuld en up-to-date. CV krijgen scholing en individuele begeleiding van coach van WT, teamleider en collegiale begeleiders zodat zij hun taken goed uit kunnen voeren.</li> <li>• Planning voor MDO's valt onder de verantwoordelijkheid van de CV (zie bijlage, opzet CV).</li> <li>• Voorafgaand aan het MDO wordt het ZLP geëvalueerd door CV'er met bewoner/familie als zij het MDO niet bijwonen en de bewoner hier toestemming voor geeft. Als een bewoner wilsonbekwaam is, dan is de familie altijd bij een MDO.</li> <li>• Medewerkers krijgen uitleg en zonodig individuele uitleg over hun taken als contactverzorgende. Er wordt tijdens teamoverleggen gesproken over de inhoudelijke zorg, het toepassen van beleid en wat het inhoud als bewoners wils(on)bekwaam zijn. Wat betekent dat en wat betekent dat voor de medewerkers en hun manier van werken. Het wordt een standaard agendapunt (agenda format als bijlage) en is na notuleren terug te vinden op de drive van Kloek.</li> <li>• Er wordt beleid opgesteld over zorgleefplan en zorgleefplan besprekingen. Ook worden er werkinstructies opgesteld en taakomschrijvingen gemaakt. Uiterlijk 1 november 2020 is er beleid over deze onderwerpen terug te vinden op de drive van Kloek.</li> </ul>
----------------------------	--

### Norm 1.3

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

#### Constateringen van de IGJ:

- Clënten krijgen beperkt individuele keuzemogelijkheden ondanks dat de intentie voor keuzemogelijkheden er wel is.
- Zorgverleners gaan vooral uit van algemene interesses en gewoontes van de groep clënten.
- De individuele wensen van de clënten worden niet meegenomen in het activiteitenprogramma met verschillende activiteiten door de week dat Kloek aanbiedt.
- Zorgverleners kennen de wensen van de individuele clënten vaak niet.
- Clënten kunnen voor een deel kiezen wat zij eten en drinken.
- Zorgverleners betrekken clënten niet actief bij het opstellen van het wekelijks menu voor de verschillende huiskamers.
- Tijdens de lunch bieden zorgverleners clënten geen keuze als clënten gevraagd wordt of deze (nog) wat wil drinken, maar bepaalt de zorgverlener de keuze voor cliënt.
- Zorgverlener heeft geen onderbouwing waarom clënten niet teveel koffie aangeboden wordt gedurende de dag.
- Zorgverleners leggen in het zorgdossier van clënten niet vast of een cliënt wel of niet ondersteuning nodig heeft bij het klaarmaken van de boterham voordat deze aangeboden wordt.
- Zorgverleners leggen in het zorgdossier van clënten geen voorkeuren van clënten vast voor bijvoorbeeld broodbeleg.
- Zorgverleners leggen de afstandsbediening van een bedlegerige cliënt die graag televisie kijkt, buiten het bereik van deze cliënt gedurende de avond en de nacht waardoor deze cliënt de televisie niet meer kan bedienen. Er wordt niet gekeken naar een mogelijke andere oplossing voor het mogelijk te hard zetten van de televisie in de avond en nacht.
- Zorgverleners houden beperkt rekening met de eigen regie van clënten.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverleners stimuleren cliënten in meerdere huiskamers niet om mee te helpen bij het afruimen van de tafel ondanks dat enkele cliënten in staat zouden zijn om hierbij te ondersteunen.</li> </ul>	
<b>Aanpak</b>	Bewoners van Kloek bepalen wat zij willen en maken eigen keuzes (binnen hun mogelijkheden). Medewerkers sluiten zich hierbij aan of bieden een alternatief als iets niet mogelijk blijkt. Medewerkers zijn geïnteresseerd in de bewoners en weten wat voorkeuren en interesses van bewoners zijn. Als een bewoner bij Kloek komt wonen bespreekt men de levensloop van de bewoner. De levensloop is de basis van de zorg en dienstverlening die Kloek biedt. Medewerkers zijn voldoende toegerust om bewonersgericht te werken.
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het formulier "Ik, in 1 oogopslag" zit bij iedere bewoner in het dossier. Percentage check op 10 juni j.l. wijst uit dat er 50 procent van de documenten in ONS staan. Uiterlijk 7 juli heeft iedere bewoner binnen Kloek het formulier ingevuld in het dossier zitten. In de cockpit van Nedap is dit terug te zien. In het beleid (ook besproken norm 1.1: de taakfunctieomschrijving CV).</li> <li>• De teamoverleggen worden gebruikt om cultuur en gedrag centraal te stellen. Teamoverleggen worden genotuleerd. In Nedap wordt na een vergadering vermeld door de TL dat de notulen zijn terug te vinden op de Drive van Kloek. (Map protocollen &gt; map teamoverleg).</li> <li>• De notulen van het teamoverleg zijn voor alle medewerkers toegankelijk.</li> <li>• Op zondag wordt het menu samengesteld met de bewoners per huiskamer. Deze afspraak is terug te vinden in de agenda van Roosendaal. Menulijsten zijn terug te vinden in de keukenla, het menu wordt bewaard als naslagwerk in de keukenla (zes maanden bewaard). Op deze manier wordt diversiteit geborgd.</li> </ul>
<b>Check</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een interne audit laat zien dat Roosendaal op meerdere vlakken moet verbeteren om kwalitatief goede zorg en dienstverlening te verlenen. De precieze uitkomsten vindt u terug in de bijlage (verslag interne audit).</li> <li>• Medewerkers zijn onvoldoende toegerust om bewonersgericht te werken. Dit is terug te zien doordat de keuzes en wensen en voorkeuren van bewoners niet terug te vinden zijn in de zorgleefplannen of de geleverde zorgverlening.</li> </ul>
<b>Conclusie en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers worden geschoold volgens de methodiek persoonsgerichte zorg (najaar 2020). De coach van WT is gestart met individuele begeleiding en teambespreking op het vlak van persoonsgerichte zorg.</li> <li>• Bewoners worden gestimuleerd om mee te helpen met huishoudelijke werkzaamheden (tafeldekken, bereiden van eten, was vouwen). Dit is onderdeel van de werkinstructie van de huiskamerdiensten (bijlage).</li> <li>• Vanaf 1 juli vindt er iedere maand per afdeling een huiskameroverleg plaats (planning terug te vinden in de agenda van Roosendaal, doorgepland tot einde van 2020. Regelmatig woont een lid van de cliëntenraad dit overleg bij.</li> <li>• Vanaf 13 juli 2020 zijn er per etage vaste teams werkzaam met vaste medewerkers op iedere afdeling/huiskamer.</li> <li>• In de huiskamers is vanaf 13 juli 2020 van 8.00 uur tot 21.00 uur toezicht door de inzet van een vaste huiskamerdienst.</li> </ul>

#### Norm 1.4

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

#### Constateringen van de IGJ:

- De zorgverleners ondersteunen veelal functioneel en taakgericht de cliënten waar dit nodig is, echter de zorgverleners kunnen cliënten in bepaalde situaties meer nabijheid en geborgenheid bieden.
- Tijdens de maaltijd is het stil. Er is geen gesprek tussen de cliënten onderling of met de zorgverleners.
- De zorgverleners gaan geen gesprek aan met cliënten tijdens de maaltijd.
- Zorgverleners praten tijdens de broodmaaltijd over de hoofden van cliënten heen over bijvoorbeeld de duur van de diensten die week, praten met elkaar over de cliënten aan de lunchtafel met cliënten erbij



<p>en een zorgverlener vertelt vooral over gebeurtenissen uit haar eigen leven waarbij ze weinig oog heeft voor de beleavingswereld van de cliënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverleners zijn onvoldoende op de hoogte van de afspraken die in het zorgdossier staan van de cliënten (voorbeeld afspraak dat cliënt niet mag eten op de gang).</li> </ul>	
<b>Aanpak</b>	<p>Bewoners die bij Kloek wonen ervaren dit als veilig, geborgen en voelen zich gewaardeerd als mens. Kloek zorgt voor een warme omgeving met medewerkers die geïnteresseerd zijn en die werken voor en samen met de bewoners. Dit uit zich doordat medewerkers competenties bezitten gericht op luisteren, gastvrijheid en denken vanuit mogelijkheden.</p>
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werkbeschrijving voor in de huiskamer is helder beschreven (bijlage).</li> <li>• Per huiskamer worden er dagelijks activiteiten georganiseerd. (bijlage)</li> <li>• Per bewoner vindt minimaal 1 keer per week een individuele activiteit plaats. Dit is terug te vinden in het zorgleefplan van de bewoner</li> <li>• Medewerkers eten bij bewoners aan tafel.</li> <li>• Tijdens de maaltijd heeft de medewerker oog voor en helpt waar nodig de bewoners om een geanimeerd gesprek te voeren of een bepaald onderwerp met elkaar te bespreken. Medewerkers worden hierin geschoold (zie norm 1.3 bewonersgerichte zorg, coaching WT en individuele vraag van medewerkers).</li> <li>• Tijdens team- en huiskameroverleg is kwaliteit en tevredenheid van de bewoner een vast agendapunt (zie format agenda, bijlage).</li> <li>• De bezetting is aangepast, er staan vaste medewerkers per huiskamer en etage m.i.v 13 juli 2020. Hierdoor zijn zorgverleners op de hoogte van de afspraken in het zorgdossier van de bewoners waarvoor zij de zorg dragen. (bijlage: bericht op Nedap)</li> <li>• Per afdeling werken vaste CV, die de zorg van een aantal bewoners geheel coördineren. Onderdeel van het takenpakket is het welzijn van 'hun' bewoner, zie concept takenpakket CV.</li> <li>• CV krijgen scholing, coaching en individuele begeleiding om hun takenpakket goed uit te kunnen voeren (bijlage concept takenpakket CV).</li> <li>• Iedere dienst begint met het verdelen van de werkzaamheden en een check op persoonlijke afspraken van de bewoner. Wie doet wat en (persoonlijke) afspraken van bewoners worden daar besproken.</li> </ul>
<b>Check</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit bijeenkomsten blijkt dat medewerkers het lastig vinden om een gesprek met bewoners op te starten en/of gaande te houden.</li> <li>• CV nemen onvoldoende initiatief en hebben onvoldoende kennis om hun taken uit te voeren.</li> <li>• CV missen vaardigheden om collegae te coachen in de wensen van de bewoners.</li> <li>• In de werkbeschrijving huiskamerdiensten is welzijn niet opgenomen.</li> </ul>
<b>Conclusie en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitkomsten kennismakingsgesprek GGZ (hoe om te gaan met onbegrepen gedrag) zijn gedeeld. (zie bijlage verslag bijeenkomst)</li> <li>• Onder begeleiding van Waardigheid en Trots komt er een implementatieplan Zinnvolle dagbesteding (bijlage plan van aanpak WT)</li> <li>• Medewerkers zijn op de hoogte gebracht van de nieuwe bezetting en teamindeling (bijlage bericht bezetting op Nedap)</li> <li>• Eten en drinken is vast onderdeel op de agenda van het teamoverleg (bijlage agenda)</li> <li>• Coach van waardigheid en trots inzetten en medewerkers begeleiden in gedrag en cultuur. Coach van WT is betrokken binnen Kloek sinds 01-04 2020. In verband met de Covid-19 was dit lastiger te organiseren. Er is een plan van aanpak vastgesteld en deze wordt uitgevoerd tot 01-01 2022 (18 maanden) De locatie-coach start met coachen van medewerkers op locatie vooruitlopend op de definitieve versie van het plan van aanpak.</li> <li>• Er is een 'meedenk sessie' gepland door coach van Waardigheid en Trots met de medewerkers op 29 juni om medewerkers te betrekken bij het aanbrengen van structuur in de werkzaamheden (bijlage)</li> </ul>

**Norm 2.1**

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

**Constateringen van de IGJ:**

- Zorgverleners zetten vrijheidsbeperkende maatregelen in zonder een gedegen multidisciplinair besluitvormingsproces.
- De besluitvorming rondom vrijheidsbeperking en het wege van alternatieven is niet zichtbaar in het cliëntdossier.
- Zorgverleners bespreken de inzet van vrijheid beperkende maatregelen met de familie van de cliënten, maar niet met de huisarts of een andere behandelaar.
- Bij een bedlegerige cliënt staat de inzet van bedhekken in verband met valgevaar niet in het zorgplan.
- De zorgverleners hebben geen alternatieven uitgetoetst voor de bedhekken.
- De inzet van mogelijke alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet bekend bij de zorgverleners.
- Er zijn vier cliënten die een GPS-horloge gebruiken. Een multidisciplinaire afweging en evaluatie van deze maatregel ontbreekt. De afstemming vindt plaats tussen zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers.
- Niet alle mogelijke risico's voor cliënten zijn in beeld.
- Cliënten kunnen de balkondeuren op hun appartementen makkelijk openen.
- In de zorgdossiers van de cliënten is niet genoteerd of zorgverleners eventuele veiligheidsrisico's ten opzichte van de veiligheid van de cliënt afwegen.
- Opvolging van gezondheidsrisico's voor de cliënten, (o.a. het risico op ondervoeding, vallen, eenzaamheid en depressie) is niet altijd duidelijk.
- Bij het maken van afwegingen tussen het risico enerzijds en de wensen/behoeften van de cliënt anderzijds hechten zorgverleners veel waarde aan de mening van de familie van de cliënt, zo blijkt uit rapportages in de zorgdossiers van cliënten; de cliënt is niet aanwezig bij het bespreken van de risico's.
- De wilsbekwaamheid ter zake is niet vastgesteld bij de cliënten.

<b>Aanpak</b>	Bewoners van Kloek ontvangen professionele en deskundige hulpverlening. Gebaseerd op vakkennis, deskundigheid, wensen en behoeften. Deze zorg wordt afgestemd met de bewoner (of diens vertegenwoordiger), met betrokken behandelaren en of belanghebbenden, besproken, vastgelegd en geëvalueerd. De zorgverlening wordt methodisch aangeboden en medewerkers snappen het nut en de noodzaak daarvan. Inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen gebeurt nadat andere mogelijkheden uitgesloten zijn en altijd vanuit de gedachte dit zo kort mogelijk en zo min mogelijk belastend voor de bewoner te doen. Dit is vertaald in een beleid VBM bij Kloek.
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balkon deuren zijn beveiligd met een slotje. Per bewoner wordt besproken of zij de sleutel beheren, dit wordt in het ZLP benoemd.</li> <li>• Er is een procedure van wilsbekwaamheid. (zie bijlage protocol)</li> <li>• Er is een werkinstructie voor inzet VBM (zie bijlage).</li> <li>• Alle uitvoeringsverzoeken worden afgegeven via het medische communicatiemiddel van de huisartsen. Dit wordt in ONS gerapporteerd.</li> <li>• Alle VBM zijn vertaald in het ZLP door middel van een doel.</li> <li>• Evaluatie vindt plaats volgens richtlijnen van Kloek (werkbeschrijving zorgleefplan).</li> <li>• Op alle doelen binnen het ZLP wordt gerapporteerd. Dit is te zien in Nedap, of gebeurt.</li> <li>• Medewerkers hebben een scholing kunnen volgen over de wet zorg en dwang. Dit is terug te vinden in de map HRM op de drive. Vanaf april 2020 is de scholing wet zorg en dwang nu ook te volgen in de e learning van Kloek.</li> <li>• De WZD is uitgelegd aan alle medewerkers tijdens het teamoverleg (terug te vinden notulen teamoverleg). Dit vraagt nog veel aandacht. De WZD wordt meegenomen in het scholingsprogramma van het najaar.</li> <li>• Er is een SO aangesteld (contract op te vragen bij directie) zij is inhoudelijk betrokken bij MDO's, VBM's, wilsbekwaamheid en kwaliteit van zorg en dienstverlening.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gezondheidsrisico's worden besproken, minimaal twee keer per jaar, tijdens de MDO's (risicosignaleringen zitten in alle dossiers, dit is terug te zien in de cockpit van Nedap).</li> </ul>
<b>Check</b>	<p>Uit de audit blijkt dat zaken rondom de VBM nu voor ongeveer 50% op orde zijn. Voor de overige groep is nog geen planning gemaakt om hierover in gesprek te gaan met de familieleden. Op het moment dat er nu gesprekken over het ZorgLeefPlan (ZLP) gevoerd worden, worden bewoners uitgenodigd en naar hun wens / mening gevraagd. Dat is een vooruitgang ten opzichte van de eerdere situatie.</p> <p>Werkinstructies en processen zijn nog niet gemaakt, daar wordt nu wel aan gewerkt.</p>
<b>Conclusie en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De overige MDO's worden ingepland en de planning hiervan is terug te vinden op de drive van Kloek. Tijdens de MDO's wordt expliciet de VBM besproken. (Bijlage)</li> <li>Collegiale begeleiders en kwaliteitsverpleegkundigen checken en begeleiden medewerkers in hun taken rondom ZLP en VBM.</li> <li>De teamleider van de locatie heeft als taak (terug te vinden in de functieomschrijving van teamleider) om gestructureerd de cockpit in Nedap te volgen. De functieomschrijving van teamleider wordt gemaakt in 2020.</li> <li>Procedures en werkinstructies worden verder afgemaakt, geïmplementeerd en opgenomen in de wegwijzer (organisatie handboek Kloek). Beleid en werkinstructies zijn af op 1 Oktober 2020. Ieder document in de wegwijzer krijgt een proceseigenaar. Deze is verantwoordelijk voor de actualiteit van het document.</li> <li>In het najaar van 2020 worden extra middelen ingezet om scholing te verzorgen op verschillende gebieden: dementie, VBW, WZD, gedrag. Daarbij is er sinds april 2020 een e-learning systeem. E learning komt jaarlijks terug.</li> </ul>

## Norm 2.2

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

### Constateringen:

- Zorgverleners beschrijven de doelen in het zorgplan in zijn algemeen.
- Zorgverleners komen ondanks de afspraak dat ze moeten rapporteren op de doelen, deze afspraak onvolledig na en rapporteren soms wel en soms niet op de doelen.
- Zorgplannen zijn niet altijd actueel.
- Zorgverleners zijnde niet EVV-er, hebben geen inzage in een concept zorgplan opgesteld met de laatste wijzigingen van de zorg (bijvoorbeeld naar aanleiding van de recent veranderende zorgvraag van de cliënt).
- Analyses van gedrag, voorafgaand aan de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen of gedragsbeïnvloedende medicatie ontbreken.
- De 'zo nodig' gedragsbeïnvloedende medicatie die een aantal cliënten gebruikt is niet vastgelegd als een vrijheidsbeperkende maatregel.
- Er is geen gedragsdeskundige bij deze cliënten betrokken.
- Er zijn geen concrete afspraken gemaakt over wanneer zorgverleners deze medicatie mogen geven en wanneer een evaluatie plaatsvindt.
- De gehanteerde werkwijze betreffende inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen of gedragsbeïnvloedende medicatie komt niet overeen met het opgestelde beleid van Kloek over vrijheid en veiligheid.
- Zorgverleners geven cliënten gedragsbeïnvloedende medicatie naar eigen inzicht.
- Een cliënt heeft 's nachts gedragsbeïnvloedende medicatie gehad waarbij er voorafgaand geen overleg plaatsvond met een arts. Om 13.00 uur vertelt de zorgverlener dat deze cliënt nog steeds slaapt.
- In de zorgdossiers van betreffende cliënten staat niet gerapporteerd of zorgverleners voorafgaand aan de inzet van een maatregel, alternatieven hebben uitgeprobeerd.
- Observaties hoe een cliënt reageert op de inzet van bijvoorbeeld een bedhek of GPS-horloge, staan niet gerapporteerd in het zorgdossier van betreffende cliënten.

<b>Aanpak</b>	Methodisch werken is de basis van goede, deskundige en professionele zorgverlening. Medewerkers die blij Kloek werken kunnen methodisch werken. Doordat medewerkers dit proces kennen en kunnen, passen zij dit consequent toe. De bewoners van Kloek zijn hierdoor goed in beeld en door de werkwijze worden risico's en fouten geminimaliseerd. De juiste deskundigen worden geraadpleegd en betrokken bij de zorg en dienstverlening rondom de bewoner.
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De SO in Roosendaal pleegt vooroverleg met andere disciplines als zij aangeven niet bij een MDO te zijn. Dat wordt meegenomen tijdens de MDO's om de input van andere disciplines te borgen.</li> <li>• Binnen Roosendaal zijn collegiale begeleiders aangesteld.</li> <li>• Collegiale begeleiders coachen contactverzoekers in methodisch werken.</li> <li>• DE CV vraagt aan familie (bij wilsonbekwaamheid) input te leveren voor het MDO als zij niet aanwezig kunnen zijn. Dit kan via een formulier in Nedap (zodat alles digitaal verzameld is).</li> <li>• Er is een samenwerkingsovereenkomst met de GGZ. Die staat op de drive onder de naam "overeenkomst voor opdracht GGZ".</li> <li>• Alle zorgverleners kunnen het ZLP zien, zowel in concept als definitief.</li> <li>• De SO van Kloek heeft overleg met de huisartsen van de bewoners.</li> </ul>
<b>Check</b>	<p>Er hebben interne audits plaatsgevonden (mei 2020). De audit was gericht op methodisch werken (bijlage). Hieruit blijkt dat er nog extra aandacht nodig is voor methodisch werken, ECD/ZLP en dementie. Er worden bijvoorbeeld heel veel doelen in een ZLP vermeld. Ook wordt daar niet altijd op gerapporteerd. Medewerkers zijn afwachtend en wachten tot zij een opdracht krijgen. Dit wordt ondersteund door de scan van waardigheid en trots. Verantwoordelijkheid en eigenaarschap kan zich nog beter ontwikkelen. Daarvoor hebben medewerkers vertrouwen en regelvermogen nodig. Dat krijgt aandacht door middel van inzet van leiderschap, coaching (WT) en teambesprekingen.</p> <p>Kloek loopt tegen grenzen aan met betrekking tot multidisciplinaire inbreng. Kloek zorgt ervoor dat medewerkers deze grens vastleggen in het dossier.</p>
<b>Conclusie en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Om methodisch te leren werken zal scholing plaatsvinden over methodisch werken, dit zal in het najaar 2020 ingepland worden.</li> <li>• Tijdens teamoverleg wordt tijd genomen om casuïstiek te bespreken.</li> <li>• Kloek is bezig met werving en selectie (communicatie afdeling Kloek), een vaster team en minder ZZP krachten zal de continuïteit en kwaliteit van methodisch werken ten goede komen.</li> <li>• Er is een functieprofiel voor contactverzoekende (CV) voor 01-10-2020.</li> <li>• Functie profiel wordt per individu toegelicht en CV worden na de toelichting begeleid in hetgeen kennis tekort is.</li> <li>• Begeleiding door een coach van waardigheid en trots op locatie zal gericht zijn op methodisch werken. Het plan van de coach zal als bijlage toegevoegd worden.</li> </ul>

### Norm 2.5

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

#### Constateringen van de IGI:

##### Deskundigheid

- De resultaten van het investeren in scholing van de zorgverleners door coaching door een dementiecoach en vier collegiale begeleiders over persoonsgerichte zorg en dementie wordt deels in de praktijk teruggezien, zie de bevindingen bij thema 1.
- De deskundigheid over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen is onvoldoende ondanks dat zorgverleners hier scholing over hebben gekregen.
- De deskundigheid op onder andere het gebied van methodisch werken en omgaan met onbegrepen gedrag is onvoldoende aanwezig is, zie de bevindingen bij thema 1 en 2.



<ul style="list-style-type: none"> <li>De cliëntenraad mist stabiliteit en ook een bepaalde mate van professionaliteit binnen het team:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Nieuwe processen en werkafspraken krijgen vaak geen goede opvolging.</li> <li>Terugkomen op werkafspraken blijft een uitdaging binnen de organisatie.</li> </ul> </li> <li>Er is veel verloop geweest in het personeel. Bestuurder is zoekende in de afstemming tussen voldoende deskundigheid bij de zorgverleners in relatie tot het verloop van zorgverleners en de complexer wordende zorgvraag van cliënten.</li> </ul>	
<p><b>Bezetting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bezetting van personeel zowel op de eerste als de tweede etage is niet conform afspraak c.q. gewenste aanwezige niveau medewerkers.</li> <li>Het komt vaker voor dat er maar één huiskamerassistent is die twee huiskamers tegelijkertijd ondersteunt.</li> <li>Volgens zorgverleners is de bezetting over het algemeen voldoende om het werk te doen, alleen op de piekmomenten in de ochtend en avond is het druk.</li> <li>De onrust onder de cliënten neemt toe zodra de huiskamerassistent om 20.00 uur weg gaat.</li> <li>Vanaf 20.00 uur is er minder toezicht in de huiskamers omdat de zorgverlener dan de cliënten naar bed brengt en zij dit dan vaak tegelijkertijd willen.</li> </ul>	
<b>Aanpak</b>	<p>Kloek heeft voldoende deskundige zorgverleners. De kwaliteit (deskundigheidsmix) en hoeveelheid medewerkers zijn afgestemd op de zorgverlening. Als onderlegger is de impactanalyse van NZA gebruikt. Op dit moment is de zorgvraag vertaald in benodigde uren en deze zijn helder en inzichtelijk beschreven. Beslissingen rondom inzet en kwaliteit worden besproken in de teams en geëvalueerd. Teams zijn vanaf juni 2020 meegenomen in dit proces en kunnen meebeslissen over de inzet, wanneer en hoe medewerkers ingezet worden. Vanaf 13 juli 2020 is er samen met hen een nieuw rooster op de bewoners vraag ingericht. Processen en procedures rondom roosteren en plannen zijn inzichtelijk en bekend voor medewerkers. Kloek is een fijne en aantrekkelijke werkgever voor medewerkers.</p>
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concept plan en rooster procedure (bijlage) is opgesteld. In geval van calamiteiten maakt Kloek gebruik van eigen personeel dat extra wil werken (is in kaart gebracht) ook heeft Kloek vaste ZZP'ers op wie een beroep gedaan kan worden. Hiervan zijn de gegevens bekend.</li> <li>Impact analyse van NZA gebruikt als onderlegger voor vaststellen formatie. (bijlage PDF document Impact Analyse)</li> <li>Vaste teamindeling per verdieping en huiskamer.</li> <li>Deskundigheidsniveau verdeelt vanaf 13 juli 2020, terug te vinden in de roosters van Roosendaal.</li> <li>Verpleegkundige bereikbaarheid georganiseerd: minimaal 90% van de diensten is er een verpleegkundige minimaal niveau 4 aanwezig. Terug te vinden in de roosters.</li> <li>Instrueren medewerkers nieuwe bezetting per 13-7 (bijlage)</li> </ul>
<b>Check</b>	<p>De rooster procedure is steeds meer bekend bij medewerkers. Medewerkers moeten wennen aan het feit dat een rooster gemaakt wordt op basis van de bewoners vereisten van veilige zorg, toezichtseisen of feitelijk te leveren zorg (bijvoorbeeld voldoende verpleegkundige bereikbaarheid) in plaats van op de medewerkers-wens/ vraag. Evaluatie in Oktober 2020.</p>
<b>Conclusie en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op basis van de evaluatie van de rooster procedure worden wijzigingen doorgevoerd.</li> <li>Bewoners ervaren meer rust en regelmaat in de huiskamer</li> <li>Er is op iedere huiskamer een huiskamerassistent aanwezig van 8.00 tot 21.00 uur.</li> <li>Bezetting van personeel is conform gewenst aantal en niveau</li> <li>Medewerkers ervaren over het algemeen minder druk op de piekmomenten</li> </ul>

### Norm 3.1

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

Constateringen van de IGJ:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>De visie op de zorg en ondersteuning van Kloek 'Net als thuis' wordt niet in voldoende mate teruggezien. (zie bevindingen bij thema 1).</li> <li>De zorgverleners vinden het moeilijk om de visie uit te voeren in de praktijk.</li> <li>De veiligheid van de cliënten is niet overal geborgd is (zie ook bevindingen bij norm 2.1.).</li> <li>Zorgverleners hebben de veiligheidsrisico's ten opzichte van de vrijheid van de cliënt onvoldoende in beeld.</li> <li>Het is voor de zorgverleners niet altijd duidelijk hoe zij om moeten gaan met het beleid van een open deur en de vrijheid van cliënten tot het verlaten van de locatie.</li> <li>Het is voor de zorgverleners onduidelijk wanneer zij achter bewoners aan moeten gaan als ze naar buiten lopen.</li> <li>Het is voor de zorgverleners niet duidelijk wanneer zij hierover een Melding Incidenten Cliënt (MIC)-meldingen dienen te maken.</li> </ul>
<b>Aanpak</b>	<p>De visie en missie van Kloek zijn ontwikkeld, helder opgesteld en binnen de organisatie is dat de richtlijn voor de medewerkers binnen Kloek. Leiderschap is inspirerend en men vertaalt de visie in dagelijks leiderschap. De organisatiestructuur staat op papier en medewerkers weten bij "wie" zij terecht kunnen voor "wat".</p> <p>Het is helder waar men processen en procedures terug kan vinden, deze zijn helder en up-to-date.</p>
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is een missie en visie ontwikkeld (zie bijlage)</li> <li>Er is een concept organisatiestructuur opgesteld (zie bijlage)</li> <li>De "wegwijzer" wijst medewerkers de weg door de organisatie, processen en procedures (op de drive van Kloek).</li> </ul>
<b>Check</b>	<p>Het blijkt uit verschillende interviews dat medewerkers niet goed op de hoogte zijn van de missie en de visie van Kloek. Ook weten zij gegevens niet te vinden en zijn zij onbekend met de organisatie structuur.</p>
<b>Conclusies en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De missie en visie wordt door de directeur met teams besproken tijdens teamoverleggen. Zij zal daar persoonlijk aan deelnemen vanaf 1 September.</li> <li>Tijdens die teamoverleggen wordt de organisatiestructuur besproken, er wordt genotuleerd dat dit gebeurd is. Notulen zijn terug te vinden op de drive.</li> <li>De organisatiestructuur is als concept opgesteld in juni 2020. Voor Oktober 2020 wordt deze definitief gemaakt.</li> <li>De organisatiestructuur zal op de website geplaatst worden.</li> <li>Mic beleid wordt besproken in norm 3.2 en zal toegevoegd worden als bijlage.</li> <li>Medewerkers worden gecoacht, individueel begeleid en geschoold op persoonsgerichte zorg, dementie en teamontwikkeling. De coach WT en het bureau training en coaching in de zorg krijgen hier een centrale rol in. De scholing begroting waar dit uit blijkt wordt nagezonden.</li> </ul>

### Norm 3.2

**De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.**  
Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels niet aan deze norm.

#### Constateringen van de IGJ:

- Naar aanleiding van de bevindingen van het inspectiebezoek in januari 2019 stelde Kloek een verbetertraject in, waarin vrijheidsbeperking een belangrijk thema was. Tijdens het bezoek op 21 november 2019 constateert de inspectie opnieuw tekortkomingen op het onderwerp vrijheidsbeperking.
- Het beschreven beleid op vrijheidsbeperking en de opgestelde plannen over de implementatie van het beleid blijken met name gericht op de Wet zorg en dwang (Wzd) die per 1 januari 2020 in werking treedt.
- De kennis en kunde binnen de gehele organisatie over de huidige wet- en regelgeving bij de inzet van vrijheidsbeperking onder zowel de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) als de Wzd is nog onvoldoende.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De inhoud van het opgestelde resultaatverslag komt niet overeen met de bevindingen tijdens het inspectiebezoek van 21 november 2019.</li> <li>• Het is onduidelijk hoe Kloek systematisch de kwaliteit en veiligheid van zorg verbetert.</li> <li>• Het is voor de inspectie onduidelijk op welke wijze en in welke frequentie Kloek audits uitvoert.</li> <li>• De uitkomst van een audit op medicatieveiligheid dateert van anderhalf jaar geleden.</li> <li>• Binnen de Meldingen Incidenten procedure (MIC-procedure) ontbreekt het aan een eenduidige en diepgaande analyse.</li> <li>• In de analyses achterhalen zorgverleners de basisoorzaken van een incident niet.</li> <li>• Een zorgverlener die onderdeel is van de MIC-commissie geeft aan dit te doen naar eigen inzicht en heeft op dit onderwerp geen scholing gehad.</li> <li>• Op het overzicht van de meldingen van het afgelopen jaar is geen eenduidige werkwijze terug te zien. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bij een aantal maanden staan per melding onderwerpen dezelfde soort aanbevelingen beschreven: 'Medewerkers erop wijzen wat het belang is van.'</li> <li>○ Een analyse van de incidenten ontbreekt, waardoor het onduidelijk of de verbetermaatregel passend is.</li> <li>○ Later in het jaar zijn meldingen per cliënt weergegeven. In het laatste half jaar staan alleen nog de meldingen weergegeven. Onduidelijk is wat de analyses zijn en welke verbeteracties er zijn ondernomen naar aanleiding van deze meldingen.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Aanpak</b>	<p>Kloek werkt methodisch op ieder organisatieniveau. Door de juiste organisatie-inrichting in combinatie met een heldere visie en missie wordt sturing gegeven op een overstijgend niveau. Organisatie ontwikkeling, opstellen van beleid, (tussentijdse) evaluatie van de ingezette koers, leert Kloek overzicht te houden, te sturen op de juiste KPI's bij te sturen waar dat noodzakelijk.</p> <p>Er is beleid geformuleerd op het gebied van MIC/MIM, medicatieveiligheid en bijvoorbeeld klachtenregelingen en vertrouwenspersonen.</p> <p>Dit wordt organisatiebreed geëvalueerd, het beleid wordt systematisch getoetst en aangepast waar nodig. Verbeteracties worden ingezet op operationeel niveau.</p>
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een C-team geformeerd. Dit team richt zich op covid en organisatie calamiteiten. In deze fase komen zij twee maal per week digitaal samen en bespreken de voortgang en veiligheid van de organisatie, met name gericht op covid. Hiervan worden notulen gemaakt. Deze worden gearcheveerd op de drive (map: C team Roosendaal en C team Amsterdam), wekelijks verstuurd aan de cliëntenraden en coördinatie vindt plaats vanuit de bestuurder. Na de Covid zal het C team blijven bestaan, de frequentie wordt dan verlaagd.</li> <li>• Er is een organisatiebreed beleid van medicatieveiligheid, mic, klachten en bijvoorbeeld calamiteiten. Dit is terug te vinden in de wegwijzer, het organisatiehandboek van Kloek.</li> <li>• Er vindt oriëntatie plaats rondom een KMS-systeem. Doel is nu te verkennen en benchmark. In verband met de financiële situatie van de organisatie (vooral Corona gerelateerd, minder bezette woningen) richt Kloek zich op implementatie begin volgend jaar (2021).</li> <li>• Alle medewerkers krijgen uitleg over wilsbekwaam, VBM en WZD. Ook wordt de WZD door middel van e-learning, teambesprekingen en individuele aandacht (extra blik door SO) onder de aandacht gebracht.</li> <li>• De eerste medewerkers hebben een bijeenkomst van de WZD inmiddels gevolgd. Hiervan is een verslag gemaakt door een van de deelnemers zodat alle medewerkers dit kunnen lezen en hiervan kunnen leren.</li> <li>• E learning is ingericht en gevolgd. Medewerkers die dit volgen krijgen een vermelding in het personeelsdossier. Bevoegd en bekwaamheid van personeelsleden wordt vermeld in het personeelsdossier. Er vinden bijeenkomsten van intercollegiale toetsing plaats. Het opgestelde document /uitslag daarvan komt in het personeelsdossier.</li> </ul>
<b>Check</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is geen beleid voor MIC/MIM het werkproces van de mic meldingen is benoemd in de wegwijzer bij medicatieveiligheid.</li> <li>• Er zijn mic analyses op beide locaties deze staan voor het jaar 2020 op de drive.</li> <li>• Er is geen Kloek brede commissie op het gebied van MIC/MIM, klachten en of andere zaken.</li> <li>• Werken via de PDCA is onvoldoende ontwikkeld.</li> </ul>
<b>Conclusies en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coachen door medewerker van WT op locatie.</li> <li>• Teambegeleiding en coachen op locatie/scholen op locatie door het bureau training en coaching in de zorg.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er komt een omschrijving voor het C-team om vorm te geven aan het takenpakket van de commissie.</li> <li>• Opstellen MIC/MIM beleid, dat organisatiebreed toepasbaar is. Op beide locaties wordt dan op dezelfde wijze gewerkt. Doel is dat het MIC/MIM beleid klaar is voor half augustus 2020. Dan vindt implementatie implementatie plaats.</li> <li>• Er moet een kwaliteitsverslag komen voor geheel Kloek op jaarbasis. Daarin moeten calamiteiten, klachten en risico's organisatiebreed in kaart gebracht worden. Dit verslag wordt aan het einde /begin volgend jaar voor het eerst gemaakt. het verslag wordt besproken in de MIC commissie, en verstuurd aan de cliëntenraden.</li> <li>• Juli 2020 wordt de scholings begroting herzien uiterlijk 30 juli zal deze worden toegezonden aan de inspectie.</li> <li>• Er worden acht medewerkers opgeleid om veiligheidschecks en interne audits uit te voeren, veiligheidschecks worden onaangekondigd uitgevoerd door collegiale begeleiders, kwaliteitsverpleegkundigen en teamleiders, hiervan komt een rapportage die aangeboden wordt aan de regiomanager. De manager bepaalt op basis van de uitkomst of er extra aandacht aan besteed wordt. Er wordt minimaal twee keer per jaar per locatie een check uitgevoerd. Er wordt een speciale map aangemaakt op de drive waar de uitkomsten en acties gearchiveerd worden.</li> <li>• Ieder jaar blijft Kloek een interne audit verzorgen op methodisch werken of een specifiek onderdeel. De uitkomsten hiervan worden vertaald in acties door de regiomanager. Deze rapporteert direct aan de directie en zet vervolgacties op basis van de uitkomsten uit, binnen de organisatie.</li> <li>• De regiomanager is verantwoordelijk voor de monitoring van de verbeteracties.</li> </ul>
--	--

### 3. Normen waaraan Kloek grotendeels voldoet

<p><b>Norm 1.2</b></p> <p><b>Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.</b></p> <p>Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels aan deze norm.</p>	
<p><b>Constateringen van de IGJ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie over benaderingsadviezen zoals die in het cliëntdossier staan in de ADL-omschrijving (die ook aanwezig is op de kamer van de cliënt), komt vooral van de cliëntvertegenwoordiger en niet van cliënt zelf.</li> <li>• Vaak kennen zorgverleners niet de achtergrond en levensgeschiedenis van de cliënten. Om informatie over de achtergrond en levensgeschiedenis van de cliënten te weten te komen zijn zorgverleners afhankelijk van familie van cliënten.</li> <li>• Informatieaanvraag over de achtergrond en levensgeschiedenis van de cliënten is nog geen standaard onderwerp van gesprek om te bespreken met familie wanneer een cliënt nieuw komt wonen in Kloek Roosendaal.</li> <li>• Om onbegrepen gedrag van cliënten te verklaren zouden zorgverleners het fijn vinden om meer over de cliënten te weten.</li> <li>• Een risico afweging voor de inzet van bedrekken ontbreekt.</li> <li>• Uit het cliëntdossier is niet op te maken of het 24 uur per dag op bed liggen van een cliënt met de bedrekken omhoog, een zinvolle daginvulling voor de cliënt is.</li> <li>• De zorgverlener kent behoeftes van de cliënt onvolledig.</li> </ul>	
<b>Aanpak</b>	<p>De medewerkers van Kloek nemen de tijd, vanaf het moment dat een bewoner bij Kloek komt wonen, om de bewoner te leren kennen. Vanaf de eerste kennismaking tussen de bewoner en Kloek richt de medewerker zich hierop. In de eerste twee weken wordt het formulier "Ik, in 1 oogopslag" ingevuld nadat er met een bewoner gesproken is over het verleden, de wensen en behoeften waaraan Kloek kan bijdragen in kaart zijn gebracht.</p> <p>Tijdens de zorgverlening is aandacht voor deze wensen, behoeften en gewoonten aangezien de medewerkers van Kloek de bewoners goed kennen.</p>
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In ieder dossier zit het formulier "Ik, in 1 oogopslag". Alle vaste medewerkers lezen dit. Er is een vertaling in het werk van dit formulier. Bijvoorbeeld: Een bewoner heeft haar hele leven gezongen. Personeelsleden zingen met de bewoner of zoeken een plek waar de bewoner dit kan uitvoeren of kan horen. Daarnaast wordt er een doel over opgesteld. Hoe is er per bewoner een zinvolle dagbesteding. Wat vindt de bewoner fijn en hoe kijkt Kloek daarnaar?</li> <li>• Op het doel vindt rapportage plaats. Zo nodig worden acties bijgesteld. Dit is terug te vinden in de cockpit van Nedap.</li> <li>• De coach van WT coacht medewerkers en het team op formuleren van de doelen. Hiervoor wordt zowel de input van de bewoner/familie, formulier "Ik in 1 oogopslag" gebruikt als input. Medewerkers worden begeleid als het gaat om opstellen en rapporteren op de doelen.</li> <li>• Er is een contract afgesloten met de GGZ om medewerkers kennis bij te brengen en de mogelijkheid tot consultatie te bieden rondom gedrag. Ook is er een SO aangesteld om gedragsaspecten te begeleiden. De SO kan doorverwijzen naar de psycholoog indien noodzakelijk</li> </ul>
<b>Check</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondanks verzoek hebben niet alle bewoners het formulier (blijkt uit de audit) "Ik in 1 oogopslag" in het dossier zitten. CV-ers krijgen uitleg en in het team wordt gesproken over het nut en doel van het formulier. In Roosendaal gaan collegiale begeleiders ervoor zorgen dat dit in alle bewoners dossiers komt te staan. In eerste instantie coachen zij de CV-ers hierop. Tijdens de MDO's wordt de check een vast onderdeel.</li> </ul>
<b>Conclusies en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CV-ers zijn verantwoordelijk voor het formulier Ik in een oogopslag ( zie concept takenpakket contactverzorgenden), i.v.m. met de achterstand vullen collegiaal begeleiders het document samen met de bewoners in. Voor 7 juli 2020 zijn alle formulieren ingevuld (bijlage planning "Ik in 1 oogopslag")</li> <li>• Medewerkers worden gecoacht door WT-coach op alle vlakken van methodisch werken en verantwoordelijkheden van de contactverzorgenden.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medewerkers worden op de hoogte gebracht van veranderingen een Zorgleefplan door de contactverzorgende Communicatie verloopt via Nedap ONS.</li> </ul>
--	---

<b>Norm 2.3</b> <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.</b> Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels aan deze norm.	
<b>Constateringen van de IGJ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het feit dat zorgverleners het lastig blijven vinden om elkaar echt aan te spreken en elkaar op de man af feedback te geven is nog een aandachtspunt.</li> </ul>	
<b>Aanpak</b>	<p>Medewerkers voelen zich veilig binnen Kloek en durven vragen te stellen en het aan te geven als zij zaken lastig vinden. Er is tijd om casuïstiek te bespreken en te reflecteren op de zorgverlening en eigen handelen. Medewerkers durven elkaar aan te spreken en er is ruimte voor verschillende meningen en zienswijzen. Leiderschap is een succesfactor in dit proces.</p> <p>Er is ruimte om te reflecteren tijdens teambijeenkomsten en samenkomsten op eigen handelen, team voortgang en handelen maar ook op de bewonerszorg en de veiligheid van bewoners.</p>
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Training, teamoverleggen en leiderschap gericht op een veilige cultuur. Ondersteuning in elkaar aanspreken door mensen terug te verwijzen naar het probleem en daarin mensen samen te brengen en dat te begeleiden.</li> <li>Teamleiders en locatiemanagers krijgen uitleg rondom de transactionele analyse.</li> <li>Medewerkers worden aangesproken op eigen verantwoordelijkheid met als doel meer bewustzijn te creëren en te leren</li> <li>Medewerkers worden door teamleider aangemoedigd het gesprek aan te gaan met collega's over zaken die zij als lastig ervaren onder begeleiding van teamleider</li> <li>Medewerkers worden aangemoedigd lastige onderwerpen (bijvoorbeeld tijdelijk geen nachtdiensten kunnen draaien i.v.m. fysieke klachten) in te brengen tijdens het teamoverleg om zo onder begeleiding van de teamleider te leren het gesprek aan te gaan.</li> </ul>
<b>Check</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teamoverleggen zijn gepland. (Zie Google team-agenda)</li> <li>Medewerkers worden uitgenodigd door teamleider tot het geven van feedback bij iedere mailwisseling of berichtgeving via Nedap ONS</li> </ul>
<b>Conclusies en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Feedback geven en ontvangen wordt besproken en geoefend tijdens de teamoverleggen</li> <li>Feedback geven en ontvangen is onderdeel van de visie op leren</li> <li>Onder leiding van de coach van Waardigheid en Trots wordt een werkgroep 'leren en ontwikkelen' opgezet om samen de visie op leren en ontwikkelen goed vorm te geven.</li> <li>Op de locatie worden de collegiaal begeleiders (en indirect en direct medewerkers) gecoacht om hun rol goed te vervullen. Collegiaal begeleiders worden begeleid in het dragen van de visie in de coaching van collega's.</li> <li>Tijdens teamoverleggen is 'eigenaarschap' (onder de noemer Personeel) vast onderdeel van gesprek op de agenda.</li> <li>Aanvullend op de coach van WT vindt teamontwikkeling, individuele ontwikkeling en scholing plaats, gegeven door bureau "training en advies in de zorg".</li> <li>De onderwerpen cultuur, veiligheid, melden en leren worden vast onderdeel van een jaarlijkse interne audit waarvoor een commissie opgesteld wordt.</li> <li>Er worden acht medewerkers opgeleid om veiligheidschecks en interne audits uit te voeren. Dit vindt plaats in 2020. Er komt een map van de interne audits op de drive en daar zal de audit uitslag gearchiveerd worden. De regio manager is verantwoordelijk voor de voortgang van de commissie en zal hen monitoren. De regiomanager rapporteert aan de directie. Uitkomsten worden na goedkeuring door de directie verstuurd aan de cliëntenraden van de locaties.</li> </ul>



**Norm 3.3**

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

Volgens de inspectie voldoet Kloek Roosendaal grotendeels aan deze norm.

**Constateringen van de IGI:**

- Er is nog onvoldoende sprake van een aanspreekcultuur (zie ook norm 2.3).
- Kloek neemt nog niet deel aan lerend netwerk zoals bedoeld in het kwaliteitskader.

<b>Aanpak</b>	Er is veel aandacht voor de cultuur. Medewerkers moeten zich veilig voelen en elkaar aan durven spreken. Door een duidelijke visie te beschrijven, een organisatiestructuur te ontwikkelen en daarbij behorende competenties te vragen wordt meer richting gegeven aan leiderschap binnen de organisatie. Hoe gaan we met elkaar om, hoe stuur je op dagelijkse visie en hoe maak je cultuur veilig zijn onderwerpen die volop aandacht krijgen. Leiderschap stelt zich op vanuit inspiratie en deskundigheid....
<b>Wat is gedaan en bewijs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In eerdere normen beschreven coaching, training en scholing rondom cultuur, veiligheid en interne audits ook de basis voor deze norm.</li> <li>• Er is een coach van waardigheid en trots op locatie, zij heeft als aandachtspunt cultuur.</li> <li>• Er zijn samenwerkingsverbanden aangegaan zoals: Samenwerking GGZ ZWNB (zie bijlage verslag kennismaking)</li> <li>• samenwerking SO met huisartsen</li> <li>• samenwerking met Groenhuizen (bijvoorbeeld technische team van Groenhuizen).</li> </ul>
<b>Check</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 10 juni heeft er een kennismaking plaatsgevonden met de GGZ ZWNB, de collegiaal begeleiders, Teamleider en de SO</li> <li>• SO Kloek Roosendaal heeft kennisgemaakt met SO Groenhuizen</li> <li>• Aan alle medewerkers is een inlogcode voor E-learning verstuurd</li> </ul>
<b>Conclusies en borgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdens teamoverleggen zijn de onderwerpen cultuur, samenwerking en communicatie vast onderdeel van de agenda. Notulen zijn terug te vinden in de map teamoverleg op de drive.</li> <li>• Medewerkers worden door WT coach ondersteunt bij de onderwerpen cultuur, samenwerken, communicatie</li> <li>• Er wordt per team een teamdag georganiseerd in het najaar. Onderwerp: cultuur, samenwerken en communicatie. Doel: heldere afspraken om te komen tot meer gestructureerd en methodische werken</li> <li>• Alle medewerkers hebben inlogcode E-learning ontvangen en kunnen lessen volgen die binnen hun huidige functie verplicht zijn maar ook meer verdieping kunnen bieden. Tijdens het jaargesprek zal dit besproken worden of de medewerker actief bezig is en of de lessen binnen hun functie profiel behaald zijn.</li> <li>• Als de coach van WT en het trainingsbureau "trainen en coachen in de zorg" beëindigen wordt er een plan opgesteld voor de voortgang. De regiomanager neemt hiervoor de verantwoordelijkheid. Hij rapporteert aan de directie over de adviezen en voorstellen en acties.</li> </ul>

## Kwaliteitsfoto Kloek Amsterdam

### Kwaliteitsfoto Kloek Amsterdam

Toelichting: Voor de Kwaliteitsfoto van Kloek Amsterdam hebben wij gebruik gemaakt van de bevindingen van de IGJ bij Kloek Roosendaal. Het oordeel van de inspectie is eruit gehaald. Om een duidelijk organisatiebreed beeld te geven, is het plan van aanpak (organisatiebreed) beschreven en de huidige situatie geeft aan waar locatie Amsterdam op dit moment staat.

#### 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.**

Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:

- Er worden onvoldoende multidisciplinaire behandel disciplines betrokken.
- Zorgverleners missen deze expertise.
- Er is nog geen specialist ouderengeneeskunde (SO) aan Kloek Roosendaal verbonden.
- De Cliëntenraad geeft eveneens aan dat de multidisciplinaire samenwerking een belangrijk aandachtspunt is bij het bestuur.
- Zorgverleners stemmen vaak met de familie en de dementiecoach af over hoe met geagiteerd of agressief gedrag van verschillende cliënten om te gaan, echter een gedragsdeskundige wordt niet over dit gedrag geraadpleegd.
- Er wordt niet gerapporteerd over de inzet van eventuele andere externe expertise.
- Het is voor de zorgverleners onduidelijk hoe bij een complexe(re) zorgvraag de multidisciplinaire samenwerking verloopt c.q. welke behandeling is afgesproken c.q. of en hoe tijdig specifieke expertise wordt ingeschakeld.
- Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt niet altijd afstemming plaats met een arts of een GZ-psycholoog.
- Voor verschillende cliënten met onbegrepen gedrag is/wordt geen gedragsdeskundige betrokken.
- Er wordt al snel naar medicatie gekeken en niet naar andere opties, terwijl zorgverleners vaak nog wel mogelijkheden zien.
- De benaderingsadviezen stellen de zorgverleners zelf of in overleg met de dementiecoach op.
- De zorg wordt twee keer per jaar met de cliëntvertegenwoordiger geëvalueerd. Een enkele keer betreft de zorgverlener hier een huisarts bij.
- Er is geen sprake van een multidisciplinair (evaluatie)overleg waar behandelaren bij aanwezig zijn.
- De inzet van een SO op geleide van de huisarts, is niet aantoonbaar terug te zien in de zorgdossiers van de cliënten.

#### Aanpak

Iedere bewoner van Kloek heeft een ZLP waarin behoeften vertaald zijn in concrete doelen. De coördinatie van het ZLP ligt bij een contactverzorgende. De contactverzorgende bewaakt de voortgang, de rapportage en coördineert de betrokkenheid, kennis en kunde van verschillende disciplines. Het is helder wie welke verantwoordelijkheid in het zorgverleningsproces. Kloek heeft kennis en deskundigheid in huis om de doelgroep te bedienen. Als deze kennis niet binnen Kloek zelf is, dan wordt deze extern georganiseerd. Bij de bewoners betrokken behandelaren worden actief benaderd.



Huidige situatie	<p>Iedere bewoner van Kloek Amsterdam heeft een ZLP. In elk ZLP is opgenomen wie de contactverzorgende is.</p> <p>De contactverzorgenden zijn bezig een inhaalslag te maken om te zorgen dat er een MDO plaatsvindt. Hierbij zijn minimaal de contactverzorgende, bewoner, familielid, kwaliteitsverpleegkundige en SO bij aanwezig. De teamleider zal op basis van uitnodiging aanschuiven. De huisarts schrijft de hulpvraag uit voor de SO zodat deze aanwezig kan zijn. De SO wordt ingehuurd door een extern bedrijf, Novicare.</p>
------------------	--

**Norm 1.1**

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

**Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:**

- De cliënt wordt niet betrokken tijdens opstellen van het zorgplan. In de zorgdossiers van cliënten ontbreekt een notitie dat door de dementie het niet mogelijk is om de cliënt zelf te betrekken bij het opstellen van het zorgplan.
- Wilsbekwaamheid van cliënten wordt niet beoordeeld door een ter zake kundige arts.
- In het zorgdossier van cliënt wordt niets vastgelegd over wilsbekwaamheid van de cliënt.
- De evaluatie van het zorgplan gebeurt twee keer per jaar door een gesprek met de cliëntvertegenwoordiger, de cliënt zelf is hierbij niet aanwezig.
- Zorgverleners betrekken behandelaren niet bij de evaluatie van het zorgplan. (zie ook norm 2.7).
- Zorgverleners respecteren soms wel en soms niet de wensen van cliënten.

Aanpak	<p>Bewoners die bij Kloek wonen hebben de regie in de zorgverlening. Als de bewoner door een arts beoordeeld is als wilsonbekwaam, neemt de eerste contactpersoon, de regie over. Dit wordt vastgelegd in het zorgdossier.</p> <p>Iedere bewoner (of contactpersoon) stelt samen met een medewerker van Kloek de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning op. Dagelijks wordt er gerapporteerd op deze doelen en de contactverzorgende bewaakt de gehele zorgverlening van de bewoner. Zo nodig betreft zij andere disciplines.</p> <p>Het ZLP wordt twee keer per jaar formeel geëvalueerd met de bewoner, de eerste contactpersoon en betrokken behandelaren, en waar nodig aangepast.</p>
Huidige situatie	<p>ZLP is niet 2 keer per jaar geëvalueerd bij Kloek Amsterdam. Per 8-6-2020 is er een start gemaakt met het uitvoeren van de MDO's. Door de SO wordt de wilsbekwaamheid getoetst. De uitkomst wordt opgenomen in het ZLP.</p> <p>De bewoner wordt betrokken bij het ZLP bespreking. Wanneer de wensen van de bewoner uitvoerbaar zijn, worden deze opgenomen in het ZLP. Tijdens het MDO wordt een afspraak gemaakt voor het volgende MDO zodat deze 2 keer per jaar wordt gehouden.</p>

**Norm 1.3**

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

**Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:**

- Cliënten krijgen beperkt individuele keuzemogelijkheden ondanks dat de intentie voor keuzemogelijkheden er wel is.
- Zorgverleners gaan vooral uit van algemene interesses en gewoontes van de groep cliënten.
- De individuele wensen van de cliënten worden niet meegenomen in het activiteitenprogramma met verschillende activiteiten door de week dat Kloek aanbiedt.
- Zorgverleners kennen de wensen van de individuele cliënten vaak niet.
- Cliënten kunnen voor een deel kiezen wat zij eten en drinken.
- Zorgverleners betrekken cliënten niet actief bij het opstellen van het wekelijks menu voor de verschillende huiskamers.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdens de lunch bieden zorgverleners cliënten geen keuze als cliënten gevraagd wordt of deze (nog) wat wil drinken, maar bepaalt de zorgverlener de keuze voor cliënt.</li> <li>• Zorgverlener heeft geen onderbouwing waarom cliënten niet teveel koffie aangeboden wordt gedurende de dag.</li> <li>• Zorgverleners leggen in het zorgdossier van cliënten niet vast of een cliënt wel of niet ondersteuning nodig heeft bij het klaarmaken van de boterham voordat deze aangeboden wordt.</li> <li>• Zorgverleners leggen in het zorgdossier van cliënten geen voorkeuren van cliënten vast voor bijvoorbeeld broodbeleg.</li> <li>• Zorgverleners leggen de afstandsbediening van een bedlegerige cliënt die graag televisie kijkt, buiten het bereik van deze cliënt gedurende de avond en de nacht waardoor deze cliënt de televisie niet meer kan bedienen. Er wordt niet gekeken naar een mogelijke andere oplossing voor het mogelijk te hard zetten van de televisie in de avond en nacht.</li> <li>• Zorgverleners houden beperkt rekening met de eigen regie van cliënten.</li> <li>• Zorgverleners stimuleren cliënten in meerdere huiskamers niet om mee te helpen bij het afruimen van de tafel ondanks dat enkele cliënten in staat zouden zijn om hierbij te ondersteunen.</li> </ul>
<b>Aanpak</b>	<p>Bewoners van Kloek bepalen wat zij willen en maken eigen keuzes (binnen hun mogelijkheden). Medewerkers sluiten zich hierbij aan of bieden een alternatief als iets niet mogelijk blijkt. Medewerkers zijn geïnteresseerd in de bewoners en weten wat voorkeuren en interesses van bewoners zijn.</p>
<b>Huidige situatie</b>	<p>Tijdens een check op 19 juni bij Kloek Amsterdam blijkt dat bij dat ruim 60% is ingevuld van het formulier "ik in één oogopslag".</p> <p>Elke zondag wordt er met de bewoners het menu voor de week daarop gemaakt. De wensen van de bewoners zijn leidend. De medewerker ziet erop toe dat het weekmenu niet te eenzijdig wordt. De ene medewerker zet de bewoner meer centraal dan de andere medewerker. Om de wensen van de bewoner goed boven water te krijgen vinden wij het nodig dat de medewerker de bewoner ook 'echt' kent. Amsterdam is aan het uitbreiden als het gaat om vast personeel. Daardoor is het gelukt om medewerkers voor 80% op dezelfde etage te laten werken. Dit verhoogt het aantal contactmomenten met dezelfde medewerker waardoor de medewerkers beter op de hoogte zijn van de wensen van de bewoners en de bewoners kunnen wennen aan de medewerkers.</p>

**Norm 1.4**

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

**Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:**

- De zorgverleners ondersteunen veelal functioneel en taakgericht de cliënten waar dit nodig is, echter de zorgverleners kunnen cliënten in bepaalde situaties meer nabijheid en geborgenheid bieden.
- Tijdens de maaltijd is het stil. Er is geen gesprek tussen de cliënten onderling of met de zorgverleners.
- De zorgverleners gaan geen gesprek aan met cliënten tijdens de maaltijd.
- Zorgverleners praten tijdens de broodmaaltijd over de hoofden van cliënten heen over bijvoorbeeld de duur van de diensten die week, praten met elkaar over de cliënten aan de lunchtafel met cliënten erbij en een zorgverlener vertelt vooral over gebeurtenissen uit haar eigen leven waarbij ze weinig oog heeft voor de belevingswereld van de cliënten.
- Zorgverleners zijn onvoldoende op de hoogte van de afspraken die in het zorgdossier staan van de cliënten (voorbeeld afspraak dat cliënt niet mag eten op de gang).

<b>Aanpak</b>	<p>Bewoners die bij Kloek wonen ervaren dit als veilig, geborgen en voelen zich gewaardeerd als mens. Kloek zorgt voor een warme omgeving met medewerkers die geïnteresseerd zijn en die werken voor en samen met de bewoners. Dit uit zich doordat medewerkers competenties bezitten gericht op luisteren, gastvrijheid en denken vanuit mogelijkheden.</p>
<b>Huidige situatie</b>	<p>Tijdens de broodmaaltijd bij Kloek Amsterdam wordt er meestal door medewerkers meegegeten. Dan wordt er zeer regelmatig een praatje gemaakt met de bewoners. Medewerkers praten dan ook met elkaar. Bewoners worden dan betrokken bij het gesprek. Niet iedere bewoner kan meedoen aan een gesprek. Zij kunnen door de gesprekken van medewerkers onderling wel meebelevén.</p>



	<p>Wanneer medewerkers zien dat het gesprek aansluit bij bewoners, worden zij met regelmaat in het gesprek betrokken.</p> <p>Het avondeten wordt voor de bewoners opgeschept. Ondanks het feit dat medewerkers mee mogen eten, eten zij vaak op een later tijdstip. Wanneer de bewoners aan het eten zijn, zijn de medewerkers vaak al bezig met opruimen van de pannen of klaarzetten van het toetje.</p> <p>Het overgrote deel van de medewerkers is op de hoogte van de wensen en afspraken die met bewoners zijn gemaakt. Denk daarbij aan dieetwensen of persoonlijk bestek.</p>
--	---

### Norm 2.1

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

#### Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:

- Zorgverleners zetten vrijheidsbeperkende maatregelen in zonder een gedegen multidisciplinair besluitvormingsproces.
- De besluitvorming rondom vrijheidsbeperking en het wege van alternatieven is niet zichtbaar in het cliëntdossier.
- Zorgverleners bespreken de inzet van vrijheid beperkende maatregelen met de familie van de cliënten, maar niet met de huisarts of een andere behandelaar.
- Bij een bedlegerige cliënt staat de inzet van bedekken in verband met valgevaar niet in het zorgplan.
- De zorgverleners hebben geen alternatieven uitgeprobeerd voor de bedekken.
- De inzet van mogelijke alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet bekend bij de zorgverleners.
- Er zijn vier cliënten die een GPS-horloge gebruiken. Een multidisciplinaire afweging en evaluatie van deze maatregel ontbreekt. De afstemming vindt plaats tussen zorgverleners en cliëntvertegenwoordigers.
- Niet alle mogelijke risico's voor cliënten zijn in beeld.
- Cliënten kunnen de balkondeuren op hun appartementen makkelijk openen.
- In de zorgdossiers van de cliënten is niet genoteerd of zorgverleners eventuele veiligheidsrisico's ten opzichte van de veiligheid van de cliënt afwegen.
- Opvolging van gezondheidsrisico's voor de cliënten, (o.a. het risico op ondervoeding, vallen, eenzaamheid en depressie) is niet altijd duidelijk.
- Bij het maken van afwegingen tussen het risico enerzijds en de wensen/behoeften van de cliënt anderzijds hechten zorgverleners veel waarde aan de mening van de familie van de cliënt, zo blijkt uit rapportages in de zorgdossiers van cliënten; de cliënt is niet aanwezig bij het bespreken van de risico's.
- De wilsbekwaamheid ter zake is niet vastgesteld bij de cliënten.

<b>Aanpak</b>	Bewoners van Kloek ontvangen professionele en deskundige hulpverlening. Gebaseerd op vakkennis, deskundigheid, wensen en behoeften. Deze zorg wordt afgestemd met de bewoner (of diens vertegenwoordiger), met betrokken behandelaren en of belanghebbenden, besproken, vastgelegd en geëvalueerd. De zorgverlening wordt methodisch aangeboden en medewerkers snappen het nut en de noodzaak daarvan. Inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen gebeurt nadat andere mogelijkheden uitgesloten zijn en altijd vanuit de gedachte dit zo kort mogelijk en zo min mogelijk belastend voor de bewoner te doen.
<b>Huidige situatie</b>	Kloek Amsterdam maakt gebruik van de driehoek voordat er overgegaan wordt op een vrijheidsbeperkende maatregel. Er vindt overleg plaats tussen 1e contactpersoon en huisarts. De cliënt wordt hier niet altijd bij betrokken. Er wordt duidelijk en met voldoende regelmaat gerapporteerd op de VBM's. Alternatieven zijn terug te vinden in het dossier(ONS) wanneer een VBM wordt ingevuld. De VBM's zijn niet tijdig geëvalueerd. De eerste contactverzorgende maken een inhaalslag door tijdens het MDO de VBM's te bespreken. In de planning wordt, zoveel als mogelijk, de bewoners die een actieve VBM hebben eerst besproken.

	De teamleider is aandachtsfunctionaris op locatie voor de VBM's. 40% van het huidige personeelsbestand van Kloek Amsterdam heeft de cursus "wet zorg en dwang" positief afgerond.
--	---

**Norm 2.2**

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

**Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:**

- Zorgverleners beschrijven de doelen in het zorgplan in zijn algemeen.
- Zorgverleners komen ondanks de afspraak dat ze moeten rapporteren op de doelen, deze afspraak onvolledig na en rapporteren soms wel en soms niet op de doelen.
- Zorgplannen zijn niet altijd actueel.
- Zorgverleners zijnde niet EVV-er, hebben geen inzage in een concept zorgplan opgesteld met de laatste wijzigingen van de zorg (bijvoorbeeld naar aanleiding van de recent veranderende zorgvraag van de cliënt).
- Analyses van gedrag, voorafgaand aan de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen of gedragsbeïnvloedende medicatie ontbreken.
- De 'zo nodig' gedragsbeïnvloedende medicatie die een aantal cliënten gebruikt is niet vastgelegd als een vrijheidsbeperkende maatregel.
- Er is geen gedragsdeskundige bij deze cliënten betrokken.
- Er zijn geen concrete afspraken gemaakt over wanneer zorgverleners deze medicatie mogen geven en wanneer een evaluatie plaatsvindt.
- De gehanteerde werkwijze betreffende inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen of gedragsbeïnvloedende medicatie komt niet overeen met het opgestelde beleid van Kloek over vrijheid en veiligheid.
- Zorgverleners geven cliënten gedragsbeïnvloedende medicatie naar eigen inzicht.
- Een cliënt heeft 's nachts gedragsbeïnvloedende medicatie gehad waarbij er voorafgaand geen overleg plaatsvond met een arts. Om 13.00 uur vertelt de zorgverlener dat deze cliënt nog steeds slaapt.
- In de zorgdossiers van betreffende cliënten staat niet gerapporteerd of zorgverleners voorafgaand aan de inzet van een maatregel, alternatieven hebben uitgeprobeerd.
- Observaties hoe een cliënt reageert op de inzet van bijvoorbeeld een bedhek of GPS-horloge, staan niet gerapporteerd in het zorgdossier van betreffende cliënten.

<b>Aanpak</b>	Methodisch werken is de basis van goede, deskundige en professionele zorgverlening. Medewerkers die bij Kloek werken kunnen methodisch werken. Doordat medewerkers dit proces kennen en kunnen, passen zij dit consequent toe. De bewoners van Kloek zijn hierdoor goed in beeld en door de werkwijze worden risico's en fouten geminimaliseerd. De juiste deskundigen worden geraadpleegd en betrokken bij de zorg en dienstverlening rondom de bewoner.
<b>Huidige situatie</b>	Kloek Amsterdam: de SO helpt de CV momenteel met verfijning van het ZLP. Denk aan verbeteren van zorgdoelen en verminderen van de hoeveelheid zorgdoelen. Door onvolledige rapportage is het soms moeilijk om een analyse te maken op basis van rapportage om een VBM in te zetten. Op doelen als bed opmaken wordt weinig gerapporteerd. Er is in de afgelopen weken geïnvesteerd in de rapportage waardoor er voor meer dan 80% op de zorgdoelen en VBM's wordt gerapporteerd. Een verbeteringslag valt te halen op de inhoud van de rapportage. De "zo nodig" medicatie staat ingevuld als VBM. Vaste afspraak is dat er een dubbele check plaatsvindt. Een, minimaal, verzorgende wordt erbij gevraagd en op basis van beide observaties wordt deze medicatie toegediend. De praktijk wijst uit dat dit niet altijd gebeurt. 3 van de 4 contactverzorgenden begrijpen methodisch werken. Zij weten hoe de cyclus van het ZLP eruit ziet en hoe zij hiernaar moeten handelen. Op basis van ondervragingen, hoe goed is methodisch werken.



**Norm 2.5**

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

**Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:***Deskundigheid*

- De resultaten van het investeren in scholing van de zorgverleners door coaching door een dementiecoach en vier collegiale begeleiders over persoonsgerichte zorg en dementie wordt deels in de praktijk teruggezien, zie de bevindingen bij thema 1.
- De deskundigheid over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen is onvoldoende ondanks dat zorgverleners hier scholing over hebben gekregen.
- De deskundigheid op onder andere het gebied van methodisch werken en omgaan met onbegrepen gedrag is onvoldoende aanwezig is, zie de bevindingen bij thema 1 en 2.
- De cliëntenraad mist stabiliteit en ook een bepaalde mate van professionaliteit binnen het team:
  - Nieuwe processen en werkafspraken krijgen vaak geen goede opvolging.
  - Terugkomen op werkafspraken blijft een uitdaging binnen de organisatie.
- Er is veel verloop geweest in het personeel. Bestuurder is zoekende in de afstemming tussen voldoende deskundigheid bij de zorgverleners in relatie tot het verloop van zorgverleners en de complexer wordende zorgvraag van cliënten.

*Bezetting*

- Bezetting van personeel zowel op de eerste als de tweede etage is niet conform afspraak c.q. gewenste aanwezige niveau medewerkers.
- Het komt vaker voor dat er maar één huiskamerassistent is die twee huiskamers tegelijkertijd ondersteunt.
- Volgens zorgverleners is de bezetting over het algemeen voldoende om het werk te doen, alleen op de piekmomenten in de ochtend en avond is het druk.
- De onrust onder de cliënten neemt toe zodra de huiskamerassistent om 20.00 uur weg gaat.
- Vanaf 20.00 uur is er minder toezicht in de huiskamers omdat de zorgverlener dan de cliënten naar bed brengt en zij dit dan vaak tegelijkertijd willen.

**Aanpak**

Kloek heeft voldoende deskundige zorgverleners. De kwaliteit (deskundigheidsmix) en hoeveelheid medewerkers zijn afgestemd op de zorgverlening. Beslissingen rondom inzet en kwaliteit worden besproken in de teams en geëvalueerd. Processen en procedures rondom roosteren en plannen zijn inzichtelijk en bekend voor medewerkers. Kloek is een fijne en aantrekkelijke werkgever voor medewerkers.

**Conclusie en borgen**

Kloek Amsterdam: In het rooster kan voor 80% medewerkers op dezelfde afdeling ingeroosterd worden. Door een grootschalige wervingscampagne worden meer verpleegkundige niveau 3 en 4 aan Kloek Amsterdam verbonden. Nieuwe werknemers worden aangenomen met een vast contract. Hierdoor . Doordat er minder productie is hebben we minder inzet nodig. Dit zorgt voor overcapaciteit van de flexibele schil. Trainen van de nieuwe medewerkers door de dementiecoach is abrupt beëindigd doordat de Corona maatregelen van toepassing werden. Het coachtraject van waardigheid en trots wordt ingezet.

**Norm 3.1**

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

**Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:**

- De visie op de zorg en ondersteuning van Kloek 'Net als thuis' wordt niet in voldoende mate teruggezien. (zie bevindingen bij thema 1).
- De zorgverleners vinden het moeilijk om de visie uit te voeren in de praktijk.
- De veiligheid van de cliënten is niet overal geborgd is (zie ook bevindingen bij norm 2.1.).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverleners hebben de veiligheidsrisico's ten opzichte van de vrijheid van de cliënt onvoldoende in beeld.</li> <li>• Het is voor de zorgverleners niet altijd duidelijk hoe zij om moeten gaan met het beleid van een open deur en de vrijheid van cliënten tot het verlaten van de locatie.</li> <li>• Het is voor de zorgverleners onduidelijk wanneer zij achter bewoners aan moeten gaan als ze naar buiten lopen.</li> <li>• Het is voor de zorgverleners niet duidelijk wanneer zij hierover een Melding Incidenten Cliënt (MIC)-meldingen dienen te maken.</li> </ul>
<b>Aanpak</b>	<p>De visie en missie van Kloek zijn ontwikkeld, helder opgesteld en binnen de organisatie is dat de richtlijn voor de medewerkers binnen Kloek. Leiderschap is inspirerend en men vertaalt de visie in dagelijks leiderschap. De organisatiestructuur staat op papier en medewerkers weten bij "wie" zij terecht kunnen voor "wat".</p> <p>Het is helder waar men processen en procedures terug kan vinden, deze zijn helder en up-to-date.</p>
<b>Huidige situatie</b>	<p>Kloek Amsterdam heeft een vaste kern van werknemers die al lange tijd werkzaam zijn. Zij dragen de missie en visie. Veel nieuwe werknemers vergelijken Kloek toch nog met een regulier VVT. Veel van deze nieuwe werknemers vallen terug op de kennis van de vaste kern. In Amsterdam geeft het open deuren beleid verwarring. Dit kan leiden tot uitersten. Zo kan het zijn dat wanneer iemand naar buiten gaat, deze bewoner meteen terug wordt gehaald, terwijl dit niet nodig is. Anderzijds kan het gebeuren dat bewoners naar buiten gaan voor wie het niet veilig is om zelfstandig naar buiten te gaan.</p> <p>MIC-meldingen worden geregeld niet ingevuld. Bij navraag blijkt dat medewerkers hun collega niet willen verlinken. Zo voelt het wanneer zij een MIC-melding in moeten vullen.</p>

### Norm 3.2

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

#### Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:

- Naar aanleiding van de bevindingen van het inspectiebezoek in januari 2019 stelde Kloek een verbetertraject in, waarin vrijheidsbeperking een belangrijk thema was. Tijdens het bezoek op 21 november 2019 constateert de inspectie opnieuw tekortkomingen op het onderwerp vrijheidsbeperking.
- Het beschreven beleid op vrijheidsbeperking en de opgestelde plannen over de implementatie van het beleid blijken met name gericht op de Wet zorg en dwang (Wzd) die per 1 januari 2020 in werking treedt.
- De kennis en kunde binnen de gehele organisatie over de huidige wet- en regelgeving bij de inzet van vrijheidsbeperking onder zowel de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) als de Wzd is nog onvoldoende.
- De inhoud van het opgestelde resultaatverslag komt niet overeen met de bevindingen tijdens het inspectiebezoek van 21 november 2019.
- Het is onduidelijk hoe Kloek systematisch de kwaliteit en veiligheid van zorg verbetert.
- Het is voor de inspectie onduidelijk op welke wijze en in welke frequentie Kloek audits uitvoert.
- De uitkomst van een audit op medicatieveiligheid dateert van anderhalf jaar geleden.
- Binnen de Meldingen Incidenten procedure (MIC-procedure) ontbreekt het aan een eenduidige en diepgaande analyse.
- In de analyses achterhalen zorgverleners de basisoorzaken van een incident niet.
- Een zorgverlener die onderdeel is van de MIC-commissie geeft aan dit te doen naar eigen inzicht en heeft op dit onderwerp geen scholing gehad.
- Op het overzicht van de meldingen van het afgelopen jaar is geen eenduidige werkwijze terug te zien.
  - Bij een aantal maanden staan per melding onderwerpen dezelfde soort aanbevelingen beschreven: 'Medewerkers erop wijzen wat het belang is van.'



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Een analyse van de incidenten ontbreekt, waardoor het onduidelijk of de verbetermaatregel passend is.</li> <li>○ Later in het jaar zijn meldingen per cliënt weergegeven. In het laatste half jaar staan alleen nog de meldingen weergegeven. Onduidelijk is wat de analyses zijn en welke verbeteracties er zijn ondernomen naar aanleiding van deze meldingen.</li> </ul>
<b>Aanpak</b>	<p>Kloek werkt methodisch op ieder organisatieniveau. Door de juiste organisatie-inrichting in combinatie met een heldere visie en missie wordt sturing gegeven op een overstijgend niveau. Organisatie ontwikkeling, opstellen van beleid, (tussentijdse) evaluatie van de ingezette koers, leert Kloek overzicht te houden, te sturen op de juiste KPI's bij te sturen waar dat noodzakelijk. Er is beleid geformuleerd op het gebied van MIC/MIM, medicatieveiligheid en bijvoorbeeld klachtenregelingen en vertrouwenspersonen.</p> <p>Dit wordt organisatiebreed geëvalueerd, het beleid wordt systematisch getoetst en aangepast waar nodig. Verbeteracties worden ingezet op operationeel niveau.</p>
<b>Huidige situatie</b>	<p>Amsterdam heeft een C-team aangesteld. Hierbij zijn een VIG, kwaliteitsverpleegkundige, teamleider en locatiemanager betrokken.</p> <p>Kwaliteitsverpleegkundige doet intercollegiale toetsingen. De E-learning wordt als tool ingezet om bij te scholen waar nodig.</p> <p>VBM's zijn volledig beschreven en worden besproken tijdens het MDO.</p> <p>Elke maand wordt er een MIC analyse uitgeschreven met de adviezen en wordt besproken in het teamoverleg en wordt ter informatie mee gestuurd naar alle personeelsleden.</p> <p>Kloek faciliteert medewerkers door hen een E-learning WZD te volgen. 40% van de medewerkers hebben deze toets behaald.</p>

<b>Norm 1.2</b> <b>Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.</b>	
<b>Constatering van de IGI bij Kloek Roosendaal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Informatie over benaderingsadviezen zoals die in het cliëntdossier staan in de ADL-omschrijving (die ook aanwezig is op de kamer van de cliënt), komt vooral van de cliëntvertegenwoordiger en niet van cliënt zelf.</li> <li>● Vaak kennen zorgverleners niet de achtergrond en levensgeschiedenis van de cliënten. Om informatie over de achtergrond en levensgeschiedenis van de cliënten te weten te komen zijn zorgverleners afhankelijk van familie van cliënten.</li> <li>● Informatieaanvraag over de achtergrond en levensgeschiedenis van de cliënten is nog geen standaard onderwerp van gesprek om te bespreken met familie wanneer een cliënt nieuw komt wonen in Kloek Roosendaal.</li> <li>● Om onbegrepen gedrag van cliënten te verklaren zouden zorgverleners het fijn vinden om meer over de cliënten te weten.</li> <li>● Een risico afweging voor de inzet van bedhekken ontbreekt.</li> <li>● Uit het cliëntdossier is niet op te maken of het 24 uur per dag op bed liggen van een cliënt met de bedhekken omhoog, een zinvolle daginvulling voor de cliënt is.</li> <li>● De zorgverlener kent behoeftes van de cliënt onvolledig.</li> </ul>	
<b>Aanpak</b>	<p>De medewerkers van Kloek nemen de tijd, vanaf het moment dat een bewoner bij Kloek komt wonen, om de bewoner te leren kennen. Vanaf de eerste kennismaking tussen de bewoner en Kloek richt de medewerker zich hierop. In de eerste twee weken wordt het formulier "Ik, in 1 oogopslag" ingevuld nadat er met een bewoner gesproken is over het verleden, de wensen en behoeften waaraan Kloek kan bijdragen in kaart zijn gebracht.</p> <p>Tijdens de zorgverlening is aandacht voor deze wensen, behoeften en gewoonten aangezien de medewerkers van Kloek de bewoners goed kennen.</p>
<b>huidige situatie</b>	<p>Kloek Amsterdam: Door steeds meer vaste werknemers op vaste groepen, wordt het makkelijker om de behoeften van bewoners te kennen.</p>



	<p>Uit teamoverleg is naar voren gekomen dat er een grote behoefte is om, vooral, onbegrepen gedrag van bewoners te bespreken. Op dit moment wordt dit veelal in het 4 wekelijks CV overleg besproken. Verslaglegging van dit overleg wordt niet met het hele team gedeeld.</p> <p>de levensgeschiedenis is in bijna alle gevallen niet bekend. Dit komt door (oude) procedures van Kloek. Vanuit het team is een sterke behoefte om de geschiedenis te kennen.</p> <p>Door het document in 1 oogopslag wat nu voor 80% procent is ingevuld.</p>
--	--

**Norm 2.3**

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

**Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:**

- Het feit dat zorgverleners het lastig blijven vinden om elkaar echt aan te spreken en elkaar op de man af feedback te geven is nog een aandachtspunt.

<b>Aanpak</b>	Medewerkers voelen zich veilig binnen Kloek en durven vragen te stellen en het aan te geven als zij zaken lastig vinden. Er is tijd om casuïstiek te bespreken en te reflecteren op de zorgverlening en eigen handelen. Medewerkers durven elkaar aan te spreken en er is ruimte voor verschillende meningen en zienswijzen. Leiderschap is een succesfactor in dit proces. Er is ruimte om te reflecteren tijdens teambijeenkomsten en samenkomsten op eigen handelen, team voortgang en handelen maar ook op de bewonerszorg en de veiligheid van bewoners.
<b>Huidige situatie</b>	Kloek Amsterdam: Feedback is een punt van aandacht. Door het niet volgen van de feedbackregels, heerst er niet voor iedereen een veilige situatie als het gaat om aanspreken. TL en LM zijn maken een omslag van afrekencultuur naar leercultuur. Medewerkers geven aan het fijn te vinden om niet meer op een directieve manier afgerekend te worden op fouten maar dat het gebruikt wordt als een leermoment. TL en LM gebruiken een formule die bij medewerkers zorgt voor meer commitment via eigen regie.

**Norm 3.3**

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

**Constateringen van de IGJ bij Kloek Roosendaal:**

- Er is nog onvoldoende sprake van een aanspreekcultuur (zie ook norm 2.3).
- Kloek neemt nog niet deel aan lerend netwerk zoals bedoeld in het kwaliteitskader.

<b>Aanpak</b>	Er is veel aandacht voor de cultuur. Medewerkers moeten zich veilig voelen en elkaar aan durven spreken. Door een duidelijke visie te beschrijven, een organisatiestructuur te ontwikkelen en daarbij behorende competenties te vragen wordt meer richting gegeven aan leiderschap binnen de organisatie. Hoe gaan we met elkaar om, hoe stuur je op dagelijkse visie en hoe maak je cultuur veilig zijn onderwerpen die volop aandacht krijgen. Leiderschap stelt zich op vanuit inspiratie en deskundigheid....
<b>huidige situatie</b>	Kloek Amsterdam heeft per 1 april een eigen E-learning. Per eind mei is de kwaliteitsverpleegkundige gestart met intercollegiale toetsing. De intercollegiale toetsingen zijn gericht op medicatie toedienen, bloedsuiker prikken en insuline toedienen. Feedback is punt van aandacht. TL en LM gebruiken formule voor meer eigenaarschap bij werknemers. (zie norm 3.2)



## Overzicht bijlagen

Agenda Overleg Kloek  
Beoordeling wilsbekwaamheid stappenplan  
Communicatie-doelen-middelen-strategie-Kloek-2020  
GGZ Kennismaking Roosendaal  
Huiskamerdiensten werkzaamheden en activiteitenplanning  
Ik in 1 oogopslag Planning Amsterdam  
Ik in 1 oogopslag Planning Roosendaal  
Impact analyse Verpleeghuiszorg  
Interne Audit Amsterdam  
Interne Audit Roosendaal  
MDO planning Amsterdam  
MDO planning Roosendaal  
Missie en visie Kloek  
Organogram Kloek concept  
Rooster Roosendaal Bericht Bezetting 17 juni 2020  
Rooster Roosendaal Nieuwe Bezetting  
Roosterbeleid  
Takenpakket contactverzorgende concept  
WOL coaching plan van aanpak **Betreft dit misschien Amsterdam???**  
WOL Roosendaal plan van aanpak  
WOL Roosendaal uitnodiging bijeenkomst coach  
WT Scan Amsterdam  
WT Scan Roosendaal



## Nawoord

Het resultaatverslag is tot stand gekomen door samenwerking tussen verschillende disciplines en beide locaties. Het is duidelijk dat er nog heel veel acties opgepakt moeten worden en om Kloek in het totaal te laten verbeteren is nog een lange weg te gaan.

Om deze reden wordt een team geformeerd dat aankomend jaar (minimaal, daarna voortgang borgen) besteed aan het schrijven van beleid, inzetten van verbeteracties, coördineren van de scholingen en coachen en trainen van iedereen binnen Kloek. Er is door schrijven van het resultaat verslag goed overzicht ontstaan van alles dat moet gebeuren.

Het Plan van Aanpak is door de locatie medewerkers en door directeur Irma van Brummelen voorgelegd aan Martin van de Graaf (bestuurder). In gezamenlijkheid is besloten dat alle acties vermeld bij "conclusies en borgen" formeel zijn vastgesteld.

Als bestuurder onderschrijf ik de beschreven conclusies en (verbeter)maatregelen.

Deze verbetermaatregelen wordt uitgevoerd, waarbij de afdeling-aangelegenheden tot de verantwoording van de teamleiders horen en de afdelingsoverstijgende verbetermaatregelen door de regiomanager worden opgepakt (zie concept organogram).

Het verbeterplan is niet op zichzelf staand maar heeft vooral een helpend en sturend karakter en opvolging zal nadrukkelijk bewaakt worden door betrokken leidinggevenden binnen Kloek. Monitoring van de voortgang van het verbeterplan vindt plaats binnen voortgangsgesprekken rondom organisatie-kwaliteit, een vastgesteld organisatie-onderwerp, besproken op de vergaderingen van het management binnen Kloek. Het thema wordt gerapporteerd in het individuele werkoverleg van de regiomanager aan de directeur Irma van Brummelen,

Hopende u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben,

Irma van Brummelen  
Directeur Kloek



## Agenda Overleg Kloek

Datum:

Tijd:

Locatie:

Deelnemers:

Afwezig:

Notulist:

	Agendapunten	Status	Bijl.
1.	Verslag overleg d.d. 18 februari j	informerend	
2.	Mededelingen		
3.		Ter bespreking	ja
4.		Ter bespreking	
5.		Ter vaststelling	ja
6.		Ter bespreking	
7.		Ter bespreking	
8.		Ter bespreking	
	<b>Standaard agendapunten</b>		
9.	Klanttevredenheid		
10.	Medewerkerstevredenheid		
11.	Kwaliteit		
12.	Financiën		
13.	Klachten		
14.	Kennis		
15.	Rondvraag en evaluatie van vergadering		
16.			
	<b>To do</b>		



# Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid

Dit Stappenplan biedt een toetsingskader aan hulpverleners die zich een oordeel moeten vormen over de wilsbekwaamheid van een patiënt. Afhankelijk van de context en de situatie (bijvoorbeeld bij een comateuze patiënt of een spoedeisende situatie) kan de hulpverlener bepaalde stappen beargumenteerd achterwege laten.

## 1. Wilsbekwaamheid is een contextafhankelijk begrip.

De patiënt moet namelijk in staat zijn tot een redelijke waardering terzake. Het waarderen van een complexe situatie stelt hogere eisen aan het vermogen om informatie te begrijpen en (logisch) te beredeneren dan een relatief eenvoudige situatie. De aard van de situatie heeft echter niet alleen invloed op de mate waarin een bepaalde vaardigheid, zoals begripsvermogen, nodig is. De context heeft ook invloed op het type vaardigheid dat nodig is. Zo kan de informatie niet complex zijn, maar een beslissing wel ernstige gevolgen hebben. Wilsbekwaamheid zal dan vooral afhangen van het besef en de waardering van de informatie en minder van het begripsvermogen. Daarnaast kan men in het algemeen stellen dat de vereisten van beslisvaardigheid hoger zijn bij het instemmen met ingrijpende en belastende ingrepen en bij weigering van behandelingen die levensreddend zijn of waarbij de risk-benefit ratio zeer gunstig is. Het gaat er dan niet om of de beslissing goed genoeg is, maar of de beslisvaardigheid goed genoeg is gezien de ernst van de situatie. Tenslotte is het oordeel over de wilsbekwaamheid - vooral in grensgevallen - altijd een resultaat van een afweging van waarden. Als zelfbeschikking sterk gewaardeerd wordt dan zal de balans eerder doorslaan naar wilsbekwaamheid dan wanneer veel waarde gehecht wordt aan de bestwil van de patiënt. Het is daarom van groot belang om bij **ingrijpende medische beslissingen** de invloed van deze afweging transparant te maken. De hulpverlener doet dat door zo zorgvuldig en concreet mogelijk de beslisvaardigheid te beoordelen, te registreren en door belangrijke betrokkenen te laten toetsen.

## 2. Wat kan de **aanleiding** zijn voor de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid?

- Weigering van een noodzakelijk geachte behandeling, de wens om tegen het advies van de hulpverlener het ziekenhuis te willen verlaten en/of een abrupte verandering in het psychologisch functioneren.
- Twijfel aan de weloverwogenheid van een gegeven toestemming bij ingrijpende of belastende verrichtingen met een ongunstige risk-benefit ratio voor de patiënt.

Vragen kunnen dan zijn: - Wat is de huidige medische conditie en de prognose? - Welke behandelbeslissing ligt voor? - Hoe reageerde de patiënt op het behandelingsplan of zorgplan? - Welke context is van belang? Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een steunsysteem, toezicht en dergelijke, bij een gewenst vertrek uit het ziekenhuis tegen het advies van de hulpverlener. - Is er een wilsbeschikking aanwezig?

## 3. Neem een besluit om wel of niet de wilsbekwaamheid formeel te beoordelen.

Vragen die de hulpverlener kan stellen, zijn:

- Is een beslissing aan de orde waarvoor een expliciete en weloverwogen keuze van de patiënt noodzakelijk is vanwege het belang van de beslissing voor de patiënt?
- Zijn er gerede twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt voor de te nemen beslissing? Wat vinden andere direct bij de zorg betrokken hulpverleners van de situatie?

- Is er reden om bij de beoordeling een consulent te betrekken vanwege klinische comorbiditeit of complexiteit, zoals een psychiater, arts voor verstandelijk gehandicapten, neuroloog of verpleeghuisarts?
- Is het wenselijk om de contactpersoon/-personen en de huisarts, verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten van de patiënt bij de procedure van beoordeling te betrekken?

De beoordeling van wilsbekwaamheid kan vanwege comorbiditeit door een consulent gedaan worden. De primaire behandelaar blijft verantwoordelijk voor de behandelings- overeenkomst en de uitvoering daarvan (zie ook stap 15).

#### 4. Bereid de patiënt voor op de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid.

- Geef uitleg over de reden om de wilsbekwaamheid nader te beoordelen.

*Zeg bijvoorbeeld: - Wij willen met een kleine camera in uw maag kijken. Dat vinden wij voor uw gezondheid belangrijk. Ik heb begrepen dat u dat niet wilt. Ik ben uw behandelaar. Daarom moet ik weten of u wel goed hebt begrepen waarom wij dat onderzoek belangrijk vinden. Ook wil ik weten of u goed over uw beslissing hebt kunnen nadenken.*

- Geef uitleg over de aard en het doel van de beoordeling.

*Zeg bijvoorbeeld: - Ik wil nog eens de belangrijkste informatie op een rijtje zetten: wat wij weten over uw ziekte en wat de voordelen en nadelen van het maagonderzoek zijn. Ook wil ik met u praten over wat er mogelijk is als u de behandeling niet ondergaat. Daarna vraag ik u wat u van die informatie vindt. Tenslotte wil ik weten hoe u uw situatie zelf beoordeelt en hoe u tot uw beslissing bent gekomen.*

#### 5. Verstrek adequaat informatie.

- Geef de patiënt voldoende gelegenheid om kennis te nemen van de situatie en de opties voor onderzoek en/of behandeling. Het kan in geval van bijkomende psychiatrische problematiek voordelen hebben als een consulent/psychiater aanwezig is bij de informatieverstrekking door de hulpverlener die zich bezig houdt met de somatische problematiek.
- Bepaal van tevoren, afhankelijk van de aard van de klinische situatie en de context, per onderwerp 1 tot 3 feiten die de patiënt moet weten voor een voldoende informed consent (aard en doel van het onderzoek en/of de behandeling, de gevolgen en risico's, alternatieven).
- Houd bij het verstrekken van informatie rekening met het bevattingsvermogen en eventuele cognitieve en emotionele beperkingen van de patiënt. Een gesprek 'op maat' dat aansluit bij de belevingswereld en het intellectuele niveau van de patiënt, vergroot diens mogelijkheid tot zelfbeschikking.

#### 6. Evalueer vervolgens de beslisvaardigheid.

Het gaat daarbij om de volgende vaardigheden (of criteria):

- Het vermogen een keuze uit te drukken

*Vraag bijvoorbeeld: - Heeft u besloten of u met het voorstel voor onderzoek en/of behandeling van uw arts (of van mij) akkoord gaat? - Kunt u mij vertellen wat uw beslissing is?*

Herhaal deze vragen eventueel aan het einde van het interview.

Onvermogen om een keuze uit te drukken kan een gevolg zijn van bijvoorbeeld bewuste- loosheid, mutisme, ernstige desorganisatie van het denken of pathologische twijfelzucht. Als de patiënt niet in



staat is tot verbale communicatie, probeer dan andere middelen te gebruiken zoals schrijven, een letterkaart of het laten knippen met de ogen. Bij non-verbaal verzet van de patiënt, hij trekt bijvoorbeeld een infuus uit, is de vraag aan de orde of de patiënt daarmee een keuze of slechts ondervonden hinder uit.

- Het begrijpen van informatie die relevant is voor de beslissing over het onderzoek en/of de behandeling.

*Vraag bijvoorbeeld: - Kunt u mij in uw eigen woorden zeggen wat ik u verteld heb (of wat uw arts u verteld heeft) over de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling en over de gevolgen of risico's? - Kunt u ook in uw eigen woorden vertellen wat ik u verteld heb (of uw arts u verteld heeft) over andere mogelijkheden van onderzoek of behandeling en wat het onderzoek of de behandeling, of het nalaten daarvan, zal betekenen voor uw gezondheid?*

Tekorten in begripsvermogen kunnen het gevolg zijn van bijvoorbeeld bijwerkingen van medicatie, verstoorde 'coping' en angst, psychiatrische stoornissen, verstandelijke handicaps of de gevolgen van een hersentrauma.

- Het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie.

*Vraag bijvoorbeeld: - Kunt u mij vertellen wat u echt denkt dat er nu mis is met uw gezondheid? - Gelooft u dat u onderzoek of behandeling nodig heeft? - Wat zal het effect daarvan zijn? - Wat denkt u dat er gebeurt als u niet onderzocht of behandeld wordt? - Waarom denkt u dat uw dokter onderzoek of behandeling heeft aangeraden?*

Beperkingen van deze vaardigheid treden bijvoorbeeld op door wanen, hallucinaties en cognitieve stoornissen.

- Logisch redeneren en het betrekken van informatie in het overwegen van behandelopties.

*Vraag bijvoorbeeld: - Kunt u mij vertellen hoe u tot het besluit bent gekomen om het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling te accepteren (of af te wijzen)? - Wat waren de factoren die belangrijk waren bij het komen tot het besluit? - Hoe heeft u die factoren tegen elkaar afgewogen?*

Deze vaardigheid kan beperkt zijn door stoornissen in zogenaamde 'executieve' cognitieve functies die noodzakelijk zijn voor het beredeneren van complexe situaties.

7. Als de hulpverlener (comorbide) psychiatrische problematiek vermoedt, dan moet bij belangrijke beslissingen ook een algemeen **psychiatrisch onderzoek** plaatsvinden.

Voor de beoordeling van wilsbekwaamheid is relevant of die psychiatrische problematiek interfereert met bovengenoemde vaardigheden. Bovendien is het relevant te onderzoeken of een eventuele wilsonbekwaamheid tijdelijk is en of er mogelijkheden zijn om die wils- onbekwaamheid te verbeteren met psychofarmaca of andere interventies. Bij neuropsychiatrische cognitieve stoornissen kan een neuropsychologisch onderzoek indicaties geven voor wilsonbekwaamheid. En met name handvatten geven voor een aangepaste wijze van voorlichting.

8. Verpleegkundigen of verzorgenden die dagelijks omgang hebben met de patiënt kunnen relevante informatie of inzichten aanreiken. **Overleg met andere betrokken hulpverleners.** Over ingrijpende beslissingen die in een somatisch ziekenhuis worden genomen, moet met de huisarts overlegd worden. Voor personen die langdurig in een verpleeghuis zijn opgenomen, zal een verpleeghuisarts



mogelijk de aangewezen persoon zijn; voor verstandelijk gehandicapten zal dat mogelijk de AVG (arts voor verstandelijk gehandicapten) zijn. De hulpverlener moet wel het beroepsgeheim in acht nemen.

**9. Overleg met de vertegenwoordiger** van de patiënt voor aanvullende informatie over eventuele beperkingen van de beslisvaardigheid en over de relevante context, zoals bij- voorbeeld het toezicht en de ondersteuning in de eigen leefsituatie na ontslag uit het ziekenhuis tegen advies.

**10. Beoordeel** aan de hand van de criteria ad. 4 of de patiënt als **wilsbekwaam of wilsonbekwaam** moet worden beschouwd. Heeft de patiënt voldoende vaardigheid voor de aard en de reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing?

**11. Bespreek dit** oordeel zo goed als mogelijk met de betrokken patiënt. En ga na of en hoe de beslisvaardigheid kan worden bevorderd. Overweeg meer tijd te nemen om de situatie met de patiënt te exploreren, om diens opvattingen, angsten en onzekerheden verder te bespreken. Mogelijk is er een beter moment voor het informed consent of is het nuttig een vertrouwenspersoon bij het gesprek te betrekken.

**12. Is de patiënt wilsonbekwaam? Overweeg de kans op herstel van wilsbekwaamheid** en beoordeel de gebieden waarin de patiënt wel beslisvaardig is. Overweeg verdere besluit- vorming uit te stellen.

**13. Bespreek** de beoordeling van wilsbekwaamheid **met de vertegenwoordiger**, verstrek de benodigde informatie en vraag **toestemming**. Onderzoek of de vertegenwoordiger zich in zijn of haar afweging laat leiden door het belang van de patiënt. Kan met behulp van deze of andere informanten, of met een beschikbare wilsbeschikking, de wil 'gereconstrueerd' worden? Als de keuze van de vertegenwoordiger ernstig nadeel voor de patiënt oplevert, kan de hulpverlener in het belang van de patiënt zelfstandig een beslissing nemen.

**14. Als de patiënt zich verzet** tegen onderzoek of behandeling, bepaal dan extra zorgvuldig:

- de noodzaak van het onderzoek en/of de behandeling, - de kans op succes, - het gevaar en de belasting, - de indicatiestelling volgens de regels der kunst en - de somatische, psychische en sociale gevolgen van het wel of niet onder dwang behandelen. Zijn er minder ingrijpende alternatieven, zoals een tijdelijk uitstel van onderzoek of behandeling in de verwachting dat de beslisvaardigheid tijdig zal herstellen? Overleg bij verzet als het gaat om ingrijpende beslissingen altijd met een collega. Consulteer altijd een psychiater als het gaat om psychiatrische co-morbiditeit.

**15. Besluit**, na bovengenoemd overleg, of **uitvoering van het onderzoek of de behandeling** nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Het is voor de transparantie van de besluitvorming en de helderheid van de daarbij gebruikte argumenten nuttig om de wilsbekwaamheid los te beoordelen van de ernst en de gevolgen van de beslissing. Zo kan een bepaalde mate van wilsonbekwaamheid binnen de ene context tot het oordeel leiden dat de hulpverlener het (wilsonbekwame) verzet respecteert, terwijl de omstandig- heden en de gevolgen van een zelfde type beslissing bij een andere patiënt tot het oordeel kunnen leiden dat de hulpverlener in het belang van de zich verzettende wilsonbekwame patiënt wel handelt. Bij het besluit om een wilsonbekwame patiënt wel - eventueel onder verzet - of niet te behandelen, heeft de behandelaar een eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid die niet overgedragen kan worden aan bijvoorbeeld een ethische commissie.

**16. Blijf** de wilsonbekwame patiënt zoveel mogelijk **informer**en en bij het onderzoek en de behandeling betrekken.

**17. Overweeg**, als het om een langduriger wilsonbekwaamheid gaat, het belang van een **structurele vertegenwoordiging**. Als de patiënt niet eerder zelf schriftelijk een persoonlijk gemachtigde heeft aangewezen (hetgeen uit oogpunt van belangenbehartiging zekere voordelen kan hebben), en de partner of andere in de WGBO genoemde familieleden niet als (vaste) vertegenwoordiger optreden, rest de mogelijkheid om de rechter te verzoeken een curator of een mentor te benoemen.

**18.** Het is verstandig om de wijze en inhoud van de beoordeling van wilsonbekwaamheid en de overwegingen die tot dwang leiden, als ook het gevoerde overleg daarbij, in het **dossier** vast te leggen.

#### Gebruikte literatuur

A.J. Tholen, 'Zelfbeschikking en bekwaamheid' in: A.F.G. Leentjes e.a. (red.), Consultatieve psychiatrie in de praktijk, Koninklijke Van Gorcum, Assen, 2004, p. 127-129. T. Grisso and P.S. Appelbaum, 'The MacArthur Treatment Competence Study III. Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical treatments', Law and Human Behavior, vol. 19, no. 2, pp. 149-174.



## Toelichting Plan van Aanpak De Kloek Waardigheid &amp; Trots op Locatie

DOEN			VASTHOUDEN BORGEN	
Doel	Interventie	Resultaat	Hoe wordt vastgesteld of het doel is behaald?	Tijdpad/ wie verantwoordelijk
Thema 1 Persoonsgerichte Zorg				
ECD (ONS) wordt optimaal benut	In samenwerking met specialist Vilans wordt ONS optimaal benut en ingericht, hierin is ook een procedure MDO	Beleid ONS, zorgplan te maken en door wie	Vastgestelde criteria van tevoren vastgesteld, iedere maand checken vanaf ingerichte dossier 9 maanden lang	Inrichten dossier Vilans specialist, trainen (ism)medewerkers en coachen on the job coach WOL sept 2020-nov 2020
Methodisch werken volgens zorgplan en zorgdossier	Medewerkers worden getraind in werken volgens beleid ONS Medewerkers leren iedere dag op de werkvloer middels SQRUM (uitleg volgt)	Er is een duidelijke handleiding hoe te werken met ONS <u>Medewerkers gebruiken ONS</u>	zie hierboven	zie hierboven verantwoordelijkheid collegiaal begeleiders
Duidelijke structuur van verantwoordelijkheden op locatie, om persoonsgerichte zorg te monitoren	Locatiewerkgroep inrichten en afspraken maken over verantwoordelijkheden	Helderheid over verantwoordelijkheid in zorgproces cliënt	Duidelijke taak/rolomschrijving is aanwezig van teamleider, SO en collegiaal begeleiders	Juni/juli 2020, coach WOL en teamleider
Eigenaarschap, (is verantwoordelijkheid dragen voor taak, of bewoners)	Taakverdeling, wie waarvoor verantwoordelijk is, noodzakelijk Verantwoordelijkheid mogen dragen en fouten mogen maken	Persoonsgerichte zorg is gecoördineerd per dag en per bewoner	Duidelijke omschrijving wat eigenaarschap in houdt, en check iedere dag adhv richtlijn	Start met dagcoördinator per afdeling in juni/juli 2020, na evaluatie eigenaarschap per medewerker borgen
Medewerkers bespreken met elkaar persoonsgerichte Zorg	Begeleide intervisie, en leren reflecteren met elkaar, dialoog voeren	Aanspreekcultuur is aanwezig	In verlengde van bovenstaande iedere dag zichtbaar in de dagevaluatie	Start juni 2020 met dagevaluatie, half augustus start intervisie coach WOL met collegiaal begeleiders



MDO worden uitgevoerd, 2 keer per jaar	Samenwerking met SO en andere disciplines vorm geven in beleid	Client krijgt zorg, die multidisciplinair besproken wordt, wanneer noodzakelijk	Teamleider bewaakt planning, collegiaal begeleiders voeren uit. SO ondersteunt dit proces	Na vaststelling dossiers in proces, MDO gelijktijdig plannen sept-nov 2020 collegiaal begeleiders
Thema 2 Wonen & Welzijn				
Familieparticipatie is geregeld	Verwachtingsmanagement naar familie op organisatie en locatieniveau	Familieparticipatie is ingebed in de organisatie	Er is beleid op familieparticipatie en zowel familie als medewerkers zijn hiervan op de hoogte	Strategisch coach begeleid dit proces, primair proces coach implementeert samen met teamleider tijd ??? sept-nov 2020
Samenwerking met familie en vrijwilligers is georganiseerd op de afdeling	Ontwikkelen van visie op zinvolle dagbesteding in tijdelijke werkgroep familie/vrijwilligerscoördinator/ medewerkers	Samenwerkingsafspraken zijn zichtbaar op de afdeling	3 maandelijks evaluatie met familie/medewerkers over samenwerkingsafspraken	Teamleider monitort proces na beleid en implementatie samenwerking
Zinvolle dagbesteding	Persoonlijk cliëntverhaal in ECD belangrijke plaats geven Implementatieplan op Zinvolle dagbesteding uitwerken met medewerkers verschillend niveau, activiteitenbegeleider aantrekken	Cliënt ervaart zinvolle dagbesteding, dit is geregeld in de agenda	Visie is bekend en terug te vinden in het dagprogramma van cliënt Clienttevredenheid ieder kwartaal bespreken door EV er	Ev er en Teamleider zijn verantwoordelijk voor proces, start november 2020
Vrijwilligers zijn aanwezig om zinvolle dag invulling te geven	Vrijwilligerscoördinator regelt volgens verzoek van cliënt	Vrijwilligersbeleid is geïmplementeerd	Medewerker en vrijwilligers zijn bekend met gemaakte afspraken, deze zijn zichtbaar	Strategisch coach begeleid dit proces, primair proces coach implementeert samen met teamleider tijd ??? sept-nov 2020
Thema 3 Veiligheid				

Methodisch oppakken risicosignalering in zorgdossier	Steekproefsgewijs controleren	Iedere VIG/verpleegkundige kent risico's en handelt vanuit dossier	Vastgestelde criteria van tevoren vastgesteld, iedere maand checken vanaf ingerichte dossier 9 maanden lang	Inrichten dossier Vilans specialist, trainen (ism)medewerkers en coachen on the job coach WOL sept 2020-nov 2020
Korter termijn besprekingen MIC meldingen	Cyclisch inplannen van bespreken en medewerkers leren rapporteren	Openheid over fouten mogen maken en daarvan leren	Notulen werkoverleg en terug te vinden in ONS	Inrichten in dossier ONS sept-nov 2020, daarna 2 wekelijkse bespreekpunt in werkoverleg
Samenwerking artsen en draagvlak bij artsen hiervoor	Afspraken met SO en artsen vastleggen	Cliënt krijgt veilige zorg, ondersteunt door medische zorg van arts	Duidelijke afspraken, die nagekomen worden en ieder kwartaal worden geëvalueerd	SO en teamleider bewaken proces, na gemaakte afspraken in juni-sept 2020
Elkaar aanspreken en serieus nemen, acties afspreken, die hieruit voortkomen	Evaluatie van de dienst implementeren (zijn afspraken nagekomen, hebben we elkaar aangesproken) Dagcoördinator aanstellen met duidelijke taken. Richtlijnen over communicatie afspreken/trainen/coachen	Afspraken worden nagekomen, dialoog voeren is een gewoonte. Verbeterpunten zijn zichtbaar op het verbeterbord	Duidelijke afspraken over communicatie en check iedere dag adhv richtlijn	Start met dagcoördinator per afdeling in juni/juli 2020, dialoog per medewerker stimuleren door teamleider, coach WOL, collegiaal begeleiders
Hygiënisch werken controle dagelijks zeker noodzakelijk nu	Controle op handhygiëne volgens protocol (onder de aandacht brengen) Medewerkers informeren over protocol en dagelijkse controle	Richtlijnen handhygiëne zijn op verschillende plaatsen zichtbaar en worden nageleefd op de werkvloer	Steekproefsgewijs checken, aandachtsfunctio naris verantwoordelijk maken op de werkvloer	Per direct starten met proces inrichten van goede handhygiëne, controle door collegiaal begeleiders
<b>Thema 4 Leren &amp; Verbeteren</b>				
Leren op de werkvloer is een onderdeel van de leervisie en wordt gedragen door de organisatie	Visie op leren; 70-20-10 principe implementeren SQRUM methode introduceren	Deskundigheid van medewerkers is ingebed in de dagelijkse gang van zaken	Verbeterpunten zijn zichtbaar op verbeterbord en	Start werken met verbeterbord miv juni 2020, SQRUM introduceren januari 2021



	Leren reflecteren op ind en teamniveau krijgt aandacht		medewerkers zijn hier bewust van. Reflecteren is zichtbaar in dialoog en intervisie	
Leervisie en beleid ontwikkelen	Opzet van werkgroep 'leren en ontwikkelen' bestaande uit stuurgroep WOL aangevuld met collegiaal begeleider(s), één of meer verpleegkundige(n). Stap 1: kennisoverdracht over 'leren en ontwikkelen' (WOL coach evt ism KLM van WOL) Stap 2; interactieve sessie om kennis toe te passen op mogelijkheden voor de Kloek. Stap 3; impactanalyse van huidig aanbod Stap 4: opstellen beleid en vaststelling door bestuurder. Stap 5: implementatie waarbij collegiaal begeleiders worden extra hierin meegenomen en gecoacht zodat zij de dragers van de visie worden in de coaching van collega's. Stap 6: eventuele aanpassing en/of uitbreiding van het scholingsaanbod.	Gedragen visie. Implementatie op de werkvloer met behulp van collegiaal begeleiders. Waar nodig aanpassingen van het scholingsaanbod	Vast onderdeel van het jaarlijkse werkplan / P&C cyclus POP's worden ingezet	september 2020 start, bestuurder en/of directeur Zorg eindverantwoordelijk met ondersteuning van WOL coach Werkgroep maakt specifieke planning. Einddatum is gericht op april 2021 waarbij tussentijdse resultaten ook al zichtbaar zijn / worden gemaakt.
Thema 5 Leiderschap Governance Management				



Inhoudelijk inspirerend en effectief leiderschap	Leiderschapsprogramma. Opstellen leerdoelen en uitvoering met behulp van coaching, kijk in de keuken bij collega's, concrete opdrachten. Bestemd voor Bestuur en management (3 mensen)	Sterker management, leiderschapsstijl past bij deze organisatie	P&C cyclus kunnen volgen 360 graden feedback instrument	Start oktober; Leiderschapstraject afronden zomer 2021. Bestuur ism WOL coach
Heldere communicatie	Vanuit het veranderprogramma wordt een communicatielijijn opgezet De communicatie moet vooral voor eenduidigheid zorgen; dat er geen verschil in informatie kan bestaan. Het is informatief en inhoudelijk met niet alleen mededelingen maar ook 'verhalen'. De communicatie is gericht op medewerkers en cliënten / familie. Transparant, empathisch en duidelijk zijn daarbij kernbegrippen	Nieuwsbrieven en andere communicatieuitingen (blogs) over het verandertraject. Uitgangspunten en afspraken over interne communicatie	Aantal uitingen Vastgesteld beleid Korte uitvraag bij medewerkers en LCR naar tevredenheid.	Binnen het projectteam iemand benoemen als communicatie-verantwoordelijke
Taken en rollen zijn duidelijk	Heldere taakopdracht voor alle functionarissen. Gestart wordt met managementfuncties, SO, collegiaal begeleiders. Met behulp van een inventarisatie van hun huidige taken en werkzaamheden en analyse van overlappen en tekorten worden deze opgesteld. Hierbij wordt aangesloten bij de ontwikkelde visie, P&C cyclus, leervisie	Effectieve samenwerking, die elkaar aanvult. Gezamenlijk gedragen plan	In P&C cyclus en daarbij behorende processen. Wordt vastgelegd in dossiers.	november 2020
P&C cyclus is ingericht	Op basis van ontwikkelde visie ontwerp van een P&C cyclus. Processen van input informatie, medezeggenschap en besluitvorming zijn daarin	Duidelijkheid over besluitvorming en momenten van besluitvorming.	P&C cyclus is borging op zichzelf. Bestuurder voert uit.	juli 2020, gericht op werkplan en begroting 2021. Vaststelling eind 2020. Evaluatie april 2021

	opgenomen. Een heldere proceskalender is opgenomen. Bestuurder stemt basis P&C cyclus af met de LCR en start met maken van werkplan 2021 door bestuurder.	Transparante koppeling tussen doelen en middelen.		en verder vervolgen conform PDCA.
Thema 6 Personele samenstelling				
Deskundige medewerkers	Maken van competentieprofielen per functiegroep. Te starten met de groep collegiaal begeleiders. Ontwikkeling van POP's met leerdoelen op basis van competentieprofiel. Instrument POP 'eenvoudig' inrichten; leerdoelen	Overzicht van gewenste deskundigheid per functie Individuele leerplannen per medewerker	Competentieprofielen aanwezig. 75% van de medewerkers in het primair proces heeft een POP opgesteld.	Locatiemanager, bestuurder met ondersteuning van WOL coach
Het team (2) kan met elkaar samenwerken op een afgesproken en gedragen wijze	Teambijeenkomst bij aanvang Rollen bespreken eigenaarschap/fouten mogen maken/ vertrouwen geven Reflecterend leren inrichten middels intervisie, individuele coaching	Het team heeft draagvlak om met elkaar te werken en is gericht op Persoonsgerichte Zorg	Ieder kwartaal samenwerkingsafspraken evalueren	Teambijeenkomst sept 2020, eigenaar van dit proces zijn collegiaal begeleiders, samen met teamleider
Gedragscode integraal ontwikkelen, vaststellen en implementeren	Bedacht en uitgewerkt door een diverse groep medewerkers	Iedere medewerker kent de gedragscode en mag elkaar daarop aanspreken	Gedragscode is bekend en uitgangspunt bij intervisie en dialoog. Agendapunt bij halfjaarlijkse teambijeenkomst.	juli 2020 start, eigenaar zijn collegiaal begeleiders, samen met teamleider
Thema 8 Gebruik van Informatie				



Kwaliteitsinformatie is makkelijk vindbaar voor medewerkers	Inventarisatie welke informatie nodig is (protocollen, interne richtlijnen, kwaliteitsinstrumenten). Vindbaar maken van informatie voor medewerkers.	Medewerkers weten kwaliteitsinformatie te vinden en te gebruiken.	Ingericht in processen en methoden (ECD/Kwaliteitsplan)	in samenhang met de aanpak e planning rondom het zorgdossier.
Clientervaringsgegevens worden opgehaald en benut	Inventarisatie van diverse systemen van ophalen clientervaringsgegevens. Keuze maken in samenspraak met LCR. Implementatieplan en communicatie	Clënten (familie) geven ervaringen door; na drie maanden minimaal 50% Clientinformatie wordt gebruikt in de P&C cyclus en gedeeld met LCR	In P&C cyclus LCR is 'waakhond' Meting op aantal deelnemende familie. Na 6 weken opname en ieder MDO	januari 2021 start - afronding zomer 2021



## weigeringsgrond 10.2.e.

## Kloek Communicatieplan 2020

## Doelen, middelen en verantwoordelijken

Doel	Middelen	Verantwoordelijken
<b>1. Interne communicatie</b>		
1a. Tussen teamleiders en directie	O.a. regulier overleg	Directie, teamleiders
1b. Teamleiders, directie en communicatie	eens per kwartaal, appgroep	Directie, teamleiders, communicatie
<b>2. Contact onderhouden met de relaties van de bewoners van Kloek ('mantelzorgers')</b>		
2a. Informeren over algemene Kloek zaken:	Nieuwsbrieven, FB, IG, informatieboekje	Communicatie
2b. Over algemene zaken rondom één woning	Nieuwsbrieven en folder per vestiging	Teamleider en Communicatie
	App groep per woning en posters (aanvullend)	Teamleider
2c. Over specifieke zaken rondom 1 bewoner	Eerstverantwoordelijke en persoonlijk	EV, verzorgenden, directie
2d. Helpen om met dementie om te gaan	Blogs op site en artikelen in nieuwsbrieven	Communicatie
	Mantelzorgbijeenkomsten [redacted] e.a.	Teamleider
2e. Informeren over cliëntenraad:	Nieuwsbrieven	Cliëntenraden
<b>3. Contact onderhouden met bedrijven en organisaties met wie we samenwerken</b>		
3a. Algemeen informeren	Nieuwsbrieven en LI	Communicatie
3b. Relatiebeheer per vestiging relatiebeheer:	Persoonlijk contact, netwerken, nieuwsbrieven	Teamleider
<b>4. Expertstatus opbouwen: zichtbaar maken met welke vakkundige partijen we samenwerken, kennis delen</b>		
4a. Aan familie en eigen medewerkers	Nieuwsbrieven	Communicatie
4b. Aan medewerkers	Nieuws in het personeelssysteem	Planner, Communicatie
4c. Aan de buitenwereld	Site LinkedIn, Facebook, Twitter, Instagram	Communicatie

<b>5. Nieuwe bewoners werven voor nieuwe locaties (start nieuwe locatie)</b>		
5a. Lokaal bekend worden	Eigen pagina aanmaken op Kloek site	Communicatie
	Lokale pers- en informatielijst opbouwen / bijhouden	Communicatie & Locatievoorbereider
	Advertenties lokale kranten	Communicatie
	Social follow van relevante partijen	Communicatie
	Publiceren op lokale online groepen / pagina's / community's	Communicatie
	Huis-aan-huis flyeren	Communicatie & Locatievoorbereider
	Informatiebijeenkomsten organiseren	Communicatie & Locatievoorbereider
	Eigen versie van de Nieuwsbrief	Communicatie
<b>6. Nieuwe bewoners werven voor de huidige woningen (verloop)</b>		
6a. Lokaal bekend blijven	Nieuws delen op site, nieuwsbrief, lokale online platforms Persberichten, structureel adverteren	Communicatie
<b>7. Medewerkers en vrijwilligers werven</b>		
7a. Lokale werving	Indeed Social media berichten (LI FB IG TW) Social media advertenties (LI FB IG) Nieuwsbrief, site, lokale kranten, flyers, posters	Communicatie en Teamleiders en Vrijwilligerscoördinatoren
	Contact met en voorlichting op scholen Stageplaatsen	Teamleiders
	Personeelsbeurzen arbeidsbeurzen gemeente	Teamleiders
7b. Landelijke werving	Niet van toepassing	nvt



<b>8. Medewerkers- en vrijwilligersbetrokkenheid bij Kloek bevorderen &amp; helpen bij de verwoording van de missie en visie</b>		
8a. Informatie over Kloek algemeen	Nieuwsbrieven	Communicatie
8b. Visie uitdragen mondeling	Team overleg, personeel dag, training, overdracht	Teamleider en directie
8c. Visie uitdragen tekst en beeld	Berichten in het personeelssysteem	Communicatie, directie, planning
	Personeelswijzer	
	Vrijwilligersflyer	Vrijwilligerscoördinator & Communicatie
8d. Bereikvergroting via de medewerkers	Social media training / instructie aan medewerkers Appgroep communicatie	Communicatie en teamleiders
<b>9. Landelijke bekendheid vergroten</b>		
9a. Optimale SEO	Organische SEO Site, blogs, Social media incl. YouTube & Google Mijn Bedrijf Linkbuilding	Communicatie
	Betaalde SEO (google ads): niet van toepassing	Communicatie
9b. Onderscheid van Kloek uitdragen	Site & blogs, advertenties, LinkedIn, Facebook, Twitter, Instagram	Communicatie
<b>10. Interne communicatie tussen de medewerkers bevorderen</b>		
10a. Makkelijk & gezellig 'kletsen'	Hoe? Facebook groep werkte niet. Is er behoefte aan?	Communicatie en teamleiders Trainers en directie



## GGZ Kennismaking Roosendaal

Kennismaking met de GGZ op 10 juni bij Kloek Roosendaal:

Vandaag is er een gesprek geweest met de 2 medewerkers van de GGZ. Aanwezig: 4 medewerkers van Kloek, Teamleider en SO.

Overleg ging over de inhoud van de GGZ inzet.

Zij zullen als er een duidelijke vormgeving is van het MDO hier 1 maal per maand bij aanwezig kunnen zijn. De zorgvragers, waar mogelijk een psychische achtergrond bij speelt, zullen dan besproken worden. SO zal samen met collegiaal begeleiders en teamleider overleggen wie hiervoor in aanmerking komt en hen gericht uitnodigen. Mocht er een andere GGZ-discipline nodig zijn kan dit ook. Medewerkers GGZ nemen de casus mee naar hun intern MDO en als de vragen tot behandeling leiden dan moet een bewoner ingeschreven worden bij GGZWNB en wordt er een DBC geopend. Hiervoor is nodig een verwijzing van de huisarts en dat regelen wij (Kloek) in samenspraak met contactpersoon.

Gisteren hebben we ook gesproken over consultatie. Hiervoor kunnen we een casus inbrengen, waar gedragsproblematiek centraal staat, waar we als team tegenaan lopen. Een casus waar deskundigheid van de GGZ zou kunnen helpen om tot een eenduidige aanpak/ een eenduidig beleid komt. Dit wordt vorm gegeven door 3 bijeenkomsten met het betrokken team, hierin wordt de problematiek uitgevraagd en uit een gezet, mogelijke psycho-educatie mocht het psychiatrische problematiek zijn en door middel van met elkaar doorspreken komen tot een benaderingswijze die bij iedereen aansluit en ook uitvoerbaar wordt. een gedragen benadering waarvoor iedereen ook verantwoordelijk gemaakt kan worden en op aangesproken kan worden. hierbij is het uitgangspunt dat het gedragen wordt door het gehele team en hierin is de zwakste schakel leidend. Dit om het werkbaar te maken voor iedere beroepsgroep.

De eerste afspraken zijn hiervoor gemaakt bij een mw. die al ingeschreven is bij de GGZ. Zo kan de benodigde tijd in haar DBC verwerkt worden. Wij zullen familie inlichten dat we de GGZ in zullen zetten voor deskundigheidsbevordering. Dit komt ten goede aan de zorg voor de bewoner. SO geeft aan de planning door wanneer deze bijeenkomsten zijn. Deelname aan MDO's starten pas als we de zorgplannen samen met Waardigheid en Trots verbeterd hebben en het zorgdossier volledig is, voordat we ze inzetten. Moeten we alleen even aan Conaction vragen\* of we voor deze dagen het restaurant mogen gebruiken het is 3 keer 1,5 uur.

\* Teamleider zou jij dit tzt willen doen

## Huiskamerdiensten werkzaamheden en activiteitenplanning

### Algemeen

- Brood stickeren ....en het oude brood weggooien.
- Koelkast nakijken op voedsel wat weg kan + over de datum artikelen weggooien.
- Koelkast schoonmaken indien nodig.
- Alles wat in de koelkast gezet wordt moet bestickerd en/of worden afgedekt.
- Beleg en kaas in de bewaardoos of in plastic zakje doen.  
Groente altijd in de groentela.
- Voorraadkast nazien en geordend houden.
- Geen aangebroken verpakkingen in voorraadkast terugzetten maar deze in de koelkast of in de kastjes boven het aanrecht.
- Haar in staart of knot, geen los haar

### Schoonmaken

- Keukenkastjes bestek lade en pannen lade schoonmaken en geordend houden
- specerijen in de daarvoor bestemde doos
- jam, pasta en andere potten afdoen i.v.m. plakken.
- Buitenkant van keukenkastjes en koelkast afnemen met sopje en handgrepen ook reinigen.
- Bij de vaatwasser inruimen eerst afspoelen !!! etensresten niet in de gootsteen maar in de vuilnisbak.
- Vaatwasser in avonddienst uiterlijk om 18.45 uur aanzetten zodat deze ook weer door de HKDienst uitgeruimd kan worden.

### Was

- Was van de bewoners wordt door HKDienst gewassen en gevouwen en mag bij de bewoners voor de deur worden gezet.
- Géén bovenkleding in de droger plaatsen.
- Géén witte was met bovenkleding wassen.
- Géén verschillende wasmanden samen we moeten PER BEWONER wassen en drogen.
- Strijken is voor de nachtdienst.

### Menu's

- De menu's worden samen met de bewoners op zondagmiddag gemaakt.
- De menu's moeten aangehouden worden, de bewoners rekenen erop en hier is op besteld dus géén eigenhandige wisselingen.
- Wanneer er toch een wisseling van het menu noodzakelijk is gebeurt dit in overleg met de bewoners.
- Tafels na het eten afdoen met vochtige doek en zo nodig meerdere malen per dag.
- Vloer aanvegen

## **Het eten**

- Tafel wordt voor iedere maaltijd gedekt
- Schalen of pannen staan op tafel
- Bewoners scheppen samen met personeelsleden op
- We starten met eten als iedereen aan tafel zit
- Er is gelegenheid om te bidden
- Personeel zit aan tafel tijdens het eten, tussen en bij de bewoners. Je hebt oog voor de bewoners en helpt waar nodig. Indien er ruimte is kaart een gesprek aan met bepaalde onderwerpen die bewoners interessant vinden. Zoals tijdens de trainingen 'Dementie' van [REDACTED] ook besproken en op geschoold wordt.

## **Algemene afspraken**

- We moeten het met elkaar doen dus zorg voor een schone opgeruimde werkplek dit is voor jezelf prettig maar ook voor je collega's.
- Heb je een "ongelukje" gehad ruim het zelf op maar schuif het niet af naar je collega die na jou komt.
- Iedere huiskamer moet een bezetting van een HKDienst hebben dus niet bij elkaar in 1 huiskamer maar wees er voor je bewoners en kijk en vraag wat ze leuk vinden om te doen.
- Kortom "KEN JE BEWONERS !!! "
- 1 keer per maand huiskamermedewerkers overleg, hierin bespreken wij onze werkzaamheden en komt de kwaliteit en tevredenheid van de bewoners altijd als vast agendapunt terug.
  - HK dienst van 08.00 tot 13.00 uur (volledig toezicht op de huiskamers)
  - HK dienst van 13.00 tot 20.00 uur (volledig toezicht op de huiskamers)

## **Activiteiten**

- Activiteiten met bewoners -> per huiskamer van 13.00 tot 16.00 uur
  - Knutselen
  - Verven
  - Spelletjes
  - Kleien
  - Bakken (taart, koekjes )
  - Bewegings oefeningen op muziek
  - Bij mooi weer naar buiten in de tuin
  - Buiten de planten verzorgen
  - Jeu des boules
  - Wandelen
  - Samen het eten bereiden (lunch en/of avondeten)

**Afdeling 1 bezetting Huiskamer A**

**Afdeling 1 bezetting Huiskamer B**

**Afdeling 2 bezetting Huiskamer D**

**Afdeling 2 bezetting Huiskamer E**



## Planning vaste huiskamer activiteiten

	Dagdeel	Activiteit	Waar	Wie
Maandag	Ochtend	Bewegen	Huiskamer A-B-D-E	Huiskamer Medewerker
	Middag			
Dinsdag	Ochtend	1 op 1 activiteit met bewoners	Huiskamer A-B-D-E	Huiskamer Medewerker
	Middag	Planten in tuin verzorgen	Tuin	Vaste vrijwilliger
Woensdag	Ochtend	1 op 1 activiteit met bewoners	Huiskamer A-B-D-E	Huiskamer medewerker
	Middag	Wandelen	Buiten	Medewerker & vrijwilliger
Donderdag	Ochtend	1 op 1 activiteit met bewoners	Huiskamer A-B-D-E	Huiskamer medewerker
	Middag	Sjoelen	Huiskamer C	vrijwilliger
Vrijdag	Ochtend	1 op 1 activiteit met bewoners	Huiskamer A-B-D-E	Huiskamer medewerker
	Middag	Bakken	Huiskamer A-B-D-E	Huiskamer medewerker
Zaterdag	Ochtend	1 op 1 activiteit met bewoners	Huiskamer A-B-D-E	Huiskamer medewerker
	Middag	-	-	-

<b>Zondag</b>	<b>Ochtend</b>	-		--
	<b>Middag/avond</b>	<b>Menu samenstellen</b>	<b>Huiskamer A-B-D-E</b>	<b>Huiskamer medewerker</b>

## Planning Ik in één oogopslag Roosendaal

### Afdeling 1

Ik in één oogopslag invullen.

Kamer nummer	Naam	Planning	Gedaan
26			27-5-2020
31		week 26	18-6-2020
33		week 24	17-6-2020
36		week 26	19-6-2020
37		week 25	
42		week 26	
43		week 25	19-6-2020
45		9-6-2020	9-6-2020
46		week 25	
47		week 24	18-6-2020
48			2-6-2020
49		9-6-2020	9-6-2020
50		week 25	19-6-2020
51		week 25	19-6-2020
52		week 25	17-6-2020



## Afdeling 2

Ik in één oogopslag invullen

Kamer nummer	Naam	Planning	Gedaan
55			11-6-2020
56			10-6-2020
57			10-6-2020
59		10-6-2020	10-6-2020
60			10-6-2020
64		week 25	18-6-2020
65		10-6-2020	10-6-2020
66			
67			10-6-2020
68		10-6-2020	10-6-2020
69		10-6-2020	10-6-2020
70			10-6-2020
71			11-6-2020
72			11-6-2020
73		week 25	
74			10-6-2020

## Interne audit Roosendaal.

### Verslag van interne audit locatie Kloek Roosendaal

Datum: 18-05-2020  
Aanwezig: Teamleiders locatie Kloek Roosendaal  
Verslag: Bedrijf Isfet

Leeswijzer: Voor het uitvoeren van de interne audit zijn een zestal vragen geformuleerd door de directeur zorg a.i. Direct na deze vragen worden de bevindingen weergegeven.

1. Is de wilsonbekwaamheid van bewoners indien van toepassing geregeld en vastgelegd in het dossier?

Uit het gesprek met de teamleiders en de check van de dossiers ter inzage blijkt dat dit niet het geval is. Dit geldt voor zeker de helft van de 44 bewoners. Er is ook nog geen planning gemaakt om hierover in gesprek te gaan met de familieleden.

Allereerst moet er naar de mening van de teamleider helder naar de familieleden gecommuniceerd worden wat wilsonbekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiging inhouden. Daarover bestaat veel onduidelijkheid.

Op het moment dat er nu gesprekken over het ZorgLeefPlan (ZLP) gevoerd worden, worden bewoners uitgenodigd en naar hun wens / mening gevraagd. Daar wordt bij het opstellen van het ZLP zoveel mogelijk rekening mee gehouden.

**Conclusie:** nog onvoldoende op orde.

2. Is er in het ZLP iets opgenomen over het eten / drinken van bewoners, de wens van bewoners, wat er gebeurt op het terrein van welzijn. Ook is de vraag of er een levensgeschiedenis aanwezig is in het dossier.

Aan de familie wordt bij opname gevraagd het formulier "ik in een oogopslag" in te vullen. Hiermee is gestart bij de bewoners na december 2019. Van bewoners die al langer woonachtig zijn, is er geen formulier. Ook blijkt het lastig om de formulieren ingevuld retour te krijgen.

In december is naar aanleiding van het IGJ rapport gewerkt aan het bijstellen van de ZLP's. Inmiddels is gestart met het traject van waardigheid en trots. Teamleider hoop van hieruit een verbeteringslag te kunnen maken.

Op dit moment is het ZLP in feite een veredelde ADL lijst.

Uit de dossierinzage blijkt dat het gebruik van de risico inventarisatie lijst Veilige zorg niet begrepen wordt op de functie en bedoeling. Er wordt gemeld dat risico's geaccepteerd worden en er gaan acties genomen worden. Aansluitend staan dan de te ondernemen acties geformuleerd.

**Conclusie:** nog onvoldoende op orde.

3. Zijn er MDO's gepland en worden deze uitgevoerd?

Op dit moment worden MDO's gehouden door EVV'er en mantelzorger. Het plan is hierbij zo snel mogelijk de SO te betrekken, die informatie van medische aard ophaalt bij de desbetreffende



huisarts. Door de aanstelling van de SO is de relatie met de huisartsen aanzienlijk verbeterd. De bedoeling is het MDO uit te gaan voeren met EVV-er, SO, bewoner en wettelijk vertegenwoordiger.

MDO's worden minimaal twee keer per jaar uitgevoerd. Door de teamleider wordt nu een herinnering gestuurd naar de EVV-er om met de voorbereiding te starten. Er is geen planning op papier. In december 2019 zijn voor alle bewoners MDO's gehouden. In juni moeten de meesten dus weer. Voor de nieuwe bewoners zijn er afwijkende maanden.

Er is door de teamleider aangestuurd op het blijven uitvoeren van de MDO's ondanks het feit dat familie niet naar de locatie mag komen.

Alle in dienst zijnde VIG-ers zijn EVV-er. Zij worden ondersteund in het opstellen van de ZLP's door de collegiaal begeleiders. De afspraak is dat alle EVV-ers maandelijks contact (mail, telefoon, gesprek) hebben met de 1<sup>e</sup> contactpersoon van de bewoner. Deze afspraak wordt nog niet goed nagekomen.

Het opzetten en uitvoeren van de MDO's moet nog, in samenspraak met de locatie Amsterdam, in lijn worden gezet. Hierbij wordt ook ondersteuning gevraagd bij projectleider waardigheid en trots.

**Conclusie:** nog onvoldoende op orde.

4. Wordt er op de doelen gerapporteerd en is deze rapportage ook opvolgend? Is bekend wanneer iets een doel wordt in het ZLP?

Het werken aan rapportage op doelen heeft de aandacht en met name het opvolgend rapporteren heeft nog veel aandacht nodig, zo meldt de teamleider

Uit de check op de dossiers blijkt dat in het ZLP veeeeel doelen zijn opgenomen. Het betreft dan ook de standaard kamer- en wasverzorging, bed verschonen etc. Hier wordt niet op gerapporteerd. Er wordt voornamelijk gerapporteerd op praktische "doe dingen". Veel minder op beleving, stemming en activiteiten. Zodoende levert een overzicht van rapportage ook nauwelijks informatie voor de evaluatie van het ZLP. Ook is er geen duidelijke relatie van "ik in een oogopslag" formulier en doelen in het ZLP.

Voor de evaluatie wordt gebruik gemaakt van het in ONS aanwezige evaluatieformulier. Dit werkt niet prettig voor de EVV-ers. Uit de dossiers is niet op te maken of er naar aanleiding van de evaluatie bijstelling van het ZLP heeft plaatsgevonden.

**Conclusie:** nog onvoldoende op orde.

5. Wordt er, zonder dat er wilsonbekwaamheid is geregeld, toch gedwongen zorg gegeven. Hoe is dat dan vastgelegd in het dossier en zijn medewerkers zich hiervan bewust?

Volgens de teamleider worden de maatregelen zoals toegepast wel geregistreerd, terwijl helder is dat de wilsonbekwaamheid nog moet worden geregeld. Op de genomen maatregelen wordt ook wel gerapporteerd (voorbeeld bij inzage was het fijnmalen van medicatie die met jam is ingegeven). Evaluatie van de toegepaste maatregelen moet nog worden gepland met de SO, zodat ze structureel plaats kan vinden.

Wel wordt nagegaan of er bijv. medicatie onnodig lang wordt gegeven en deze wordt dan gestopt. Van een aantal maatregelen vragen medewerkers en teamleider zich af of er niet geregistreerd wordt om het registreren. Voorbeeld hiervan is de bewoner die elke ochtend zijn GPS horloge komt opragen. Onduidelijk is dan het verschil tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg.

Medewerkers hebben hierover wel een e-learning gedaan, waarmee ook het bewustzijn is gegroeid. Maar het stappenplan en om welke maatregelen het nu precies gaat, is niet goed geborgd.

Daar is het team wel druk mee bezig.



**Conclusie:** nog onvoldoende op orde.

6. Hoe staat het methodisch werken; wordt dit vastgelegd in het dossier; worden er conclusies getrokken en worden doelen dan bijgesteld. Hoe leeft het EVV-schap; wat is hiervoor nodig en welke ontwikkelingen moeten nog plaatsvinden?

Naast de reeds gemaakte opmerkingen hierboven is er het volgende besproken en geconstateerd: Het kost naar de mening van de teamleider meer tijd. Voor de ZLP's zijn er de afgelopen periode steeds nieuwe richtlijnen gekomen, die dan op korte termijn moesten worden doorgevoerd. Het EVV schap is in relatie tot de dossiers ook niet van de EVV-ers. De collegiale begeleiders hebben steeds de bijstellingen gedaan.

In juni wordt er weer een ronde van MDO's (in ieder geval besprekingen ZLP's met familie) gedaan. De collegiale begeleiders ondersteunen nu de EVV-ers in het voorbereiden hiervan. Met name de collegiale begeleider die enige tijd afwezig is geweest brengt een frisse en objectieve blik mee hierbij.

Bij de EVV-ers is onvoldoende kennis en vaardigheden aanwezig om de functie van EVV-er goed uit te kunnen voeren.

Naar de mening van de teamleider is de EVV-opleiding een wens / noodzaak hierbij.

Teamleden zowel als EVV-ers ervaren geen eigenaarschap op de te ondernemen acties en verbeterpunten. Het feit dat er onvoldoende methodisch gewerkt wordt is een slecht voorbeeld en nadeel voor de leerlingen in opleiding. De opgedane kennis van de opleiding wordt snel losgelaten opdat men niet de kracht heeft om tegen de aanwezige werkwijzen in te gaan.

Door de al langer aanwezige teamleider wordt hierin een rol gezien voor de teamleider, die zichzelf niet kan invullen.

De aanstelling van de SO wordt gezien als een groot pluspunt. Op dit moment is de SO druk doende met het opvragen van toestemming voor het opvragen van medische informatie bij de huisartsen. Wel bestaat er nog veel onduidelijkheid over het kunnen inschakelen van deze functionaris bij teams en familie.

De SO moet nog onderdeel gaan uitmaken van de MDO's en op te stellen ZLP's.

**Conclusie:** nog onvoldoende op orde.

Tenslotte: ook tijdens het audit gesprek was er gebrek aan concentratie. Er moeten regelmatig brandjes worden geblust. Beide teamleiders geven ook aan daar het merendeel van hun tijd mee bezig te zijn.

Processen zijn niet goed vastgelegd. Daar wordt nu wel aan gewerkt.

Tijdens de inzage van de dossiers is opgemerkt dat van alle bewoners en hun 1<sup>e</sup> contactpersoon er kopieën van ID's onafgedekt zijn opgenomen. Deze bevinden zich in de digitale mappen van de cliënten. Dit geeft een groot risico op identiteitsfraude.

**Van:** Irma van Brummelen [redacted]@kloek.nu>  
**Verzonden:** vrijdag 3 juli 2020 16:06  
**Aan:** \_Dienstpostbus IGJ Utrecht; \_Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT  
**CC:** [redacted] | Kloek.nu  
**Onderwerp:** Kloek  
**Bijlagen:** IGJ juli 2020-20200703T144651Z-001.zip

Aan: mw [redacted]  
 Betreft: Resultaat verslag en kwaliteitsfoto Kloek

Uw kenmerk: 2020-2452043/V2015924 [redacted]  
 Ons kenmerk: Kloek/2020001/[redacted]

Geachte mw [redacted],

Naar aanleiding van het bezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), d.d. 21 november 2019, het bestuursgesprek op 27 januari 2020 en aansluitend ons telefonisch contact op vrijdag 10 april 2020, stuur ik u bijgevoegd resultaatverslag Kloek Roosendaal. Tevens ontvangt u de kwaliteitsfoto van locatie Kloek Amsterdam.

U kunt de betreffende documentatie vinden via onderstaande link.

Kunt u laten weten of u alle gegevens kunt inzien?

Met vriendelijke groet,

Irma van Brummelen  
 Directeur a.i.



## MDO planning Roosendaal

hele rechterkolom: 25.3  
Wkkgz/10.1.d.

Appartement appartementsnrs. niet openbaar ogv 10.2.e.	Datum tot wanneer zorgplan loopt	MDO gepland	Verklaring wilsbekwaam/ wilsonbekwaam aanwezig
■	22-6-2020	1-7-2020 13.30 uur	■
■	26-6-2020	22-7-2020 11.00 uur	■
■	10-10-2020	8-6-2020	■
■	13-7-2020	8-7-2020 11.00 uur	■
■	17-12-2020	5-8-2020 13.30 uur	■
■	10-9-2020	9-9-2020 11.00 uur	■
■	14-7-2020	15-7-2020 11.00 uur	■
■	16-6-2020	2-7-2020 13.30 uur	■
■	13-7-2020	15-7-2020 13.30 uur	■
■	5-8-2020	4-8-2020 13.30 uur	■
■	29-7-2020	22-7-2020 13.30 uur	■
■	11-7-2020	8-7-2020 13.30 uur	■
■	22-7-2020	29-7-2020 11.00 uur	■
■	15-6-2020	1-7-2020 11.00 uur	■
■	4-9-2020	2-9-2020 11.00 uur	■



■	14-7-2020	22-7-2020 13.30 uur	■
■	1-11-2020	26-8-2020 11.00 uur	■
■	27-11-2020	3-6-2020	■
■	9-12-2020	9-6-2020	■
■	25-11-2020	25-5-2020	■■■■■
■	30-9-2020	26-8-2020 13.30 uur	■
■	8-7-2020	10-7-2020 11.00 uur	■
■	18-12-2020	18-6-2020	■
■	12-7-2020	10-7-2020 13.30 uur	■
■	11-7-2020	9-7-2020 13.30 uur	■
■	10-12-2020	10-6-2020	■■■■■
■	8-7-2020	9-7-2020 11.00 uur	■
■	3-7-2020	3-7-2020 11.00 uur	■■■■■
■	28-7-2020	29-7-2020 13.30 uur	■■■■■
■	8-11-2020	Mw gaat as. maandag ■■■■■ verhuizen.	■
■	6-7-2020	3-7-2020 13.30 uur	■■■■■

Data in blauw zijn zorgplan gesprekken die al plaats hebben gevonden.

Bij de bewoners waar een ■■■■■ of dat de besproken is met de familie staat dit nog niet vermeld in het zorgplan onder ■■■■■ omdat tot dit onderdeel geen toegang is. SO en Mdw Planning zijn hier samen over in gesprek geweest.



## Missie en visie Kloek, wonen met zorg

### De missie van Kloek

Goede zorg toegankelijk voor iedereen, dat is de 'grote droom' waaraan Kloek een bijdrage levert. Wat Kloek onder goede zorg verstaat, blijkt uit de drie kernwaarden van Kloek: aandacht, authenticiteit en integriteit.

#### Aandacht

Door middel van **kleinschalige locaties** en **oprechte aandacht** maken we **echt contact**. We geloven dat wij alleen op deze manier de bewoners en gasten van Kloek kunnen aanbieden wat zij nodig hebben en geven op deze manier vorm aan **belevingsgerichte zorg**.

#### Authenticiteit

Onze intentie is zuiver en erop gericht om het zo **goed mogelijk te doen** voor onze bewoners en gasten. Deze intentie maakt dat wij uitgaan van **mogelijkheden**.

#### Integriteit

Wij vertellen het **eerlijke verhaal** en willen **transparant** en **direct** zijn in onze communicatie. We streven naar **verbetering** en zijn **kritisch** zijn op ons eigen handelen en gedrag.

### De visie van Kloek

We geloven dat ondernemerschap in de zorg leidt tot **innovatie** en **efficiency** die nodig is om toekomstige maatschappelijke uitdagingen het hoofd te bieden. Wij geven invulling aan deze maatschappelijke verantwoordelijkheid door te **ontwikkelen** en te **groeien**.

Kloek vat haar visie als volgt samen: **Groei maakt ons weerbaar en wendbaar**.

We richten ons op drie soorten groei:

#### Groei in omvang

Door te groeien naar een grotere organisatie, met meerdere locaties, schudden we een aantal kwetsbaarheden van ons af. We worden sterker en leunen op elkaar. We hebben 'recht van spreken' en zijn landelijk bekend. We worden weerbaar.

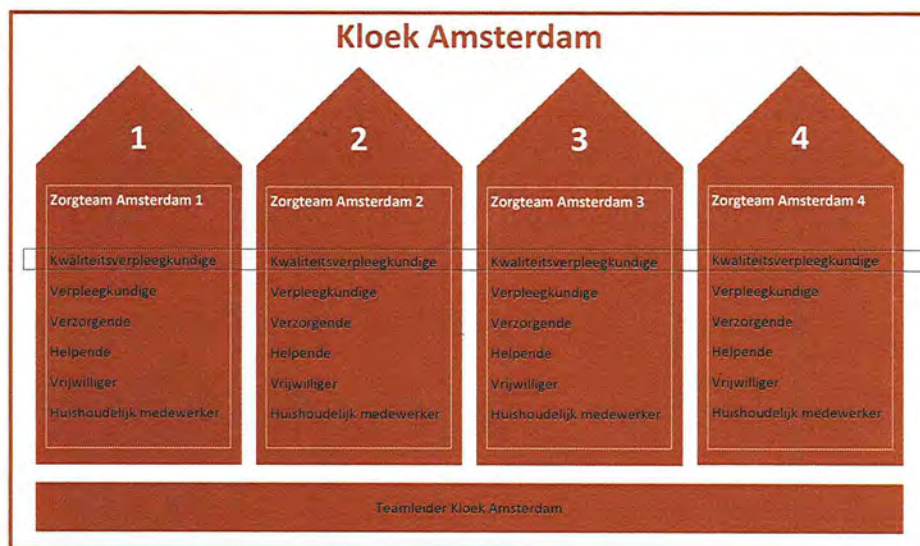
#### Groei in kennis & ervaring

Door te groeien in het aantal expertises dat wij aanbieden worden we toegankelijk voor meer mensen. Onze kennis groeit, onze ervaring wordt groter, ons aanbod meer divers. We worden wendbaar.

#### Groei in ontwikkeling

We geven ruimte aan individuele groei van talent. Dit doen we door het steunen van persoonlijke ontwikkeling en het faciliteren van nieuwe innovaties wanneer deze door 'Kloekers' worden gedragen. We geloven in de positieve kracht van betrokkenheid. Ons unieke lerende klimaat maakt dat mensen bij ons willen werken.





**Medezeggenschap Support**

Platform Kwaliteit & Medezeggenschap  
 Cliëntenraad  
 Ondernemingsraad

Personeelszaken  
 Financien  
 Communicatie

Regiomanager

Directie

## **Rooster Roosendaal Bericht Nedap bezetting 17 juni 2020**

Dag collega's,

Het rooster voor periode 8 komt zo dadelijk in de definitieve versie uit. In dit rooster zijn een aantal wijzigingen.

Vanaf 13 juli zijn er weer 2 vaste teams:

Roosendaal 1

Roosendaal 2

Om een goede verdeling te maken was het nodig om enkele collega's op een andere etage in te delen. Heb je hier vragen over, neem dan contact met me op.

In iedere huiskamer staat de hele dag een huiskamerdienst, in de ochtend een korte dienst tot 13.00 uur, vanaf 13.00 uur een lange dienst tot 21.00 uur. Op deze diensten worden helpende of huiskamer assistenten gepland.

Overdag en 's avonds werkt er een Verzorgende IG of een helpende plus de verantwoordelijke dienst, samen met een helpende of een leerling.

Overdag en 's avonds is er een verpleegkundige in huis die daar waar nodig meehelpt, overstijgende zaken regelt, verpleegtechnische handelingen uitvoert en waar nodig de verantwoordelijke dienst ondersteunt.

Om ervoor te zorgen dat ook een helpende plus een D1 of een A1 kan werken kan het zijn dat je ingeroosterd wordt als VIG-er onder helpende plus. Dat is omdat het systeem wel een VIG-er op een helpende plus dienst kan zetten maar niet andersom.

Ben je VIG-er dan krijg je natuurlijk gewoon volgens je contract uitbetaald.

De diensten die je tegenkomt in dit rooster vind je in de afbeelding onderaan deze tekst.

Afgelopen donderdag hebben een aantal van jullie met [REDACTED] (WOL-coach) gesproken en aangegeven waar je tegenaan liep.

Het plan is om voor 13 juli met elkaar helderheid en structuur te hebben in de taken en rollen binnen de verschillende functies.

Doel hiervan is dat er binnen Kloek Roosendaal op een eenduidige manier gewerkt wordt en op die manier de dagstructuur voor onze bewoners geborgd is.

Makkelijker gezegd komt het erop neer dat het voor de bewoner niet uit maakt wie er werkt, zijn of haar dag en dat wat er in de huiskamer gebeurt ligt vast en hangt niet af van wie er werkt. Daar zijn onze bewoners bij gebaat en voor jullie is het ook fijner omdat ook jouw dagindeling helder is en je dus weet wat er van je verwacht wordt.

Ook wordt er dan gekeken naar de verdeling van de bewoners onder de EVV-ers.

Om met elkaar te komen tot die helderheid en structuur gaat [REDACTED] dit met een aantal van jullie uitwerken. Hierover vind je 16 of 17 juli een bericht op Nedap.



## Rooster Roosendaal Bericht Nieuwe bezetting

Dag collega's,

Het rooster voor periode 8 komt zo dadelijk in de definitieve versie uit. In dit rooster zijn een aantal wijzigingen.

- Vanaf 13 juli zijn er weer 2 vaste teams:
  - Roosendaal 1
  - Roosendaal 2
- Om een goede verdeling te maken was het nodig om enkele collega's op een andere etage in te delen. Heb je hier vragen over, neem dan contact met me op.
- In iedere huiskamer staat de hele dag een huiskamerdienst, in de ochtend een korte dienst tot 13.00 uur, vanaf 13.00 uur een lange dienst tot 21.00 uur. Op deze diensten worden helpende of huiskamer assistenten gepland.
- Overdag en 's avonds werkt er een Verzorgende IG of een helpende plus de verantwoordelijke dienst, samen met een helpende of een leerling.
- Overdag en 's avonds is er een verpleegkundige in huis die daar waar nodig meehelpt, overstijgende zaken regelt, verpleegtechnische handelingen uitvoert en waar nodig de verantwoordelijke dienst ondersteunt.
- Om ervoor te zorgen dat ook een helpende plus een D1 of een A1 kan werken kan het zijn dat je ingeroosterd wordt als VIG-er onder helpende plus. Dat is omdat het systeem wel een VIG-er op een helpende plus dienst kan zetten maar niet andersom. Ben je VIG-er dan krijg je natuurlijk gewoon volgens je contract uitbetaald.
- De diensten die je tegenkomt in dit rooster zijn:

Dienst	Functie	Tijd
D1	VIG	7.00 - 15.00
D2	Helpende (+)	7.00 - 15.00
HK-O	Helpende of huiskamerassistent	8.00 - 13.00
BVD	VPK	7.00 - 15.00
A1	VIG	14.45 - 23.00
A2	Helpende (+)	14.45 - 21.00
HK-A	Helpende of huiskamerassistent	13.00 - 20.00
BVA	VPK	14.45 - 22.45
N	VPK (of VIG)	22.45 - 7.00
N	helpende (plus)	22.45 - 7.00



- Afgelopen donderdag hebben een aantal van jullie met [REDACTED] (WOL-coach) gesproken en aangegeven waar je tegenaan liep.
- Het plan is om voor 13 juli met elkaar helderheid en structuur te hebben in de taken en rollen binnen de verschillende functies.
- Doel hiervan is dat er binnen Kloek Roosendaal op een eenduidige manier gewerkt wordt en op die manier de dagstructuur voor onze bewoners geborgd is.
- Makkelijker gezegd komt het erop neer dat het voor de bewoner niet uit maakt wie er werkt, zijn of haar dag en dat wat er in de huiskamer gebeurt ligt vast en hangt niet af van wie er werkt. Daar zijn onze bewoners bij gebaat en voor jullie is het ook fijner omdat ook jouw dagindeling helder is en je dus weet wat er van je verwacht wordt.
- Ook wordt er dan gekeken naar de verdeling van de bewoners onder de EVV-ers.
- Om met elkaar te komen tot die helderheid en structuur gaat [REDACTED] dit met een aantal van jullie uitwerken. Hierover vind je 16 of 17 juli een bericht op Nedap.
- Op 30 juni tijdens het teamoverleg zal de uitkomst van deze bijeenkomst teruggekoppeld worden aan het team en vastgesteld zodat er tijd is om de boel goed uit te werken zodat het voor iedereen helder is wat er van hem of haar verwacht wordt vanaf 13 juli.

## Roosterbeleid

### *Capaciteitsmanagement Kloek wonen met zorg*



#### **Doel**

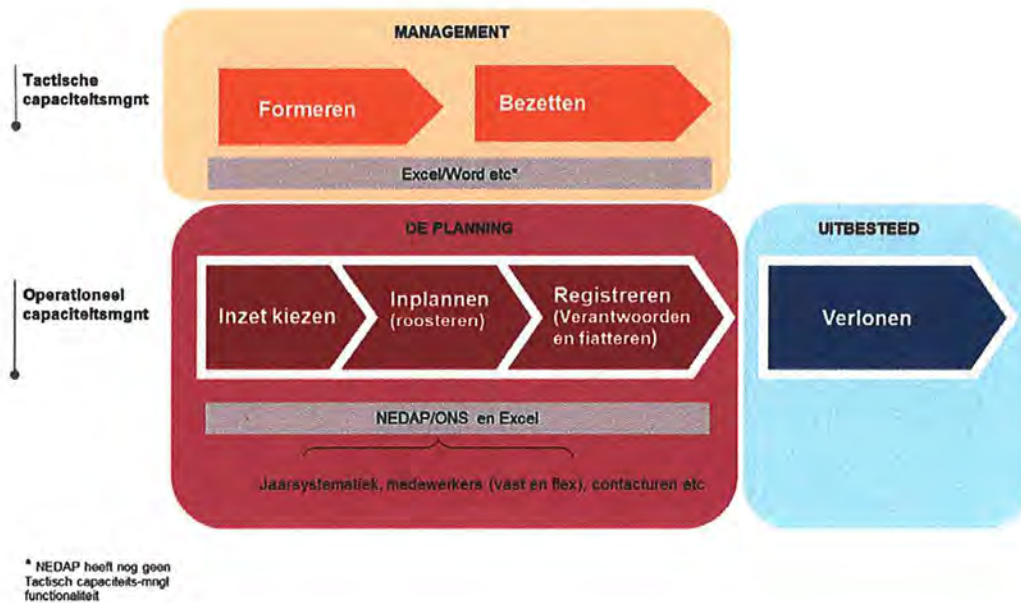
Goed capaciteitsmanagement is de basis voor goed plannen. In de werkdocument worden de afspraken hierover nader uitgewerkt.

#### **Inhoudsopgave**

1. Het overzicht
2. De processen globaal uitgewerkt

## 1. Het overzicht

In overzicht hieronder toont de positie van capaciteitsmanagement binnen Kloek wonen met zorg



Het tactisch capaciteitsmanagement is belegd bij het management, bestaande uit de directie en het teammanagement. Het voornemen is een deel van deze taken bij locatiemanagers onder te brengen.

Het operationeel capaciteitsmanagement is belegd bij de planners van Kloek.

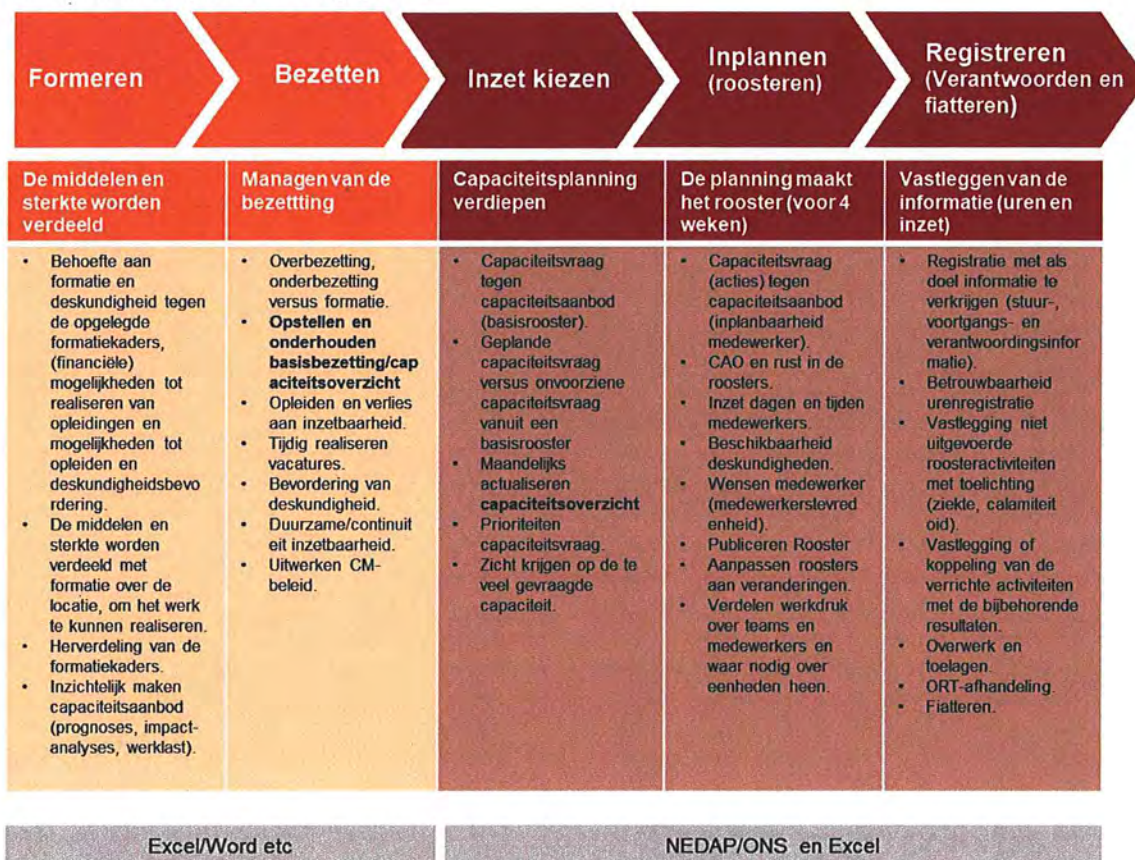
## 2. De processen globaal uitgewerkt

Het tactische capaciteitsmanagement binnen Kloek bestaan globaal uit de processen 'formeren' en 'bezetten'. Dit eerste proces is erop gericht het inrichten van de capaciteit, en het doen van bijvoorbeeld het doen van prognoses. Bezetten is gericht op het managen van de capaciteit.

De operationele capaciteitsmanagement processen binnen Kloek vallen uiteen in drie processen: 'Inzet kiezen', 'Plannen' en 'Registreren'. Inzet kiezen is gericht op het verdiepen van de capaciteitsplanning (vanuit het proces Bezetten), Plannen is gericht op het inroosteren en Registreren is de vastlegging van het geplande rooster.



Hieronder is dit globaal weergegeven.



## **Takenpakket contactverzorgende concept**

### **1. Doel van de functie**

De contactverzorgende functioneert als hét aanspreekpunt voor de aan hem/haar toegewezen cliënten.

Hij/zij is verantwoordelijk voor de coördinatie van alle zorg – en dienstverlening, stemt de activiteiten op elkaar af en bewaakt de uitvoering van het proces zodat het zorgleefplan gerealiseerd wordt.

Hierbij vormt de individuele vraag van de cliënt en het wederzijdse contact door middel van de dialoog het uitgangspunt voor het handelen van de contactverzorgende.

Voor het overige biedt de contactverzorgende (in de rol van verzorgende IG) verzorging en begeleiding aan de cliënt op basis van het individuele zorgleefplan.

### **2. Plaats in de organisatie**

De contactverzorgende maakt onderdeel uit van woonzorgteam.

### **3. Kader**

- Visie en missie Kloek
- Overige kaders, zoals kwaliteit van zorg en dienstverlening, verzuim enzovoorts
- Relevante wet-/regelgeving, zoals HACCP richtlijnen/protocollen
- Zorgleefplan
- Relevante wet-/regelgeving, zoals BIG en richtlijnen/protocollen

### **4. Resultaatgebieden**

#### **4.1 Goed en tijdig geïnformeerde cliënten en diens vertegenwoordiger**

De contactverzorgende is gedurende het proces van zorg en dienstverlening vanaf het begin verantwoordelijk voor correcte informatievoorziening van en naar de cliënt en diens vertegenwoordiger met betrekking tot de in het zorgleefplan gemaakte afspraken.

In de rol van intermediair is hij/zij de spil tussen de cliënt, de disciplines, de mantelzorg en de overige teamleden die bij de zorgverlening zijn betrokken. Door middel van het voeren van de dialoog zorgt hij/zij ervoor dat de cliënt (en zijn/haar vertegenwoordiger) te allen tijde, maar vooral in het geval van veranderingen en ontwikkelingen, gehoord wordt en volledig op de hoogte is.

De contactverzorgende draagt er zorg voor dat de cliënt niet voor onverwachte verrassingen komt te staan en de regie over zijn/haar eigen leven, binnen de mogelijkheden en beperkingen, kan blijven voeren.

#### **4.2 Uitgevoerd zorgleefplan van de aan hem toegewezen cliënten**

De contactverzorgende bewaakt met betrekking tot de aan hem/haar toegewezen cliënten, in overleg met de cliënt, collega's en andere disciplines de totstandkoming, uitvoering, bijstelling en



evaluatie van het zorgleefplan. Hij/Zij is verantwoordelijk voor de coördinatie van alle activiteiten zoals vermeld in het zorgleefplan en bereidt het MDO voor. Hij/zij zorgt ervoor dat er gewerkt wordt volgens de kernprincipes van cliënt in regie.

De contactverzorgende heeft een extra signaleringsfunctie. Hij/zij is in staat om op basis van observatie van de cliënt ongewone veranderingen waar te nemen, deze te beoordelen op de ernst en spoedeisendheid en in te schatten welke handelingen of (vervolg) acties noodzakelijk zijn (klinische blik).

#### **4.3 Up-to-date zorgleefplan**

De contactverzorgende heeft tot taak de toegewezen cliënten te observeren en eventuele bijzonderheden te rapporteren/melden aan de behandelaars middels het zorgleefplan.

De contactverzorgende is belast met het invullen van registratielijsten en rapporteert over de cliënten voor wat betreft hun lichamelijk en persoonlijk welbevinden in relatie tot het zorgleefplan.

Bij de bespreking van het zorgleefplan arrangeert hij/zij, zo gewenst, de aanwezigheid van de cliënt en diens vertegenwoordiger. In alle gevallen zorgt hij/zij voor tijdige en correcte rapportage naar de cliënt en zijn/haar vertegenwoordiger. Waar mogelijk betreft de contactverzorgende en/of werkt hij/zij samen met de mantelzorg.

#### **4.4 Tevreden cliënten die aan hem zijn toegewezen**

De contactverzorgende draagt vanuit zijn/haar coördinerende rol zorg voor complete ondersteuning op het gebied van zorg, wonen en welzijn, zodat de cliënt een gevoel van welbevinden ervaart. Omdat hij/zij weet welke keuzes de cliënt (samen met de verwant en/of mantelzorger) heeft gemaakt, kan hij/zij (laten) handelen vanuit de visie, zodat de cliënt zoveel als mogelijk het leven kan blijven leiden zoals de cliënt dat wil en zoals de cliënt dat gewend is. Hij/zij is met de cliënt (of diens vertegenwoordiger) in gesprek, hij/zij kan de behoeften en de vraag van de cliënt articuleren en weet voor het overige wat nodig is (samenwerking met de mantelzorg) voor een prettige en ontspannen sfeer op de afdeling.

#### **4.5 Bijdrage aan de professionaliteit, werksfeer en cultuur**

De contactverzorgende draagt bij aan een goede en open werksfeer binnen het team. Hij/zij staat open voor het op een professionele wijze ontvangen en geven van feedback en weet een positieve bijdrage te leveren aan de cultuur binnen het team.

Hij/zij kent de rol, neemt hiervoor de eigen verantwoordelijkheid en weet zich in die hoedanigheid te positioneren naar zijn/haar collega's, ook in MDO verband.

Daarnaast bevordert de contactverzorgende de sociale contacten tussen collega's, tussen cliënten en collega's en de mantelzorgers. De contactverzorgende laat 'het gevoel van samen' zien in woord en gedrag en vervult hierin een voorbeeldrol.

#### **4.6 Teamrollen**



Alle taken die nodig zijn voor het leveren van de gewenste en vereiste zorg en dienstverlening ten behoeve van hun cliëntengroep worden binnen het team verdeeld. Dat gebeurt op een zodanige manier dat een optimale verbinding plaatsvindt tussen opdracht, talenten en competenties enerzijds en de wensen/verwachtingen van de cliënt anderzijds. Teamrollen kunnen verschillen per zorgsetting.

Elk teamlid levert vanuit zijn/haar functie een individuele bijdrage aan het teamresultaat en kan hiertoe, in collegiaal overleg, extra taken en verantwoordelijkheden (teamrollen) krijgen die passen bij het niveau van de functie en de competenties van het teamlid. Als er extra opleiding of training nodig is, kan dat binnen het team worden afgesproken en wordt deze georganiseerd.

**5. Kritieke situaties**

- Als gevolg van onderbezetting ontstaat er een onbalans in administratieve/zorginhoudelijke taken en contactmomenten met de cliënt en diens vertegenwoordiger
- Verschil tussen de wensen van de cliënt en mantelzorgers en de professionele opvattingen en mogelijkheden van de organisatie
- Emotionele cliënten en/of mantelzorgers (soms ook agressief gedrag)
- Gedragsproblemen cliënten
- Kennisname van (ongewilde) vertrouwelijke informatie van een aan hem/haar toegewezen cliënt
- Het door collega's niet nakomen van afspraken uit het zorgleefplan
- Verstoringen binnen de samenwerking

**6. Competenties**

- Klantgerichtheid
- Mondelinge en schriftelijke vaardigheid
- Overtuigingskracht
- Samenwerken
- Delegeren
- Onderhandelen
- Plannen en organiseren

**7. Kritieke prestatie indicatoren**

- Mate van cliënttevredenheid
- Normen van verantwoorde zorg
- Mate van bereikbaarheid/beschikbaarheid voor zijn/haar cliënten
- Juist uitgevoerde zorgleefplannen van de aan hem/haar toegewezen cliënten
- Zorgleefplan van de aan hem/haar toegewezen cliënten
- Mate van betrokkenheid bij het leerproces van leerlingen en stagiaires
- Mate van betrokkenheid bij het team

**8. Functie-eisen, vaardigheden en verantwoordelijkheden**

- Minimaal Kwalificatie niveau 3 VIG

- Zelfstandigheid is vereist bij het verrichten van de werkzaamheden volgens procedures en richtlijnen. Initiatief is vereist bij het opstellen van het zorgleefplan in overleg met betrokkenen en het multidisciplinair team en in de directe zorgverlening rondom de toegewezen cliënten. Bij zorginhoudelijke of organisatorische problemen en in acute situaties is terugval mogelijk op de directeur;
- Sociale vaardigheden zoals tact, inlevingsvermogen, luisteren, hulpvaardigheid, motiveren en stimuleren zijn vereist bij het begeleiden en verzorgen van cliënten en bij het in voorkomende gevallen begeleiden van cliënten en hun verwanten in terminale situaties. Eisen worden gesteld aan overtuigingskracht en het overbruggen van tegenstellingen bij het in overleg opstellen van het zorgleefplan en bij het coördineren en bewaken van zorg;
- Er is risico op materiële schade bij het coördineren van zorgverlening aan toegewezen cliënten. Er is risico op immateriële schade bij het onderhouden van contacten met cliënten en hun verwanten. Er is risico op het veroorzaken van persoonlijk letsel bij cliënten bij het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen;
- Mondelinge uitdrukkingsvaardigheid is vereist in de contacten met cliënten, hun verwanten en collega's en in diverse overlegsituaties. Schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is vereist bij het opstellen van zorgleefplannen en dagrapportages volgens vast format. Non-verbale uitdrukkingsvaardigheid is vereist in de omgang met psychogeriatrische cliënten;
- Bewegingsvaardigheid is vereist bij het verrichten van verpleegtechnische handelingen zoals subcutaan en intramusculair injecteren, katheteriseren bij vrouwen en het bijwerken met de personal computer;
- Oplettendheid is vereist bij het signaleren van veranderingen in de lichamelijke en/of geestelijke gesteldheid van cliënten, het verrichten van verpleegtechnische handelingen en het coördineren en bewaken van zorgverlening;
- Doorzettingsvermogen is vereist bij het verzorgen, verplegen en begeleiden van psychogeriatrische cliënten. Systematisch en hygiënisch werken is vereist bij het opstellen en evalueren van het zorgplan en het verrichten van verpleegtechnische handelingen. Eisen worden gesteld aan integriteit in verband met het omgaan met persoonlijke en vertrouwelijke gegevens van cliënten. Eisen worden gesteld aan representatief voorkomen en gedrag in contacten met cliënten en hun relaties. Gevoel voor het menselijk lichaam is vereist bij het signaleren van veranderingen in de lichamelijke en/of geestelijke gesteldheid van cliënten.

#### 9. Inconveniënten

- Fysieke belasting treedt op door het vele malen per dag ondersteunen en tillen van cliënten met behulp van tilhulpmiddelen;
- Psychische belasting treedt op door de confrontatie met leed van (psychogeriatrische) cliënten en het aangesproken worden op (afwijkende) wensen/verwachtingen ten aanzien van zorgverlening;
- Bezwarende werkomstandigheden bestaan uit het in aanraking komen met onaangenaam aandoende materialen zoals incontinentiemateriaal; er is kans op persoonlijk letsel door agressief gedrag van cliënten en prikaccidenten.

#### 10. FWG

De functie is ingedeeld in FWG 40.

## WOL coaching plan van aanpak

Aanpak WOL coaching Kloek Werkdocument, 30 maart 2020

Voorlopig alleen digitaal / online werkzaamheden.

Deze aanpak wordt per week aangevuld met vervolgstappen.

Doel is komen tot een Plan van Aanpak conform WOL richtlijnen. Dat is al een leerproces op zichzelf, dus we wachten niet met verbeteren tot het Plan van Aanpak klaar is.

**Thema's en aanpak komende periode:**

### Primair proces / [ ]:

Methodisch werken

Veilige zorg (WZD)

Multi-disciplinair werken & contact met andere disciplines (oa arts)

Cultuur/ dialoog en communicatie / leren en verbeteren

Bevoegd en bekwaam overzicht (en specifiek op doelgroep dementie)

Teamsamenstelling en personele inzet op de huiskamers

Activiteiten/Welzijn

MIC meldingen

Roosters

Aanpak:

afspraken met [ ],

interviews met zorgmedewerkers,

meelezen in dossiers,

bekijken van bevoegd & bekwaam

inzien van notulen en werkoverlegvormen,

familie interviewen,

activiteitenplanning bekijken



Strategie / [REDACTED] :

Visie verheldering en verdieping

Leiderschap en implementatie

Medezeggenschap en familie-betrokkenheid

Leren en verbeteren op organisatie-niveau

Financiële achtergronden; van PGB naar ZIN en effecten daarvan

Personele samenstelling / strategische personeelsplanning

Aanpak

Afspraken met [REDACTED]

Kennismaken met andere bestuurder

Inlezen in relevante stukken:

- Jaarverslagen (financieel en inhoudelijk)
- Verslagen MT
- Verslagen RvC
- Verslagen Cliëntenraad

Interview met RvC (voorzitter)

Interview met cliëntenraad

Interview met andere relevante stafleden (voor zover die er zijn?)

Afspraken [REDACTED] en [REDACTED] naar aanleiding van contact 1/4/20

- Fysieke Afspraak maandag 6 april
- Stukken via toegang tot Google docs en suite
- Kennismaken met Theo Berg is vooralsnog niet nodig ivm vertrek bij de Kloek per 1/9/20 en tot die tijd ook niet operationeel betrokken.
- In verband met mogelijke aanpak via 'klantbeloften' haakt Martin ook de marketing- en communicatieadviseur aan.
- Met de komst van een directeur Zorg voor 1 dag per week met ingang van 1 april (?) is zij ook een belangrijke gesprekspartner.
- De contacten met de SO vinden vooralsnog plaats door [REDACTED] in casu in het primair proces.

## WOL Roosendaal plan van aanpak

Toelichting Plan van Aanpak Kloek Waardigheid & Trots op Locatie

DOEN			VASTHOUDEN BORGEN	
Doel	Interventie	Resultaat	Hoe wordt vastgesteld of het doel is behaald?	Tijdpad/ wie verantwoordelijk
Thema 1 Persoonsgerichte Zorg				
ECD (ONS) wordt optimaal benut	In samenwerking met specialist Vilans wordt ONS optimaal benut en ingericht, hierin is ook een procedure MDO	Beleid ONS, zorgplan te maken en door wie		
Methodisch werken volgens zorgplan en zorgdossier	Medewerkers worden getraind in werken volgens beleid ONS Medewerkers leren iedere dag op de werkvloer middels SQRUM (uitleg volgt)	Er is een duidelijke handleiding hoe te werken met ONS <u>Medewerkers gebruiken ONS</u>		
Eigenaarschap, (is verantwoordelijkheid dragen voor taak, of bewoners)	Taakverdeling, wie waarvoor verantwoordelijk is, noodzakelijk Verantwoordelijkheid mogen dragen en fouten mogen maken	Persoonsgerichte zorg is gecoördineerd per dag en per bewoner		
Medewerkers bespreken met elkaar persoonsgerichte Zorg	Begeleide intervisie, en leren reflecteren met elkaar, dialoog voeren	Aanspreekcultuur is aanwezig		
MDO worden uitgevoerd, 2 keer per jaar	Samenwerking met SO en andere disciplines vormen in beleid	Client krijgt zorg, die multidisciplinair besproken wordt, wanneer noodzakelijk		
Thema 2 Wonen & Welzijn				

Familieparticipatie is geregeld	Verwachtingsmanagement naar familie op organisatie en locatieniveau	Familieparticipatie is ingebed in de organisatie		
Samenwerking met familie en vrijwilligers is georganiseerd op de afdeling				
Zinvolle dagbesteding	Persoonlijk clientverhaal in ECD belangrijke plaats geven Implementatieplan op Zinvolle dagbesteding uitwerken met medewerkers verschillend niveau, activiteitenbegeleider aantrekken	Client ervaart zinvolle dagbesteding, dit is geregeld in de agenda		
Vrijwilligers zijn aanwezig om zinvolle dag invulling te geven	Vrijwilligercoördinator regelt volgens verzoek van client	Vrijwilligersbelid is geïmplementeerd		
<b>Thema 3 Veiligheid</b>				
Methodisch oppakken risicosignalering in zorgdossier	Steekproefgewijs controleren			
Korter termijn besprekingen MIC meldingen	Cyclisch inplannen van bespreken en medewerkers leren rapporteren	Openheid over fouten mogen maken en daarvan leren		
Samenwerking artsen en draagvlak bij artsen hiervoor	Afspraken met SO en artsen vastleggen	Client krijgt veilige zorg		
Elkaar aanspreken en serieus nemen, acties afspreken, die hieruit voortkomen	Evaluatie van de dienst implementeren (zijn afspraken nagekomen, hebben we elkaar aangesproken) Dagcoördinator aanstellen met duidelijke taken	Afspraken worden nagekomen, dialoog voeren is een gewoonte		



Hygienisch werken controle dagelijks zeker noodzakelijk nu	Controle op handhygiene volgens protocol (onder de aandacht brengen) Steekproefgewijs controleren			
<b>Thema 4 Leren &amp; Verbeteren</b>				
Leren op de werkvloer is een onderdeel van de leervisie en wordt gedragen door de organisatie	Visie op leren; 70-20-10 principe implementeren SQRUM methode introduceren Leren reflecteren op ind en teamniveau krijgt aandacht	Deskundigheid van medewerkers is ingebed in de dagelijkse gang van zaken		
<b>Leervisie en beleid ontwikkelen</b>	Opzet van werkgroep 'leren en ontwikkelen' bestaande uit stuurgroep WOL aangevuld met collegiaal begeleider(s), één of meer verpleegkundige(n) Stap 1: kennisoverdracht over 'leren en ontwikkelen' (WOL coach evt ism KLM van WOL) Stap 2; interactieve sessie om kennis toe te passen op mogelijkheden voor de Kloek. Stap 3; impactanalyse van huidig aanbod Stap 4: opstellen beleid en vaststelling door bestuurder. Stap 5: implementatie waarbij collegiaal begeleiders worden extra hierin	<b>Gedragen visie. Implementatie op de werkvloer met behulp van collegiaal begeleiders. Waar nodig aanpassingen van het scholingsaanbod</b>		

	meegenomen en gecoached zodat zij de dragers van de visie worden in de coaching van collegas. Stap 6: eventuele aanpassing en/of uitbreiding van het scholingsaanbod.			
<b>Thema 5 Leiderschap Governance Management</b>				
<b>Inhoudelijk inspirerend en effectief leiderschap</b>	<b>Leiderschapsprogramma. Opstellen leerdoelen en uitvoering met behulp van coaching, kijk in de keuken bij collega's, concrete opdrachten. Bestemd voor Bestuur en management (3 mensen)</b>	<b>Sterker management</b>	<b>P&amp;C cyclus kunnen volgen 360 graden feedback instrument</b>	<b>Start oktober; Leiderschapstraject afronden zomer 2021. Bestuur ism WOL coach</b>
<b>Heldere communicatie</b>	Vanuit het veranderprogramma wordt een communicatielijns opgezet. De communicatie moet vooral voor eenduidigheid zorgen; dat er geen verschil in informatie kan bestaan. Het is informatief en inhoudelijk met niet alleen mededelingen maar ook 'verhalen'. De communicatie is gericht op medewerkers en cliënten / familie. Transparant, empathisch en duidelijk zijn daarbij kernbegrippen	<b>Nieuwsbrieven en andere communicatie uitingen (blogs) over het verandertraject. Uitgangspunten en afspraken over interne communicatie</b>	<b>Aantal uitingen Vastgesteld beleid Korte uitvraag bij medewerkers en LCR naar tevredenheid.</b>	Binnen het projectteam iemand benoemen als communicatieverantwoordelijke

Taken en rollen van managers zijn duidelijk	Heldere taakopdracht voor alle functionarissen	Effectieve samenwerking, die elkaar aanvult. Gezamenlijk gedragen plan		
Thema 6 Personele samenstelling				
Deskundige medewerkers	Maken van competentieprofielen per functiegroep. Te starten met de groep collegiaal begeleiders. Ontwikkeling van POP's met leerdoelen op basis van competentieprofiel. Instrument POP 'eenvoudig' inrichten; leerdoelen	Overzicht van gewenste deskundigheid per functie Individuele leerplannen per medewerker	Competentieprofielen aanwezig. 75% van de medewerkers in het primair proces heeft een POP opgesteld.	Locatiemanager, bestuurder met ondersteuning van WOL coach
Het team (2) kan met elkaar samenwerken op een afgesproken en gedragen wijze	Teambijeenkomst bij aanvang Rollen bespreken eigenaarschap/fouten mogen maken/ vertrouwen geven Reflecterend leren inrichten middels intervisie, individuele coaching	Het team heeft draagvlak om met elkaar te werken en is gericht op Persoonsgerichte Zorg		
Gedragscodes integraal ontwikkelen, vaststellen en implementeren	Bedacht en uitgewerkt door een diverse groep medewerkers	Iedere medewerker kent de gedragscodes en mag elkaar daarop aanspreken		
Thema 8 Gebruik van Informatie				
Kwaliteitsinformatie is makkelijk vindbaar voor medewerkers	Inventarisatie welke informatie nodig is (protocollen, interne richtlijnen,	Medewerkers weten kwaliteitsinformatie te vinden en te gebruiken.		



	kwaliteitsinstrumenten). Vindbaar maken van informatie voor medewerkers.			
Clientervaringsgegevens worden opgehaald en benut	Inventarisatie van diverse systemen van ophalen clientervaringsgegevens. Keuze maken in samenspraak met LCR. Implementatieplan en communicatie	Cliënten (familie) geven ervaringen door; na drie maanden minimaal 50% Clientinformatie wordt gebruikt in de P&C cyclus en gedeeld met LCR	In P&C cyclus LCR is 'waakhond' Meting op aantal deelnemende familie.	

## WOL Roosendaal uitnodiging bijeenkomst coach

18-6-2020

Beste allemaal,

We gaan langzaam maar zeker starten met jullie afdeling in structuur te zetten.

heeft het rooster en de verdeling van de teams per verdieping/afdeling bekend gemaakt.

wordt jullie vaste aanspreekpunten, als er niet is.

Werkoverleg wordt iedere oneven week dinsdag, van 13.15-14.45 gedaan.

Voor de vakantie willen we nog enkele structuren afspreken met elkaar.

Daarom de volgende vraag; wie wil er helpen voorbereide en nadenken over:

- Dagstructuur
- Overdracht
- Verantwoordelijke van de dag
- Taakverdeling via aandachtsvelder
- Gebruik communicatiekanaal
- Rol Ev er
- Communicatie familie
- Rol Huiskamerassistent

Daarnaast krijgen we helderheid over rol /MDO's en neemt contact op met Vilansmedewerker, die gespecialiseerd is in dossiers inrichten en handleidingen schrijven.

Willen jullie bij en mij melden of je 29 juni 's middags in een bijeenkomst wilt geven en op welk onderdeel.

Mijn wens is dat er een diverse groep meedenkt van huiskamerassistent, helpende, VIG er en verpleegkundige.



Begeleidingsdeskundige Tracin Consultancy & Tracjo  
Coach en scanner Waardigheid & Trots

## weigeringsgrond 10.2.e.

## Scan waardigheid en trots Roosendaal

**FORMAT PLAN VAN AANPAK PLUS- en KWALITEITSTRAJECTEN**  
**WAARDIGHEID EN TROTS OP LOCATIE**  
**Organisatie met 1 deelnemende locatie**

Datum	01-06-2020
Organisatie	Kloek B.V.
Locatie	Kloek Roosendaal
WT-nummer	WL730000
Type ondersteuning	Kwaliteitstraject
Betrokkene van de locatie: (locatiemanager, projectleider)	Naam: Martin de Graaf Functie: Bestuurder / eigenaar
Betrokken coach(es):	[REDACTED]
Betrokken tranchemanager:	[REDACTED]
Betrokken kennismanager(s) (t.b.v. licht ondersteuning):	<input type="checkbox"/> [REDACTED] <input type="checkbox"/> [REDACTED] <input type="checkbox"/> [REDACTED] <input type="checkbox"/> [REDACTED] <input type="checkbox"/> [REDACTED] <input type="checkbox"/> [REDACTED] <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: Type hier uw antwoord
Andere betrokkenen vanuit WOL/Vilans:	Naam: Type hier uw antwoord. Naam: Type hier uw antwoord.

## Inhoudsopgave

0. Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1. 2
2. Uitkomsten Scan
3. 5
4. 18
5. 25

4

## 1. Voorwoord locatiemanager

Bespreek hier:

- Aanleiding, reden om met deze locatie deel te nemen aan WOL
- Wat wil deze locatie graag leren? Waarop wil de locatie zich in dit traject richten? Wat zijn de ambities?



Aanleiding is het IGJ bezoek geweest waarin geconcludeerd is dat er een hoop zaken niet op orde zijn. Ik als bestuurder onderken dit. Al geruime tijd zijn we bezig om het kwaliteitsniveau binnen Kloek te verbeteren waarbij we ook externe partijen hebben ingezet. Tot op heden hebben we maar moeizaam verbeterlagen kunnen bewerkstelligen. Het inzicht en de kracht om er een samenhangend geheel van te maken ontbrak bij het management en bestuur. Er werd vooral gestuurd op incidenten, waardoor er steeds meer Top down druk werd opgelegd, terwijl dit niet de juiste methode is. Het methodisch werken in alle lagen van de organisatie is de grootste uitdaging waar we graag hulp bij zouden willen hebben. We denken dat als dit proces is verbeterd samen met het optimaal gebruik maken van het ZLP, dat alle andere processen hiermee samenhangen, waardoor we de kwaliteit in de hele organisatie kunnen verbeteren.

## 2. Informatie over de locatie en organisatie

### 1a. Korte beschrijving van de organisatie (type zorg, grootte, signatuur, inspectiebezoeken etc.)

Kloek wonen met zorg, is een particulier initiatief voor kleinschalige woonzorg voor mensen met dementie. Het is gestart met één locatie in Roosendaal en na verloop van tijd uitgebreid met een locatie in Amsterdam. De locatie Roosendaal heeft 33 bewoners met ZZP 5 (2 bewoners hebben nog een ZZP-4). De financiering vindt plaats op basis van PGB's van de bewoners. Het plan is om dat om te gaan zetten naar Zorg in Natura (ZIN) met behulp van VPT. Dat proces is momenteel gaande. Kloek is gestart door twee ondernemers die een bijdrage willen leveren aan maatschappelijke doelen voor mensen met een smallere beurs door de opzet van dit initiatief. Doel was om een zo gewoon mogelijke woonzorgvorm te bieden die vooral op het dagelijkse gewone leven was gericht en vanuit dat perspectief cliënten te verzorgen en te ondersteunen. Eén van de twee bestuurders is ondertussen op de achtergrond en vertrekt binnenkort. De IGJ is bij beide locaties geweest, laatstelijk in Roosendaal en heeft naar aanleiding daarvan tekortkomingen geconstateerd. Op grond van het voornemen om met behulp van Waardigheid & Trots op locatie verbeteringen te realiseren heeft de IGJ laten weten dat zij uiterlijk in juli 2020 een voortgangsrapportage willen ontvangen over de voortgang. De organisatie is nu, met twee locaties, uit de pioniersfase en moet in de volgende fase (meer) gaan professionaliseren. De noodzaak vanuit de IGJ beoordeling en vanuit eigen ervaring om dat te doen leiden tot een hoge veranderbereidheid waarbij de ondersteuningsvraag bewust is gesteld.

### 1b. Korte beschrijving van de locatie (belangrijke kenmerken)

Kloek Roosendaal biedt kleinschalig wonen voor mensen met dementie in de laagste inkomensklasse. Het hoofdkantoor zit in Alphen aan de Rijn. Kloek is op 1 maart 2016 als organisatie gestart met het bieden van zorg in Roosendaal. Kloek Roosendaal is een kleinschalige woonlocatie voor mensen met dementie, gevestigd in een gebouw waar verschillende zorgpartijen zijn gehuisvest. Kloek Roosendaal biedt aan cliënten zorg en ondersteuning. Er is op de locatie plaats voor 44 cliënten (incl. uitbreiding van 8 appartementen per 1 januari 2020, waarvan er op dit moment een bewoond is). Elke cliënt in Kloek Roosendaal beschikt over een eigen appartement. De zorg en ondersteuning voor cliënten wordt op dit moment gefinancierd vanuit een persoonsgebonden budget op grond van de Wet langdurige zorg. Voor nieuwe cliënten zal dit vanuit ZIN zijn. Kloek Roosendaal heeft geen aanmerking in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). De huidige teamleidster is 2 jaar geleden op deze locatie begonnen. [REDACTED] en wordt vervangen door een interim teamleider voor 16/20 uur per week. Per 1 augustus is er een locatiemanager aangenomen. De locatie heeft per 1-3 2020 een SO in dienst gekregen. Er wordt met verschillende functies gewerkt, oa huiskamerassistentes, VIG, verpleegkundigen en helpenden.

Tabel 1: Personeelssamenstelling en cliëntenaantallen op de locatie (vooraf ingevuld uit scanverslag, indien aanwezig)

Totaal aantal personeel in loondienst (fte)	32,2
Totaal aantal medewerkers in loondienst (aantal)	45
Totaal aantal vrijwilligers	8
Totaal aantal cliënten	33 (ruimte voor 44)
Percentage cliënten waarvoor behandeling is ingekocht (%)	0
Aantal cliënten per specifieke doelgroepen	Psychogeriatric: 44 Somatic: 0  Anders, namelijk: 0



## Uitkomsten Scan

2a. Tabel met themakleuren uit Scans (NB. De informatie voor 2a t/m 2d. worden vooraf ingevoegd vanuit het scanverslag)

Datum scanverslag	Thema 1: Persoonlijke zorg	Thema 2: Wonen en welzijn	Thema 3: Veiligheid	Thema 4: Leren en Verbeteren	Thema 5: Leiderschap, governance en management	Thema 6: Personeels-samens-telling	Thema 7: Gebruik van hulpbronnen	Thema 8: Gebruik van informatie
20-2-2020	Aandachtspunt	Neutraal/onduidelijk beeld	Neutraal/onduidelijk beeld	Aandachtspunt	Neutraal/onduidelijk beeld	Aandachtspunt	Neutraal/onduidelijk beeld	Aandachtspunt

2b. Uit het scanverslag: welke aandachtspunten en onderliggende oorzaken kan de locatie zelf oppakken of worden zelf opgepakt? (7e uit scanverslag)

Beroep op eigen verantwoordelijkheid wel benoemen Dingen die opgepakt moeten worden continueren in het onderhouden van een leerklimaat. Je mag leren en hoe doe je dit het beste en bij wie kan je continu terecht.

2c. Uit het scanverslag: Ondersteuningsbehoefte zoals verwoord door locatiemanager (7f uit scanverslag)

Teamleidster geeft aan dat zij voor de veranderingsopgave behoefte heeft aan ondersteuning. Die behoefte richt zich zowel op kwaliteit (deskundigheid) als kwantiteit (omvang van portefeuille). Punt van aandacht is het gegeven dat de teamleidster in juni voor vier maanden met zwangerschaps-/bevallingsverlof gaat. Gelet op het gegeven dat veel op de schouders van de teamleidster lijkt te liggen, maakt de voortgang van ingezette c.q. in te zetten verbeteringen kwetsbaar. De Teamleidster is momenteel [REDACTED], hiervoor is haar plaatsvervanger Teamleidster a.i. voor aangesteld.

2d. Uit het scanverslag: oordeel van de scanners t.a.v. stand van zaken en ondersteuningsbehoefte (9a uit scanverslag)

Ja, de kleuren geven de huidige stand van zaken over het algemeen goed weer. In het terugkoppelgesprek is nadrukkelijk ingezoomd op pijler 5 (leiderschap, governance & management). Scanners zien deze pijler (o.a. leidinggeven aan de verandering/verbetering, organisatiestructuur op locatie, inbreng SO) als een belangrijk aandachtspunt voor een vervolgtraject. Op basis van het kwaliteitsgesprek hebben de scanners gekozen voor de kleur geel. Op basis van het terugkoppelgesprek neigt de kleur naar 'oranje'. Foto is daarop evenwel vooralsnog niet aangepast.



### 3. Analyse per thema Kwaliteitskader verpleeghuiszorg

*Dit hoofdstuk beschrijft op themaniveau een analyse van onderliggende oorzaken van de stand van zaken en eventuele aanscherpingen t.a.v. het scanverslag. De scan is het uitgangspunt voor dit plan van aanpak, het is echter mogelijk dat coach(es) op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. van conclusies zoals deze waren opgenomen in het scanverslag.*

#### Thema 1: Persoonsgerichte zorg

Uitkomst Scan (vooraf ingevuld) - algemeen beeld thema 1: Persoonsgerichte zorg	
Aandachtspunt	Algemeen beeld is dat er onvoldoende methodisch met het ZLP wordt gewerkt. (Vaste) medewerkers kennen bewoners wellicht wel goed, maar is nergens duidelijk vastgelegd. Scanners hebben er onvoldoende zicht op of er ook daadwerkelijk op teamniveau vanuit persoonlijke behoefte van bewoner wordt gewerkt. Bewoner wordt niet bij opstellen ZLP betrokken (om reden dat hij/zij dat niet meer kan). Het ZLP wordt wel met de eerste contactpersoon besproken. ZLP wordt onvoldoende als leidend instrument gebruikt. Conceptrapportage vanuit bezoek IGJ op 21 november 2019 maakt hier ook opmerkingen over. Daarnaast is er een neiging tot overnemen van regie van bewoner. Er wordt snel gezegd dat de bewoner (met dementie) het niet meer kan. Er is onvoldoende betrokkenheid van huisarts/SO en andere paramedici, gedragskundigen (wel dementiecoach). Inmiddels is Klok in onderhandeling over ondersteuning van een SO en ambulant team GGZ.

**3a. Analyse thema Persoonsgerichte zorg.** Beschrijf wat onderliggende oorzaken zijn van het beeld van dit thema dat uit de scan naar voren komt en die kunnen verklaren waarom zaken/onderwerpen (nog) niet op orde zijn.

Vanuit de visie 'een zo gewoon mogelijke woonvorm zijn' is vooral gewerkt op het geleide van het ritme van de bewoner, dit is onvoldoende vertaald naar methodisch werken met behulp ZLP, goede rapportages en cyclisch werken. Daardoor is er veel ruimte voor eigen interpretatie van medewerker en wordt er veel ad hoc gedaan. Deskundigheidsbevordering heeft plaatsgevonden door het inzetten van een dementiecoach waarbij vooral veel voorbeeldgedrag is getoond maar niet methodisch is ingezet op borging in gedrag en/of ZLP.

Het volgen van het ritme van de cliënt is een op zich bij persoonsgerichte zorg passend uitgangspunt, maar het is niet methodisch uitgewerkt. Het is wel terug te zien op de werkvloer, maar heeft ook als effect dat medewerkers afwachtend zijn en niet/weinig initiatief nemen om in wel "iets" te doen met bewoners. Dit komt voort uit niet gestructureerd aanbieden van zorg, omdat zorgdossier nog te wensen overlaat. Bovendien is bij dementie juist ook de goede mix van prikkels en rust essentieel.

Meer specifiek leidt dit tot:

Beleid t.a.v. maken zorgdossier/ZLP en inrichten op methodische wijze ontbreekt. In ONS is een grote diversiteit aan zorgdoelen te vinden. ONS wordt niet optimaal benut. Dagelijkse invulling van persoonsgerichte zorg is ingericht op geleide van het ritme van de bewoner en onvoldoende op duidelijke afspraken, die in het zorgplan, zorgkaart en in persoonlijk cliëntverhaal terug te vinden zijn. Behoeftes en wensen van familie zijn soms leidend voor de acties, die er uitgevoerd worden. Samenwerking met artsen is niet voldoende gebleken in het oppakken van problemen bij cliënten. Er is onlangs een SO gestart, wat zeer noodzakelijk is om multidisciplinair samen te werken met verschillende disciplines. De SO is geen behandelend arts, dat blijft de huisarts, maar levert een belangrijke bijdrage in consultatie, communicatie en deskundigheidsbevordering. Deskundigheid op de werkvloer t.a.v. methodisch werken en omgaan met dementie moet actief worden opgepakt in de

brede zin van het woord. Iedere medewerker, die zorgt voor de cliënt moet vanuit zorgdossier (kunnen) werken. Nu wordt er veel uitgegaan van impliciete veronderstellingen en wacht men daarom ook soms op elkaar en neemt niemand verantwoordelijkheid.

**3b. Zijn er aanscherpingen of wijzigingen t.a.v. het beeld dat naar voren komt uit het scanverslag?** *Toelichting: de uitkomsten van de scan, de ondersteuningsvraag van de locatiemanager en het ondersteuningsadvies van de scanners zijn het uitgangspunt voor het ondersteuningstraject en dit plan van aanpak. Het is mogelijk dat de coaches op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. de uitkomsten uit de scan.*

Kleur scan (vooraf ingevuld)	Eventueel aangepast beeld	Reden	Toelichting/onderbouwing aanpassing
Aandachtspunt	Kies een kleur	<input checked="" type="checkbox"/> De locatie blijkt op dit onderdeel onbewust-(on)bekwaam <input type="checkbox"/> Gesloten cultuur, waardoor zaken niet naar boven zijn gekomen <input type="checkbox"/> N.a.v. op detailniveau meekijken komt de coach tot andere conclusie <input type="checkbox"/> Andere metingen (bv. audits) laten een ander beeld zien <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk: Type hier de andere reden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basishouding, verantwoordelijk maken, eigenaarschap van medewerkers, niet instructiegericht, maar leren door doen en bespreken. Elkaar aanspreken is een zeer lastig fenomeen.</li> <li>• Methodisch werken (ZLP)inrichten en medewerkers scholen in omgaan met dementie (GVP)</li> <li>• MDO's nog niet onderdeel van de organisatie</li> </ul>



## 3c. Wat is de ambitie van deze locatie ten aanzien van Persoonsgerichte zorg?

- ECD (ONS) wordt optimaal benut
- Deskundigheid bevorderen op de werkvloer
- Samenwerking met andere disciplines en familie versterken
- Beleid ONS, zorgplan te maken en door wie vastleggen en uitvoeren
- Basishouding van medewerkers normeren met een duidelijke gedragscode
- Taakverdeling, wie waarvoor verantwoordelijk is, noodzakelijk
- Verantwoordelijkheid mogen dragen en fouten mogen maken
- Aandacht voor methodisch werken met zorgdossier en PDCA

## 3d. Wordt er in dit traject actief gewerkt aan het thema Persoonsgerichte zorg?

- ☐ Geen focus op dit thema (geen urgentie)
- ☐ Thema behoeft aandacht, maar wordt later opgepakt. Motivatie: Type hier de motivatie.
- ☒ Ja, met ondersteuning vanuit WOL
- ☐ Ja, zelfstandig (niet in het kader van WOL-traject), namelijk: Beschrijf hier de zelfstandige aanpak.

## Thema 2: Wonen en Welzijn

Uitkomst Scan: algemeen beeld thema 2: Wonen en welzijn	
Neutraal/onduidelijk beeld	Als algemene score is geel gekozen als soort van gemiddelde van alle items binnen dit thema's. Belangrijke thema's als aandacht voor levensvragen, zinvolle tijdsbesteding en activiteiten en hygiëne hebben evenwel een oranje score gekregen. De twee eerste hangen echter voor een belangrijk deel ook samen met de reeds oranje gescoorde persoonsgerichte zorg.

3a. Analyse thema Wonen en welzijn. Beschrijf wat onderliggende oorzaken zijn van het beeld van dit thema dat uit de scan naar voren komt en die kunnen verklaren waarom zaken/onderwerpen (nog) niet op orde zijn.

Het wonen bij de Kloek is goed geregeld; appartementen naar vrijheid in te richten, met herkenbare eigen voordeuren.

De inrichting van een dagprogramma wat passend is bij de situatie van de betreffende bewoner, waarbij ook SO en GGZ ondersteuning kunnen bieden, als onderdeel van het ZLP is onvoldoende gebeurd tot nu toe. Ook als er wel zaken in het ZLP staan worden ze niet altijd goed nageleefd. Er is geen aanbod van **individuele** en algemene gezamenlijke activiteiten, maar daarover zijn wel verwachtingen gewekt bij familie. Daarbij komt dat er, door de financiële inrichting met PGB's er weinig financiële ruimte is om in te zetten op collectieve / gezamenlijke activiteiten. In de afgelopen periode is er wel geïnvesteerd in activiteiten en ondersteuning, o.a. door de inzet van vrijwilligers. Er is vrijwilligersbeleid vastgesteld een een vrijwilligerscoördinator aangesteld. De aanwezige vrijwilligers zijn vooral familieleden. Er is nog ruimte voor meer vrijwilligers. Familie biedt zich ook aan voor activiteiten.

De inmiddels aangestelde vrijwilligerscoördinator heeft ook - een positieve - invloed op het verbeteren van het dagprogramma. Er is, logischerwijs vanuit de financiering, geen activiteitenbegeleider. Beleid op en afspraken over hoe zinvolle dagbesteding in te vullen is er niet. Visiedocumenten (over o.a. dementie, holistisch denken, zinvolle dagbesteding en inrichten zorgdossier) zijn belangrijk als basis om op individueel niveau te richten op welzijn van de bewoner. Aandacht voor participatie en communicatie met familie is noodzakelijk; zowel op individueel client-niveau (ZLP overleg, inzicht via Caren Zorgt, persoonlijk contact) als op locatieniveau (communicatie, activiteiten) en beleid (contact met cliëntenraad is momenteel goed). Hierin is vertrouwen en verwachtingsmanagement cruciaal.



3b. Zijn er aanscherpingen of wijzigingen t.a.v. het beeld dat naar voren komt uit het scanverslag? *Toelichting: de uitkomsten van de scan, de ondersteuningsvraag van de locatiemanager en het ondersteunings advies van de scanners zijn het uitgangspunt voor het ondersteuningstraject en dit plan van aanpak. Het is mogelijk dat de coaches op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. de uitkomsten uit de scan.*

Kleur scan (vooraf ingevuld)	Eventueel aangepast beeld	Reden	Toelichting/onderbouwing aanpassing
Neutraal/onduidelijk beeld	Aandachtspunt	<input type="checkbox"/> De locatie blijkt op dit onderdeel onbewust-(on)bekwaam <input type="checkbox"/> Gesloten cultuur, waardoor zaken niet naar boven zijn gekomen <input type="checkbox"/> N.a.v. op detailniveau meekijken komt de coach tot andere conclusie <input type="checkbox"/> Andere metingen (bv. audits) laten een ander beeld zien <input checked="" type="checkbox"/> Andere reden, namelijk: Type hier de andere reden	De scan geeft al aan dat op activiteiten en welzijn scores oranje zijn, dat onderschrijven we en vinden we dusdanig belangrijk, na nadere analyse, dat we het gehele thema 'oranje' scoren.

3c. Wat is de ambitie van deze locatie ten aanzien van Wonen en welzijn?

Zorgverleners benutten de mogelijkheden van familie en vrijwilligers beter t.b.v. het welzijn van bewoners.

- Visie op welzijn; wat is dat en hoe bereik je dat?
- Verwachtingsmanagement naar familie op organisatie en locatieniveau
- Beleid op familieparticipatie;
- Beleid op zinvolle dagbesteding/financiën
- Bestaand beleid op vrijwilligers waar nodig aanpassen aan en/of integreren met de visie en het beleid op zinvolle dagbesteding.

3d. Wordt er in dit traject actief gewerkt aan het thema Wonen en welzijn?

- ☐ Geen focus op dit thema (geen urgentie)
- ☐ Thema behoeft aandacht, maar wordt later opgepakt. Motivatie: Type hier de motivatie.
- ☒ Ja, met ondersteuning vanuit WOL
- ☐ Ja, zelfstandig (niet in het kader van WOL-traject), namelijk: Beschrijf hier de zelfstandige aanpak.

### Thema 3: Veiligheid

Uitkomst Scan: algemeen beeld thema 3: Veiligheid	
Neutraal/onduidelijk beeld	Het thema is heeft een gele score gekregen, maar kan naar het oordeel van de scanners evengoed oranje (aandachtspunt) worden gescoord. Er zijn serieuze aandachtspunten op het gebied van veilige zorg, VBM/WZD en meldingen. Aanbeveling van scanners is om bij een vervolgtraject dit thema nader te onderzoeken. Verbeteringen op Veiligheid hangen voor een belangrijk deel samen met het verbeteren van methodisch werken op alle niveaus binnen de organisatie (zie ook leren en verbeteren).



3a. Analyse thema Veiligheid. Beschrijf wat onderliggende oorzaken zijn van het beeld van dit thema dat uit de scan naar voren komt en die kunnen verklaren waarom zaken/onderwerpen (nog) niet op orde zijn.

Door onvoldoende methodisch werken en door onvoldoende deskundigheid op sommige terreinen zijn hierbij problemen. Medewerkers zijn onvoldoende deskundig in dementie, dus weten niet wat wel en niet te doen. Dilemma's rond WZD en eigen regie zijn prominent aanwezig. Medoorzaak is dat er sprake is van zorg zonder behandeling en er dus geen SO/GGZ aanwezig was om te ondersteunen. (NB die is er dus sinds kort wel en kan dus nu beter worden ingeregeld!) Samenwerking met de huisarts loopt niet altijd goed en is bovendien erg op afstand. MDO is er (nog) niet. Deskundigheid op de werkvloer is regelmatig slecht verdeeld, foutgevoeligheid met medicatie komt daardoor regelmatig voor. Risicosignalering dient eveneens methodisch opgepakt te worden in ECD en werkwijze.

MIC meldingen worden laat besproken, zit een administratieve last op, die effectiever kan. Elkaar bereiken om hulp te krijgen (achtervang en/of consultatie) is onvoldoende ingeregeld. Het onvoldoende werken op basis van methodisch zorgleefplan, ook als het gaat om dagbesteding, zorgt voor vrijblijvend werken, niet/onvoldoende veiligheid en persoonsgerichte zorg. Coördinatie op werkvloer is noodzakelijk, voor afstemming, samenwerking, maar ook dragen van verantwoordelijkheid. Handhygiëne is eveneens, ondanks corona (I), een punt van aandacht, wat aansturing nodig heeft, de aandacht hiervoor kan meegenomen worden in corona aanpak van de Kloek en van daaruit geborgd worden in het dagelijks werken.

3b. Zijn er aanscherpingen of wijzigingen t.a.v. de onderwerpen zoals deze waren opgenomen in het scan verslag? *Toelichting: de uitkomsten van de scan, de ondersteuningsvraag van de locatiemanager en het ondersteunings advies van de scanners zijn het uitgangspunt voor het ondersteuningstraject en dit plan van aanpak. Het is mogelijk dat de coaches op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. de uitkomsten uit de scan.*

Kleur scan (vooraf ingevuld)	Eventueel aangepast beeld	Reden	Toelichting/onderbouwing aanpassing
Neutraal/onduidelijk beeld	Aandachtspunt	<input checked="" type="checkbox"/> De locatie blijkt op dit onderdeel onbewust-(on)bekwaam <input type="checkbox"/> Gesloten cultuur, waardoor zaken niet naar boven zijn gekomen <input checked="" type="checkbox"/> N.a.v. op detailniveau meekijken komt de coach tot andere conclusie <input type="checkbox"/> Andere metingen (bv. audits) laten een ander beeld zien <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk: Type hier de andere reden	Zoals al gesteld bij de scan had dit thema verdieping nodig.. NB door corona is er nog maar beperkt meegekeken op de werkvloer, het kan zijn dat er nog meer naar boven komt bij nog gericht meelopen en -kijken. Voor nu: Bewust onbekwaam mbt <ul style="list-style-type: none"> <li>• WZD en dementie</li> <li>• Gebruik maken van ONS op effectieve wijze.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerking GGZ net opgestart, maar geen voortgang door Corona, SO net gestart, mede door Corona nog belemmerd.</li> <li>• Handhygiëne is een verbeterpunt is waarneming uit observatie</li> </ul>
--	--	--	--

**3c. Wat is de ambitie van deze locatie ten aanzien van Veiligheid?**

- Methodisch oppakken risicosignalering in zorgdossier
- Korter termijn besprekingen MIC meldingen
- Hygiënisch werken controle dagelijks zeker noodzakelijk nu
- Samenwerking artsen (draagvlak bij artsen hiervoor)
- Elkaar aanspreken en serieus nemen, acties afspreken, die hieruit voortkomen
- Professionaliteit van verpleegkundigen beter benutten

**3d. Wordt er in dit traject actief gewerkt aan het thema Veiligheid?**

- ☐ Geen focus op dit thema (geen urgentie)
- ☐ Thema behoeft aandacht, maar wordt later opgepakt. Motivatie: Type hier de motivatie.
- ☒ Ja, met ondersteuning vanuit WOL
- ☐ Ja, zelfstandig (niet in het kader van WOL-traject), namelijk: Beschrijf hier de zelfstandige aanpak.

**3e. Wordt er specifieke ondersteuning ingezet op de implementatie van de WZD?**

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☒ Op dit moment niet, mogelijk in een latere fase



## Thema 4: Leren en verbeteren

Uitkomst Scan: algemeen beeld thema 4: Leren en verbeteren	
Aandachtspunt	Algeheel beeld is dat er een beperkte verbeter- en aanspreekcultuur binnen Kloek is. Daarbij wordt leren en verbeteren onvoldoende ondersteund door een methodische aanpak (werken met PDCA-cyclus) op alle niveaus binnen de organisatie. Hiermee is er ook weinig inzicht in waar en hoe het beter kan en bestaat er een gerichtheid op 'doen zoals men gewend is'. Beeld van scanners is dat dit leidt tot een zekere mate van onbewust onbekwaam. Laat zich ook zien in veelal groene scores, terwijl Inspectie en scanners duidelijke aandachtspunten zien. Om het Leren en Verbeteren te ontwikkelen is coaching/ondersteuning van zowel teams als leiding (sturing op processen, communicatie/cultuur) aan te bevelen.

**3a. Analyse thema Leren en verbeteren.** Beschrijf wat onderliggende oorzaken zijn van het beeld van dit thema dat uit de scan naar voren komt en die kunnen verklaren waarom zaken/onderwerpen (nog) niet op orde zijn.

Kern is:

- cultuur van leren en verbeteren is onvoldoende aanwezig
- Opleiden is aanbodgericht; te weinig aandacht geweest voor borging in processen en gedrag.
- Onvoldoende inbedding in visie en doelen van de Kloek
- Onvoldoende deskundigheid op inhoud (dementie, zorg) en op proces (borging, cyclisch werken).

Leren van elkaar is geen gemeenschappelijk "goed". Het voeren van een dialoog gebeurt meer niet dan wel, als het gaat om verbeteren, hoor je het regelmatig via een andere weg. Door het onvoldoende methodisch werken komt het ook niet 'automatisch' aan de orde. Afstemmen en samenwerken vraagt aandacht, er is nog geen balans gevonden.

Het belang van leren en verbeteren wordt onderkend. Er is geïnvesteerd in aanbod van opleiding. O.a. door uitgebreide set van e-learning om bevoegd en bekwaam te blijven. Er is een dementiecoach ingehuurd. Deze coach liet een periode zien hoe het 'moest' maar de borging van het geleerde kreeg onvoldoende aandacht en het verslapte dus onmiddellijk als zij er niet was. De vervolgstappen die nodig zijn ná overdracht van kennis, naar toepassing en borging in processen en gedrag is onvoldoende aandacht besteed.

De visie is onvoldoende geoperationaliseerd naar de betekenis daarvoor werken en leren van medewerkers, maar als vanzelfsprekend aangenomen / verondersteld door management. Is geen lerende cultuur uit ontstaan.

Er zijn stappen gezet door de aanstelling van collegiaal begeleiders; zij moeten zich verder ontwikkelen op zowel coach-vaardigheden als op inhoudelijke (dementie) deskundigheid.

**3b. Zijn er aanscherpingen of wijzigingen t.a.v. de onderwerpen zoals deze waren opgenomen in het scanverslag? Toelichting: de uitkomsten van de scan, de ondersteuningsvraag van de locatiemanager en het ondersteuningsadvies van de scanners zijn het uitgangspunt voor het ondersteuningstraject en dit plan van aanpak. Het is mogelijk dat de coaches op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. de uitkomsten uit de scan.**

Kleur scan (vooraf ingevuld)	Eventueel aangepast beeld	Reden	Toelichting/onderbouwing aanpassing
Aandachtspunt	Kies een kleur	<input checked="" type="checkbox"/> De locatie blijkt op dit onderdeel onbewust-(on)bekwaam <input checked="" type="checkbox"/> Gesloten cultuur, waardoor zaken niet naar boven zijn gekomen <input type="checkbox"/> N.a.v. op detailniveau meekijken komt de coach tot andere conclusie <input type="checkbox"/> Andere metingen (bv. audits) laten een ander beeld zien <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk: Type hier de andere reden	De basis is niet op orde, eigenaarschap in het moeten en willen leren en verbeteren is er onvoldoende. Aanbod en goede bedoelingen zijn er wel. Dit moet vertaald worden in processen, cultuur en gedrag. .

### 3c. Wat is de ambitie van deze locatie ten aanzien van Leren en verbeteren?

Leervisie is duidelijk en wordt geïmplementeerd in de organisatie.

Cultuur van leren en verbeteren waarbij PDCA cyclus van methodisch werken is gerealiseerd.

Versterking deskundigheid van medewerkers (meer hierover bij punt 6; personele samenstelling)

### 3d. Wordt er in dit traject actief gewerkt aan het thema Leren en verbeteren?

☐ Geen focus op dit thema (geen urgentie)

☐ Thema behoeft aandacht, maar wordt later opgepakt. Motivatie: Type hier de motivatie.

☒ Ja, met ondersteuning vanuit WOL

☐ Ja, zelfstandig (niet in het kader van WOL-traject), namelijk: Beschrijf hier de zelfstandige aanpak.

## Thema 5: Leiderschap, governance en management

Uitkomst Scan: algemeen beeld thema 5: Leiderschap, governance en management	
Neutraal/onduidelijk beeld	De scanners hebben getwijfeld tussen oranje en geel. Uiteindelijk is besloten om de kleur geel te kiezen, maar wel het verzoek aan de coaches om dit thema verder te onderzoeken. De visie staat mooi omschreven op b.v. de website, maar in de praktijk laat dit nog te wensen over. Aansturing incl. borging op het thema kwaliteit is hierbij een belangrijk onderdeel. Teamleidster is zichtbaar en betrokken op de locatie. Iedereen kan altijd contact met haar opnemen. Wel blijkt uit het gesprek dat ze veel op haar bord heeft. Er zijn collegiaal werkers (?) ingezet om haar te ondersteunen in het coachen van medewerkers. Directie was nauwelijks op locatie, maar is er nu standaard iedere week. Uit het gesprek kwam duidelijk naar voren dat de deelnemers het idee hebben dat ze geen invloed op het beleid kunnen uitoefenen.



**3a. Analyse thema Leiderschap, governance en management.** Beschrijf wat onderliggende oorzaken zijn van het beeld van dit thema dat uit de scan naar voren komt en die kunnen verklaren waarom zaken/onderwerpen (nog) niet op orde zijn.

De visie zoals die ontwikkeld is bij de start van de Kloek is onvoldoende geoperationaliseerd naar de medewerkers. De visie die er van uit gaat dat er zorg en wonen op een zo gewoon mogelijke manier wordt geboden, en dagelijkse activiteiten leidend zijn, is bovendien niet altijd passend bij de doelgroep. Ook de verbinding met de eisen uit het kwaliteitskader is niet helder en mogelijk op onderdelen tegenstrijdig. Operationalisering is dan lastig. De combinatie van een onvolledige én onvoldoende geoperationaliseerde visie leidt ook tot leiderschap wat niet altijd effectief is / kan zijn.

Het niet werken volgens een bepaalde P&C cyclus maakt besluiten en implementatie ad-hoc, veel wordt daardoor niet afgerond en geëvalueerd. De invloed van medewerkers wordt daarmee niet zichtbaar en herkenbaar. Daarbij is ook de structuur en invulling van het management een punt van aandacht; er zijn de afgelopen periode al een aantal besluiten daarover genomen en uitgevoerd (zoals de aanstelling van een locatiemanager in Roosendaal). Helderheid over verantwoordelijkheden is cruciaal.

Communicatiestijl is een aandachtspunt.

Bij leiderschap van directie en teamleider is zelf-inzicht aanwezig; hulpvraag is uitgesproken. Dat geldt ook voor de vaststelling dat de visie aan revisie toe is.

**3b. Zijn er aanscherpingen of wijzigingen t.a.v. de onderwerpen zoals deze waren opgenomen in het scan verslag?** *Toelichting: de uitkomsten van de scan, de ondersteuningsvraag van de locatiemanager en het ondersteunings advies van de scanners zijn het uitgangspunt voor het ondersteuningstraject en dit plan van aanpak. Het is mogelijk dat de coaches op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. de uitkomsten uit de scan.*

Kleur scan (vooraf ingevuld)	Eventueel aangepast beeld	Reden	Toelichting/onderbouwing aanpassing
Neutraal/onduidelijk beeld	Aandachtspunt	<input type="checkbox"/> De locatie blijkt op dit onderdeel onbewust-(on)bekwaam <input type="checkbox"/> Gesloten cultuur, waardoor zaken niet naar boven zijn gekomen <input checked="" type="checkbox"/> N.a.v. op detailniveau meekijken komt de coach tot andere conclusie <input type="checkbox"/> Andere metingen (bv. audits) laten een ander beeld zien <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk: Type hier de andere reden	Hetgeen de scanners hebben opgeschreven is herkenbaar. Verdiepend in de analyse de omvang van de problematiek beschouwend, ook in samenhang met de overige aandachtspunten op het gebied van kwaliteit is dit een belangrijk fundament voor verbetering. Belangrijk te vermelden; er is sprake van bewust onbekwaam en een grote behoefte aan leren en verbeteren. Basis voor verbetering is



			nadrukkelijk aanwezig.
--	--	--	------------------------

3c. Wat is de ambitie van deze locatie ten aanzien van Leiderschap, governance en management?

- Een visie die operationeel werkbaar is en inspiratie biedt voor alle interne en externe stakeholders
- Leiderschap wat is gestoeld op inspiratie en deskundigheid vanuit de visie en van daaruit verbinding maakt met mensen. Daarin situationeel kan aanpassen en sturen.
- Een heldere organisatiestructuur waarin verantwoordelijkheden duidelijk zijn belegd en samenwerking wordt gestimuleerd;
- Meer cyclisch werken vanuit P&C cyclus als basis, doorwerkend naar methodisch werken op de werkvloer.

3d. Wordt er in dit traject actief gewerkt aan het thema Leiderschap, governance en management?

☐ Geen focus op dit thema (geen urgentie)

☐ Thema behoeft aandacht, maar wordt later opgepakt. Motivatie: Type hier de motivatie.

☒ Ja, met ondersteuning vanuit WOL

☐ Ja, zelfstandig (niet in het kader van WOL-traject), namelijk: Beschrijf hier de zelfstandige aanpak.

## Thema 6: Personeelssamenstelling

Uitkomst Scan: algemeen beeld thema 6: Personeelssamenstelling	
Aandachtspunt	In het kwaliteitsgesprek is de kleur bijgesteld van rood (ernstig issue) naar oranje (aandachtspunt). Zie ook de toelichting bij onderdeel 5a. In de afgelopen periode zijn er veel medewerkers (op verzoek) vertrokken en was er sprake van langdurig zieken. Er is op dit moment sprake van een vast team. Deelnemers hebben het gevoel dat het nu beter gaat. Met de introductie van de huiskamer assistenten is er toezicht op de huiskamers.

3a. Analyse thema Personeelssamenstelling. Beschrijf wat onderliggende oorzaken zijn van het beeld van dit thema dat uit de scan naar voren komt en die kunnen verklaren waarom zaken/onderwerpen (nog) niet op orde zijn.

De roostering vergt nog nadere analyse. De basis wat betreft toezicht, bevoegd en bekwaamheid aanwezig op de werkvloer lijkt het in orde. Doordat we nog niet / weinig op de werkvloer geweest zijn kunnen we dat niet volledig vaststellen.

In de analyse lijkt het vooral ook de kwaliteit en ontwikkeling van het punt te zijn. Er is de afgelopen maanden al geïnvesteerd door o.a. zelf een SO in dienst te nemen in plaats van in te huren. Ook is er de overstap gemaakt naar een ander leerportaal met e-learnings. De scholing en toetsing op bevoegdheid en bekwaamheid lijkt op orde.

3b. Zijn er aanscherpingen of wijzigingen t.a.v. de onderwerpen zoals deze waren opgenomen in het scan verslag? Toelichting: de uitkomsten van de scan, de ondersteuningsvraag van de

locatiemanager en het ondersteunings advies van de scanners zijn het uitgangspunt voor het ondersteuningstraject en dit plan van aanpak. Het is mogelijk dat de coaches op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. de uitkomsten uit de scan.

Kleur scan (vooraf ingevuld)	Eventueel aangepast beeld	Reden	Toelichting/onderbouwing aanpassing
Aandachtspunt	Kies een kleur	<input type="checkbox"/> De locatie blijkt op dit onderdeel onbewust-(on)bekwaam <input type="checkbox"/> Gesloten cultuur, waardoor zaken niet naar boven zijn gekomen <input type="checkbox"/> N.a.v. op detailniveau meekijken komt de coach tot andere conclusie <input type="checkbox"/> Andere metingen (bv. audits) laten een ander beeld zien <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk: Type hier de andere reden	Type hier uw toelichting

### 3c. Wat is de ambitie van deze locatie ten aanzien van Personeelssamenstelling?

- Het inrichten van een leerbeleid en uitvoering daarvan. Het aanbod in e-learnings is er, de inbedding in beleid en visie op scholing (wat, hoe en met welk doel willen we leren) is nog onvoldoende het geval.
- Er is een start gemaakt met collegiale begeleiders, deze rol is echter nog onvoldoende geëxpliciteerd en ondersteund. Versterken van de inhoudelijke deskundigheid voor wat betreft coachingsvaardigheden en kennis over omgaan met dementie is gewenst.
- Expliciteren van benodigde kwaliteit / functies in het team in relatie tot bovenstaande doelstellingen voor persoonsgerichte zorg, welzijn en veiligheid.
- Expliciteren van de kwaliteit rollen in het team, welke competenties zijn gewenst en hoe worden deze geborgd in eigenaarschap van teamleden. En van daaruit goede mix van kwaliteit in het team waarborgen.

### 3d. Wordt er in dit traject actief gewerkt aan het thema Personeelssamenstelling?

☐ Geen focus op dit thema (geen urgentie)

☐ Thema behoeft aandacht, maar wordt later opgepakt. Motivatie: Type hier de motivatie.

☒ Ja, met ondersteuning vanuit WOL

☐ Ja, zelfstandig (niet in het kader van WOL-traject), namelijk: Beschrijf hier de zelfstandige aanpak.

### 3e. Wordt er specifieke ondersteuning ingezet op de contextgebonden personeelsnormen (bv. VPS)?

☐ Ja

☐ Nee

☒ Op dit moment niet, mogelijk in een latere fase

## Thema 7: Gebruik van hulpbronnen

Uitkomst Scan: algemeen beeld thema 7: Gebruik van hulpbronnen	
Neutraal/onduidelijk beeld	Kleur bij dit thema is geel voornamelijk gebaseerd op de antwoorden uit de vragenlijst. Aandachtspunt is de beschikbaar- en vindbaarheid van gezamenlijke hulpmiddelen. Verwachting is dat met de daadwerkelijke



	omzetting van PGB-financiering naar ZIN dit voor een belangrijk deel wordt opgelost, omdat hulpmiddelen dan uit de algemene middelen gefinancierd en ingezet kunnen worden.
--	---

**3a. Analyse thema Gebruik van hulpbronnen.** Beschrijf wat onderliggende oorzaken zijn van het beeld van dit thema dat uit de scan naar voren komt en die kunnen verklaren waarom zaken/onderwerpen (nog) niet op orde zijn.

Als gevolg van het digitaal werken en de aandacht die andere thema's vroegen heeft dit nog beperkt aandacht gekregen. Aantal punten die wel onder de aandacht zijn / moeten krijgen:

- ONS / werken met het dossier en dat goed benutten (zie ook hierboven)
- Overgang van PGB naar ZIN; effect op de relatie met familie en beschikbare informatie voor familie.
- Of en hoe digitalisering verder ingezet kan worden is nog een openstaande vraag.

Wat betreft domotica weten we dat dat bewoner-gericht wordt ingezet, er wordt niet (meer) ingezet op algemene systemen.

**3b. Zijn er aanscherpingen of wijzigingen t.a.v. de onderwerpen zoals deze waren opgenomen in het scanverslag?** *Toelichting: de uitkomsten van de scan, de ondersteuningsvraag van de locatiemanager en het ondersteuningsadvies van de scanners zijn het uitgangspunt voor het ondersteuningstraject en dit plan van aanpak. Het is mogelijk dat de coaches op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. de uitkomsten uit de scan.*

Kleur scan(vooraf ingevuld)	Eventueel aangepast beeld	Reden	Toelichting/onderbouwing aanpassing
Neutraal/onduidelijk beeld	Kies een kleur	<input type="checkbox"/> De locatie blijkt op dit onderdeel onbewust-(on)bekwaam <input type="checkbox"/> Gesloten cultuur, waardoor zaken niet naar boven zijn gekomen <input type="checkbox"/> N.a.v. op detailniveau meekijken komt de coach tot andere conclusie <input type="checkbox"/> Andere metingen (bv. audits) laten een ander beeld zien <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk: Type hier de andere reden	Blijft geel, is nog geen compleet beeld.

**3c. Wat is de ambitie van deze locatie ten aanzien van Gebruik van hulpbronnen?**

Nader in te vullen bij het vervolg van het kwaliteitstraject.

**3d. Wordt er in dit traject actief gewerkt aan het thema Gebruik van hulpbronnen?**

- ☒ Geen focus op dit thema (geen urgentie)  
☐ Thema behoeft aandacht, maar wordt later opgepakt. Motivatie: Type hier de motivatie.  
☒ Ja, met ondersteuning vanuit WOL  
☐ Ja, zelfstandig (niet in het kader van WOL-traject), namelijk: Beschrijf hier de zelfstandige aanpak.

**3e. Wordt er specifieke ondersteuning ingezet op de (arbeidsbesparende) technologie (bijvoorbeeld beeldzorg, domotica)?**



- ☐ Ja  
☐ Nee  
☐ Op dit moment niet, mogelijk in een latere fase

### Thema 8: Gebruik van informatie

Uitkomst Scan: algemeen beeld thema 8: Gebruik van informatie	
Aandachtspunt	Er is binnen Kloek BV geen concreet beleid en proces over het ophalen en gebruik van cliëntervaringen. Individueel worden ervaringen wel in individuele gesprekken rondom het ZLP gevoerd, maar niet breed opgehaald. Administratieve lasten is een aandachtspunt. Medewerkers en familie geven aan dat medewerkers veel achter de computer zitten. Een nader onderzoek is nodig of medewerkers dit ervaren of dat het werkelijk zo is.

**3a. Analyse thema Gebruik van informatie.** Beschrijf wat onderliggende oorzaken zijn van het beeld van dit thema dat uit de scan naar voren komt en die kunnen verklaren waarom zaken/onderwerpen (nog) niet op orde zijn.

Het ontbreekt aan systematisch en methodisch werken. Informatie is vindbaar op verschillende plekken. De Kick- protocollen staan op iedere laptop. Iedere medewerker niveau 2+ heeft een mailadres van Kloek met toegang tot de protocollenmap. De Google drive is voor beleid en organisatiezaken het gebruikte systeem. Dit kan beter ingericht worden zodat in ieder geval de chronologie duidelijk is en welke afspraken en/of procedures van toepassing zijn. De persoonsgegevens zijn te vinden in een afgescheiden en beschermd deel van de google drive. Cliëntervaringen worden alleen verzameld in relatie tot het ZLP waarvoor binnen het zorgdossier het daarvoor bestemde formulier wordt gebruikt. Dit is geen onafhankelijke bevraging van ervaringen en het wordt niet meegenomen in vormgeving van beleid. Administratieve lasten zijn (te) hoog door niet effectief inrichten van ECD wat zorgt voor onnodige werkzaamheden.

**3b. Zijn er aanscherpingen of wijzigingen t.a.v. de onderwerpen zoals deze waren opgenomen in het scan verslag?** *Toelichting: de uitkomsten van de scan, de ondersteuningsvraag van de locatiemanager en het ondersteunings advies van de scanners zijn het uitgangspunt voor het ondersteuningstraject en dit plan van aanpak. Het is mogelijk dat de coaches op basis van aanvullende observaties en analyse tot aanscherpingen of wijzigingen komen t.a.v. de uitkomsten uit de scan.*

Kleur scan (vooraf ingevuld)	Eventueel aangepast beeld	Reden	Toelichting/ onderbouwing aanpassing
Aandachtspunt	Kies een kleur	<input type="checkbox"/> De locatie blijkt op dit onderdeel onbewust-(on)bekwaam <input type="checkbox"/> Gesloten cultuur, waardoor zaken niet naar boven zijn gekomen <input type="checkbox"/> N.a.v. op detailniveau meekijken komt de coach tot andere conclusie <input type="checkbox"/> Andere metingen (bv. audits) laten een ander beeld zien <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk: Type hier de andere reden	Type hier uw toelichting

### 3c. Wat is de ambitie van deze locatie ten aanzien van Gebruik van informatie?

- Inrichting beleids- en procesinformatie op eenvoudige en vindbare wijze (in casu herordening Drive)
- Inrichtingen kwaliteitsmanagementsysteem in samenhang met ECD en E-learning portaal en P-dossier (bevoegd en bekwaamheidseisen)
- Opzetten meting cliëntervaringen.

### 3d. Wordt er in dit traject actief gewerkt aan het thema Gebruik van informatie?

- ☐ Geen focus op dit thema (geen urgentie)
- ☐ Thema behoeft aandacht, maar wordt later opgepakt. Motivatie: Type hier de motivatie.
- ☒ Ja, met ondersteuning vanuit WOL
- ☐ Ja, zelfstandig (niet in het kader van WOL-traject), namelijk: Beschrijf hier de zelfstandige aanpak.

### Focus WOL-traject en voorgestelde interventies

#### 4a. Op hoofdlijnen: waarop richt het WOL-traject zich en waarmee gaat de organisatie de komende periode zelfstandig aan de slag? (gezien de analyse en ambities verwoord in H3)

Het WOL traject zal zich de komende periode richten op het helpen inrichten en ondersteunen van methodisch werken op alle niveaus in de organisatie. Concreet:

- Organisatieniveau: visie en P&C cyclus inrichten, ontwikkeling leiderschap en deskundigheid
- Locatie en teamniveau: methodisch werken in een cultuur
- Individuele medewerkers: professionalisering (naar bewust bekwaam)
- Participatie familie en medewerkers versterken

Ter ondersteuning daarvan wordt door de Kloek, daarin ondersteund met het WOL traject, gewerkt aan:

- Opstellen visie en operationaliseren in o.a:
- Opleiding en ontwikkelbeleid
- Personeelsbeleid en processen op het gebied van competenties, functies, roostering
- Leiderschapsontwikkeling en -stijl
- Communicatie
- Teamontwikkeling
- Cliëntervaringen proces inrichten
- Administratie en informatie organisatie inrichten

Omdat het hier om een veelomvattend kwaliteitstraject in een kleine organisatie gaat is het van belang dat er samenhangend gewerkt wordt. De samenhang wordt gerealiseerd door de aansturing van het traject in de reguliere lijn te houden én in een logische volgorde gestructureerd aan te pakken.

#### 4b. Veranderaanpak

*In paragraaf 4d. worden de interventies en activiteiten uitgewerkt. Licht hier de overkoepelende veranderaanpak op hoofdlijnen toe.*

De veranderaanpak is systematisch en is gebouwd op principes van cyclisch en methodisch werken waarbij met elke stap wordt verbeterd, geleerd en verder verbeterd (PDCA).

Daarin is op basis van de analyse en de logische volgordelijkheid van de stappen bepaald en bij de planning verder uitgewerkt. Start is de verdere vaststelling en operationalisering van de visie.

Omdat het om een kleine organisatie met een grote veranderopgave gaat is niet gekozen voor een aparte programmastructuur. Bovendien is het essentieel dat de Kloek zelf verantwoordelijkheid neemt voor de stappen. Het is HUN veranderplan en -aanpak. Bij de bestuurder is een grote



veranderbereidheid en leerbaarheid. De verantwoordelijkheid voor de sturing van de aanpak ligt bij het management. En dus geïntegreerd in de managementstructuur. Zo wordt een basis voor borging in processen en cultuur gelegd.

De veranderaanpak bestaat uit diverse stappen (zie interventies) waarbij de effecten worden gemeten via een regelmatige metingen onder medewerkers en familie. Indien nodig worden ook tussentijds uitgebreide(re) audits op de zorg uitgevoerd.

**4c. Vanuit welk gedachtegoed/methode/theorie zal worden gewerkt?** NB. Het is mogelijk om buiten het invulveld een figuur, schema of tabel in te voegen.

Bij de interventies in het primair proces wordt gewerkt met de SQRUM methodiek individuele coaching medewerkers, intervisie en structureren van werkoverleg en het 70-20-10 principe van leren waarbij praktijkgericht op borging wordt gewerkt.

Bij de interventies op het strategisch niveau wordt gewerkt vanuit algemene veranderkundige principes o.a. gebaseerd op het acht-stappen-model van Kotter en elementen van de lerende organisatie van Senge. Bij het te ontwikkelen leiderschapsprogramma zal gebruik gemaakt worden van de leercyclus van Kolb. Daarbij dient gerealiseerd te worden dat die methodes vooral op de achtergrond en in het instrumentarium van de coach zitten, maar niet direct zichtbaar zijn in de aanpak. De Kloek is een kleine organisatie en de schaal vraagt ook om een concrete en 'down to earth' aanpak waarbij vooral gericht zal worden op - hulp bij- richting geven, inrichten en verrichten volgens lerende principes. Daarbij is de aanpak coachend en adviserend, leidend tot bewuste bekwaamheid in de organisatie.

**4d. Interventies.** Beschrijf hier de interventies die worden ingezet. Geef aan op welke thema's effecten worden verwacht van de interventie en hoe de voortgang ervan wordt gemonitord. Let op: beschrijf per blok één interventie. Als er minder interventies worden ingezet dan het aantal blokken dat hier beschikbaar is, kunnen de niet ingevulde blokken worden weggehaald. Een meer gedetailleerde beschrijving van interventies of activiteiten kan worden toegevoegd in de bijlage van dit plan van aanpak.

Algemeen:

De interventies worden zowel op strategisch / concern als op team- en locatieniveau ingezet. Hier de interventies op hoofdlijnen / thema. In de bijlage vindt u een uitgebreid overzicht, per thema uit het kwaliteitskader, van alle doelstellingen, interventies, resultaten en meting.

Beschrijving interventie (1 interventie per blok): Visie herziening en opzet P&C cyclus	
<p>Op dit moment wordt al, in MT met ondersteuning van marketing deskundigheid, een nieuwe visie ontwikkeld. Deze is begin juli in eerste concept klaar. Deze concept-visie wordt getoetst bij stakeholders; zoals medewerkers en familieleden. Hierbij zal de toets niet alleen gericht zijn op 'het ermee eens zijn' maar vooral op 'is dit te operationaliseren'.</p> <p>De bestuurder wordt hierbij ondersteund door de WOL strategie coach. Deze interventie wordt zo 'gewoon mogelijk' gedaan waarbij de bestuurder in de lead is en onderdeel vormt van traject van leiderschapsontwikkeling.</p> <p>Vanuit de visie wordt een P&amp;C cyclus opgezet; hiervoor ontwerpt de WOL coach in samenspraak met de bestuurder een cyclus. De bestuurder gaat aan de slag met de invulling voor 2021.</p>	
Effect op thema's:	
<input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg	<input checked="" type="checkbox"/> Leiderschap
<input type="checkbox"/> Wonen en welzijn	<input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling
<input type="checkbox"/> Veiligheid	<input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen
<input checked="" type="checkbox"/> Leren en verbeteren	<input checked="" type="checkbox"/> Gebruik van informatie
Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)	



Helderheid over de visie; een haalbaar kader met draagvlak voor alle betrokkenen in de organisatie. Ingerichte P&C cyclus.
Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord? Benoem de KPI's
KPI; 75% van de medewerkers begrijpen, onderschrijven de visie en kunnen deze ook uitvoeren KPI: Werkplan en begroting 2021 waarin invloed medewerkers en cliënten/familie is verwerkt en positief advies heeft van de LCR (OR is er nog niet bij de Kloek)

<b>Beschrijving interventie (1 interventie per blok): zorgdossiers inrichten en gebruiken; methodisch en multidisciplinair werken</b>
Ondersteuning en coaching op methodisch werken door zorgmedewerkers; gebruik en toepassing van Zorgleefplan en rapportage in het ECD. Herinrichten zorgdossiers, leerprogramma's voor medewerkers. Multi-disciplinair werken is ingericht; MDO's en betrokkenheid behandelaren buiten de Kloek is geregeld.
<b>Effect op thema's:</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg <input checked="" type="checkbox"/> Leiderschap <input checked="" type="checkbox"/> Wonen en welzijn <input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling <input checked="" type="checkbox"/> Veiligheid <input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen <input checked="" type="checkbox"/> Leren en verbeteren <input checked="" type="checkbox"/> Gebruik van informatie
<b>Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)</b>
Complete zorgdossiers, met actuele zorgleefplannen Deskundige medewerkers die methodisch werken.
Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord? Benoem de KPI's
Criteria die bij inrichting worden vastgesteld, KPI: iedere maand checken vanaf ingerichte dossier gedurende 9 maanden. KPI: externe zorgaudits laten complete dossiers zien

<b>Beschrijving interventie (1 interventie per blok): Ontwikkeling en implementatie beleid op leren en ontwikkelen</b>
Leervisie ontwikkelen met behulp van WOL-coach; samen met betrokkenen van de werkvloer doel & instrumenten van leren opzetten. Daarbij aandacht voor alle vormen van leren. Hierbij hoort kennisoverdracht over 'leren en ontwikkelen' (WOL coach evt ism KLM van WOL). Opstellen van beleid, vaststelling door bestuurder. Na vaststelling impactanalyse op huidig aanbod en aanpak en eventuele wijzigingen daarin doorvoeren. De collegiaal begeleiders worden extra hierin meegenomen en gecoacht zodat zij het in hun werkwijze naar medewerkers kunnen doorgeven.
<b>Effect op thema's:</b>

<input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg	<input checked="" type="checkbox"/> Leiderschap
<input type="checkbox"/> Wonen en welzijn	<input checked="" type="checkbox"/> Personeelssamenstelling
<input type="checkbox"/> Veiligheid	<input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen
<input checked="" type="checkbox"/> Leren en verbeteren	<input type="checkbox"/> Gebruik van informatie
<b>Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)</b>	
<p>Vastgesteld beleid voor leren en ontwikkelen</p> <p>Aanbod is getoetst op de visie en het beleid en waar nodig aangepast</p> <p>Collegiaal begeleiders zijn bekend met het beleid en werken volgens deze visie</p> <p>Verhoging professionaliteit van medewerkers, met behulp van persoonlijk opleidingsplan, te beginnen met collegiaal begeleiders</p>	
<b>Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord?</b>	
<b>Benoem de KPI's</b>	
<p>KPI: 75% van de medewerkers heeft een POP, te beginnen met de collegiaal begeleiders.</p> <p>KPI: zorgmedewerkers zijn bevoegd en bekwaam</p> <p>KPI: beleid is vastgesteld en aanbod is daarmee in overeenstemming</p>	

<b>Beschrijving interventie (1 interventie per blok):</b> Organisatie en personeel								
<p>Inrichten van een duidelijke organisatiestructuur waarin taken en bevoegdheden helder zijn. Hiermee is de organisatie al gestart. Met behulp van de WOL coach zal hierin verdere voortgang aan gegeven worden.</p> <p>Maken van competentieprofielen voor de zorgfuncties op basis van de visie op leren (zie bij die interventie), daarop volgend beoordelen of en hoe personeelsbeleid, werving, selectie, behoud aangepast en /of geïntensiveerd moet worden.</p>								
<b>Effect op thema's:</b>								
<table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Leiderschap</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wonen en welzijn</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Personeelssamenstelling</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Veiligheid</td> <td><input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leren en verbeteren</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Gebruik van informatie</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg	<input checked="" type="checkbox"/> Leiderschap	<input type="checkbox"/> Wonen en welzijn	<input checked="" type="checkbox"/> Personeelssamenstelling	<input type="checkbox"/> Veiligheid	<input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen	<input type="checkbox"/> Leren en verbeteren	<input checked="" type="checkbox"/> Gebruik van informatie
<input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg	<input checked="" type="checkbox"/> Leiderschap							
<input type="checkbox"/> Wonen en welzijn	<input checked="" type="checkbox"/> Personeelssamenstelling							
<input type="checkbox"/> Veiligheid	<input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen							
<input type="checkbox"/> Leren en verbeteren	<input checked="" type="checkbox"/> Gebruik van informatie							
<b>Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)</b>								
<p>Duidelijke organisatiestructuur met helderheid over taken, bevoegdheden en wie waarover besluit.</p> <p>Kwaliteitsdoelstelling verwerkt in personele samenstelling.</p>								
<b>Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord?</b>								
<b>Benoem de KPI's</b>								
Algemene kwaliteitsmeting								

<b>Beschrijving interventie (1 interventie per blok):</b> familiebetrokkenheid en - samenwerking versterken
<p>Familie wordt meegenomen in de volgende veranderopgaven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbetering ZLP en dossier; rapportages zijn inzichtelijk voor familie via Caren Zorg; daarbij is samenwerking in de driehoek; bewoner - zorg - familie essentieel.</li> <li>• opzet meetinstrument cliëntervaringen</li> <li>• betrekken bij visie- en P&amp;C cyclus vaststelling; formeel via cliëntenraad.</li> </ul>



In de communicatie van de veranderaanpak is de familie een belangrijke doelgroep. NB omdat de doelgroep van de Kloek mensen met dementie zijn wordt alleen gesproken over de familie, en niet over de bewoners zelf. Daarbij kan voor 'familie' ook andere betrokken naasten worden gelezen.

#### Effect op thema's:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg | <input checked="" type="checkbox"/> Leiderschap            |
| <input type="checkbox"/> Wonen en welzijn      | <input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling           |
| <input type="checkbox"/> Veiligheid            | <input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen           |
| <input type="checkbox"/> Leren en verbeteren   | <input checked="" type="checkbox"/> Gebruik van informatie |

#### Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)

Visie vastgesteld met draagvlak van familie en advies van de cliëntenraad.  
P&C cyclus waarin positie cliëntenraad is vastgelegd en duidelijk is (hierbij wordt de WMCZ gevolgd);  
Cliëntervaring-meetsysteem is opgezet;  
Familie voelt zich gezien en weet waar ze aan toe zijn.  
Familie en medewerkers respecteren elkaars, aanvullende, rol

#### Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord? Benoem de KPI's

KPI instemming van de cliëntenraad op de genoemde stappen  
KPI 50% van de familie doet mee aan het visietraject  
Na instelling cliënttevredenheid meetsysteem heeft binnen 3 maanden 50% van de familie hieraan meegedaan. NB of en hoe de uitkomst van een cliënttevredenheid meetsysteem als KPI kan gelden kan pas na keuze systeem worden bepaald.

#### Beschrijving interventie (1 interventie per blok): Kwaliteitsmanagement systeem functioneel

Risicosignalering wordt opgepakt en regelmatig gecontroleerd  
Geregelde en snelle bespreking MIC/MIM wordt ingeregeld  
Medewerkers worden geïnformeerd en waar nodig geschoold in het vinden van relevante kwaliteitsinformatie zoals protocollen.

#### Effect op thema's:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg | <input type="checkbox"/> Leiderschap             |
| <input type="checkbox"/> Wonen en welzijn      | <input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling |
| x Veiligheid                                   | x Gebruik van hulpbronnen                        |
| x Leren en verbeteren                          | <input type="checkbox"/> Gebruik van informatie  |

#### Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)

- bespreking van MIC/MIM meldingen zijn zichtbaar in dossiers en verslagen



<ul style="list-style-type: none"> <li>• in dossiers is zichtbaar dat risicosignalering plaatsvindt</li> <li>• protocollen zijn bekend en in gebruik</li> </ul>
<b>Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord?</b>
<b>Benoem de KPI's</b>
Type hier hoe de effecten zichtbaar worden gemaakt. In de zorgaudit(s) worden deze onderwerpen gecheckt KPI: uit meting blijkt dat zorgmedewerkers weten waar de protocollen en noodzakelijke kwaliteitsinformatie zijn te vinden

<b>Beschrijving interventie (1 interventie per blok): ontwikkelen en implementeren van een gedragscode</b>								
Samen met medewerkers op locatie(s) ontwikkelen van een gedragscode, betrekken van zoveel mogelijk verschillende medewerkers bij vaststelling en implementatie, om draagvlak te creëren. Hierin staat goede zorg volgens de visie van de Kloek en eigenaarschap van medewerkers centraal.								
<b>Effect op thema's:</b>								
<table> <tr> <td>xPersoonsgerichte zorg</td> <td>xLeiderschap</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wonen en welzijn</td> <td><input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Veiligheid</td> <td><input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen</td> </tr> <tr> <td>xLeren en verbeteren</td> <td><input type="checkbox"/> Gebruik van informatie</td> </tr> </table>	xPersoonsgerichte zorg	xLeiderschap	<input type="checkbox"/> Wonen en welzijn	<input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling	<input type="checkbox"/> Veiligheid	<input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen	xLeren en verbeteren	<input type="checkbox"/> Gebruik van informatie
xPersoonsgerichte zorg	xLeiderschap							
<input type="checkbox"/> Wonen en welzijn	<input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling							
<input type="checkbox"/> Veiligheid	<input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen							
xLeren en verbeteren	<input type="checkbox"/> Gebruik van informatie							
<b>Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedragscode is bekend en uitgangspunt bij intervisie en dialoog.</li> <li>• Agendapunt bij halfjaarlijkse teambijeenkomst.</li> <li>• Een gedragen en duidelijke gedragscode</li> <li>• Normering van gedrag waardoor een gezonde aanspreekcultuur kan ontstaan</li> </ul>								
<b>Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord?</b>								
<b>Benoem de KPI's</b>								
Type hier hoe de effecten zichtbaar worden gemaakt. KPI: alle medewerkers kennen de gedragscode KPI: medewerkers weten wat er van ze verwacht wordt qua gedrag en laten dat zien in de meting								

<b>Beschrijving interventie (1 interventie per blok): leiderschapsontwikkeling</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leiderschapsprogramma voor bestuur en management (3 mensen). Opstellen leerdoelen en uitvoering met behulp van WOL_ coaching, kijk in de keuken bij collega's, concrete opdrachten.</li> <li>• leiderschapsontwikkeling bij / voor teamleider(s). Met WOL coaching op de werkvloer en op basis van persoonlijke behoefte aanvullende activiteiten</li> </ul>				
<b>Bestemd voor</b>				
<b>Effect op thema's:</b>				
<table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg</td> <td>x<input type="checkbox"/> Leiderschap</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wonen en welzijn</td> <td><input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg	x <input type="checkbox"/> Leiderschap	<input type="checkbox"/> Wonen en welzijn	<input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling
<input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg	x <input type="checkbox"/> Leiderschap			
<input type="checkbox"/> Wonen en welzijn	<input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling			

<input type="checkbox"/> Veiligheid	<input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen
<input type="checkbox"/> Leren en verbeteren	<input type="checkbox"/> Gebruik van informatie
<b>Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)</b>	
<p>Bewust en bekwaam leiderschap. Management is inhoudelijk deskundig, weet leiderschapsstijlen effectief en situationeel toe te passen. Past cyclische principes toe, o.a. met behulp van de P&amp;C cyclus en maakt leren en verbeteren zichtbaar in eigen gedrag en in de organisatie.</p>	
<b>Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord?</b>	
<b>Benoem de KPI's</b>	
<p>werkende P&amp;C cyclus          stabiliteit in de organisatie af te meten aan mate van werknemers- en cliëntentevredenheid en analyse algemene meting          360 graden feedback instrument</p>	

<b>Beschrijving interventie (1 interventie per blok): Meting zorgkwaliteit</b>
Type hier uw beschrijving van de interventie.
<p>Uitvoering van externe zorgaudits</p> <p>Interne zelfevaluatie kwaliteit in / door teams en medewerkers met behulp van vragenlijst (kwalitatief en kwantitatief). Opzetten kort en bondig meetinstrument waarmee snel en eenvoudig informatie uit de organisatie opgehaald kan worden. Dit zal, gedurende het WOL traject, minimaal 2 keer worden gedaan; na 6 maanden en aan het eind.</p> <p>PM dit wordt niet aan de start gedaan omdat op dit moment met behulp van de scan en deze analyse nu genoeg materiaal voorhanden is. Daarbij is het risico dat als we nu met een vragenlijst beginnen medewerkers het als controle gaan zien en niet als een behulpzaam instrument bij hun eigen ontwikkeling.</p> <p>NB er vindt, uiteraard, ook nog een herhaal WOL-scan plaats. Waar mogelijk laten we deze twee instrumenten geïntegreerd en/of op elkaar aansluitend de informatie ophalen.</p>
<b>Effect op thema's:</b>
<input type="checkbox"/> Persoonsgerichte zorg <input type="checkbox"/> Leiderschap <input type="checkbox"/> Wonen en welzijn <input type="checkbox"/> Personeelssamenstelling <input type="checkbox"/> Veiligheid <input type="checkbox"/> Gebruik van hulpbronnen <input type="checkbox"/> Leren en verbeteren <input type="checkbox"/> Gebruik van informatie
<b>Beschrijving beoogde effecten (streefwaarden)</b>
<p>Type hier uw beschrijving van de beoogde effecten.</p> <p>Inzicht in (ontwikkeling) verbetering kwaliteit en effect van de interventies</p> <p>Meetpunten zijn verpleegkundige diagnose, kwaliteitsindicatoren (risicosignalering), MDO's, clienttevredenheid en uitgevoerde acties op zorg/team en organisatieniveau. Oftewel is de PDCA gedraaid en zichtbaar in persoonsgerichte zorg.</p>
<b>Hoe worden effecten zichtbaar gemaakt? / Hoe wordt de voortgang gemonitord?</b>
<b>Benoem de KPI's</b>



Type hier hoe de effecten zichtbaar worden gemaakt  
KPI: 80% van de medewerkers werkt mee aan de zelfevaluatie

#### 4. Projectorganisatie

**5a. Welke trajecten lopen er al t.a.v. de na te streven verandering/ organisatieontwikkeling? Hoe is de verbinding met lopende trajecten binnen de organisatie/ locatie?**

De bestuurder heeft al een aantal interventies gedaan naar aanleiding van de bezoeken van de IGJ. Inzet van een SO (vast aantal uren per week) en een tijdelijke directeur zorg. Ook de overgang van PGB naar ZIN waardoor andere sturing op financiën en communicatie met familie nodig en mogelijk is.

De aanpak die gekozen is in dit plan van aanpak is dusdanig veelomvattend voor een kleine organisatie dat de in de organisatie lopende trajecten integraal met deze veranderaanpak worden aangepakt.

**5b. Hoe ziet de projectorganisatie van het voorgestelde traject eruit? NB. Het is mogelijk om buiten het invulveld een figuur, schema of tabel in te voegen.**

Veranderteam waarin bestuurder, interim directeur zorg, locatiemanagers (nog te bespreken), op inhoud aangevuld met specifieke functionarissen (bijv. marketing, communicatie etc) ondersteund door de WOL strategisch coach.

Op locatie een lokaal veranderteam waarin de locatiemanager, teamleider, één of twee collegiaal begeleiders, een verzorgende en de SO, ondersteund door de WOL coach.

Het veranderteam op centraal niveau heeft regelmatig overleg met de cliëntenraad. Bij diverse onderdelen is de cliëntenraad en/of familieleden ook actief betrokken.

Deze teams komen wekelijks digitaal bij elkaar voor een 'keek op de week' en korte voortgangsbespreking. Maandelijks fysiek bij elkaar om de voortgang van het traject te bespreken en waar nodig knopen door te hakken. De hiërarchische verantwoordelijkheden blijven intact en worden niet overgenomen door het veranderteam. Dat geldt ook voor de medezeggenschap van de cliëntenraad.

Het veranderteam is verantwoordelijk voor het totaal en zal op veel onderdelen ook in de uitvoering betrokken zijn. De organisatie is immers klein dus er is niet veel meer menskracht om in te zetten. De werklust zal goed in de gaten gehouden moeten worden. De prioritering / tijdsplanning wanneer / wat zal strak gevolgd worden; we moeten voorkomen dat het traject aan de veelheid ten onder gaat.

**5c. Hoe wordt de aanpak van het traject intern gecoördineerd en geborgd en hoe wordt integraliteit met andere trajecten gewaarborgd?**

De stuurgroep van het verandertraject is grosso modo gelijk aan de managementstructuur van de organisatie. Daar zullen, vanuit bestuur, relevante informatie betreffende andere trajecten en ontwikkelingen worden geborgd.

**5d. Bij hoeveel teams start het voorgestelde traject en welke opschaling is nodig voor de beoogde verandering? Hoe wordt het leren en verbeteren tussen locaties van de organisatie vormgegeven?**

Op dit moment is er nog sprake van één locatie, Roosendaal, daarbij is de gehele locatie (vijf huiskamers) betrokken. Gegeven is wel dat een aantal onderdelen van het verandertraject impact heeft op concernniveau. Betrokkenheid van de andere locatie (Amsterdam), in ieder geval op die punten, essentieel. Het is mogelijk dat ook de locatie Amsterdam onderdeel wordt van het WOL



traject, in dat geval kan ook in de stuurgroep de locatiemanager Amsterdam zitting nemen en daar waar cliënten/familie in de werkgroepen betrokken zijn ook een delegatie vanuit Amsterdam betrokken zijn.

**5e. Welke rol heeft de WOL-coach? Indien van toepassing: hoe is de taakverdeling tussen de verschillende WOL-coaches; wie richt zich op welke aandachtsgebieden? Hoeveel uur globaal wordt aan welke activiteit besteed door de coaches?**

De WOL coach heeft een adviserende en coachende rol.

De strategie coach richt zich vooral op de concern-brede onderdelen van het traject;

- Methodisch werken op concernniveau:
  - Visie ontwikkeling
  - P&C cyclus
  - Leiderschapstraject
  - Familiebetrokkenheid en - samenwerking
  - Beleid leren & verbeteren
  - Strategische communicatie
- Samenhang tussen primair proces en concernniveau
- Persoonlijke coaching van bestuurder

De primair proces coach richt zich vooral op de locatie- en werkvloer specifieke onderdelen van dit traject:

- Methodisch werken op team- en locatieniveau: ZLP inrichten en mee werken, multidisciplinair werken, eigenaarschap creëren,
- Leren en verbeteren: deskundigheid op inhoud en proces & cultuur
- Veilige zorg
- Persoonlijke coaching van locatiemanager

**5f. Interne communicatie: Geef aan hoe communicatie wordt ingezet als middel om de beoogde verandering te ondersteunen?** Denk hierbij aan een mix van bottom up en top down communicatie op alle niveaus en aan diverse middelen die passen bij de organisatie en/of locatie.

Er wordt nog nagedacht of het verandertraject ook een specifieke naam krijgt. Wel zal er nadrukkelijk aandacht aan besteed worden en over het traject gecommuniceerd.

Er wordt, ook in verband met corona-beperkingen, geen grote algemene startbijeenkomst gepland.

Er zal vanuit de stuurgroep een regelmatige nieuwsbrief uitgaan. Daarin wordt naast informatie ook getracht van dichtbij effect te laten zien "het resultaat van de maand" o.i.d.

Op de locatie zal wel regelmatig, bijvoorbeeld éénmaal per kwartaal, een bijeenkomst voor medewerkers plaatsvinden.

**5g. Kansen en risico's**

**Welke kansen zijn er te benoemen als het gaat om het realiseren van de beoogde verandering?**

De bestuurder laat een grote veranderbereidheid en openheid zien; bereidheid tot leren en verbeteren. De organisatie is klein met korte lijnen dus zaken zijn relatief makkelijk te implementeren; de 'leemlaag' hoeft niet in de weg te zitten. De cliëntenraad is erg betrokken en staat achter het verandertraject.

**Welke risico's zijn er te benoemen als het gaat om het realiseren van de beoogde verandering? En welke beheersmaatregelen worden voorgesteld?**

De Kloek is een kleine organisatie die een relatief grootschalig verandertraject in moet gaan zetten; de draagkracht van de organisatie is daarmee een mogelijk risico. De, ook voor dit traject, vitale functionarissen zoals de directeur zorg a.i. en de SO werken elk maar 1 tot 2 dagen per week voor Kloek; daar is een risico van een hoge overhead en/of vertraging. Datzelfde geldt, tijdelijk, voor de vervanging van de teamleider in Roosendaal.

Beheersmaatregelen zijn: niet teveel 'toeters en bellen' in de aanpak, duidelijke beslis- en overlegstructuur zodat het geen 'zelfrijzend bakmeel' wordt wat onbeheersbaar en te groot wordt. Prioritering en planning.

## 5h. Planning op hoofdlijnen

Geef in onderstaande tabel de startdatum en de duur van het traject. Op basis van deze informatie zal de herhaalde scan en daaraan gekoppeld de (eindevaluatie worden gepland door de Backoffice van WOL. Indien het traject langer dan 9 maanden loopt zal er ook een tussenevaluatie plaatsvinden. Een meer gedetailleerde planning kan worden toegevoegd aan de bijlagen van dit document.

Startdatum van het traject:	1-7-2020
Duur van het traject:	18 maanden
Tussenevaluatie	Indien het traject langer dan 9 maanden loopt: wat is gezien de fasering van het traject een logisch moment voor een tussenevaluatie?  januari 21

[REDACTED]

---

**Van:** \_Dienstpostbus IGJ ENOZ  
**Verzonden:** maandag 3 augustus 2020 14:16  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: V2015924 afsluitbrief en openbaarmakingsbesluit bezoek 21 november 2019

[REDACTED], voor jou.  
Gr. [REDACTED]

**Van:** Martin | Kloek.nu [REDACTED]  
**Verzonden:** maandag 3 augustus 2020 14:13  
**Aan:** \_Dienstpostbus IGJ ENOZ [REDACTED]@igj.nl>  
**CC:** Irma van Brummelen [REDACTED]@kloek.nu>  
**Onderwerp:** Re: V2015924 afsluitbrief en openbaarmakingsbesluit bezoek 21 november 2019

Geachte mw [REDACTED],

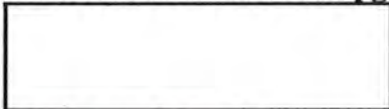
Uw reactie resultaat verslag en afsluiten bezoek met uw afsluitbrief openbaarmaking is in goede orde ontvangen.

Graag zou ik uw aandacht willen vragen om het mailadres [REDACTED] te verwijderen en hiervoor in de plaats het mailadres [REDACTED]@kloek.nu te zetten.

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

**Fout! Bestandsnaam niet opgegeven.**



Martin van de Graaf  
Directeur Kloek

[REDACTED]  
<https://nl.linkedin.com/in/martinvdgraaf>  
[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)

Op ma 3 aug. 2020 om 07:52 schreef \_Dienstpostbus IGJ ENOZ [REDACTED]@igj.nl>:

Geachte bestuurder,


In de bijlage treft u aan de afsluitbrief en het openbaarmakingsbesluit van het inspectiebezoek aan Kloek B.V. op 21 november 2019.

Deze stukken worden u alleen via de e-mail aangeboden.



Graag ontvang ik een bevestiging dat u deze e-mail met bijlagen in goede orde ontvangen heeft.

Met vriendelijke groet,

  
Medewerker toezicht

.....  
**afdeling verpleging en verzorging**

**team risico gestuurd toezicht**

**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht

Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....  
**T** telefoon : 088 120 5000

**F** fax : 088 120 5001

.....  
**Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.**  
.....

**Van:** \_Dienstpostbus IGJ ENOZ  
**Verzonden:** maandag 3 augustus 2020 07:53  
**Aan:** Theo | Kloek.nu; Martin | Kloek.nu  
**Onderwerp:** V2015924 afsluitbrief en openbaarmakingsbesluit bezoek 21 november 2019  
**Bijlagen:** V2015924 openbaarmakingsbesluit afsluitbrief Kloek B.V..pdf; V2015924 reactie resultaatverslag en afsluiten bezoek Kloek.pdf

Geachte bestuurder,

In de bijlage treft u aan de afsluitbrief en het openbaarmakingsbesluit van het inspectiebezoek aan Kloek B.V. op 21 november 2019.

Deze stukken worden u alleen via de e-mail aangeboden.

Graag ontvang ik een bevestiging dat u deze e-mail met bijlagen in goede orde ontvangen heeft.

Met vriendelijke groet,

Medewerker toezicht

.....  
afdeling verpleging en verzorging  
team risico gestuurd toezicht  
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht  
Postbus 2518 | 6401 DA Heerlen

.....  
T telefoon : 088 120 5000  
F fax : 088 120 5001

.....  
**Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.**  
.....



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

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Kloek B.V.  
T.a.v. raad van bestuur  
Europaplein 10  
2408 GX ALPHEN AAN DEN RIJN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 5000  
www.igj.nl

**Inlichtingen bij**

T 088 120 5000  
ri.utrecht@igj.nl

**Ons kenmerk**

2020-  
2520501/V2015924/

Datum 3 augustus 2020  
Betreft openbaarmakingsbesluit

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd stuurt u een afsluitbrief van het inspectiebezoek op 21 november 2019 met het kenmerk V2015924 toe. Bijgesloten bij deze brief ontvangt u de publicatieversie van deze brief.

Op grond van artikel 44, eerste lid, van de Gezondheidswet in samenhang gelezen met artikel 3.1 van onderdeel II van de bijlage bij het Besluit openbaarmaking toezicht- en uitvoeringsgegevens Gezondheidswet en Jeugdwet is de inspectie verplicht om de in de wet aangewezen informatie openbaar te maken. Deze verplichting tot openbaarmaking geldt ook voor de uitkomsten van het risicotoezicht (RT) en thematisch toezicht (TT) op de naleving van de voorgeschreven regelgeving.

In uw geval gebeurt dit door de versie van deze afsluitbrief openbaar te maken. Deze informatie wordt op de website van de inspectie ([www.igj.nl](http://www.igj.nl)) geplaatst en blijft daar voor een periode van vijf jaar voor iedereen toegankelijk. Daarbij worden de wettelijke normen in acht genomen.

**Reactiemogelijkheid**

U mag een schriftelijke reactie geven op de openbaar te maken informatie. Indien u van deze mogelijkheid gebruik maakt, wordt uw reactie op de website van de inspectie geplaatst.

Uw reactie moet aan de volgende eisen voldoen:

- maximaal 200 woorden
- geen aanstootgevend taalgebruik
- geen reclame voor bedrijven of producten
- geen (bijzondere) persoonsgegevens over andere personen of gegevens van andere bedrijven (derden)
- geen strafrechtelijke gegevens

Indien uw reactie niet aan de eisen voldoet, zal de inspectie woorden of delen van uw reactie weglakken. Gelakte woorden tellen wel mee voor het maximale aantal van 200 woorden.



U kunt uw reactie tot **uiterlijk zes weken** na dagtekening van dit besluit indienen. Een reactie die te laat is ingediend zal niet worden gepubliceerd.

**Datum**  
3 augustus 2020

Indien u wenst dat de inspectie uw schriftelijke reactie tegelijk met de publicatieversie van de afsluitbrief op de website plaatst, dan ontvang ik deze reactie tot **uiterlijk twee weken** na dagtekening van dit besluit. Dit betekent dat ik op 17 augustus 2020 uw reactie moet hebben ontvangen.

**Kenmerk**  
2020-  
2520501/V2015924/

De inspectie ontvangt uw reactie bij voorkeur per e-mail. U kunt uw reactie sturen naar het volgende e-mailadres: meldpunt@igj.nl en in cc aan ri.utrecht@igj.nl. Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw reactie ook versturen per post naar:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen


Vermeld bij uw reactie V2015924. Zonder dit nummer kan de inspectie uw reactie mogelijk niet of niet tijdig plaatsen.

#### **Bent u het niet eens met openbaarmaking?**

Wilt u niet dat de publicatieversie van de afsluitbrief openbaar wordt gemaakt, dan moet u twee dingen doen. Allereerst is het nodig om bezwaar te maken tegen dit besluit bij het Ministerie van VWS (zie hieronder voor een toelichting). Daarnaast is het nodig om een verzoek te doen bij de rechter om de publicatieversie van de afsluitbrief niet te publiceren. Zo'n verzoek wordt een verzoek om voorlopige voorziening genoemd (zie hieronder voor een toelichting). De inspectie ontvangt graag een afschrift van dit verzoek om een voorlopige voorziening (meldpunt@igj.nl). Om u hiervoor de tijd te geven zal de inspectie niet eerder dan 17 augustus 2020 deze brief op haar website plaatsen. Vermeld bij uw bericht V2015924.

Ik ga ervan uit u met het bovenstaande voldoende te hebben geïnformeerd. Indien u een toelichting op dit besluit wenst dan kunt u contact opnemen met ondergetekende onder 088-1205000 of via meldpunt@igj.nl. Vermeld bij uw bericht V2015924.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,

  
senior inspecteur

### **Toelichting bezwaar**

Heeft u vragen over deze beslissing of bent u het er niet mee eens? Kijk dan op [www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/bezwaarschriften-vws](http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/bezwaarschriften-vws). Daar wordt uitgelegd wat u kunt doen als u het niet eens bent met de beslissing en misschien bezwaar wilt maken. Er staan voorbeelden waarmee u de kans op een succesvol bezwaar kunt inschatten.

**Datum**  
3 augustus 2020

**Kenmerk**  
2020-  
2520501/V2015924

Wilt u een bezwaarschrift sturen, dan moet dit binnen zes weken na de datum die bovenaan deze brief staat. Let op: doe dit op tijd, anders kan uw bezwaar niet worden behandeld.

Het bezwaarschrift e-mailt u naar: [WJZ.bezwaarenberoep@minvws.nl](mailto:WJZ.bezwaarenberoep@minvws.nl), bij voorkeur met een ingescande handtekening. Indien u het bezwaarschrift per e-mail indient zonder ondertekening, bestaat de mogelijkheid dat u op een later moment verzocht wordt om bewijs te leveren dat u bevoegd bent tot het indienen van het bezwaar.

Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw bezwaarschrift ook versturen per post naar:  
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
t.a.v. Directie Wetgeving en Juridische Zaken,  
Postbus 20350,  
2500 EJ Den Haag.

U kunt uw bezwaarschrift ook faxen naar: (070) 340 59 84.

Noem in het bezwaarschrift:

- uw naam en adres
- de datum
- het kenmerk van deze brief (deze gegevens vindt u in de rechterkantlijn)
- geef aan waarom u het niet eens bent met de beslissing

Vergeet niet om uw bezwaarschrift te ondertekenen en van een datum te voorzien. Wilt u zo vriendelijk zijn om een kopie van deze brief mee te sturen met het bezwaarschrift?

### **Toelichting voorlopige voorziening**

Het indienen van een bezwaarschrift heeft de werking van dit besluit niet op. Als u een bezwaarschrift heeft ingediend, dan kunt u daarnaast ook een voorlopige voorziening aanvragen waarmee mogelijk de werking van dit besluit tot openbaarmaking, kan worden opgeschort.

Indien dit, gelet op de betrokken belangen, onverwijlde spoed vereist dan kunt u de voorzieningenrechter van de sector bestuursrecht van de desbetreffende rechtbank verzoeken een voorlopige voorziening te treffen.

Voor het actuele adres verwijst ik naar de volgende website:  
<https://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Rechtsgebieden/Bestuursrecht/Procedures/Paginas/Voorlopig-voorziening.aspx>

Bij het verzoek om een voorlopige voorziening wordt griffierecht geheven.



Van: [REDACTED]  
 Aan: [REDACTED]  
 Onderwerp: overdracht Kloek  
 Datum: dinsdag 15 september 2020 15:28:39

Ha collega's,  
 Zie hieronder een samenvatting van het proces tot nu toe. Hebben jullie nog opmerkingen hierover?

[REDACTED] weet jij nog wat voor bezoek het gaat worden? Een ZIB FU? MKI FU?

Ik wil het document graag donderdag naar [REDACTED] doorsturen.

Groet [REDACTED]

Ha [REDACTED] en [REDACTED],

Hierbij een overdracht van Kloek. Het TD is bijgewerkt en alles staat in WPM maar voor de zekerheid nog wat aandachtspunten:

- Januari 2019: ZIB Kloek Amsterdam
- November 2019: MKI Kloek Roosendaal
- Februari 2020: bestuursgesprek RvC en RvB Kloek → laatste kans gegeven om verbeteringen door te voeren op beide locaties. Zie verslag bestuursgesprek
- April 2020: gesprek met nieuwe directeur, één bestuurder is na het bestuursgesprek afgetreden. Er is nu een bestuurder  
 Sinds april is er behoorlijk wat staf bij gekomen: Iedere locatie heeft nu teamleider, een locatiemanager. Ook zijn er twee W&T coaches betrokken bij Kloek, op beide locaties, voor 1,5 jaar
- Augustus 2020: resultaatverslag ontvangen, reactie verstuurd en gebeld met directeur, zie telefoonnotitie
- 11 September 2020: gesprek bestuurder en directeur nav meldingen samen met [REDACTED] van IT, zie gespreksverslag
- Van januari 2020 tot en met nu heeft [REDACTED] twee keer contact gehad met bestuurder over de meldingen, heeft ze een nieuw onderzoeksrapportage opgevraagd. Ook heeft zij contact gehad met dochter van cliënt waar de meldingen over gaan. Zie hiervoor ook de telefoonnotities
- In WPM staan allerlei objecten over Kloek, collega's van IT hebben geprobeerd om dit beter te stroomlijnen. Beter dan dit lukt niet volgens objectbeheer

Aandachtspunten bij bezoeken:

- In januari 2019 is er ruim aandacht geweest voor tekortkomingen omtrent onvrijwillige zorg, in- en exclusiecriteria voor cliënten, veilige inzet domotica en open deur beleid → laatste gesprek 11 september blijft dit opnieuw aandachtspunt en hier hebben ze nog steeds weinig visie op en weinig verbeteringen in aan gebracht
- Mogelijk kan [REDACTED] mee op bezoek gaan vanuit IT
- Besloten om het bezoek kort van te voren aan te kondigen, een dag van te voren bellen zodat we een realistisch beeld krijgen. [REDACTED] en ik hebben twijfels of we dit in beeld krijgen als we vroeg van te voren aankondigen
- Sowieso behandelaren spreken, kan ook telefonisch achteraf. Nagaan wat hun rol is bij primair proces en beleidsvorming
- In verband met signalen, goed om cliëntvertegenwoordigers te spreken in Kloek Amsterdam

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]  
 Senior Inspecteur Verpleging & Verzorging IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport**  
 Stadsplateau 1 | 3521 AZ Utrecht  
 Postbus 2518 | 6101 DA Heerlen

.....  
 T: 088 120 5000

F: 088 120 5001

M: [REDACTED]

























e-mail : [REDACTED]@igj.nl en <https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl



**Van:** Buijse, A.M. (Rian)  
**Aan:** Hornis, M. (Meike)  
**Onderwerp:** Kloek BV  
**Datum:** dinsdag 29 september 2020 13:42:02  
**Bijlagen:** image001.gif  
 image002.gif  
 image003.gif  
 image004.png  
 image005.gif  
 image006.gif

Ha Meike,  
 Hierbij info over Koek BV  
 Groeten,  
 Rian  
**Company info dd 30-9-2020**  
 Concernrelaties

Naam	Plaats	KvK-nummer
→ <u>Kloek Beheer B.V.</u>	Alphen aan den Rijn	66848806
  <u>TJ Partners Personeelsdiensten B.V.</u>	Krimpen aan de Lek	34306314
  <u>Kloek B.V.</u>	Alphen aan den Rijn	61778966
   <u>JobSet B.V.</u>	Alphen aan den Rijn	61779199
   <u>St. Administratie en Beheer Vastgoed Kloek</u>	Alphen aan den Rijn	63912937
   <u>Kloek Roosendaal B.V.</u>	Alphen aan den Rijn	65154215
   <u>Kloek Zorg B.V.</u>	Alphen aan den Rijn	66853494
   <u>Kloek Amsterdam B.V.</u>	Amsterdam	67923585
   <u>St. administratie beheer Vastgoed Amsterdam</u>	Alphen aan den Rijn	70031231
 		

Bestuurder Enig aandeelhouder

**KvK uittreksel Kloek Beheer BV 21-7-2020**

Bestuurders

Naam	Berg, Theodorus Johannes Petrus
Geboortedatum	22-11-1957
Datum in functie	01-01-2017 (datum registratie: 10-01-2017)
Bevoegdheid	Gezamenlijk bevoegd (met andere bestuurder(s), zie statuten)
Naam	van de Graaf, Martin Bong Ah
Geboortedatum	13-07-1972
Datum in functie	01-01-2017 (datum registratie: 10-01-2017)
Titel	Algemeen directeur
Bevoegdheid	Alleen/zelfstandig bevoegd
Aanvang (huidige) bevoegdheid	15-05-2020

**KvK Uittreksel Kloek BV 21-7-2020**

Enig aandeelhouder en bestuurder: Kloek Beheer BV

Commissarissen

Naam	Goedegebure, Leendert Adriaan
Geboortedatum	11-04-1962

Datum in functie 07-12-2015 (datum registratie: 13-05-2016)

Naam Bos, Sonja

Geboortedatum 01-09-1982

Datum in functie 07-12-2015 (datum registratie: 13-05-2016)

**Vragenlijst context locatie**

Naam organisatie:

Kvk-nummer:

Naam locatie:

Vestigingsnummer:

Datum van invullen:

**Huidige situatie**

Hoeveel cliënten wonen er op dit moment op de bezochte locatie (alle afdelingen bij elkaar)?

Type	Totaal aantal	Zorg in Natura Aantal met en zonder behandeling MET / ZONDER	Aantal VPT	Aantal MPT	PGB
Cliënt met VV 4					
Cliënt met VV 5					
Cliënt met VV 6					
Cliënt met VV 7					
Cliënt met VV 8					
Overige: -----					
Totaal					

Hoe zijn de cliënten verdeeld over de locatie:

Aantal groepen/afdelingen (de kleinste unit die een huishouden deelt)	Aantal cliënten per groep/afdeling (de kleinste unit die een huishouden deelt)



Hoeveel zorgmedewerkers/activiteitenbegeleiders zijn werkzaam bij de bezochte locatie op dit moment (exclusief overhead)?

Type	Totaal		Met arbeids-contract		Zonder arbeids-contract (bv ZZP, uitzendkrachten.		leerlingen (exclusief stagiaires)	
	Aantal	(gemiddeld) FTE	Aantal	FTE	Aantal	FTE	Aantal	FTE
Totaal								
Niveau 0/1 (bv gastvrouw)								
Niveau 2								
Niveau 3								
Niveau 4								
Niveau 5								
Niveau 6								
Behandelteam Specialist ouderengeneeskunde Gedragsdeskundige/ psycholoog Anders.....								
Vrijwilligers/ mantelzorgers								

Inzet zorgmedewerkers per 24 uur voor de locatie

	Aantal	Totaal uren	Hoogste opleidingsniveau aanwezig
Dag			
Avond			
Nacht			
Weekeind Dag Avond nacht			

Is er structureel zorgachterwacht(verpleegkundige of verzorgende) beschikbaar voor deze locatie? ja/nee

Is er structureel een specialist ouderengeneeskunde beschikbaar als achterwacht? Ja/nee

Hoeveel vacatures voor zorgmedewerkers heeft u op dit moment?

Totaal:

Moeilijk vervulbaar (naar eigen inzicht):

**Gegevens over zorgmedewerkers/activiteitenbegeleiders van de bezochte locatie over de laatste 12 maanden:**

	Aantal instroom	FTE instroom	Aantal uitstroom	FTE uitstroom	Ziekteverzuim (%) Zonder zwangerschapsverlof
Totaal					
Niveau 0/1 (bv gastvrouw)					
Niveau 2					
Niveau 3					
Niveau 4					
Niveau 5					
Niveau 6					
Behandelteam					
Management					

Overhead beschikbaar voor management- en beleidstaken voor deze locatie op dit moment:

Functie	Aantal	FTE
Manager/Teamleider/coördinator		
Coaches		
Kwaliteitsfunctionaris		
Overige:		

Toelichting/Opmmerkingen:

**Van:** \_Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT  
**Verzonden:** donderdag 1 oktober 2020 11:20  
**Aan:** [redacted]@kloek.nu; [redacted]@gmail.com  
**Onderwerp:** V2022237 aankondiging inspectiebezoek Kloek Roosendaal 06-10-2020  
**Bijlagen:** V2022237 2020-2538930 aankondiging inspectiebezoek Kloek Roosendaal 06-10-2020.pdf; bijlage Contextvragen op locatieniveau Kloek Roosendaal 06-10-2020.docx

Ook verzonden aan: [redacted]@kloek.nu'

Geachte bestuurder,

Bijgaand treft u de aankondiging voor het vervolgbezoek aan Kloek Roosendaal op 6 oktober 2020. Deze aankondiging wordt u alleen via de e-mail aangeboden. Voor de inhoud verwijs ik naar de bijlagen.

Graag ontvang ik een bevestiging dat u deze e-mail met bijlagen in goede orde ontvangen heeft. Waarvoor dank.

Met vriendelijke groet,

[redacted]  
 Medewerker Toezicht IGJ

.....  
**Afdeling Verpleging en Verzorging**  
**Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**  
**Ministerie van VWS**  
 Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht  
 Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

.....  
**T** telefoon : 088 120 5000 (alg) | 088 [redacted] (doorkies)  
**F** fax : 088 120 5001  
**M** gsm : [redacted]  
 e-mail : [redacted]@igj.nl  
[www.igj.nl](http://www.igj.nl)



**weigeringsgrond 10.2.e.**



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

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Kloek B.V.  
T.a.v. raad van bestuur  
Europaplein 10  
2408 GX ALPHEN AAN DEN RIJN

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 5000  
www.igj.nl

**Inlichtingen bij**  
[redacted]  
ri.utrecht@igj.nl

**Ons kenmerk**  
2020-  
2538930/V2022237/[redacted]

Datum 1 oktober 2020  
Betreft aankondiging inspectiebezoek op 6 oktober 2020

Bijlagen: contextvragen op locatieniveau

Beste raad van bestuur,

Met deze brief kondigt de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd een

**Doc.**

## Waarom kondigt de inspectie het bezoek aan

**De inspectie neemt telefonisch contact met u op**

De bezoekende inspecteur neemt **maandag 5 oktober 2020 telefonisch contact met u op**. In dit telefoongesprek bespreekt hij/zij waar en hoe het inspectiebezoek verantwoord uitgevoerd wordt. En wat eventuele alternatieven zijn voor de verschillende onderdelen van het bezoek.

Pagina 1 van 5

#### **Doel van het bezoek**

Doel van het bezoek is te beoordelen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie richt zich daarbij op de normen waar Kloek Roosendaal B.V. tijdens het vorige bezoek van 21 november 2019 (grotendeels) niet aan voldeed.

#### **Datum**

1 oktober 2020

#### **Kenmerk**

2020-  
2538930/V2022237

#### **Hoe ziet het bezoek er normaal gesproken uit**

Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van de dag of de leidinggevende. Als het mogelijk is, willen de inspecteurs daarna een rondleiding door de locatie.

De inspecteurs proberen een beeld te krijgen van hoe op de locatie geleefd en gewerkt wordt. Na de rondleiding zullen de beide inspecteurs daarom zoveel mogelijk op de afdelingen of woningen aanwezig zijn. Zij zullen hier observeren, met medewerkers en cliënten spreken, zorgdossiers inzien en zo mogelijk overlegvormen bijwonen. De inspecteurs doen dit alles in overleg met de medewerkers en proberen zo min mogelijk de directe zorgverlening te verstoren.

Tijdens het inspectiebezoek willen de inspecteurs behandelaar(s), cliëntvertegenwoordigers en/of cliëntenraadsleden spreken. Dit kan op de afdeling of daarbuiten.



Tijdens het bezoek zullen de inspecteurs ook aandacht besteden aan de coronamaatregelen, de effecten hiervan op cliënten en medewerkers en de besturing en het risicomanagement in coronatijd.

De inspecteurs kunnen tijdens het bezoek schriftelijke informatie vragen.

#### **Afhandeling van het inspectiebezoek en rapportage**

Na het inspectiebezoek stelt de inspectie een rapport op met de bevindingen. De inspectie stuurt het conceptrapport binnen vier weken na het inspectiebezoek naar de raad van bestuur. Na verwerking van uw opmerkingen stelt de inspectie het rapport vast. Dit doet de inspectie ook als ze binnen vier weken na verzending van het conceptrapport geen reactie van u heeft ontvangen. U ontvangt hierover bericht.

Als de inspectie tijdens het inspectiebezoek constateert dat er sprake is van een situatie die directe maatregelen vereist, dan stelt de inspecteur het management en de raad van bestuur direct na het inspectiebezoek hiervan op de hoogte.

#### **Contextinformatie over de locatie**

De inspectie vraagt tijdens haar bezoek naar specifieke contextinformatie over de locatie(s) die zij bezoekt. Dit betreft onder andere de zorgzwaarte van cliënten en personele informatie. Deze contextinformatie verwerkt de inspectie in haar inleiding van het inspectierapport.

Het doel is om een beeld te krijgen van de hoeveelheid en de deskundigheid van zorg gerelateerde medewerkers binnen de locatie, ten opzichte van de zorgzwaarte en het aantal cliënten. Om dit op een meer gestructureerde wijze te doen, stuurt de inspectie hierbij de contextvragen (zie aparte digitale bijlage). De vragen zijn gericht op de locatie(s) die zijn bezocht.

De inspectie verwacht de gegevens **binnen 24 uur na het inspectiebezoek** op het e-mailadres [ri.utrecht@igj.nl](mailto:ri.utrecht@igj.nl) en in cc aan [REDACTED]. Vermeld hierbij alstublieft het kenmerk van deze brief. Desgewenst kunt u gebruik maken van de [IGJ Rijkscloud](#). Hiermee kunt u veilig uw vertrouwelijke documenten versturen naar de inspectie. Het gebruik van dit digitale uitwisselportaal is gratis.

Datum  
1 oktober 2020

Kenmerk  
2020-  
2538930/V2022237/[REDACTED]

#### **Openbaarmaking**

Voor de volledigheid maakt de inspectie u erop attent dat op grond van de Gezondheidswet zij haar rapporten openbaar maakt via de website [www.igj.nl](http://www.igj.nl). De inspectie doet dit niet eerder dan twee weken na het verzenden van het definitieve rapport.

Mogelijk stelt de inspectie naar aanleiding van dit bezoek een vervolgtraject in, bijvoorbeeld door u een plan van aanpak te vragen. Bij afsluiting van het vervolgtraject zullen we dit in een brief bevestigen. Deze afsluitbrief zullen wij ook op onze website openbaar maken.

Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat de Inspectie in haar rapporten geen tot een persoon herleidbare gegevens opneemt en geen bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens van uw patiënten of cliënten.

Meer informatie over openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website ([www.igj.nl/onderwerpen](http://www.igj.nl/onderwerpen)). Hier kunt u ook lezen in welke gevallen de inspectie afwijkt van de hiervoor genoemde openbaarmakingstermijn van minimaal twee weken na vaststelling van het rapport.

**Vragen?**

Het kan zijn dat deze brief vragen oproept. U kunt deze vragen bespreken tijdens het telefoongesprek dat nog plaatsvindt. Als u daar niet op kan wachten, neem dan contact op met ondergetekende. Doe dat bij voorkeur via e-mail. U kunt uw bericht sturen naar [REDACTED].nl ter attentie van ondergetekende onder vermelding van V2022237.

Met vriendelijke groet,



senior inspecteur



## **Bijlage 1 - Uitleg observatiemethode SOFI**

**Datum**  
1 oktober 2020

**Kenmerk**  
2020-  
2538930/V2022237/

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

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

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Praten zorgverleners met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt.

Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

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

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

## **Bijlage 2 – Klaar te leggen documenten**

**Datum**  
1 oktober 2020

**Kenmerk**  
2020-  
2538930/V2022237/

De inspectie vraagt u de volgende documenten klaar te leggen ter inzage.

- 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;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Kwaliteitsplan.

### **Dossieronderzoek**

Hiernaast wil de inspectie cliëntdossiers (of onderdelen daarvan) inzien van cliënten in aanwezigheid van een medewerker. In geval van elektronische cliëntdossiers is de beschikbaarheid van een deautoriseer





**Van:** Martin | Kloek.nu  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** draaiboek bezoek  
**Datum:** maandag 5 oktober 2020 15:52:07

---



Geachte heer/ mevrouw,

Mooi dat we u op dinsdag 6 oktober om 10.00 uur mogen ontvangen binnen Kloek Roosendaal.

Onze locatie is gevestigd op het volgende adres:  
De Eglantier 2-24  
4707 AA Roosendaal

Als u bij ons op locatie bent, kunt u bellen naar telefoonnummer 06-[REDACTED].  
Ik zal u dan beneden in de hal van ons pand ophalen.

Voordat we u kunnen toelaten, moeten we een aantal corona maatregelen toepassen.  
Zie hiervoor onderstaande instructie.

### **Corona Maatregelen**

---

Pas hygiënemaatregelen toe:

- handen desinfecteren via desinfectant aan de wand;
- 1,5 meter afstand houden;
- Regelmatig handen wassen;
- Hoesten en niezen in de elleboog;
- Papieren zakdoekjes gebruiken;
- Geen handen geven;
- Mondkapje gebruiken;

Voordat u naar binnen gaat gaarne onderstaande vragen doorlopen:

1. Heeft u last van neus verkoudheid? Heeft u last van hoesten? Heeft u last van benauwdheid? Heeft u koorts ( $>37,5^{\circ}\text{C}$ )?
2. Heeft u de afgelopen 48 uur klachten gehad zoals bij vraag 1 gesteld?
3. Zijn er mensen met wie u in huis woont die verkouden zijn, hoesten of koorts hebben?
4. Bent u in de afgelopen 10 dagen positief getest op corona of heeft een arts u verteld dat u corona heeft?
5. Bent u in de afgelopen 10 dagen in aanraking geweest met personen die corona gerelateerde klachten hebben of waarbij corona is vastgesteld?

Indien u één of meer van bovenstaande vragen met ja moet beantwoorden, dan mag u helaas niet naar binnen.

I.v.m. een mogelijk later te starten bron- en contactonderzoek door de GGD vragen wij u uw NAW-gegevens te noteren op datum achter op een aanwezigheidslijst.  
Mocht u zelf geen mondkapje hebben, dan zullen wij hier zorg voor dragen.

Zoals aangegeven start uw bezoek om 10.00 uur. We hebben voor u alvast een programma gemaakt, zodat u met de door u gewenste personen in gesprek kunt gaan. Mocht u graag wijzigingen in het programma zien, dan staan wij hier natuurlijk open voor.

Programma:

10.00 uur Ontvangst door locatiemanager [REDACTED]  
10.15 uur Gesprek met [REDACTED] en Directeur Zorg Irma  
van Brummelen  
10.45 uur Rondleiding locatie door [REDACTED]  
12.00 uur Lunch  
13.00 uur Online gesprek met [REDACTED] ([REDACTED])  
[REDACTED] mentor van een bewoner (is telefonisch  
bereikbaar)

Einde bezoek

Volgens ons huidige bezoekersbeleid is het normaal gesproken de bedoeling dat bezoek rechtstreeks naar de kamer van de bewoner loopt en op dit moment niet de gezamenlijke huiskamers van de bewoners bezoeken. Dit om de risico op verspreiding van COVID-19 zoveel mogelijk te beperken.

Natuurlijk willen wij u onze locatie laten zien en de gelegenheid bieden om de sfeer van de huiskamers te proeven en hierin plaats te kunnen nemen, zodat u ook hier kunt observeren.

Daarom zullen wij hierop een uitzondering maken, als u zich hierbij aan de richtlijnen houdt. Namelijk minimaal 1,5 meter afstand houden en te allen tijde uw mondkapje gebruiken.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Tijdens uw gehele bezoek ben ik samen met mijn collega's beschikbaar voor het aanleveren van eventuele benodigde informatie en of het beantwoorden van vragen. Mocht u nog aanvullende vragen of wensen hebben o.i.d. dan hoor ik het graag. Tot a.s. dinsdag 6 oktober.

Met vriendelijke groet,

logo  
  
[REDACTED]  
Locatiemanager Kloek  
[REDACTED]

Met vriendelijke groet,

  
logo  
  
Martin van de Graaf  
Directeur Kloek  
[REDACTED]  
<https://nl.linkedin.com/in/martinvdgraaf>  
[www.kloek.nu](http://www.kloek.nu)