



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Amstelring locatie Het Schouw
op 13 juli 2021 en locatie Vreugdehof op
20 juli 2021 in Amsterdam

Utrecht, oktober 2021

V2030923

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Doel en werkwijze 4
1.3	Beschrijving Amstelring en Het Schouw en Vreugdehof 4
1.4	Actuele ontwikkelingen in het kader van de Wzd en de Wvggz 5
2	Conclusie en vervolgacties 7
2.1	Conclusie bezoek 7
2.2	Vervolgacties 7
3	Resultaten Het Schouw 8
3.1	Persoonsgerichte zorg 8
3.2	Deskundige zorgverlener 10
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 13
3.4	Medicatieveiligheid 15
4	Resultaten Vreugdehof 16
4.1	Persoonsgerichte zorg 16
4.2	Deskundige zorgverlener 18
4.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 21
4.4	Medicatieveiligheid 23
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 24
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 25

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) sprak op 13 juli 2021 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting Amstelring (hierna: Amstelring). Aansluitend bracht de inspectie een bezoek aan locatie Het Schouw en op 20 juli 2021 aan locatie Vreugdehof in Amsterdam.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één of meerdere locatie(s). Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

1.3 Beschrijving Amstelring en Het Schouw en Vreugdehof

Amstelring

Amstelring biedt zorg in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en groepswoningen in Amsterdam en regio Amstelland De Meerlanden. Amstelring heeft 23 intramurale locaties voor de doelgroep ouderen. Daarnaast biedt Amstelring zorg vanuit teams voor wijkverpleging, en op een transferafdeling in een academisch ziekenhuis.

Amstelring heeft twee bestuurders die samen de raad van bestuur vormen. Deze bestuurders sturen beiden een deel van de locaties aan.

Amstelring werkt met zelforganiserende teams. De mate van zelforganisatie varieert per team. Deze zelfsturende teams op de locaties bestaan uit maximaal 15 zorgverleners. Amstelring verwacht dat deze teams de cliënt en de sociale leefomgeving van de cliënt goed (leren) kennen. Aan iedere locatie is een kwaliteitsverpleegkundige verbonden. Ook is er een teamcoach beschikbaar voor ondersteuning van de teams.

Amstelring heeft een eigen behandelgroep. De behandelgroep bestaat uit vier artsenteams. De behandelgroep werkt nauw samen met zorgverleners, paramedici, en de psychosociale dienst zowel binnen als buiten de locaties.

Het Schouw

Het Schouw is een locatie met twaalf woongroepen. Negen voor psychogeriatric (PG) en drie voor somatiek. Ook hebben zij cliënten die in zorgappartementen

wonen en hier zorg krijgen, indien nodig. Ten tijde van het bezoek ontvangen 132 cliënten zorg. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV 1 tot en met VV 10. De inspectie bezocht de woongroepen PG en somatiek. De cliënten in de zorgappartementen zijn niet bezocht.

De zorg wordt verleend door 112 (76,2 fte) zorgverleners, waarvan 11 (9,8 fte) verpleegkundigen, 69 (48 fte) verzorgende niveau 3, 22 (12,8 fte) helpende niveau 2, 3 (0,9 fte) voedingsassistenten en 7 (4,7 fte) activiteitenbegeleiders. Een locatiemanager stuurt de locatie aan. Op Het Schouw zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder een arts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist en een geestelijk verzorger. De specialist ouderengeneeskunde (SO) is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

Vreugdehof

Vreugdehof is een locatie met afdelingen voor psychogeriatric (PG), somatiek, revalidatie en eerstelijnsverblijf. Ten tijde van het bezoek ontvangen 148 cliënten zorg. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV 4 tot en met VV 8. De inspectie bezocht de afdelingen somatiek en PG. De zorg wordt verleend door 200 (174 fte) zorgverleners, waarvan 22 (15,1 fte) verpleegkundigen, 114 (80,9 fte) verzorgende niveau 3, 35 (18,75 fte) helpende niveau 2, 29 (19,3 fte) voedingsassistenten.

Op Vreugdehof zijn verschillende disciplines betrokken waaronder een arts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, muziektherapeut, diëtiste en een geestelijk verzorger. De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

Ontwikkelingen Vreugdehof

De dagelijkse aansturing vindt plaats door een locatiemanager met vier zorgcoördinatoren. Deze locatiemanager is sinds januari 2021 verbonden aan Vreugdehof. Hij stelde sindsdien de zorgcoördinatoren aan. Ten tijde van het bezoek is er nog een vacature voor één zorgcoördinator. Vreugdehof kampte de afgelopen jaren met veel wisselingen in het management.

Contextinformatie Covid-19

Amstelring had en heeft te maken met besmettingen met het Covid-19. De inspectie besprak dit onderwerp reeds eerder met de raad van bestuur van Amstelring. Daarom is het onderwerp niet expliciet aan de orde geweest bij het inspectiebezoek. De inspectie heeft uiteraard wel met zorgverleners gesproken over hun werk tijdens deze periode

De raad van bestuur laat in een reactie op het conceptrapport van dit inspectiebezoek weten dat er in de afgelopen anderhalf jaar vanwege Covid-19 bewust meer afstand gecreëerd is tussen bewoners onderling en tussen medewerkers. Vanwege het besmettingsgevaar zijn medewerkers meer zelf gaan doen en hebben zij bewoners minder betrokken, bijvoorbeeld bij het dekken van de tafels. Vanwege het feit dat er nog geregeld besmettingen zijn bij Amstelring, dragen zorgverleners een mondneusmasker. Daardoor kunnen zij niet mee eten of drinken. Het is, volgens de raad van bestuur, voor zorgverleners niet eenvoudig om weer op de oude manier te gaan werken, met meer contact en meer betrokkenheid van cliënten bij allerlei zaken. Dit is wel de situatie waar Amstelring weer naartoe wil.

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

Amstelring heeft de Bopz-aanmerkingen die tot 1 januari 2020 van toepassing waren, in het openbaar locatieregister ingeschreven als Wet zorg en dwang (Wzd)-accommodaties en locaties.

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

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

Zowel Het Schouw als Vreugdehof voldoen – grotendeels – aan zeven van de elf getoetste normen.

In 2019 en 2020 bezocht de inspectie meerdere locaties van Amstelring. De volgende thema's behoeften op deze locaties verbetering: het afmaken van de PDCA-cyclus, de eigen regie van de cliënt, de analyse van MIC meldingen tot basisoorzaken, actuele zorgleefplannen en rapporteren op doelen. Deze thema's komen voor een deel overeen met de bevindingen in dit rapport. De inspectie ziet echter ook dat het management een aantal zaken voortvarend heeft opgepakt. Dit naast alle inspanningen die rondom de coronapandemie ook noodzakelijk waren. Alle gesprekspartners stellen zich tijdens het inspectiebezoek open en transparant op wat betreft zaken die goed en minder goed gaan. Zij (h)erkennen bevindingen en zijn doordrongen van de stand van zaken op het gebied van de kwaliteit en veiligheid binnen de organisatie. Betrokkenen stellen zich daarnaast toetsbaar op doordat zij hun eigen functioneren regelmatig evalueren. Dit geeft de inspectie op dit moment vertrouwen in de wijze waarop Amstelring stuurt op kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspectie gaat er vanuit dat Amstelring de geconstateerde normafwijkingen binnen afzienbare tijd beëindigt.

2.2 Vervolgacties

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding om deze locatie(s) en/of andere locaties van de zorgaanbieder opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat Amstelring gaat voldoen aan alle normen en dat zij goede zorg continueert op al haar locaties. De inspectie sluit deze bezoeken af.

3 Resultaten Het Schouw

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

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

- Donker groen: De locatie **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Licht groen: De locatie **voldoet grotendeels aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten. De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
- Geel: De locatie **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie **voldoet niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet getoetst**

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Het Schouw grotendeels** aan deze norm.

Zorgverleners kennen de voorkeuren en wensen van cliënten. Deze voorkeuren zijn deels vastgelegd op de ADL-kaart in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Zo vertelt een zorgverlener dat een cliënt graag voetbal kijkt en hiervoor tot laat opblijft. De betreffende cliënt vertelt afgelopen week naar een belangrijke voetbalwedstrijd te hebben gekeken. Een zorgverlener keek een gedeelte van de wedstrijd met haar mee. Dit waardeerde de cliënt.

De inspectie hoort en leest dat het activiteitenaanbod gevarieerd is. Zo zijn er activiteiten op locatieniveau, per woning of individuele activiteiten. Gesprekspartners vertellen dat cliënten zelf kunnen aangeven of ze willen aansluiten bij een activiteit. Dit kan ook bij een activiteit zijn op een andere woning. Ook is er aandacht voor levensvragen. De inspectie hoort van een zorgverlener over een cliënt die worstelt met de zin van het leven. De inspectie ziet en hoort dat de geestelijk verzorger met deze cliënt hierover praat.

De inspectie ziet en hoort dat sommige zorgverleners het verhaal van de cliënt kennen en sommige zorgverleners niet. Zorgverleners weten relevante zaken over cliënten zoals eerdere beroepen en het informele netwerk van de cliënt. Het levensverhaal is niet tot summier vastgelegd in het ECD. Zorgverleners vertellen dat nieuwe collega's of uitzendkrachten deze informatie niet weten. Zorgverleners van de PG afdeling zijn bezig met een welzijnskaart. Hierin beschrijven ze het levensverhaal, wensen, voorkeuren, gedrag en gewoontes van de cliënt. Ook is er op deze kaart aandacht voor levensbeschouwing. Deze welzijnskaart is nog geen onderdeel van het ECD.

De inspectie ziet dat de fysieke leefomgeving nog niet voldoende aansluit bij de behoeften van de cliënten. Cliënten hebben een eigen kamer die ze zelf inrichten en waar ze zelfstandig naar toe kunnen. De meeste cliënten kunnen echter niet zelfstandig naar buiten omdat ze niet zelf met de lift naar beneden kunnen. Ook is het gebouw op sommige punten gehorig, waardoor cliënten veel prikkels krijgen. In de huiskamer en op de gangen is voor cliënten met dementie weinig te beleven.

Norm 1.3

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

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

De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners de eigen regie van cliënten merendeels niet voldoende erkennen en stimuleren. Zorgverleners zijn geneigd de regie van cliënten over te nemen. Zo hoort de inspectie van een zorgverlener dat een cliënt van de zorgverleners uit bed moet, ook al wil de cliënt liever in bed blijven. Dit, terwijl in het cliëntendossier staat opgenomen dat de SO en de familie accepteren dat de cliënt af en toe een beddag heeft. De zorgverlener geeft aan het belangrijk te vinden dat cliënten uit bed gaan.

In meerdere huiskamers ziet de inspectie dat cliënten stil aan tafel zitten. Zorgverleners zijn druk met het dekken van de tafel en het bereiden van het eten. Zorgverleners lopen heen en weer en betrekken cliënten niet bij de voorbereidingen van de maaltijd. Zij praten voornamelijk met elkaar over de taken die zij nog moeten doen. In twee huiskamers ziet de inspectie dat zorgverleners de maaltijd vanuit de keuken aan de cliënten serveren. Uit navraag blijkt dat de zorgverleners bepalen welk beleg op de boterham komt. Hiervoor hangt een lijst op de koelkast waarop staat wat een cliënt lekker vindt. Een zorgverlener vertelt dat alle cliënten twee boterhammen krijgen. Zij vragen niet aan cliënten hoeveel of wat zij willen eten. Zorgverleners vertellen de warme maaltijd ook vanuit de keuken op te scheppen. Uit navraag komt naar voren dat zorgverleners het niet hygiënisch en niet praktisch vinden als cliënten zelf hun boterham smeren of de warme maaltijd opscheppen.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners de veiligheidsrisico's van cliënten nog onvoldoende afwegen tegen de kwaliteit van leven. Cliënten hebben beperkt de mogelijkheid om zelf naar buiten te gaan. De meeste afdelingen zijn gelegen op etages waar alleen een smal balkon beschikbaar is. Zorgverleners vertellen dat de balkondeuren vaak dicht zijn, omdat ze bang zijn dat cliënten anders over de leuning klimmen. Een cliëntvertegenwoordiger vertelt dat bij een cliënt al wekenlang de balkondeur van de kamer door een technisch mankement niet open kan. Ook op de somatische afdeling is de voordeur gesloten en kunnen cliënten alleen met een "druppel" de woning verlaten.

Aan de andere kant hoort de inspectie ook dat drie buurtbewoners een cliënt van de gesloten PG afdeling regelmatig ophalen om in het Huis van de buurt (een soort buurthuiskamer in een aangrenzende gebouw van Amstelring) te klaverjassen. Ook kunnen cliënten die mondig zijn aangeven dat zij iets anders willen eten dan dat wat "op het menu" staat.

Norm 1.4

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

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

Aan de ene kant ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners nog niet altijd nabijheid en geborgenheid bieden aan cliënten. De inspectie hoort van een gesprekspartner dat de benadering van zorgverleners niet altijd passend is voor de cliënten met dementie. Zo is er een cliënt met loopdrang waarbij de gesprekspartner handelingsverlegenheid opmerkt bij de zorgverleners. De inspectie leest deze handelingsverlegenheid ook terug in de zorgdossiers. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld dat een cliënt van 91 jaar boos wordt omdat een zorgverlener geen antwoord geeft op de vraag waar de ouders van de cliënt zijn. De zorgverlener zegt het antwoord niet te weten vanwege recente vrije dagen. Het viel de inspectie op dat bij de observatie van de lunch sommige zorgverleners aan tafel gingen zitten met een naar achteren geschoven stoel. Zij waren niet betrokken bij de lunch. Zorgverleners nodigden cliënten niet uit tot een tafelgesprek. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners tijdens de maaltijd met elkaar praten, langs cliënten heen. Gesprekspartners vertellen dat zorgverleners normaal gesproken niet aan tafel bij cliënten zitten, maar zich terugtrekken.

Aan de andere kant blijkt uit gesprekken en observaties dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De inspectie merkt tijdens de rondgang en bij de observaties op dat cliënten en zorgverleners met elkaar vertrouwd zijn. Zorgverleners hebben oog en aandacht voor bijna iedere cliënt. Zorgverleners spreken cliënten aan met de voornaam omdat dit, volgens zorgverleners, voor cliënten vertrouwd is. Indien een cliënt dit niet wil spreken zorgverleners de cliënt aan met meneer of mevrouw. In het cliëntdossier ziet de inspectie deze voorkeur terug.

De inspectie ziet dat zorgverleners respect hebben voor de normen en waarden van de cliënt. De inspectie hoort over een cliënt met gewoonten vanuit haar cultuur. Zorgverleners vertellen rekening te houden met deze gewoonten zoals het gebruik van natuurlijke middelen voor het voorkomen van nachtmerries. In het cliëntdossier ziet de inspectie de bijzonderheden met betrekking tot deze cultuur terug.

3.2 Deskundige zorgverlener

Norm 2.1

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

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

Het is voor de inspectie onvoldoende navolgbaar of zorgverleners risico's voor de gezondheid van cliënten in beeld hebben. In de getoetste cliëntdossiers zijn beknopte risico-inventarisatielijsten opgenomen. Hierbij staat dat de risico-app kan helpen als de zorgverlener twijfels heeft. Het is niet navolgbaar en inzichtelijk hoe zorgverleners tot het signaleren van een risico komen. De aanleiding of argumenten voor het signaleren van een risico zijn zeer summier beschreven. Zorgverleners maken niet voor ieder gesignaleerd risico een navolgbare afweging bij het omschrijven van de benodigde zorg. Zo ziet de inspectie in de rapportages en het MDO-verslag dat een cliënt regelmatig niet wil eten. In de rapportage over het gewicht ziet de inspectie dat de cliënt in één jaar tijd tien kilo is afgevallen en nu een te laag gewicht heeft. Toch heeft deze

cliënt volgens de risico-inventarisatie geen risico op ondergewicht. Ook komt dit risico niet terug in het zorgleefplan.

De inspectie hoort en ziet dat Het Schouw de inzet van onvrijwillige zorg niet navolgbaar en cyclisch afweegt. De afweging voor de benodigde zorg is niet op individueel niveau gemaakt. Zo ziet de inspectie dat iedere pg-cliënt op een gesloten afdeling blijft waarbij kasten op slot zijn. Zorgverleners zien dit niet als onvrijwillige zorg. Er is niet per cliënt gekeken of welke onvrijwillige zorg, zoals een gesloten afdeling, passend is bij deze cliënt.

Tegelijkertijd ziet en hoort de inspectie dat Het Schouw bezig is met het vergroten van vrijheden voor de cliënt. Zo willen zij gaan werken met leefcirkels wat de bewegingsvrijheid van cliënten vergroot. Daarnaast ziet de inspectie dat zorgverleners wensen van cliënten meenemen in professionele afwegingen. Zo leest de inspectie dat een cliënt een valrisico heeft, maar het fijn vindt om zelfstandig te lopen. De SO en de familie hebben hierop het valrisico geaccepteerd.

Norm 2.2

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

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

In de getoetste cliëntdossiers is het methodisch werken nog niet voldoende navolgbaar. Zo werken zorgverleners met een ADL-lijst en een zorgleefplan. Daarnaast zijn er papieren lijsten in omloop met uitgeprinte ADL-lijsten en welzijnskaarten. De inspectie ziet dat de informatie uit de papieren mappen verouderd en niet compleet is. Zo zijn deze lijsten sinds maart 2021 niet meer bijgewerkt.

In het zorgleefplan ziet de inspectie standaard doelen en acties die voornamelijk gaan over het lichamelijke aspect van de cliënt. Zo staat in ieder zorgleefplan opgenomen dat de medicatie volledig overgenomen is, ook al gebruikt de cliënt geen medicatie. Zorgverleners vertellen welzijnsaspecten niet kwijt te kunnen in het ECD. Daarom zijn zij gestart met de welzijnskaarten. In een rapportage leest de inspectie meerdere malen over onrust bij een cliënt. De cliënt ziet dingen die er niet zijn. Een zorgverlener vertelt dat het belangrijk is om de cliënt gerust te stellen. In het zorgleefplan zijn hierop geen doelen en acties gesteld. De inspectie ziet dat de rapportages vaak gaan over algemeenheden zoals "de cliënt was rustig aanwezig", "de cliënt deed mee met de activiteit" en "de cliënt heeft goed gegeten". Rapportages op doelen ziet de inspectie weinig terug. Zorgverleners rapporteren nauwelijks over gedrag van cliënten. Ook niet als cliënten bekend zijn met klachten van depressiviteit of somberheid.

In verschillende cliëntdossiers ziet de inspectie dat er recent een MDO was. De verslaglegging van het MDO staat tussen de rapportage. Ook een benaderingsadvies van de psycholoog of een dieetadvies van de diëtist staat tussen de rapportages. De wijze waarop dit is vastgelegd in de cliëntdossiers, werkt niet ondersteunend aan het methodisch werken.

Van het management hoort de inspectie dat zij inmiddels tot de conclusie gekomen zijn dat de gekozen methodiek om het zorgleefplan op te stellen, niet aansluit bij de werkwijze van de zorgverleners. Zij oriënteren zich op een andere methodiek om het methodisch werken te ondersteunen.

Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Schouw grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort in verschillende gesprekken dat het management zich inzet om deskundig personeel te krijgen. Het management is bezig de bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners weer op niveau te brengen. Gesprekspartners vertellen de laatste maanden veel scholing te hebben gevolgd om de bevoegd en bekwaamheden weer op "groen" te krijgen. Indien nodig spreekt het management de zorgverlener aan op het volgen van scholing. Ook kunnen zorgverleners zelf in een dashboard zien welke scholingen gevolgd moeten worden om bevoegd- en bekwaamheden te behouden.

Vanwege de krappe arbeidsmarkt, werkt Amstelring samen met scholen om zij-instromers een werk-leerplaats te geven binnen de organisatie. Amstelring vertelt de grootste opleider te zijn binnen de regio. Ook heeft Amstelring een eigen flexpool zodat de inhuur van extern personeel beperkt is.

In Het Schouw is altijd een verpleegkundige beschikbaar overdag. In de avond- en nachtdienst kunnen locaties van Amstelring terugvallen op vaste verpleegkundigen van een extern bureau. De verpleegkundigen van dit bureau zijn ingewerkt voor de locaties van Amstelring. Zij zijn te benaderen voor overleg over een cliënt, triage en het verrichten van een verpleegtechnische handeling op locatie. Indien noodzakelijk kunnen zij binnen 30 minuten op de locatie aanwezig zijn.

Tegelijkertijd geven verschillende gesprekspartners aan de werkdruk als hoog te ervaren. Door de ervaren hoge werkdruk, komen zij naar eigen zeggen niet altijd toe aan het bieden van persoonsgerichte zorg (zie ook norm 1.3, 1.4). Een gesprekspartner vertelt dat de beperkte aanwezigheid van verpleegkundigen en niveau 3 verzorgenden IG, de oorzaak is van de hoge werkdruk.

Het ontbreekt Het Schouw aan een passend scholingsbeleid. In het scholingsbeleid is alleen aandacht voor verpleegtechnische handelingen. Zorgverleners vertellen doelgroepspecifieke scholing te missen. Zij missen scholing over o.a. onbegrepen gedrag of welzijn. Het management vertelt te hebben gesignaleerd dat kennis over de doelgroep ontbreekt. Een scholing over onbegrepen gedrag stond op de planning, maar kon geen doorgang vinden vanwege covid-19. Het management vertelt voorzichtige plannen te hebben voor een multidisciplinaire scholing over persoonsgerichte zorg en dementie.

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 Het Schouw grotendeels** aan deze norm.

In Het Schouw zijn meerdere disciplines betrokken bij de zorg voor cliënten. Gesprekspartners geven aan dat zij elkaar tijdig kunnen vinden om multidisciplinair te kunnen samenwerken. De betrokkenheid ziet de inspectie terug in het ECD. Zo ziet de inspectie in een rapportage dat zorgverleners worstelen met het gedrag van een cliënt. Kort daarna rapporteert de psycholoog over een eerste bezoek aan deze cliënt en een benaderingsadvies. Er zijn diverse structuren ingebouwd voor ontmoeting tussen de disciplines. Zo is er iedere week een artsensite op de woningen en is er eens per maand een gedragsvisite van psycholoog en SO met de verzorgenden. Zorgverleners kunnen cliënten aandragen voor deze visites. In de overdracht hoort de inspectie dat zorgverleners de gedragsvisite van die dag doorspreken. Alle nieuwe inzichten en aandachtspunten bespreken de zorgverleners per cliënt.

Tijdens het MDO, wat twee keer per jaar per cliënt plaatsvindt, werken betrokken disciplines samen om de zorg aan cliënten te evalueren. Een verslag met bijbehorende afspraken van het MDO, ziet de inspectie terug in het ECD.

Tegelijkertijd hoort de inspectie dat er weinig klinische lessen zijn, passend bij de cliëntengroep of de ziektebeelden. Zorgverleners geven aan dat klinische lessen van eigen behandelaren wenselijk zouden zijn.

3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Schouw grotendeels** aan deze norm.

Amstelring maakt gebruik van kwaliteitsgegevens om de kwaliteit van zorg te monitoren. Een van de systemen hiervoor is een kwaliteitsdashboard. De inspectie hoort dat zorgverleners bekend zijn met het kwaliteitsdashboard. Een zorgverlener geeft aan het dashboard te gebruiken bij het opstellen van het kwaliteitsplan per team en de teamevaluatie. De punten geven houvast voor het opstellen van het kwaliteitsplan. Ook geven de teams zichzelf cijfers op bepaalde onderdelen. Het opstellen van het kwaliteitsplan en de teamevaluatie is belegd bij een klein groepje binnen het team. Gesprekspartners geven aan dat, door de weinige teamoverleggen, dit onderdeel niet leeft bij iedereen in het team. De beleidsmedewerker geeft aan het kwaliteitsdashboard te gebruiken om de voortgang van de teams te monitoren. Als er aanleiding is, bijvoorbeeld een afname van het aantal incidenten, neemt de beleidsmedewerker contact op met de teams.

Het management van Amstelring vertelt te sturen op signalen vanuit de organisatie. Het aantal klachten van cliënten of familieleden heeft mede geleid tot het starten met werken via de driehoekskunde. In de driehoekskunde staan de cliënt, zijn familie en de zorgverlener centraal. Zorgverleners krijgen scholing en ondersteuning om dit werken vorm te geven. Het locatiemanagement van Het Schouw vertelt dat er behoefte is aan een bredere aanpak rondom de locatielcultuur en persoonsgerichte zorg. Er is een eerste idee om via bijeenkomsten en e-learning dit multidisciplinair aan te pakken.

Het bestuur deed een uitgebreide evaluatie naar aanleiding van covid-19. In het verslag leest de inspectie wat Amstelring heeft gedaan, wat zij heeft geleerd en

wat zij meeneemt naar de toekomst. Amstelring beschrijft bijvoorbeeld in deze evaluatie dat zij eerder en meer "vreemde ogen" wil gebruiken in tijden van crisis.

De meldingen incidenten cliënten (MIC) gebuikt Amstelring om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zorgverleners vertellen dat, na het invullen van een MIC-formulier, dit terecht komt bij de verpleegkundige en de kwaliteitsverpleegkundige. Zorgverleners vertellen de MIC onderling te bespreken. Ook analyseren zorgverleners de MIC's op teamniveau en formuleren zij verbeteracties. Zo leest de inspectie dat het aantal agressiemeldingen is gestegen. De inspectie leest dat het management van Het Schouw verwacht dat het aantal agressiemeldingen blijft stijgen. Hierop zet het management een scholing onbegrepen gedrag opnieuw op de planning. Dit, in combinatie met de structurele gedragsvisites die indien nodig geïntensiveerd kunnen worden.

Gesprekspartners vertellen dat er Amstelring breed aandacht is geweest voor het doen van meldingen. Dit ziet de inspectie terug in een toename van het aantal meldingen. Uit navraag komt naar voren dat de bereidheid om een melding te doen is toegenomen onder zorgverleners.

Tegelijkertijd ziet de inspectie dat de zorgverleners van Amstelring veelal een blik op het team en de eigen afdeling gericht hebben. Gesprekspartners geven aan dat sommige zorgverleners lange tijd werkzaam zijn op dezelfde afdeling en zij blijven werken op de manier zoals ze het gewend zijn. Er is Amstelringbreed geen structuur waarin zorgverleners uit de directe zorg elkaar ontmoeten om te reflecteren op kwaliteit van zorg en nieuwe ideeën op te doen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Schouw grotendeels** aan deze norm.

De inspectie merkt dat alle gesprekspartners transparant zijn over hun handelen en verbetermogelijkheden in de zorgverlening aan cliënten. Het management stelt zich transparant op en geeft openheid over punten van zorgen. Zorgverleners zijn open over ontwikkelkansen en punten waar ze trots op zijn. Dit leest de inspectie ook terug in kwaliteitsplannen die ieder team opstelt.

Amstelring heeft samen met drie vergelijkbare zorgaanbieders uit Amsterdam een lerend netwerk opgezet in 2017. Amstelring gebruikt bij calamiteitenonderzoek een extern voorzitter van een zorgaanbieder uit haar lerend netwerk. Amstelring borgt hierdoor de onafhankelijkheid van de onderzoekscommissie. Ook kan de extern voorzitter met kennis van zorgproces input leveren voor het onderzoek. In de tijd van covid-19 is er veel afstemming in dit netwerk en de regio. Ten tijde van het inspectiebezoek is er een mondkapjesplicht ingesteld in de locaties. De bestuurder vertelt dit in afstemming met andere zorgaanbieders en ziekenhuizen in de regio gedaan te hebben.

Tegelijkertijd hoort en leest de inspectie dat reflecteren en het afleggen van verantwoording nog aandacht behoeft binnen Het Schouw. Zorgverleners zeggen elkaar professioneel aan te spreken, maar dit wel moeilijk te vinden. Er vindt vier keer per jaar teamoverleg plaats. Volgens gesprekspartners is dit te weinig om systematisch te kunnen reflecteren op de geboden zorg. Om de

aanspreekcultuur te bevorderen, kunnen teams een beroep doen op de teamcoach.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet Het Schouw** aan deze norm.

Amstelring maakt gebruik van een digitaal voorschrijf- en aftekensysteem. De inspectie ziet dat zorgverleners voor elke cliënt die medicatie gebruikt, beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek. Hierop staat ook de Beoordeling eigen beheer van medicatie (BEM) vermeld.

Tijdens de inzage in de toedienlijsten hoort de inspectie dat het niet mogelijk is dat zorgverleners op de lijsten iets aanpassen. Bij eventuele wijzigingen in de medicatie, wordt een nieuwe lijst automatisch in het systeem geladen vertelt een zorgverlener.

Een zorgverlener vertelt dat ze bij opname, in bijvoorbeeld een ziekenhuis, de actuele toedienlijst uitprinten en samen met de medicatie van die dag meegeven.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet Het Schouw** aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de digitale toedienlijst paraferen. Bij risicovolle medicatie geeft het systeem aan dat er een dubbele controle nodig is. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

4 Resultaten Vreugdehof

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

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

- Donker groen: De locatie **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Licht groen: De locatie **voldoet grotendeels aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten. De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
- Geel: De locatie **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie **voldoet niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet getoetst.**

4.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

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

Zorgverleners kennen de voorkeuren en wensen van cliënten. Deze voorkeuren zijn vastgelegd in het cliëntverhaal en op de ADL-kaart in het ECD. Zo lees de inspectie dat een cliënt geniet van individuele aandacht en dat zorgverleners haar hand vasthouden. Dit ziet de inspectie tijdens de observatie terug.

De inspectie hoort en leest dat het activiteiten aanbod gevarieerd is. Zo zijn er activiteiten voor heel Vreugdehof, per afdeling of individueel. Gesprekspartners vertellen dat cliënten zelf kunnen aangeven of ze willen aansluiten bij een activiteit Dit kan ook bij een activiteit zijn op een andere afdeling. De inspectie hoort dat een cliënt van de PG-afdeling meegaat wandelen met cliënten van de somatische afdeling.

De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners het verhaal van de cliënt deels kennen. Zorgverleners weten relevante zaken over cliënten zoals eerdere beroepen en het informele netwerk van de cliënt. Dit verhaal is bij sommige cliënten uitgebreid vastgelegd in het ECD, bij sommige cliënten is dit niet vastgelegd. Zorgverleners vertellen dat familie via een portaal informatie over de cliënt kan geven. Ze vertellen ook dat bij cliënten waar weinig informatie over bekend is, dit ligt aan het feit dat er weinig familie betrokken is of dat familie de Nederlandse taal niet beheerst. Zo treft de inspectie een cliënt over wie weinig informatie bekend is. De cliënt is niet in staat dit zelf te vertellen. Zorgverleners zeggen niet goed te weten wat ze de cliënt kunnen aanbieden, naast tv kijken.

Norm 1.3

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

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

De inspectie ziet dat zorgverleners de eigen regie van cliënten merendeels nog niet voldoende erkennen en stimuleren. Zorgverleners zijn geneigd de regie van cliënten over te nemen. Zij werken veelal volgens een vast schema. Een voorbeeld hiervan ziet de inspectie rondom de lunch. Een zorgverlener start op een vooraf afgesproken tijdstip, vanuit de keuken met het opscheppen van de warme lunch. Hierbij kijkt zij op een lijst wat cliënten willen eten. Als het eten opgeschept is, brengt een andere zorgverlener het bord naar de cliënt. Er staan vijf zorgverleners klaar om opgeschepte borden eten naar de cliënt te brengen. Er is tijdens het uitdeelmoment weinig contact met cliënten. Zorgverleners vragen niet hoeveel een cliënt wil eten, of een cliënt wil eten, wat een cliënt wil eten. Uit navraag komt naar voren dat zorgverleners het niet hygiënisch en niet praktisch vinden als cliënten zelf hun boterham smeren of de warme maaltijd opscheppen. Daarnaast geven zij aan vanuit de keuken met de voorkeuren van de cliënt rekening te houden, dit hebben cliënten kunnen aangeven bij het inhuizen.

Ook bij een lunch met brood op een andere afdeling is er geen keuze voor cliënten. Zorgverleners dekken de tafel niet. Cliënten met dementie bijvoorbeeld kunnen hierdoor niet zien welk beleg ze kunnen kiezen.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners de veiligheidsrisico's van cliënten nog onvoldoende afwegen tegen de kwaliteit van leven. Cliënten hebben beperkt de mogelijkheid om zelf naar buiten te gaan. De meeste afdelingen zijn gelegen op etages zonder balkon. Cliënten moeten met de lift naar beneden om naar buiten te gaan. Er is een gesloten afdeling gevestigd op de negende etage. De meeste cliënten kunnen alleen onder begeleiding deze afdeling verlaten om naar buiten te gaan. Een cliënt geeft aan dat er (te) weinig ramen open kunnen op de verdiepingen van Vreugdehof.

Vreugdehof heeft een grote binnentuin, hierop is het terras van het restaurant gelegen. De inspectie leest dat cliënten tussen 11:00u en 14:00u geen gebruik mogen maken van het restaurant en het terras omdat het personeel dan de gelegenheid krijgt om daar gebruik van te maken.

Het management van Vreugdehof geeft aan (nog) geen duidelijke visie te hebben op persoonsgerichte zorg binnen Vreugdehof. Zij geven aan zoekende te zijn naar wat passend is binnen de locatie.

Aan de andere kant hoort de inspectie ook dat cliënten, buiten maaltijden en zorgafspraken om, zelf hun dag indelen.

De inspectie ziet cliënten die ervoor kiezen om op hun appartement verblijven en andere cliënten die deelnemen aan activiteiten buiten de deur. Een cliënt vertelt bijvoorbeeld dat hij regelmatig buiten de deur luncht met iemand uit zijn netwerk. Deze cliënt stond op de wachtlijst bij een andere zorgaanbieder, maar kan de draai in Vreugdehof zo goed vinden dat de cliënt er wil blijven wonen.

Norm 1.4

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

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

Aan de ene kant ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners nog niet altijd nabijheid en geborgenheid bieden aan cliënten. Binnen Vreugdehof verblijven een aantal cliënten die geen Nederlands spreken. De inspectie ziet dat

zorgverleners weinig contact met hen maken. Zorgverleners vertellen dat zij niet goed weten hoe ze met deze cliënten contact moeten maken. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners tijdens de maaltijd met elkaar overleggen over cliënten. De cliënten zijn hierbij aanwezig, maar zorgverleners betrekken de cliënten hier niet bij. De inspectie ziet dat zorgverleners veel heen en weer lopen in de huiskamer en op de gang zonder oog te hebben voor de behoeften van de cliënt.

Ook hoort en ziet de inspectie op de somatische afdelingen dat er ook cliënten zijn die de hele dag in bed blijven, al dan niet door lichamelijke beperkingen. Deze cliënten komen niet in de huiskamer en krijgen minder aandacht van de zorgverleners.

Daarentegen hebben zorgverleners oog en aandacht voor de cliënten in de huiskamer. De inspectie ziet dat zorgverleners reageren op cliënten als zij de huiskamer binnen komen. Zo vragen zij aan cliënten hoe de activiteit was. Er ontstaan geanimeerde gesprekken. Ook hoort de inspectie van een cliënt dat deze geniet van de gesprekken met de zij-instromers. Vanwege hun extra levenservaring kan de cliënt over veel onderwerpen met hen spreken.

De inspectie ziet dat zorgverleners respect hebben voor de normen en waarden van de cliënt. De inspectie hoort over een cliënt met gewoonten vanuit haar cultuur. Zorgverleners vertellen rekening te houden met deze gewoonten zoals het dragen van bedekkende kleding en het krijgen van de zorg door een vrouwelijke zorgverlener. In het cliëntendossier ziet de inspectie deze afspraken terug.

4.2 Deskundige zorgverlener

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 Vreugdehof grotendeels niet** aan deze norm.

Het is voor de inspectie onvoldoende navolgbaar of zorgverleners risico's voor de gezondheid van cliënten in beeld hebben en handelen volgens de behoeften van de cliënt. In de getoetste cliëntdossiers zijn beknopte risico-inventarisatielijsten opgenomen. Hierbij staat dat de risico-app kan helpen als de zorgverlener twijfels heeft. Het is niet navolgbaar en inzichtelijk hoe zorgverleners tot het signaleren van een risico komen. De aanleiding of argumenten voor het signaleren van een risico zijn summier beschreven. Zorgverleners maken niet voor ieder gesignaleerd risico een navolgbare afweging bij het omschrijven van de benodigde zorg. Zo leest de inspectie dat een cliënt seksueel grensoverschrijdend gedrag kan vertonen. In een benaderingsadvies staat beschreven hoe zorgverleners dit gedrag kunnen stoppen. Toch ziet en hoort de inspectie niet hoe zorgverleners deze behoefte (h)erkennen en met elkaar nadenken over welke zorg passend zou zijn.

De inspectie hoort en ziet dat Vreugdehof de inzet van onvrijwillige zorg niet navolgbaar en cyclisch afweegt. De afweging voor de benodigde zorg is niet op individueel niveau gemaakt. Zo ziet de inspectie dat iedere PG-cliënt op een gesloten afdeling blijft. Zorgverleners zien dit niet als onvrijwillige zorg. Er is niet per cliënt gekeken of welke onvrijwillige zorg, zoals een gesloten afdeling, passend is bij deze cliënt. Ook ziet de inspectie de inzet van een

plukpak of psychofarmaca zonder dat de overwegingen die hiervoor gemaakt zijn, terug te vinden zijn. Uit navraag komt naar voren dat zorgverleners dit niet herkennen als onvrijwillige zorg.

Tegelijkertijd ziet en hoort de inspectie dat Vreugdehof werkt volgens het stappenplan als het gaat om herkende onvrijwillige zorg. De inspectie ziet in een cliëntendossier, waarbij zorgverleners aan een cliënt verdeckte medicatie toedienen, dat zij het stappenplan volgen.

Norm 2.2

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

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

In de getoetste cliëntdossiers is het methodisch werken nog niet voldoende navolgbaar. Zo werken zorgverleners met een ADL-lijst, het cliëntverhaal en een zorgleefplan. Daarnaast zijn er behandelplannen van de behandelaren. Deze behandelplannen zijn opgeslagen als PDF in het cliëntendossier. Dit maakt dat informatie over de cliënt op vijf verschillende plaatsen in het ECD staat. Gesprekspartners geven aan dat zij moeten zoeken naar informatie in het ECD.

In het zorgleefplan ziet de inspectie standaard doelen en acties die voornamelijk gaan over het lichamelijke aspect van de cliënt. Zo staat in ieder zorgleefplan opgenomen dat de medicatie volledig overgenomen is, ook al gebruikt de cliënt geen medicatie. In een rapportage leest de inspectie meerdere malen over boosheid bij een cliënt. In het zorgleefplan zijn hierop geen doelen en acties gesteld. De doelen en acties zijn standaard opgesteld. Zo staat bij iedere actie: "zorg door verpleegkundige." Welke zorg bij het betreffende doel nodig is, staat niet beschreven.

De inspectie ziet dat de rapportages vaak gaan over algemeenheden zoals "de cliënt was goed gestemd", "de cliënt deed mee met de activiteit" en "de cliënt heeft goed gegeten". Zorgverleners rapporteren nauwelijks over gedrag van cliënten. Ook niet als cliënten bekend zijn met klachten van depressiviteit of somberheid. De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners behandelopdrachten, zoals het rapporteren over gedrag, niet altijd goed opvolgen.

De inspectie ziet in de rapportages dat zorgverleners de hulp inroepen van een psycholoog bij het gedrag van een cliënt. In de rapportages ziet de inspectie een probleemanalyse van een psycholoog. De inhoud van deze probleemanalyse is niet zichtbaar. Uit navraag komt naar voren dat de psycholoog een probleemanalyse heeft gedaan, maar dat dit niet inzichtelijk is voor zorgverleners. De wijze waarop dit is vastgelegd in de cliëntdossiers, werkt niet ondersteunend aan het methodisch werken.

Van het management hoort de inspectie dat zij inmiddels tot de conclusie gekomen zijn dat de gekozen methodiek niet aansluit bij de werkwijze van de zorgverleners. Zij oriënteren zich op een andere methodiek om het methodisch werken te ondersteunen.

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 Vreugdehof grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort in verschillende gesprekken dat het management zich inzet om deskundig personeel te krijgen en rust te brengen in de formatie van Vreugdehof. Zo signaleerde het management de wens van zorgverleners om een vast aanspreekpunt, dichtbij de zorgverlening te hebben. Het management startte hierom met het aanstellen van zorgcoördinatoren als extra laag tussen zorgverleners en de locatieverantwoordelijke. De zorgcoördinatoren hebben inmiddels 10 keer per jaar werkoverleg met hun teams.

Het management is bezig de bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners op niveau te brengen. Indien nodig spreekt het management de zorgverlener aan op het volgen van scholing. Ook kunnen zorgverleners zelf in een dashboard zien welke scholingen gevolgd moeten worden om bevoegd en bekwaamheden te behouden.

Vanwege de krappe arbeidsmarkt, werkt Amstelring samen met scholen om zij-instromers een werk-leerplaats te geven binnen de organisatie. Vreugdehof creëerde hiertoe recent twee leerafdelingen. Hier bestaan de teams uit zij-instromers die in september 2021 de opleiding tot verpleegkundige niveau 4 of verzorgende niveau 3 starten. Deze zij-instromers werken samen met een aantal vaste werkbegeleiders en een aantal vaste helpenden. Amstelring vertelt de grootste opleider te zijn binnen de regio. Ook heeft Amstelring een eigen flexpool zodat de inhuur van extern personeel beperkt is.

In Vreugdehof is altijd een verpleegkundige beschikbaar overdag. De nieuwe locatiemanager regelde dat ook in de avonden en weekenden er een verpleegkundige beschikbaar is. Deze verpleegkundige is op Vreugdehof aanwezig en doet de triage voor de artsen. Ook verricht de verpleegkundige zo nodig verpleegtechnische handelingen op de locatie.

Het management vertelt dat het ziekteverzuim van 25% in januari 2021 is gezakt naar 5.1% ten tijde van het inspectiebezoek. De locatiemanager streeft naar een zo groot mogelijk bestand aan vaste zorgverleners en een zo klein mogelijke inzet van flexmedewerkers. De verhouding was 45% flex en 55% vaste zorgverleners en is inmiddels veranderd naar 80% vast en 20% flex. Tegelijkertijd geven verschillende gesprekspartners aan de werkdruk nog steeds als hoog te ervaren. Hierdoor, komen zij naar eigen zeggen niet altijd toe aan het bieden van persoonsgerichte zorg (zie ook norm 1.3). Het ontbreekt Vreugdehof nog aan een passend scholingsbeleid. In het scholingsbeleid is nu alleen aandacht voor verpleegtechnische handelingen. Zorgverleners vertellen doelgroepspecifieke scholing te missen over o.a. onbegrepen gedrag of welzijn. Ook scholing over onvrijwillige zorg ontbreekt. Het management vertelt te hebben gesignaleerd dat kennis over de doelgroep ontbreekt. Een scholing over onbegrepen gedrag stond op de planning, maar kon geen doorgang vinden vanwege covid-19.

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 Vreugdehof grotendeels** aan deze norm.

In Vreugdehof zijn meerdere disciplines betrokken bij de zorg voor cliënten. Gesprekspartners geven aan dat zij elkaar tijdig kunnen vinden om multidisciplinair te kunnen samenwerken. De betrokkenheid ziet de inspectie terug in het ECD. Zo ziet de inspectie in een rapportage dat zorgverleners worstelen met het gedrag van een cliënt en dat de SO een consult van een muziektherapeut adviseert. Kort daarna rapporteert de muziektherapeut over een eerste bezoek aan deze cliënt.

Er zijn diverse structuren ingebouwd voor ontmoeting tussen de disciplines. Zo is er iedere week een artsensite op de afdelingen en is er eens per maand een mini-MDO van psycholoog en SO met de verzorgenden. Zorgverleners kunnen cliënten aandragen voor deze besprekingen. Behandelaren geven aan dat zorgverleners tijdig de hulp inroepen van behandelaren als de zorg voor een cliënt hierom vraagt. Een praktijkverpleegkundige speelt volgens gesprekspartners een verbindende rol tussen behandelaren en zorgverleners. De locatiemanager en zorg coördinatoren vertellen in te zetten op verbetering van het contact tussen behandelaren en zorgverleners. Zo is de locatiemanager regelmatig bij het werkoverleg van de behandelaren aanwezig. Op hun beurt sluiten behandelaren nu regelmatig het laatste half uur aan bij het werkoverleg van de afdelingsteams.

Volgens gesprekspartners kunnen cliënten in Vreugdehof rekenen op een vast ritme van MDO's. Tijdens het MDO, wat twee keer per jaar per cliënt plaatsvindt, werken betrokken disciplines samen om de zorg aan cliënten te evalueren. Een verslag met bijbehorende afspraken van het MDO, ziet de inspectie terug in het ECD.

Tegelijkertijd hoort de inspectie dat er weinig klinische lessen zijn, passend bij de cliëntengroep of de ziektebeelden. Zorgverleners geven aan dat klinische lessen van eigen behandelaren wenselijk zouden zijn. Ook behandelaren geven aan bereid te zijn om klinische lessen te geven.

4.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2

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

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

Amstelring maakt gebruik van kwaliteitsgegevens om de kwaliteit van zorg te monitoren. Een van de systemen hiervoor is een kwaliteitsdashboard. De inspectie hoort dat zorgverleners bekend zijn met het kwaliteitsdashboard. Een aanwezige zorgverlener geeft aan het dashboard te gebruiken bij het opstellen van het kwaliteitsplan per team en de teamevaluatie. De punten geven houvast voor het opstellen van het kwaliteitsplan. Ook geven de teams zichzelf cijfers op bepaalde onderdelen. Het opstellen van het kwaliteitsplan en de teamevaluatie is belegd bij een klein groepje binnen het team. De beleidsmedewerker geeft aan het kwaliteitsdashboard te gebruiken om de voortgang van de teams te monitoren. Als er aanleiding is, bijvoorbeeld een afname van het aantal incidenten, neemt de beleidsmedewerker contact op met de teams.

Het management van Amstelring vertelt te sturen op signalen vanuit de organisatie. Het aantal klachten van cliënten of familieleden heeft mede geleid

tot het starten met werken via de driehoekskunde. In de driehoekskunde staan de cliënt, zijn familie en de zorgverlener centraal. Zorgverleners krijgen scholing en ondersteuning om dit werken vorm te geven. Het locatiemanagement van Vreugdehof vertelt dat de zelforganisatie in Vreugdehof niet goed uit de verf kwam. Hiertoe heeft hij zorgcoördinatoren ingezet die de teams helpen bij praktische zaken.

Het bestuur deed een uitgebreide evaluatie naar aanleiding van covid-19. In het verslag leest de inspectie wat Amstelring heeft gedaan, wat zij heeft geleerd en wat zij meeneemt naar de toekomst. Amstelring beschrijft bijvoorbeeld in deze evaluatie dat zij eerder en meer "vreemde ogen" wil gebruiken in tijden van crisis.

De meldingen incidenten cliënten (MIC) gebuikt Amstelring om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zorgverleners vertellen dat, na het invullen van een MIC-formulier, dit terecht komt bij de verpleegkundige en de kwaliteitsverpleegkundige. Zorgverleners vertellen de MIC onderling te bespreken. Ook analyseren zorgverleners de MIC's op teamniveau en formuleren zij verbeteracties. Zo hoort en leest de inspectie dat het aantal valmeldingen tijdens de overdracht relatief hoog is. Hierop bespreekt het management de vorm van overdracht met de teams.

Gesprekspartners vertellen dat er Amstelring breed aandacht is geweest voor het doen van meldingen. Dit ziet de inspectie terug in een toename van het aantal meldingen. Uit navraag komt naar voren dat de bereidheid om een melding te doen is toegenomen onder zorgverleners.

Tegelijkertijd ziet de inspectie dat de zorgverleners Amstelring veelal een blik op het team en de eigen afdeling gericht hebben. Gesprekspartners geven aan dat sommige zorgverleners lange tijd werkzaam zijn op dezelfde afdeling en zij blijven werken op de manier zoals ze het gewend zijn. Er is Amstelringbreed geen structuur waarin zorgverleners elkaar ontmoeten om te reflecteren op kwaliteit van zorg en nieuwe ideeën op te doen.

Norm 3.3

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

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

De inspectie merkt dat alle gesprekspartners transparant zijn over hun handelen en verbetermogelijkheden in de zorgverlening aan cliënten. Het management stelt zich transparant op en geeft openheid over punten van zorgen. Zorgverleners zijn open over ontwikkelkansen en punten waar ze trots op zijn. Dit leest de inspectie ook terug in kwaliteitsplannen die ieder team opstelt.

Amstelring heeft samen met drie vergelijkbare zorgaanbieders uit Amsterdam een lerend netwerk opgezet in 2017. Amstelring gebruikt bij calamiteitenonderzoek een extern voorzitter van een zorgaanbieder uit haar lerend netwerk. Amstelring borgt hierdoor de onafhankelijkheid van de onderzoekscommissie. Ook kan de extern voorzitter met kennis van zorgproces input leveren voor het onderzoek. In de tijd van covid-19 is er veel afstemming in dit netwerk en de regio. Ten tijde van het inspectiebezoek is er een mondkapjesplicht ingesteld in de locaties. De bestuurder vertelt dit in

afstemming met andere zorgaanbieders en ziekenhuizen in de regio gedaan te hebben.

Tegelijkertijd hoort en leest de inspectie dat deze open en lerende houding een recente ontwikkeling is binnen Vreugdehof. Het verzuim is gedaald en de teams krijgen steeds meer vast personeel. Gesprekspartners geven aan dat teams uit een overlevingsstand komen. Zij moeten nu met elkaar een vertrouwensband opbouwen. Volgens gesprekspartners is dit nog in een beginnende fase. Een gesprekspartner vanuit de cliëntenraad zegt een duidelijke sfeerverbetering op te merken het laatste halfjaar.

4.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet Vreugdehof** aan deze norm.

Amstelring maakt gebruik van een digitaal voorschrijf- en aftekensysteem. De inspectie ziet dat zorgverleners voor elke cliënt die medicatie gebruikt, beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek. Hierop staat ook de Beoordeling eigen beheer van medicatie (BEM) vermeld.

Tijdens de inzage in de toedienlijsten hoort de inspectie dat het niet mogelijk is dat zorgverleners op de lijsten iets aanpassen. Bij eventuele wijzigingen in de medicatie, wordt een nieuwe lijst automatisch in het systeem geladen vertelt een zorgverlener.

Norm 4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet Vreugdehof** aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de digitale toedienlijst paraferen. Bij risicovolle medicatie geeft het systeem aan dat er een dubbele controle nodig is. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet zorg en dwang (Wzd).
- Wet verplichte GGZ (Wvggz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012. Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Kwaliteitsplan/verslag 2020;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locatie(s);
- Overzicht fte's/dienstroosters zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie(s);
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van de bezochte locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- Overzicht van scholing in afgelopen jaar aan de zorgverleners van de bezochte locaties (s) en de planning voor het lopende jaar;
- Evaluatie covid-19;
- Diverse teamnotulen;
- Diverse teamevaluaties en teamplannen.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl