



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Amstelring Groep, locatie
Vreugdehof in Amsterdam op 7 januari 2020

Utrecht, maart 2020

V2016755

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Amstelring 3
1.3	Beschrijving locatie Vreugdehof 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties? 7
3.1	Vervolgacties van de zorgaanbieder 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 16
Bijlage 1	Methode 19
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 21

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 7 januari 2020 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Amstelring Groep (hierna: Amstelring), locatie Vreugdehof in Amsterdam.

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 Vreugdehof om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. De aanleiding om dit te doen is dat de inspectie een aantal meldingen over Vreugdehof ontving in de afgelopen periode. Deze meldingen onderzoekt de inspectie apart van dit bezoek.

1.2 Beschrijving Amstelring

Amstelring biedt zorg in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en groepswoningen in Amsterdam en regio Amstelland De Meerlanden. Amstelring heeft 21 intramurale locaties voor de doelgroep ouderen. Daarnaast biedt Amstelring zorg vanuit teams voor wijkverpleging, en wordt zorg verleend op een transferafdeling in een academisch ziekenhuis.

Amstelring heeft twee bestuurders die samen de raad van bestuur vormen. Deze bestuurders sturen beide een deel van de locaties aan. Een van de twee bestuurders verlaat in 2020 de organisatie. Ook zijn er wisselingen geweest in de samenstelling van de raad van toezicht.

Amstelring werkt met zelfsturende teams. De mate van zelfsturing 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. Per zes teams is een teamcoach beschikbaar voor ondersteuning.

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.

1.3 Beschrijving locatie Vreugdehof

Vreugdehof is gevestigd in Amsterdam-Zuid en biedt zorg aan cliënten met een psychogeriatrische (PG) of een somatische zorgvraag. Ook biedt Vreugdehof geriatrische revalidatie zorg (GRZ). In Vreugdehof zijn faciliteiten gevestigd zoals

een restaurant, meerdere activiteitenzalen en een kapsalon. Vreugdehof bevindt zich op loopafstand van een winkelcentrum.

Vreugdehof bestaat uit hoogbouw, 9 etages, en laagbouw, 2 etages. In de hoogbouw is op elke etage 1 afdeling gevestigd met plaats voor ongeveer 21 cliënten. Zo zijn er 4 somatische afdelingen, 1 PG-afdeling en 2 GRZ afdelingen. In de laagbouw zijn 2 PG-afdelingen gevestigd. Iedere PG-afdeling bestaat uit 4 woningen voor ongeveer 6 cliënten. Ook zijn er kantoren in het gebouw voor de behandeldienst en ondersteunende diensten. De inspectie bezocht een somatische en een PG-afdeling.

In totaal wonen er op de dag van het inspectiebezoek 151 cliënten in Vreugdehof. De cliënten hebben een psychogeriatrische (hierna: PG) of een somatische zorgvraag. De zorgprofielen variëren van VV 4 tot VV 9. De PG-afdelingen van Vreugdehof zijn aangemerkt als Wzd accommodatie (wet zorg en dwang).

Binnen Vreugdehof werken zorgverleners in verschillende teams. Sinds 1 januari 2020 heeft in de hoogbouw iedere afdeling 2 teams. Een team is verantwoordelijk voor 10/11 cliënten. In de laagbouw is een team opgesteld voor 2 woningen. Een team is verantwoordelijk voor 12/13 cliënten. Een manager stuurt dagelijks de locatie aan. De manager is verantwoordelijk voor een resultaatverantwoordelijke eenheid (hierna: RVE). Naast de manager staat een procesbegeleider zorg die de manager en de zorgteams ondersteunt. Teamcoaches en kwaliteitsverpleegkundigen ondersteunen de teams.

In Vreugdehof werken 151 zorgverleners, totaal 134,0 fte. Het team bestaat uit 24 verpleegkundigen (niveau 4), 1 verpleegkundige (niveau 5), 93 verzorgenden (IG) niveau 3, 19 helpenden (plus) niveau 2, 14 voedingsassistenten. Ook zijn er diverse leerlingen, stagiaires en vrijwilligers verbonden aan Vreugdehof.

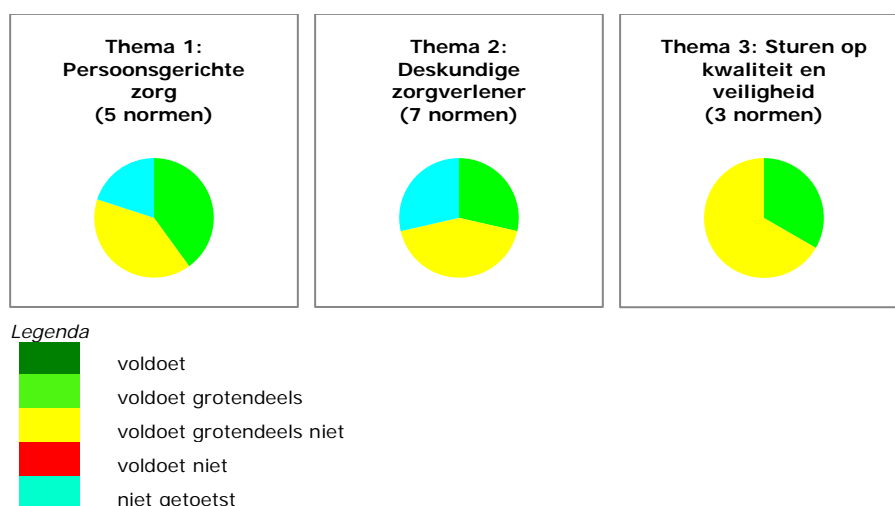
In Vreugdehof zijn meerdere specialisten ouderengeneeskunde (hierna: SO) en psychologen werkzaam. Verder bestaat het multidisciplinaire team uit een logopediste, diëtiste, fysiotherapeut, muziektherapeut en ergotherapeut. De SO is medisch eindverantwoordelijk voor de zorg aan cliënten.

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 locatie Vreugdehof. 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 locatie De Makroon beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



2.2 Wat gaat goed

Zorgverleners kennen de wensen en voorkeuren van de cliënt en betrekken de cliënt bij het maken van afspraken en afwegingen. Dit leidt tot op de cliënt afgestemde zorg. Zorgverleners ontmoeten elkaar in diverse overlegvormen om te reflecteren op de kwaliteit van zorg die ze bieden. Deze overlegvormen dragen bij aan een transparante en lerende houding van zorgverleners. Het management van Vreugdehof heeft kennistekorten bij zorgverleners in beeld en stuurt actief op deskundigheidsbevordering.

2.3 Wat kan beter

Vreugdehof dient zorgvuldig om te gaan met de wil(on)bekwaamheid en het beperken van vrijheden van de cliënt. Met name het stimuleren van eigen regie en het bieden van geborgenheid aan cliënten verdienen de aandacht. De inspectie constateert ook dat het systeem waarin zorgverleners risico's signaleren hiaten bevat. Vreugdehof kan zich hierin verbeteren en daardoor een meer zorgvuldige afweging maken over de benodigde zorg.

2.4 Wat moet beter

Amstelring heeft een visie op persoonsgerichte zorg. De uitwerking van deze visie in de praktijk is binnen Vreugdehof nog niet volledig zichtbaar. Zorgverleners ervaren werkdruk en onvoldoende regelruimte om de zorg cliëntgericht in te richten. Hoewel het kwaliteitssysteem inzicht geeft in processen en kwaliteit van zorg, wordt de PDCA- cyclus zowel op cliëntniveau als op locatieniveau niet volledig afgemaakt.

Verbetermaatregelen worden niet volledig doorgevoerd waarbij het leereffect van incidenten stagneert. Daarnaast is een goede analyse van MIC-meldingen nodig om te kunnen komen tot basisoorzaken, passende verbeteracties en daarmee tot een verbetering van de kwaliteit van zorg op alle niveaus.

Om tot navolgbaar goede zorg voor de cliënt te komen, dient er meer aandacht te komen voor actuele zorgleefplannen en het concreet rapporteren op doelen. Ook werken zorgverleners en behandelaren onvoldoende effectief samen om tot verbetering van de kwaliteit van zorg te komen.

2.5

Conclusie bezoek

Vreugdehof voldoet – grotendeels – niet aan zeven van de twaalf getoetste normen. Begin 2019 bezocht de inspectie twee andere locaties van Amstelring (Scala en de Makroon). 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 grotendeels overeen met de bevindingen in dit rapport.

De locatiemanager, zorgverleners, behandelaren en de bestuurder hebben zich zowel tijdens het inspectiebezoek als in latere communicatie met de inspectie open en transparant opgesteld wat betreft zaken die goed en minder goed gaan. Zij (h)erkennen bevindingen en zijn doordrongen van de grote verbeteropdracht die voor hen ligt. Betrokkenen stellen zich daarnaast toetsbaar op doordat zij hun eigen functioneren regelmatig evalueren.

3 Wat zijn de vervolgacties?

3.1 **Vervolgacties van de zorgaanbieder**

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

De inspectie gaat er vanuit dat Vreugdehof zo snel mogelijk verbeteracties inzet om te voldoen aan de normen waaraan de zorgaanbieder nog niet volledig voldoet. De inspectie verwacht dat Vreugdehof binnen zes maanden alsnog (grotendeels) voldoet aan de normen waar zij tijdens het bezoek grotendeels niet aan voldeed. Om de voortgang van het verbeterresultaat te kunnen volgen verwacht de inspectie over zes maanden na ontvangst van het vastgestelde rapport een resultaatverslag te ontvangen.

De inspectie verwacht dat Amstelring de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

3.2 **Vervolgacties van de inspectie**

De inspectie heeft met dit bezoek een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij de locatie Vreugdehof. Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te gaan en blijven voldoen. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op andere locatie(s). De inspectie gaat in gesprek met de raad van bestuur over de verbetering van de kwaliteit van zorg voor de hele organisatie. Na ontvangst van het resultaatverslag en het gevoerde gesprek met de raad van bestuur, beraadt de inspectie zich over het vervolgtoezicht aan Amstelring.

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 locatie Vreugdehof grotendeels** aan deze norm.

Zorgverleners maken afspraken over de zorg in samenspraak met de cliënt. Zorgverleners nodigen de cliëntvertegenwoordiger uit voor het multidisciplinair overleg (hierna: MDO). In een enkel geval nodigen zorgverleners de cliënt zelf uit. Dit ziet de inspectie terug in de cliëntdossiers. Iedere cliënt heeft eens per zes maanden een MDO.

Van gesprekspartners hoort de inspectie dat wensen van cliënten bepalend zijn voor de invulling van de zorg. Voorkeuren voor daginvulling of verblijf zijn bekend bij zorgverleners en bij de PG-afdelingen opgenomen in het Elektronisch Cliëntendossier (ECD). Zo vertelt een zorgverlener dat een cliënt zelf aangeeft wanneer hij wil gaan rusten. Dit ziet de inspectie terug in het cliëntendossier. Via een cliëntportaal hebben familieleden inzage in het ECD.

Tegelijkertijd vertellen gesprekspartners dat cliënten in het algemeen wilsonbekwaam zijn, omdat ze op een gesloten afdeling verblijven. De inspectie ziet dat dit op de PG afdelingen in de cliëntdossiers is opgenomen. Op de PG-afdelingen zijn cliënten ter zake wilsonbekwaam verklaard. De naam van de vertegenwoordiger is opgenomen in het cliëntdossier. Toch hoort de inspectie over een cliënt dat hij ter

¹ Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.
Pagina 8 van 21

zake een aantal dingen wel over zichzelf zou kunnen beslissen. De cliënt zou bijvoorbeeld nog zelfstandig naar buiten kunnen. Toch staat in het dossier dat de cliënt wilsonbekwaam is en heeft hij een familielid als vertegenwoordiger. De cliëntvertegenwoordiger tekent voor het zorgleefplan.

Op de somatische afdeling zijn alle cliënten wilsbekwaam. Dit ligt ook vast in de cliëntdossiers. Toch ziet de inspectie dat het MDO van een cliënt wordt gehouden met de zoon of zus van de cliënt en niet met de cliënt zelf. Volgens het cliëntdossier is de betreffende cliënt wel ter zake wilsbekwaam.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

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

Zorgverleners kennen de voorkeuren en wensen van cliënten. Zo vertelt een zorgverlener dat een cliënt graag voor andere cliënten zorgt. Samen met behandelaren hebben zorgverleners nagedacht over een passende manier waarop deze cliënt haar zorgzame karakter tot zijn recht kan laten komen. De afwegingen hierover leest de inspectie terug in het ECD op de PG-afdeling. Ook treft de inspectie lijsten met eet- en drinkvoorkeuren van cliënten. Een zorgverlener vertelt hierover dat niet alle cliënten deze voorkeuren kunnen uiten. Ook vertelt een zorgverlener over een cliënt die van middeleeuwse literatuur houdt en over een andere cliënt geeft zij aan op de hoogte zijn van muziekvoorkeuren.

De inspectie hoort dat zorgverleners een aantal cliënten met de achternaam aanspreken en anderen met de voornaam. Bij navraag blijkt dit een wens van de cliënt te zijn. In het cliëntdossier ziet de inspectie deze voorkeur terug. Verder ziet de inspectie een aantal katten in Vreugdehof. Zorgverleners vertellen dat veel cliënten het gezellig vinden dat er een kat is.

De inspectie hoort en leest dat het activiteitenaanbod gevarieerd is. Zo zijn er activiteiten voor heel Vreugdehof, per afdeling of individueel. De inspectie ziet in een huiskamer een groep cliënten zitten waarbij een zorgverlener voorleest uit een boek. In een aangrenzende huiskamer zit één cliënt met een zorgverlener. Uit navraag komt naar voren dat cliënten zelf mogen aangeven of ze willen aansluiten bij een activiteit. Dit kan ook bij een activiteit zijn op een andere woning. Zorgverleners zorgen ervoor dat er ook een woning is zonder activiteit zodat hier cliënten in rust kunnen verblijven als zij niet willen deelnemen aan een activiteit.

Daarnaast ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners het verhaal van de cliënt kennen. Zorgverleners weten relevante zaken over cliënten zoals eerdere beroepen en familieleden. Op de PG-afdeling is het levensverhaal van de cliënt opgenomen in het ECD. Ook de voorkeuren van cliënten ziet de inspectie terug in het ECD op de PG-afdeling. Daarentegen ziet de inspectie op de somatische afdeling geen voorkeuren opgenomen in het ECD. Ook is op de somatische afdeling het levensverhaal niet of summier opgenomen.

De inspectie ziet dat de fysieke leefomgeving niet voldoende aansluit bij de behoeften van de cliënten. Gesprekspartners vertellen dat de hoogbouw gebouwd is als ziekenhuis, met lange gangen en kleine kamers. Dit, terwijl veel cliënten afhankelijk zijn van een rolstoel of een tillift. Dit maakt dat de kamers weinig ruimte bieden om persoonlijke spullen mee te nemen. In de laagbouw ziet de inspectie dat er tweepersoonskamers zijn waar twee cliënten op dezelfde kamer slapen. Gesprekspartners vertellen dat cliënten in deze kamer alleen een eigen bed en kast

kunnen hebben. In een cliëntendossier leest de inspectie dat een cliënt onrust vertoont in de nacht en dat dit wellicht hinderlijk kan zijn voor de kamergenoot van de cliënt.

Norm 1.3

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

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

De inspectie ziet dat zorgverleners de eigen regie van cliënten merendeels niet voldoende erkennen en stimuleren. Een cliënt zegt te willen slapen, een zorgverlener zegt "dat de cliënt eerst moet eten, daarna mag de cliënt pas gaan slapen." Een cliënt vertelt graag vroeg op te willen staan, maar dat de zorgverleners hier niet altijd rekening mee houden. 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 betrekken cliënten niet bij de voorbereidingen van de maaltijd en praten voornamelijk met elkaar over de taken die zij nog moeten doen.

In een huiskamer ziet de inspectie dat zorgverleners de maaltijd vanuit de keuken aan de cliënten serveren. De inspectie ziet dat alle cliënten hetzelfde beleg op hun boterham hebben. Uit navraag komt naar voren dat dit beleg op het menu staat vandaag. Dit, terwijl er wel ander beleg aanwezig is. Een cliënt krijgt een bord met in stukken gesneden brood. De cliënt begrijpt niet wat er van hem verwacht wordt. De zorgverlener zegt dat de cliënt moet eten. De cliënt wil een stukje boterham met de hand pakken. De zorgverlener grijpt in en zegt dat de cliënt met een vork moet eten, en geeft de cliënt de vork in de hand. De inspectie ziet dat de cliënt probeert met de vork te eten, maar dat de stukken brood van de vork vallen. Een zorgverlener gaat bij de cliënt zitten en neemt de vork over om de cliënt te helpen met eten. Het is voor de inspectie onduidelijk waarom de cliënt op dat moment niet zelfstandig de boterham met de hand mag eten.

In een andere huiskamer serveren zorgverleners de warme maaltijd vanuit de keuken. Zorgverleners overleggen daarbij niet of nauwelijks met cliënten over het eten.

Toch ziet de inspectie ook dat cliënten keuze in drinken krijgen aangeboden. De zorgverlener zet meerdere soorten drinken in het zicht en vraagt aan iedere cliënt wat diegene wil. Verschillende cliënten krijgen hun maaltijd ook aangereikt op een speciaal bord (met opstaande rand) of met speciaal bestek, zodat zij beter zelfstandig kunnen eten. Ook kunnen cliënten van de somatische afdeling zich vrij bewegen in en om het gebouw. In de laagbouw, waar alleen PG-clianten verblijven, is de uitgang naar buiten afgesloten. Binnen het gebouw kunnen cliënten zich vrij bewegen over de verschillende woningen. Een zorgverlener vertelt dat cliënten vaak op een andere woning aanschuiven voor een kop koffie.

Norm 1.4

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

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

De inspectie ziet dat zorgverleners niet alle cliënten zien en horen. Tijdens de maaltijd ziet de inspectie zeven verschillende zorgverleners in en uit de huiskamer lopen. Zorgverleners gaan met elkaar in gesprek over de werktijden en vrije tijd. Zorgverleners praten niet met cliënten en, als zorgverleners niet met elkaar praten, is het stil aan tafel. Toch merkt de inspectie dat cliënten om aandacht vragen van zorgverleners. Zo vertelt een cliënt bouillon lekker te vinden en vraagt of hij nog een kopje zou mogen. De zorgverlener hoort de vraag, maar gaat niet in op het verzoek van de cliënt.

Eveneens ziet de inspectie dat het tempo van zorgverleners niet altijd aansluit bij het tempo van de cliënten. Een zorgverlener helpt een cliënt met eten. Het tempo van het eten is hoog. De cliënt heeft zichtbaar moeite om het tempo bij te houden.

De inspectie treft een wisselend beeld tussen zorgverleners bij het geven van persoonlijke aandacht. Een cliënt vraagt op de afdeling somatiek meerdere keren achtereenvolgend om aandacht van de zorgverlener. De zorgverlener gaat hier niet op in. Bij navraag geeft de zorgverlener aan regelmatig geen tijd of ruimte te hebben om persoonlijke aandacht te geven omdat zij een hoge werkdruk ervaart.

Daarentegen ziet de inspectie dat sommige zorgverleners wel persoonlijke aandacht geven. Zo ziet de inspectie dat een zorgverlener regelmatig een arm om een cliënt heen slaat of over de hand wrijft. Ook komt een zorgverlener vragen aan een cliënt hoe de verhuizing was en vertelt daarbij dat de dochter van de cliënt vanmiddag op bezoek komt. De cliënt geniet zichtbaar van deze aandacht.

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 locatie 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. In de getoetste cliëntdossiers zijn beknopte risico-inventarisaties opgenomen. Het is niet altijd 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 onstabiel is en het risico heeft te vallen. Dit ziet de inspectie tijdens de observatie terug. Toch heeft deze cliënt volgens de risico-inventarisatie geen valrisico. Ook komt dit valrisico niet terug in het zorgleefplan.

De inspectie hoort en ziet dat Vreugdehof de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen niet navolgbaar en cyclisch afweegt. De afweging voor de benodigde zorg is niet op individueel niveau gemaakt. Zo ziet de inspectie dat bedekken zijn ingezet bij een cliënt. Zorgverleners zien dit niet als een VBM. De inzet van de bedekken is niet als VBM vastgelegd in het cliëntdossier. Ook is de inzet van de bedekken niet geëvalueerd. Ook leest de inspectie dat zorgverleners een cliënt een plukpak aan deden zonder dat hier akkoord voor was van familie en behandelaren.

Tegelijkertijd ziet en hoort de inspectie dat Vreugdehof de inzet van VBM's zo veel mogelijk wil beperken. Zo vertelt een zorgverlener dat VBM bij een cliënt is gestopt omdat het risico op vallen is afgenomen.

Norm 2.2

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

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

In de getoetste cliëntdossiers is het methodisch werken nog niet voldoende navolgbaar. Zo werken zorgverleners op de PG-afdeling met een ADL-lijst, het zorgleefplan en de cliëntagenda. Daarnaast zijn er op de afdeling twee papieren mappen voor uitzendkrachten en voedingsassistenten. Gesprekspartners geven aan dat deze zorgverleners geen gebruik maken van het ECD. De inspectie ziet dat de informatie uit de papieren mappen verouderd en niet compleet is. Zo is een lijst met voedingsaspecten, zoals gebruik van verdikkingsmiddel en slikproblemen, sinds juli 2019 alleen en slechts ten dele met pen 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 heeft de cliënt geen medicatie. Ook sluiten de acties niet aan bij de doelen. Zo leest de inspectie dat vanwege vergevorderde dementie een cliënt kan hallucineren in de nacht. Als actie is hierbij opgenomen dat "er zorg geleverd wordt door de verzorgende en de verpleegkundige". Hoe deze zorg eruitziet, staat niet omschreven.

De inspectie ziet dat de rapportages vaak gaan over algemeenheden zoals “de cliënt at weinig”, “de cliënt keek film” en “de cliënt werd één keer wakker”. Rapportages op doelen ziet de inspectie weinig teug. 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 in de rapportage. Hierdoor staan MDO-verslagen tussen de rapportages. 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.

Naar aanleiding van eerdere meldingen, zouden verbetermaatregelen met betrekking tot methodisch werken volgens het klinisch redeneren vanaf november 2019 gerealiseerd zijn. Tijdens het inspectiebezoek treft de inspectie dat scholingen voor het klinisch redeneren nog niet plaatsvonden en voor 2020 op de planning staan. Daarnaast zou elke cliënt een EVV-er krijgen en een schaduw EVV-er en zouden rapportages aan zorgdoelen worden gekoppeld. Dit treft de inspectie niet tijdens het inspectiebezoek. Meerdere gesprekspartners geven aan dat Vreugdehof niet werkt met EVV'ers.

Aan de andere kant ziet de inspectie dat zorgverleners bij een cliënt signalen wel oppakken en doorzetten. Zo leest de inspectie dat zorgverleners signaleren dat een cliënt regelmatig pijn heeft. Zij leggen dit voor aan de SO tijdens de artsensite. De SO rapporteert dat de cliënt fentanylpleisters krijgt en dat zorgverleners moeten rapporteren op de pijn. De inspectie ziet de rapportages op pijn terug in het cliëntendossier.

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 locatie Vreugdehof grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort van gesprekspartners dat er verschillende overlegvormen bij Vreugdehof zijn. Zo doen alle verpleegkundigen van Vreugdehof aan verpleegkundige intervisie. Gesprekspartners vertellen hierover dat de rol van verpleegkundige binnen Vreugdehof veranderd is. Door middel van opleiding, coaching en intervisie helpt de zorgaanbieder verpleegkundigen om in hun rol als kwaliteitsbevorderaar te komen.

Ook bespreken zorgverleners met elkaar de kwaliteit van zorg. Zo leest de inspectie dat zorgverleners met elkaar reflecteren op incidenten en fouten en met elkaar tot verbetermaatregelen komen. Daarnaast begeleidt een coach de teams om de aanspreekcultuur binnen de teams te verbeteren. De coaches hebben geen zorginhoudelijke achtergrond. Gesprekspartners geven aan dat zij hierin wel de rol van teamleiders missen. Meerdere gesprekspartners vertellen dat de sfeer en het werkklimaat veilig genoeg is om te reflecteren. Ook kunnen zorgverleners elkaar professioneel aanspreken. Behandelaren zoeken de zorgverleners vaak in de wandelgang op en tijdens zogenaamde mini-MDO's. In het laatstgenoemde overleg kunnen zorgverleners en behandelaren met elkaar op de kwaliteit van zorg reflecteren.

Tegelijkertijd werkt Vreugdehof per 1 januari 2020 met kleinschalige teams. Gesprekspartners vertellen nog zoekende te zijn naar samenwerking in de kleinschalige teams. Ook moet de overlegstructuur nog worden aangepast op de invoering van kleinschalige teams.

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 locatie Vreugdehof grotendeels** aan deze norm.

De inspectie hoort in verschillende gesprekken dat de locatiemanager zijn best doet om deskundig personeel te krijgen. Hij is bezig met een inhaalslag. Zo bleek 1,5 jaar geleden dat veel zorgverleners niet bevoegd en bekwaam waren en geen scholing volgden. Het management is bezig de bevoegd en bekwaamheden van zorgverleners op niveau te brengen. Hiertoe krijgen zorgverleners maandelijks van de praktijkopleider te horen welke scholingen gevolgd moeten worden. In een dashboard houdt de praktijkopleider de bevoegd en bekwaamheden van de zorgverleners bij en stuurt hierop. Zo hoort de inspectie dat een zorgverlener geen medicatie mag delen totdat de bevoegd en bekwaamheden op orde zijn. Naar aanleiding van een aantal incidenten besloot de zorgaanbieder om een scholing klinisch redeneren aan te bieden aan verzorgenden en verpleegkundigen. In februari 2020 gaat deze scholing van start.

Vreugdehof heeft een passend en uitgebreid scholingsbeleid. In het scholingsplan ziet de inspectie dat er zowel aandacht is voor verpleegtechnische vaardigheden als doelgroepspecifieke scholing. Zo stond voor 2019 probleemgedrag bij ouderen op het programma. Daarnaast biedt Vreugdehof een tal van opleidingsmogelijkheden. Zo zijn er leerlingen die een dagdeel in de zorg werken en het andere dagdeel opleiding krijgen van een docent, in een lokaal in Vreugdehof. Zorgverleners met diploma mogen aansluiten bij lessen die zij interessant vinden. Zo vertelt een zorgverlener aangesloten te zijn bij een les over leermethoden.

Ook is er altijd een verpleegkundige beschikbaar overdag. In de avond- en nachtdienst kunnen locaties van Amstelring terugvallen op vaste verpleegkundigen van Carematch. Deze dienst is opgezet voor de zorglocaties van Amstelring. De verpleegkundigen van Carematch zijn ingewerkt voor de locaties van Amstelring en op een voor Amsterdam centrale plek gesitueerd in locatie Vreugdehof. 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 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. Een andere gesprekspartner vertelt dat ieder team in principe een verpleegkundige heeft die de rol heeft van

kwaliteitsbevorderaar. Ook geeft één van de gesprekspartners aan vaak geen pauze te nemen, omdat er anders tijdens het eten van de cliënten niemand aanwezig is.

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 locatie Vreugdehof grotendeels niet** aan deze norm.

Gesprekspartners geven aan dat de zorg binnen Vreugdehof nog niet multidisciplinair vormgegeven wordt. Weliswaar zijn meerdere disciplines betrokken bij de zorg voor cliënten, van tijdige afstemming en multidisciplinair samenwerken is nog geen sprake. Behandelaren geven aan geen aanspreekpunt te hebben binnen de zorgteams waardoor ingezet beleid bij cliënten geen doorgang vindt. Behandelaren geven aan dat zorgverleners vaak taakgericht en efficiënt de zorg inrichten en dat hiermee de persoonsgerichtheid verloren gaat (zie ook norm 1.3 en 1.4).

Daarnaast hoort de inspectie dat zorgverleners soms andere disciplines laat inschakelen. De inspectie hoort en leest over een cliënt met seksueel ontreemd gedrag. Een zorgverlener vertelt dat het team met elkaar heeft afgesproken dat zij de cliënt hierop corrigeren. In het cliëntendossier ziet de inspectie dat er geen afspraak over deze benaderingswijze is vastgelegd. De inspectie doet hierover navraag bij de behandelaren. Zij geven aan dat het niet de bedoeling is dat zorgverleners voor een cliënt met deze gedragsproblemen een dergelijke benaderingswijze met elkaar afspreken. Behandelaren geven aan dat zorgverleners hen niet betrekken bij het maken van professionele afwegingen bij cliënten met gedragsproblemen. Behandelaren geven aan vaak een aanspreekpunt in het team te missen. Zorgverleners geven aan regelmatig zorginhoudelijk leiderschap te missen. Zorgverleners geven aan tijdgebrek in hun werk te ervaren en daarom soms af te zien van overleg over een dergelijke professionele afweging.

Tegelijkertijd ziet de inspectie wel dat er verschillende overlegvormen zijn waarbij meerdere disciplines aansluiten, zoals de gedragsvisite, de artsensite, een mini MDO en het MDO. De inspectie ziet en hoort dat deze overlegvormen periodiek plaatsvinden. De samenwerking is ook navolgbaar in het cliëntendossier. Zo ziet de inspectie in rapportages dat een cliënt somber is. De psycholoog vraagt in de rapportage aandacht te hebben voor activering. De inspectie leest dat zorgverleners de cliënt activeren door bijvoorbeeld hem samen met anderen een film te laten kijken.

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 locatie Vreugdehof grotendeels niet** aan deze norm.

De waarden voor Amstelring zijn aandacht, betrouwbaar en samen. Amstelring wil waardevolle zorg aan cliënten bieden, door betrokken medewerkers tegen een betaalbare prijs voor de maatschappij. De visie van Amstelring is per locatie doorvertaald naar een visie op locatieniveau. De visie op locatieniveau is beschreven aan de hand van vaste thema's: cliëntbeleving, cliëntveiligheid, zorgmedewerkers, organisatie, leren & verbeteren en partners.

De inspectie leest in de visie van de locatie dat de visie van Amstelring specifiek is gemaakt voor de locatie. De visie van Amstelring is begrijpelijk en toepasbaar gemaakt voor de teams in het teamboekje. In een teamboekje staat de visie van Amstelring, de kaders en randvoorwaarden en hoe de visie vertaald wordt in het zorgproces. In deze vertaling staat stap voor stap uitgelegd hoe Amstelring persoonsgerichte zorg zou willen zien op de werkvloer bijvoorbeeld bij het kennismaken met de cliënt of het opstellen van een zorgleefplan.

Toch ziet de inspectie deze visie nog niet terug in de praktijk. Meerdere gesprekspartners geven aan dat de hoge werkdruk ervoor zorgt dat zorgverleners niet toekomen aan het verlenen van persoonsgerichte zorg, zoals Amstelring bedoelt.

Zorgverleners vertellen zich gehoord te voelen door het management van de locatie. Echter, zorgverleners voelen niet de ruimte om dingen te regelen die passen bij de zorg voor de cliënt. Zorgverleners vertellen dat uit een analyse van meldingen incidenten cliënten (MIC) naar voren kwam dat veel incidenten plaatsvonden op een piektijdstip. Zorgverleners geven aan dat zij hier niets aan kunnen veranderen, aangezien het team de werktijden niet zelf mag aanpassen. Ook behandelaren geven aan dat ze weinig regelruimte voelen om de zorg in te richten, passend bij de cliënt. Zij vertellen vaak achteraf betrokken te worden bij wijzigingen in beleid die van invloed zijn op hun werkzaamheden. Zo werkt Vreugdehof sinds 1 januari 2020 in kleinschalige teams. Op één afdeling werken twee teams in één huiskamer met 21 cliënten. Gesprekspartners geven aan dat ze niet weten hoe ze de zorg voor cliënten moeten inrichten, met deze ontwikkelingen. Ze geven aan dat ze "elkaar niet meer mogen helpen, terwijl ze in één huiskamer werken".

Tegelijkertijd ziet de inspectie dat zorgverleners, het management en de cliënt met zijn familie samenwerkt aan verbetering van de kwaliteit van zorg. Zo hebben zij op een afdeling samen een verbeterplan geschreven waar alle betrokkenen zich verantwoordelijk voelen voor de verbetering van de kwaliteit van zorg.

Norm 3.2

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

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

Amstelring gebruikt een kwaliteitsdashboard genaamd KiS. De inspectie hoort dat zorgverleners bekend zijn met het kwaliteitsdashboard. Een aanwezige zorgverlener geeft echter aan het dashboard nauwelijks of niet te gebruiken. Zij vindt het moeilijk om het te vinden en weet niet goed wat zij ermee kan of moet doen. KiS

ondersteunt zorgverleners onder andere in het doen van MIC's. Zorgverleners vertellen dat, na het invullen van een MIC, de MIC terecht komt bij de verpleegkundige en de kwaliteitsverpleegkundige. Zorgverleners vertellen de MIC te bespreken. Ook analyseren zorgverleners de MIC's op teamniveau en formuleren zij verbeteracties. Zo leest de inspectie dat de procedure omtrent medicatiedelen is aangepast naar aanleiding van een MIC. Toch ziet de inspectie dat geformuleerde verbeteracties nog niet zijn doorgevoerd (zie ook norm 2.2).

Meldingen leiden niet zichtbaar tot een analyse, of structurele verbetering van de zorg. Het blijft veelal bij het vaststellen van een (bijna) incident. De melder geeft een risicoscore aan de melding: laag, middel, of hoog. Alleen de meldingen met een hoog risico komen bij het kwaliteitssysteem terecht voor analyse. Het systeem handelt automatisch de meldingen met een laag of middel risico af. Deze meldingen tellen alleen kwantitatief mee voor de locatie. Van gesprekspartners hoort de inspectie dat zorgverleners moeite hebben om een risicoscore te geven aan de melding. Ook leest de inspectie in de analyse dat er meer aandacht moet komen voor het melden van zaken zoals agressie en weigeren medicatie. Gesprekspartners geven aan dat niet alle zorgverleners de meerwaarde van het melden inzien.

Tegelijkertijd ziet de inspectie dat de randvoorwaarden voor het sturen op kwaliteit en veiligheid bij Amstelring aanwezig zijn. In KiS kunnen zorgverleners en managers per team, locatie en Amstelring breed kwaliteitsinformatie inzien. Het management van Vreugdehof zegt door het dashboard een kwaliteitsfoto te hebben van de locatie. Ook grijpt het management in als zij zien dat de kwaliteit en veiligheid voor cliënten niet geborgd is. Zo hoort en leest de inspectie dat het management besloot om een bepaalde periode geen cliënten op te nemen vanwege de hoge werkdruk binnen de teams. In totaal liet Vreugdehof in 2019, 30 plaatsen, verspreid over meerdere afdelingen, enige tijd open. De inspectie ziet en hoort dat het management op de hoogte is van verbeterpunten binnen Vreugdehof. Om tot verbeteringen te komen, heeft Vreugdehof meerdere plannen opgesteld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. In het locatieplan 2020 leest de inspectie wat de score van Vreugdehof is, wat zij al doen en wat zij in 2020 gaan inzetten, op diverse thema's zoals veiligheid, leren en verbeteren. Het management vertelt dat Vreugdehof sinds 1,5 jaar een verbeteringslag maakt. Hiertoe is een verbeterplan opgesteld. Het aanstellen van verpleegkundigen in ieder team en een scholing klinisch redeneren, zijn hier onderdeel van.

Norm 3.3

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

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

Alle gesprekspartners zijn transparant over hun handelen en verbetermogelijkheden in de zorgverlening aan cliënten. Zo vertelt een zorgverlener dat zij zelf inziet dat het rapporteren over bijvoorbeeld voedselinname beter zou moeten. De zorgverlener erkent dat rapporteren onderwerp van gesprek blijft tussen zorgverleners. Ook het management stelt zich transparant op en geeft openheid over punten van zorgen.

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.

Tegelijkertijd hoort en leest de inspectie dat reflecteren en het afleggen van verantwoording nog aandacht behoeft binnen Vreugdehof. Zorgverleners zeggen elkaar professioneel aan te spreken, maar dit wel moeilijk te vinden. Om de aanspreekcultuur te bevorderen, kunnen teams een beroep doen op de teamcoach.

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 Amstelring, locatie Scala 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:

- observatie acht cliënten op afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- gesprekken met vier zorgverleners;
- gesprekken met vier behandelaars;
- gesprekken met het management(team);
- inzage in zes cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 2;
- een rondgang door de locatie;
- telefoongesprek met bestuurder;
- telefoongesprek met de coördinator van Samenwegenschap.

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 van de te bezoeken locatie(s).
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie.
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van de te bezoeken locatie(s) van de laatste 12 maanden.
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar.
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie(s) van de laatste 12 maanden.
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder.
- Visie op persoonsgerichte zorg.
- Kwaliteitsplan (V&V)/kwaliteitsrapport (GZ).