



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Mosae Zorggroep,
locatie Scharwyerveld in Maastricht
in Maastricht op 23 januari 2019

Utrecht, april 2019

VGR-2005067

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Scharwyerveld 4
2	Conclusie 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat kan beter 6
2.4	Wat moet beter 6
2.5	Conclusie bezoek 7
3	Wat zijn de vervolgacties 8
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Scharwyerveld verwacht 8
3.2	Vervolgacties van de inspectie 8
4	Resultaten 9
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1	Resultaten 9
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 15
Bijlage 1	Methode 18
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 23 januari 2019 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Mosae Zorggroep (hierna: Mosae), locatie Scharwyerveld in Maastricht.

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

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

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

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt Scharwyerveld om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. Het bezoek aan Scharwyerveld richt zich op de zorg aan cliënten op de afdeling psychogeriatric en somatiek.

De inspectie bezocht Scharwyerveld niet eerder. Wel bracht de inspectie een bezoek aan een andere locatie van Mosae op 15 maart 2018. De inspectie verwacht dat verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties worden getroffen. Op 22 januari 2019 bezocht de inspectie de andere locatie opnieuw.

Toezichthistorie

De inspectie heeft in 2017 intensief contact onderhouden met Mosae vanwege de bestuurswissel en de financiële tekorten van de organisatie. De inspectie heeft op haar verzoek in 2017 diverse kwaliteitsgegevens ontvangen van Mosae. Op 15 maart 2018 is een inspectiebezoek gebracht aan locatie Campagne om de geboden kwaliteit en veiligheid in de praktijk te toetsen.

Inspectiebezoek Goed Bestuur 27 juni 2018

De inspectie bracht op 27 juni 2018 een inspectiebezoek Goed Bestuur aan Mosae, omdat zij kennis wilde maken met de nieuwe raad van bestuur en inzicht wilde krijgen in de wijze van besturing binnen Mosae. Zij sprak met de nieuwe raad van bestuur en delegaties van de raad van toezicht, het managementteam, de ondernemingsraad, centrale cliëntenraad en zorgverleners.

In de terugkoppeling van dit bezoek, sprak de inspectie uit dat zij nog te weinig urgentiebesef bij de raad van bestuur zag ten aanzien van kwaliteit en veiligheid. Dit onderstreepte zij in een brief aan de bestuurder op 6 juli 2018. De inspectie verwachtte dat Mosae met urgentie de focus zou leggen op sturen op kwaliteit en veiligheid met daarbij vooral aandacht voor de volgende thema's:

- Persoonsgerichte zorg
- Stabiele en deskundige teams
- Cultuur gericht op leren en verbeteren
- Inrichten van systemen voor gerichte stuurinformatie op het gebied van kwaliteit en veiligheid per locatie
- Methodisch werken

Daarbij vroeg de inspectie de zorgverleners bij deze ontwikkelingen te betrekken.

Mosae reageerde met een brief waarin zij aangaf de adviezen van de inspectie ter harte te nemen. In een brief van 5 september 2018 laat Mosae weten welke acties ondernomen zijn op bovengenoemde thema's. De raad van bestuur vertrouwt erop dat de inspectie bij een vervolfbezoek een ander Mosae aantreft dan in maart 2018: "Er wordt nog steeds liefdevolle zorg verleend, maar er wordt meer rekening gehouden met de persoonlijke behoeften en wensen van de cliënt, de formatie van de zorgteams is op orde, de zorgteams werken aan continue verbetering onder leiding van (kwaliteits)verpleegkundigen en de uitkomsten op gebied van kwaliteit en veiligheid worden gedeeld en besproken binnen de teams."

In het rapport van het inspectiebezoek van 27 juni 2018 concludeert de inspectie: "De raad van bestuur is sinds april 2018 actief bij Mosae. Hij geniet het vertrouwen van de meeste gesprekspartners. Op basis van de bevindingen van het bezoek op 27 juni 2018 heeft de inspectie vooralsnog echter nog niet het vertrouwen dat verbetering van kwaliteit en veiligheid de hoogste prioriteit heeft van de besturing. De noodzaak tot verbetering van de kwaliteit van zorg, lijkt bij bestuur, raad van toezicht en management in beperkte mate aanwezig. De systemen en de cultuur in de organisatie van hoog tot laag dragen niet bij aan het verbetertraject". De inspectie sluit het bezoek af en geeft aan dat zij de verbeteringen binnen Mosae zal toetsen.

Tijdelijke opnamestop Bopz-afdeling Scharwyerveld

Op 10 augustus 2018 deelt de raad van bestuur de inspectie mee dat zij een tijdelijke opnamestop heeft op de afdeling BOPZ van Scharwyerveld, vanwege te weinig deskundig personeel op deze afdeling. Mosae geeft aan dat per 1 november 2018 de formatie op de afdeling weer op orde is en de opnamestop beëindigd wordt.

Dit bezoek aan Scharwyerveld is niet los te zien van de andere bezoeken. Zie hiervoor de website van de inspectie (www.igj.nl) onder [publicaties](#).

1.2 Beschrijving Scharwyerveld

Scharwyerveld is een van de zorglocaties van Stichting Mosae Zorggroep. Mosae is een organisatie voor wonen, welzijn en zorg in Maastricht West. Zij levert intramurale zorg op drie locaties in Maastricht en daarnaast biedt zij thuiszorg aan zelfstandig wonende ouderen in de wijk.

Scharwyerveld ligt op het snijpunt van de wijken Malberg, Caberg, Oud - Caberg en Malpertuis. In het gebouw zijn serviceappartementen voor cliënten met een zorgvraag voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en/of verpleging. Daarnaast is er een afdeling voor cliënten met een somatische zorgvraag en een afdeling voor cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag (pg). Het hoofdgebouw heeft een ruime ontmoetingsruimte met restaurant waar ook mensen uit de wijk gebruik van kunnen maken.

Cliënten

Binnen Scharwyerveld wonen cliënten met een somatische en psychogeriatrische zorgvraag. Op de afdeling somatiek wonen 38 cliënten met een zorgprofiel variërend van zorgprofiel 4 tot en met 6. Op de afdeling psychogeriatricie wonen 35 cliënten met een zorgprofiel 5, 6 en 7. Deze cliënten wonen op een afdeling met een aanmerking in het kader van de Wet Bopz. Tijdens het inspectiebezoek wonen op deze twee afdelingen in totaal 77 cliënten. De cliënten hebben allen een eigen woon/slaapkamer met badkamer. Daarnaast is er een gedeelde huiskamer waar cliënten gebruik van kunnen maken. De cliënten kunnen vrij over de etage en de huiskamers bewegen.

Zorgverleners

De raad van bestuur stuurt tijdelijk rechtstreeks de locatiemanagers aan, vanwege vertrek van de manager zorg (ad interim). Binnen Scharwyerveld werkt een locatiemanager. Eén teamleider ad interim ondersteunt de locatiemanager voor de afdelingen pg en somatiek. De zorgverleners van beide teams werken voor alle cliënten van de betreffende afdeling. Op de pg-afdeling werkt een kwaliteitsverpleegkundige niveau 5. Voor de afdeling somatiek is een vacature voor een kwaliteitsverpleegkundige. Op de beide afdelingen werken zorgverleners met diverse deskundigheidsniveaus. Het merendeel van de zorgverleners werkt als zorghulp, helpende of verzorgende. Daarnaast werken zorgverleners als (assistent) activiteitenbegeleider, leerling verzorgende, eerstverantwoordelijk verzorgende, leerling-verpleegkundige en verpleegkundige niveau 4. Scharwyerveld maakt regelmatig gebruik van invalkrachten.

De behandelaren werken vanuit een externe behandel dienst bij Mosae. Dit zijn behandelaren met de volgende disciplines: specialisten ouderengeneeskunde, psycholoog, diëtist, fysiotherapeut, verpleegkundig specialist en logopedist. Zij werken zoveel mogelijk met vaste behandelaren op vaste locaties.

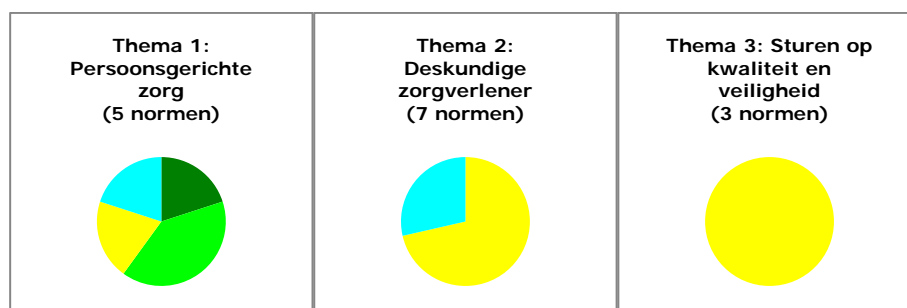
Tijdens het inspectiebezoek aan Scharwyerveld is de locatiemanager afwezig door ziekte. De teammanager werkt vanwege slechte weersomstandigheden vanuit huis. Zij komt in de middag voor het inspectiebezoek naar haar werk. Een kwaliteitsverpleegkundige ontvangt de inspectie.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Scharwyerveld. 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 Scharwyerveld beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



Legenda

	voldoet
	voldoet grotendeels
	voldoet grotendeels niet
	voldoet niet
	niet getoetst

2.2 Wat gaat goed

De zorgverleners binnen Scharwyerveld werken met een grote betrokkenheid voor de cliënt. De zorgverleners betrekken de cliënt en zijn wensen en behoeften in het maken van afspraken over de zorg. Zij hebben daarbij oog voor de eigen regie.

2.3 Wat kan beter

Ondanks de grote betrokkenheid van de zorgverleners en hun wil om persoonsgerichte zorg te geven aan de cliënt, ontbreekt het aan voorwaarden om dit goed te kunnen doen. Ook het activiteitenaanbod binnen Scharwyerveld kan beter. Door onvoldoende stabiliteit in de teams en veel inzet van invalkrachten staat persoonsgerichte zorg onder druk. Dit wordt nog versterkt doordat ook bij de behandelaren veel wisselingen zijn geweest. Dit maakt de multidisciplinaire samenwerking kwetsbaar. Deze voorwaarden zijn nodig om met elkaar goede zorg aan de cliënten te bieden.

2.4 Wat moet beter

Mosae moet zich inspannen om meer stabiliteit in de teams te krijgen door meer vaste medewerkers aan te stellen. De zorgverleners moeten daarnaast beschikken over de juiste deskundigheid om antwoord te kunnen geven op de toenemende zorgvraag. Mosae moet op alle niveaus beter methodisch werken. De inspectie ziet dit onvoldoende terug in de cliëntendossiers en ook in de wijze waarop Mosae omgaat met teamontwikkelplannen. Het ontbreekt aan een duidelijke pdca-cyclus.

Mosae moet daarnaast strakker sturen op de kwaliteit en veiligheid. Het ontbreekt aan een krachtige aansturing vanuit het bestuur en het locatiemanagement. Mosae verzamelt sinds kort stuurinformatie over wat goed en niet goed gaat. Het ontbreekt vervolgens aan een duidelijke visie en sturing om richting te geven aan de verbeteracties. Dit moeten de betrokkenen binnen Mosae op alle niveaus beter oppakken.

2.5

Conclusie bezoek

Scharwyerveld voldoet grotendeels niet aan negen van de twaalf beoordeelde normen. Dit zijn allen normen die gaan over de thema's deskundigheid personeel en sturen op kwaliteit en veiligheid. Met name over dit laatste thema heeft de inspectie in 2018 intensief contact gehad met Mosae en daarbij aangedrongen op meer urgentiebesef.

Het bestuur en het management moeten krachtiger sturen op de voorwaarden voor goede zorg. Dit is noodzakelijk om de zorgverleners te faciliteren en persoonsgerichte zorg echt tot recht te laten komen. De inspectie verwacht meer daadkracht en voortvarendheid in de aansturing van de locaties en de teams. Aangezien de zorgzwaarte van de cliënten toeneemt, moet de deskundigheid van de zorgverleners hierop aansluiten. Mosae mist daarnaast een cultuur van elkaar aanspreken. Met name vanuit het bestuur wordt de situatie mooier voorgesteld dan deze in de praktijk laat zien. Het resultaatverslag dat de inspectie heeft ontvangen van Mosae is hier een voorbeeld van. De inspectie verwacht dat bestuurders een reëel beeld schetsen van de kwaliteit van zorg en hierover intern de juiste discussie voeren.

Op basis van dit bezoek en de bevindingen van het inspectiebezoek Goed Bestuur op 27 juni 2018 heeft de inspectie vooralsnog nog niet het vertrouwen dat verbetering van kwaliteit en veiligheid de hoogste prioriteit heeft van het bestuur.

3 Wat zijn de vervolgacties

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

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

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

De inspectie verwacht van Mosae dat zij **binnen zes maanden** na het vastgestelde rapport voldoet aan alle normen uit dit rapport. Gezien de bevindingen van het bezoek aan Scharwyerveld en de andere bezoeken die de inspectie bracht aan een locatie van Mosae, ziet de inspectie aanleiding om Mosae voor periode van zes maanden verscherpt toezicht op te leggen.

De inspectie verwacht een resultaatsverslag na drie maanden en na vijf maanden na het instellen van het verscherpt toezicht.

In dit resultaatverslag neemt u de volgende informatie op:

- welke aanpak en acties u heeft ingezet om aan de norm te voldoen;
- hoe u weet dat u aan de norm voldoet;
- als u per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet per welke datum dit wel het geval zal zijn.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

Op basis van de resultaatsverslagen bepaalt de inspectie of er een tussentijds bezoek nodig is. De inspectie toetst aan het einde van het verscherpt toezicht of Mosae aan de normen voldoet.

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 hij¹ 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** Scharwyerveld aan deze norm.

De inspectie hoort van gesprekspartners en ziet in de cliëntdossiers dat de cliënt en/of vertegenwoordiger inspraak heeft in de doelen van de zorg. Zoals afspraken over de dagelijkse verzorging. De inspectie hoort van gesprekspartners dat de zorgverleners deze afspraken in samenspraak met de cliënt maken. Binnen Scharwyerveld werken sommige zorgverleners als eerstverantwoordelijk verzorgende, zij stemmen met de cliënt en familie de zorg af. Dit gebeurt bij de opname en daarna tenminste twee keer per jaar tijdens een multidisciplinair overleg. De inspectie hoort dat de zorgverleners de cliënt en/of vertegenwoordiger voor dit overleg uitnodigen. Daarnaast kan er ook eerder onderling overleg plaatsvinden.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan deze norm.

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

De inspectie ziet en hoort dat de vaste zorgverleners de cliënten kennen. In de praktijk sluit de zorg echter niet altijd aan bij de wensen en behoeften. De inspectie observeert in een huiskamer. Tijdens de observatie staat de televisie aan maar geen enkele cliënt kijkt naar het programma. De inspectie ziet en hoort dat de zorgverleners weinig tijd hebben om in de huiskamer activiteiten te ondernemen. Wel zijn er activiteitenbegeleiders die activiteiten organiseren zoals bloemschikken en een 'Maastrichtse middag'. Op de dag van het bezoek zijn er geen extra activiteiten omdat er geen activiteitenbegeleiders werken die dag. De inspectie hoort dat de zorgverleners één cliënt telkens anders aanspreken. Soms bij de voornaam en soms als mevrouw. In het dossier staat dat deze cliënt graag bij de voornaam genoemd wil worden. De zorgverleners geven aan dat ze het soms lastig vinden om oudere mensen bij hun voornaam te noemen.

De zorgverleners vertellen dat er binnen Scharwyerveld regelmatig invalkrachten werken. Zij kennen de cliënten minder goed en zijn daarom minder goed op de hoogte van de wensen en behoeften van de cliënt. Gesprekspartners vertellen dat dit onder andere komt doordat invalkrachten geen of niet automatisch toegang hebben tot het elektronische cliëntdossier.

De inspectie ziet meerdere cliëntdossiers in. De zorgverleners hebben voor elke cliënt een zorgkaart opgesteld met daarin kort de afspraken over de zorg en wensen van de cliënt. Op deze zorgkaart leest de inspectie in de meeste gevallen ook iets over welke activiteiten passen bij de cliënt. De zorgverleners zijn nog niet toegekomen aan een uitgebreidere inventarisatie van passende activiteiten.

Tijdens de observatie merkt de inspectie dat de meeste zorgverleners cliënten goed kennen. De inspectie ziet in de cliëntdossiers cliënttyperingen opgenomen. De inspectie hoort en ziet tijdens een rondleiding over de afdeling dat de cliënten hun appartement met eigen meubels kunnen inrichten. De cliënten hebben een ruim appartement en eigen sanitair. Daarnaast kunnen de cliënten gebruik maken van meerdere gedeelde huiskamers. Hoewel de afdelingen namen hebben zoals bos en stad, is de aankleding van de gangen hierin niet herkenbaar. Op enkele plekken zijn de afdelingen ingericht en passend bij de naam van de afdeling. Tijdens observatie in de huiskamers ziet de inspectie dat de huiskamers relatief klein zijn voor het aantal cliënten die in de huiskamer is. De bewegingsruimte is beperkt omdat de huiskamer vol staat met stoelen en tafels om iedereen een zitplaats te bieden.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet** Scharwyerveld **grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat de cliënten voor een deel eigen regie hebben over hun leven en welbevinden. Dit blijkt uit dat de cliënten kunnen kiezen waar zij gebruik willen maken van de maaltijd; in de huiskamer of in het eigen appartement. Gesprekspartners vertellen dat de cliënten kunnen aangeven wanneer zij uit bed willen, dit hoeft niet op een specifiek tijdstip. In de cliëntdossiers ziet de inspectie op de zorgkaart dat de zorgverleners variatie aanbrengen in de wijze van ondersteunen. Een zorgverlener licht toe dat zij bij bepaalde handelingen de cliënt stimuleren dit zelf te doen, zoals tijdens het eten, bij andere handelingen begeleiden ze de cliënt, zoals in de dagelijkse verzorging. De zorgverleners wegen veiligheidsrisico's af wanneer dit de kwaliteit van leven van de cliënt beïnvloedt. Zo is bij een cliënt het valrisico, in samenspraak met de cliënt, geaccepteerd. Een andere cliënt is insulineafhankelijk en doet de tweede controle zelf.

Daarnaast ziet de inspectie ook dat de cliënten minder eigen regie krijgen. Zoals in de keuze van de maaltijd. De maaltijd komt vanuit een centrale keuken van het gebouw. De cliënten hebben dagelijks keuze tussen twee maaltijden maar hebben vooraf geen inspraak in de keuze van het menu.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet** Scharwyerveld **grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet tijdens de observatie dat de zorgverleners de cliënten respectvol behandelen. Zij benaderen de cliënten op ooghoogte en maken zo eerst contact voordat zij iets vragen of doen. Bij het delen van koffie en cake proberen de zorgverleners iedereen even kort aandacht te geven door een korte opmerking te maken of een hand op de arm te leggen. Sommige cliënten zitten alleen aan tafel en lijken dit prettig te vinden. Zij maken geen contact met de rest van de aanwezigen. Anderen zitten gezamenlijk aan tafel of in een aparte stoel en maken af en toe een praatje met elkaar. De zorgverleners lijken hierbij rekening te houden met de individuele voorkeuren.

De inspectie hoort wel dat de zorgverleners een hoge werkdruk ervaren en hierdoor weinig tijd hebben voor individuele aandacht aan de cliënt. Meerdere gesprekspartners ervaren dit als een gemis.

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** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet in de praktijk beperkt terug dat zorgverleners afwegingen professioneel maken. Een voorbeeld is dat de zorgverleners vertellen dat zij recent een vrijheidsbeperkende maatregel hebben geëvalueerd. De uitkomst van deze evaluatie en het vervolg is niet vastgelegd. Ook is de reden van de maatregel niet opgenomen in het cliëntdossier. De inspectie ziet in het cliëntdossier geen informatie over wanneer de zorgverleners de maatregel wel en niet mogen toepassen. Gesprekspartners kunnen dit ook niet vertellen. Later blijkt dat deze informatie wel staat in het medisch dossier van de specialist ouderengeneeskunde. In een ander cliëntdossier leest de inspectie dat de zorgverleners vanwege gedragsproblemen een urinekweek hebben gedaan. Toen daar niets uit kwam vroegen de zorgverleners een gedragsvisite aan. Vervolgens is de gedragsvisite niet doorgegaan. De inspectie hoort wel dat de gedragsmedicatie is verhoogd. Hoe de zorgverleners tot dit besluit komen en wie daarvoor verantwoordelijk is, staat niet in het dossier.

Anderzijds ziet de inspectie ook voorbeelden dat zij afspraken wel vastleggen. Een zorgverlener vertelt over een cliënt waarbij de zorgverleners de inzet van dwaaldetectie maandelijks evalueren. De inspectie ziet deze evaluatie en de overwegingen hierbij, zoals een valrisico, terug in het cliëntdossier. Ook ziet de inspectie in de cliëntdossiers terug dat de zorgverleners risico's in beeld hebben en deze ook vastleggen. Zoals een valrisico en de risicofactoren bij deze cliënt.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet bij inzage in de cliëntdossiers dat de zorgverleners beperkt methodisch werken. Zo zijn niet alle risico's vertaald naar zorgdoelen en acties. Ook ziet de inspectie cliëntdossiers waarin evaluaties niet altijd navolgbaar zijn. De inspectie hoort dat de afspraak is dat zorgverleners alleen bijzonderheden rapporteren. De rapportages bestaan vaak uit feiten, zonder dat af te leiden is wat hiermee gedaan is. Zo ziet de inspectie in een rapportage staan 'cliënt schreeuwde en vloekte veel voor het avondeten'. Onduidelijk is of hier een actie op is gevolgd of niet.

Daarnaast is het cliëntdossier niet altijd actueel. De zorgverleners geven aan elk half jaar het cliëntdossier te evalueren. In één cliëntdossier ziet de inspectie dit terug. Een ander zorgplan dateert echter van 9 maanden geleden en nog een andere van ruim een jaar geleden. De inspectie hoort dat er sindsdien veel in de gezondheidssituatie van deze cliënten is veranderd. Dit is niet op te maken uit het zorgplan omdat dit niet tussentijds is aangepast. De inspectie ziet in een ander cliëntdossier dat het Bopz-behandelplan van de arts dateert van ruim twee jaar geleden. Daarnaast zijn afspraken over vrijheidsbeperkende maatregelen soms alleen vastgelegd in het medisch dossier en niet in het cliëntdossier.

In meerdere cliëntdossiers laten de zorgverleners voorbeelden zien van betrokkenheid van behandelaren zoals een fysiotherapeut of psycholoog. In sommige cliëntdossiers ziet de inspectie rapportages van deze disciplines in het zorgdossier. Afspraken over wie wat moet doen ontbreken echter, waardoor niet duidelijk is wat van zorgmedewerkers verwacht mag worden. Zo is er bijvoorbeeld geen omgangsadvies aanwezig in een cliëntdossier terwijl de psycholoog dit wel zou hebben opgesteld volgens de zorgverleners.

Daarnaast hoort de inspectie dat de zorgverleners die als invalkracht werken niet altijd toegang hebben tot de cliëntdossiers. Ook kunnen zij dan niet rapporteren. De inspectie hoort ook dat het soms enige tijd kan duren voordat autorisaties voor het cliëntdossier geregeld zijn. De zorgverleners kunnen in de tussentijd niet rapporteren of aanpassingen doen.

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** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort van de zorgverleners dat zij voornamelijk op cliëntniveau met elkaar spreken over de zorg. Bijvoorbeeld tijdens een gedragsvisite of een evaluatie van een cliëntdossier. De zorgverleners ervaren dat er te weinig tijd is om met elkaar te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Bijvoorbeeld tijdens intervisie of scholingsmomenten. Daarnaast hoort de inspectie ook van gesprekspartners dat zij het klimaat voor reflectie niet altijd voldoende veilig vinden. De inspectie leest in het kwaliteitsplan 2019 dat er sprake is van culturele aspecten binnen teams, waar in 2019 extra aandacht voor is. Zorgverleners vertellen dat zij het makkelijker vinden om elkaar feedback te geven dan aan het management. Gesprekspartners geven aan dat het door ziekte en verloop ontbreekt aan stabiliteit in de teams.

In een teamverbeterplan leest de inspectie dat het thema persoonsgerichte zorg de aandacht heeft omdat de verwachtingen van de zorgverleners soms anders zijn dan die van de cliënt. In 2019 zal dit meer aandacht krijgen in teamoverleggen. Daarnaast hoort de inspectie dat er in 2019 overleggen starten waarin eerste verantwoordelijk verzorgenden met elkaar casuïstiek bespreken.

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** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat de hoeveelheid zorgverleners niet voldoende is afgestemd op de zorgvraag van de cliënten. Gesprekspartners noemen dat er te weinig zorgverleners zijn op het deskundigheidsniveau van verzorgende en te veel op het niveau van helpende. Ook vertellen zorgverleners dat er niet in alle diensten een verpleegkundige aanwezig is. Hierdoor sluit de deskundigheid van de zorgverleners niet altijd aan op de zorgvraag van de cliënt. De inspectie hoort ook dat de zorgvraag van een aantal cliënten zwaarder is dan de indicatie die zij hebben. Hierdoor voelen meerdere zorgverleners zich overbelast. De inspectie hoort dat de zorgverleners een hoge werkdruk ervaren en regelmatig pauzes moeten overslaan. Dit komt door een hoog ziekteverzuim van collega's (tussen augustus 2018 en december 2018 gemiddeld 10 procent) en langdurig openstaande vacatures. Het verloop binnen de teams is hoog. De inspectie hoort dat diverse collega's op een andere locatie zijn gaan werken. Daarnaast hoort de inspectie dat er op papier voldoende formatie zou moeten zijn, maar dat dit in de praktijk niet zo is. Hierdoor ervaren de zorgverleners dat zij tekortschieten. Zo staat in een rapportage vermeld dat een cliënt niet gedoucht kon worden door een te kort aan zorgverleners. Ook geven gesprekspartners aan dat zij meer tijd zouden willen besteden aan individuele aandacht voor de cliënt.

De inspectie hoort ook dat er op elke afdeling een kwaliteitsverpleegkundige op hbo-niveau zou moeten werken, tijdens het inspectiebezoek is er slecht één kwaliteitsverpleegkundige in dienst. Een andere kwaliteitsverpleegkundige zou tijdelijk gewerkt hebben en weer vertrokken zijn. Een verpleegkundige op mbo-niveau neemt de taken tijdelijk waar. Daarnaast zijn er een teamleider en een locatiemanager. De teamleider heeft een tijdelijk contract en was voorheen drie maanden werkzaam als kwaliteitsverpleegkundige binnen een van de afdelingen, waardoor er nu opnieuw een vacature is.

De zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk om scholingen te volgen in het digitale systeem. De inspectie hoort dat de zorgverleners beperkt de tijd hebben om relevante ontwikkelingen bij te houden. De inspectie leest ook in de teamverbeterplannen dat het niet alle zorgverleners lukt om tijdig de benodigde bijscholingen te volgen. Dit gebeurt ook deels in eigen tijd.

Alle zorgverleners kunnen naar een theatervoorstelling gaan over dementie. De inspectie hoort terug dat de zorgverleners dit interessant vonden. Gesprekspartners vertellen dat zij daarnaast klinische lessen volgden waaronder over verslikken. De inspectie ziet in documenten dat er scholingen zijn geweest over onder andere hygiëne en infectiepreventie.

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** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort en ziet dat de zorgverleners een aanzet doen tot multidisciplinair werken. Uit gesprekken blijkt dat er zorgverleners vanuit meerdere disciplines betrokken zijn. De afspraken leggen zij niet voldoende vast. De inspectie hoort dat er binnen de inzet van artsen wisselingen zijn geweest. Meerdere gesprekspartners vertellen dat zij behoefte hebben aan vaste teams van zorgverleners. Zij ervaren de teams nu als kwetsbaar qua formatie en deskundigheid. Hierdoor staat de multidisciplinaire samenwerking onder druk. De inspectie hoort en ziet in de dossiers dat gedragsvisites niet altijd doorgaan. Omgangsadviezen zijn verouderd en zijn niet altijd terug te vinden in het dossier van de zorgverleners. Veel informatie van de medische dienst staat apart in het medisch dossier en is niet in het zorgdossier aanwezig. Ook ziet de inspectie weinig rapportages van (para) medici in het zorgdossier. De inspectie hoort dat het gebrek aan een team van vaste zorgverleners effect heeft op de kwaliteit van de zorg. Dit blijkt onder andere uit een toename van psychofarmaca. De inspectie hoort dat de instabiliteit van de teams het moeilijker maakt om psychofarmaca af te bouwen. Resultaten zijn nog teveel afhankelijk van personen. Gesprekspartners geven aan dat goede mensen de organisatie verlaten.

De inspectie hoort van een behandelaar dat werkwijzen en processen binnen Scharwyerveld onvoldoende zijn geborgd. Dit maakt de samenwerking kwetsbaar. Er is wel frequent overleg tussen Mosae en de behandeldienst. Dit heeft nog tot onvoldoende verbetering geleid. De inspectie hoort dat er een evaluatie van de samenwerking tussen de externe behandeldienst en Mosae heeft plaatsgevonden.

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** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan deze norm.

Mosae heeft een visie waarin de cliënt centraal staat met daarin zijn wensen en behoeften. De inspectie ziet deze visie beperkt terug in de praktijk.

De inspectie ziet en hoort dat cliënten eigen regie en keuze hebben in hoe zij bijvoorbeeld hun appartement inrichten. Maar daarnaast hoort de inspectie ook dat de zorgverleners niet altijd voldoende de mogelijkheid hebben om bij de cliënt aansluitende activiteiten te ondernemen. De persoonsgerichte zorg staat hierdoor onder druk, hoort de inspectie. Zie verder ook de toelichting bij norm 2.5.

Hoewel de visie van Mosae duidelijk op papier staat geven meerdere gesprekspartners aan behoefte te hebben aan duidelijkheid over wat Mosae van hun verwacht. De inspectie hoort dat de bestuurder in december aan de zorgverleners een presentatie gaf over ontwikkelingen binnen Mosae en de toekomst. Desondanks speelt bij gesprekspartners onduidelijkheid. De bestuurder vertelt aan de inspectie dat het management de visie aan het herijken is.

Dit gaat in overleg met locatiemanagers, kwaliteitsverpleegkundigen en coaches. De inspectie hoort niet terug dat de zorgverleners hier ook bij betrokken zijn. In 2018 zijn volgens het scholingsplan een aantal zorgverleners gestart met een training persoonsgerichte zorg. Een kleine groep van 3 à 4 zorgverleners heeft workshops gevolgd over positieve gezondheid. De inspectie hoort hier tijdens het bezoek niets over terug.

Daarnaast hoort de inspectie dat de zorgverleners ook behoefte hebben aan beleid en richting op het gebied van de Bopz. Gesprekspartners vertellen dat er bij hun onduidelijkheid is over de doelgroep cliënten van Scharwyerveld. Enerzijds horen zij dat er op de afdelingen zowel cliënten komen wonen met een psychogeriatrische zorgvraag als een en somatische zorgvraag. Maar hoe dit er in de toekomst uit komt te zien en wat dit betekent voor de deskundigheid van de zorgverleners is uiteindelijk nog onbekend.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat Mosae een start heeft gemaakt met het in kaart brengen van de kwaliteit en veiligheid op teamniveau. In de teamontwikkelplannen zijn acties beschreven ter verbetering. De inspectie ziet de twee teamontwikkelplannen in. Een van de plannen is gedeeltelijk ingevuld. Vooral ten aanzien van personele samenstelling is het plan grotendeels leeg. Met name ten aanzien van de onderwerpen leiderschap en personele samenstelling zijn de resultaten oranje en rood. Bij een team staan diverse acties in het plan, zoals het gebruik van 'verantwoorde personeelsplanning' en het introductie van zorgroutes. Verantwoordelijk voor de meeste acties zijn de teamleider en de kwaliteitsverpleegkundige. De inspectie heeft gedurende de dag zorgverleners niet horen spreken over de teamontwikkelplannen. Evaluaties hebben nog niet plaatsgevonden.

Het management geeft aan dat zij middels een tool inzicht heeft in de juiste inzet van deskundigheid ten opzichte van de zorgzwaarte van cliënten. Tijdens het bezoek is volgens de bestuurder, de formatie hoger dan de NZA norm. Het management wil de taken per functie verder in beeld gaan brengen en met de tool meer gaan sturen op een passend rooster. De inspectie hoort juist van gesprekspartners dat zij grote krapte ervaren in zowel de bezetting als in deskundigheid.

De inspectie ziet dat de zorgverleners incidenten melden en dat een MIC-commissie deze incidenten analyseert. De inspectie ziet hier meerdere documenten van in. Hieruit blijkt dat er aandacht is voor aantallen en dat de zorgverleners zoeken naar een eventuele oorzaak van het incident. Maar er vindt geen diepgaandere analyse plaats naar de oorzaak van het incident. Een voorbeeld zijn incidenten waarbij een zorgverlener medicatie vergeet te geven. De maatregel hierop is het aanspreken van de zorgverlener. Hieruit blijkt niet dat er gekeken is naar de oorzaak en of de maatregel passend is. Daarnaast hoort de inspectie verschillende verhalen van de zorgverleners in hoeverre zij door het management betrokken worden in de verbeteringen op basis van meldingen. De afspraak is dat de incidenten aan bod komen in het teamoverleg. De inspectie hoort dat dit nog in ontwikkeling is.

Daarnaast ziet de inspectie documenten in van metingen op de afdelingen op het gebied van hygiëne, medicatie, melding van incidenten, vrijheidsbeperking en evaluaties. Een uitgebreidere audit vond voor het laatst plaats in juni 2018.

De inspectie hoort dat de cliëntenraad regelmatig in gesprek is met de bestuurder en ook verbeterpunten aandraagt. De cliëntenraad voelt zich zeer gehoord door de raad van bestuur en heeft al diverse plannen kunnen doorvoeren. De bestuurder onderzoekt de wens van de cliëntenraad om verse maaltijden te bereiden op de woningen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet** Scharwyerveld **grotendeels niet** aan de norm.

De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat zij behoefte hebben aan sturing en duidelijkheid. Tijdens het bezoek hoort de inspectie dat gemis aan een duidelijke koers de cultuur van leren en verbeteren niet stimuleert.

De inspectie leest in de teamverbeterplannen uit december 2018 dat de zorgverleners onduidelijkheid ervaren in de rol van de teamleider en de locatiemanager. Dit hoort de inspectie ook van gesprekspartners. Gesprekspartners vertellen dat de bestuurder geprobeerd heeft om weer duidelijkheid te geven over de koers van Mosae. Enerzijds door een grote bijeenkomst te organiseren maar anderzijds ook door langs te gaan op de afdelingen. Een aanleiding hiervoor was de gezamenlijke 'brandbrief' van de zorgverleners aan de bestuurder. De inspectie hoort van zorgverleners dat zij positief zijn over de eerlijkheid van de bestuurder en dat ze vertrouwen hebben. Maar de inspectie hoort ook van zorgverleners die dit vertrouwen niet hebben. Meerdere gesprekspartners spreken de wens uit voor een vast team van collega's en minder werkdruk. Zij ervaren de vele wisselingen op managementniveau als bepalend voor het vertrouwen in de toekomst.

Mosae maakt nog geen deel uit van een lerend netwerk. De inspectie leest dat Mosae nog moet besluiten over met welke collega organisaties Mosae dit netwerk kan vormen.

Mosae geeft in reactie op het conceptrapport aan dat Mosae onderdeel is van een lerend netwerk. "Onze partnerschap in het "Academisch netwerk Ouderenzorg Zuid- Limburg" is als zodanig hiervoor aangemerkt. Kwaliteitsplannen en dergelijke worden onderling gedeeld en medewerkers uit het primair proces kunnen deelnemen aan bijeenkomsten van de werkplaats en kunnen hier ervaringen uitwisselen. Mosae vormt een subgroep met twee andere zorgaanbieders in Limburg als het gaat om het delen van kwaliteitsplannen en kwaliteitsjaarverslagen."

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 Scharwyerveld 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:

- Gesprek met een cliënten op de afdeling somatiek;
- Gesprek met een cliëntvertegenwoordigers tevens lid cliëntenraad;
- Observatie van 4 aantal cliënten op afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met 6 uitvoerende medewerkers;
- Gesprekken met 1 behandelaar;
- Gesprekken met het management;
- Inzage van 4 cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang over de afdeling somatiek en psychogeriatricie.

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.

- Overzicht van de zorgprofielen van cliënten*;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars*;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop*;
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar en de planning voor het lopende jaar*;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties*;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder*;
- Visie op persoonsgerichte zorg*;
- Kwaliteitsplan 2019*;
- Presentatie Raad van Bestuur, december 2018*;
- Plan Mosae 2020*;
- Waardigheid en Trots, plan van aanpak*.