



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Zorggroep Charim in
Veenendaal en Amandelhof in Zeist op 29
april 2019 en De Tollekamp in Rhenen
op 2 mei 2019

Utrecht, juli 2019

V2012658

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Charim en Amandelhof en De Tollekamp 3
2	Conclusie en vervolgacties 6
2.1	Conclusie bezoek 6
2.2	Vervolgacties 6
2.3	Vervolgacties Charim 7
2.4	Vervolgactie van de inspectie 7
3	Resultaten Amandelhof 8
3.1	Persoonsgerichte zorg 8
3.2	Deskundige zorgverlener 11
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 13
3.4	Medicatieveiligheid 15
4	Resultaten De Tollekamp 16
4.1	Persoonsgerichte zorg 16
4.2	Deskundige zorgverlener 18
4.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 20
4.4	Medicatieveiligheid 21
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 23
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 24

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) sprak op 2 mei 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting Zorggroep Charim (Charim). Daarvoor bracht de inspectie op 30 april 2019 een onaangekondigd bezoek aan locatie Amandelhof in Zeist en op 2 mei 2019 aan locatie De Tollekamp in Rhenen.

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). In augustus 2017 heeft de inspectie een bezoek gebracht aan locatie Amandelhof.

De inspectie concludeerde toen:

"Amandelhof is een locatie in beweging. Er is gewerkt aan aansturing en het creëren van verbindend leiderschap dicht bij de werkvloer. Dit maakt dat zorgverleners zich gezien en gehoord voelen. De inspectie ziet dat er grote behoefte is aan continuïteit van aansturing en vraagt hier aandacht voor.

Het management is open en transparant in het delen van informatie en stelt zich toetsbaar op. De inspectie vraagt aandacht voor het evalueren en bijstellen van verbetermaatregelen die Amandelhof doorvoert. De inspectie heeft vertrouwen in de verbeterkracht van Amandelhof en sluiten hiermee dit bezoek af."

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 zo ja in welke vorm.

1.3 Beschrijving Charim en Amandelhof en De Tollekamp

Charim

Charim biedt verpleeghuiszorg, verzorging, revalidatiezorg, hospicezorg, huishoudelijke hulp en dagactiviteiten. Charim heeft vijftien locaties in de regio's Veenendaal en Zeist. Het management bestaat uit een éénhoofdige raad van bestuur. Charim heeft een raad van toezicht bestaande uit zes leden.

Amandelhof

Amandelhof is een woonzorgcentrum met appartementen waar cliënten wonen die thuiszorg en somatische zorg ontvangen. Dit noemt Amandelhof de afdeling basiszorg.

Daarnaast heeft Amandelhof twee units voor psychogeriatric (PG); unit 1 en unit 2. Ten tijde van het bezoek ontvangen 130 cliënten zorg. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV1 tot en met VV 7.

De inspectie bezocht de afdelingen Jasmijn en Hazelaar, beide PG-units met plaats voor 32 cliënten. Momenteel verblijven er 24 cliënten op deze afdelingen. Deze afdelingen hebben een aanmerking in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Cliënten van de basiszorg afdeling kunnen overdag en in de avond terecht in De Ratel. Dit is een plek waar zij extra begeleiding krijgen en activiteiten doen. Ook bieden zorgverleners deze cliënten hulp bij de maaltijden.

De zorg wordt verleend door 66,41 fte zorgverleners, waarvan 6,94 fte verpleegkundigen, 33,85 fte verzorgenden niveau 3, 7,88 fte helpenden niveau 2, 2,78 fte leerling-verpleegkundigen 5,1 fte leerling verzorgenden en 9,86 fte verzorgingsassistenten.

Een locatiemanager stuurt de locatie aan samen met een teamleider voor de PG-units en een teamleider voor de basiszorg. Op Amandelhof zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder een arts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist. De specialist ouderengeneeskunde (SO) is eindverantwoordelijk voor de medische zorg voor de cliënten op de PG-units. Sinds oktober 2018 zijn er een nieuwe SO en verpleegkundig specialist (VS) werkzaam bij Amandelhof. De VS werkt onder supervisie van de SO.

Organisatieontwikkelingen Amandelhof

Situatie PG-units

De raad van bestuur heeft in november 2018 een extern bureau een QuickScan laten uitvoeren. De aanleiding voor deze QuickScan is, omdat de bestuurder een analyse wilde laten uitvoeren naar de achterliggende oorzaken voor het uitblijven van kwaliteitsverbetering op de PG-units. De onderzoekers noemen verschillende tekortkomingen op het gebied van persoonsgerichte zorg, methodisch werken, leiderschap, de cultuur en personeelssamenstelling. Naar aanleiding van de QuickScan heeft de locatiemanager verschillende maatregelen getroffen: er is een nieuwe teamleider voor de PG-units aangesteld; er is een plan van aanpak gekomen; er is een tijdelijke cliëntenstop voor de PG-units ingesteld per december 2018; per 1 april is de teamindeling op de PG-units en de afdeling Meerzorg op locatie Mirtehof veranderd. Veel zorgverleners beheersen de Nederlandse taal in beperkte mate. Amandelhof ondersteunt hen hierin door middel van taallessen.

De bestuurder geeft aan dat de situatie van het uitblijven van kwaliteitsverbetering op de PG-units in december 2019 op orde moet zijn.

Verbouwing

Er ligt een plan om Amandelhof gefaseerd te verbouwen. De capaciteit voor zorg met behandeling wordt uitgebreid van 32 naar 80 plaatsen. De capaciteit voor zorg zonder behandeling wordt verlaagd naar 56 plaatsen. Amandelhof focust zich in de toekomst meer op verpleeghuiszorg voor zowel cliënten met somatische problematiek en cliënten met dementie.

De Tollekamp

De Tollekamp is een locatie met kleinschalige woningen met zes of acht cliënten met dementie per woning. In totaal zijn er 44 plaatsen voor mensen met dementie. Deze woningen hebben een aanmerkingen in het kader van de wet Bopz. Ook is er een kleinschalige woning voor zes mensen met somatische problematiek. Daarnaast heeft De Tollekamp 25 appartementen voor cliënten met een lichtere zorgvraag.

Ten tijde van het bezoek ontvangen 79 cliënten zorg op De Tollekamp. Van deze 79 cliënten die zorg ontvangen, wonen 75 cliënten op de genoemde afdelingen en vier cliënten ontvangen zorg vanuit Wet Langdurige Zorg, Modulair Pakket Thuis of Volledig Pakket Thuis in de aanleunwoningen. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV4 tot en met VV9. De inspectie bezocht de kleinschalige woningen Dijkse Eng en Hofstede De Weide.

De zorg wordt verleend door 60,3 fte zorgverleners, waarvan 4,2 fte verpleegkundigen, 32,4 fte verzorgenden niveau 3, 14,7 fte helpende niveau 2, 2,2 fte leerling-verpleegkundigen, 3,6 fte leerling verzorgenden, 0,9 fte leerling helpenden en 2,3 fte verzorgingsassistenten.

Dagelijkse aansturing vindt plaats door locatiemanager en twee teamleiders. Binnen De Tollekamp zijn verschillende disciplines betrokken waaronder een verpleegkundig specialist, een arts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist en diëtist. De verpleegkundig specialist is het aanspreekpunt voor de medische zorg voor de cliënten binnen de kleinschalige woningen en enkele bewoners van de appartementen met een VV5 of VV6 met behandeling. Zij werkt onder supervisie van de SO.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de zorg die Charim biedt op locatie De Tollekamp (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Zeven van de tien normen voldoen (grotendeels). De inspectie concludeert dat er voor locatie De Tollekamp geen vervolgtoezicht nodig is. Wel verwacht de inspectie dat De Tollekamp verbeteringen treft om te voldoen aan de drie normen waaraan zij nu niet voldoet.

De inspectie constateert dat de zorg die Charim biedt op locatie Amandelhof (grotendeels) niet voldoet aan de getoetste normen. Acht van de tien normen voldoen (grotendeels) niet.

De oorzaak hiervoor is dat een aantal belangrijke randvoorwaarden voor kwalitatief goede zorg ontbreken. De sturing op kwaliteit en veiligheid vindt in onvoldoende mate plaats. Er is sprake van een gebrek aan continuïteit bij zorgverleners. Daarnaast ontbreekt de deskundigheid van de zorgverleners op het gebied van persoonsgerichte zorg, methodisch werken, onbegrepen gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen. De behandelaars bieden de zorgverleners hier onvoldoende ondersteuning bij. Het is noodzakelijk dat Charim op locatie Amandelhof deze problemen op korte termijn oplost om te garanderen dat haar cliënten deskundige en veilige zorg krijgen. De inspectie maakt zich daarnaast zorgen over het urgentiebesef en de verbeterkracht van Charim op locatie Amandelhof. De inspectie heeft twijfels over het lerend vermogen van de organisatie omdat het management meerdere verbetertrajecten heeft ingezet sinds het bezoek aan locatie Amandelhof in augustus 2017. De noodzakelijke verbeteringen zijn echter in onvoldoende mate doorgevoerd of geborgd. Ook maakt de inspectie zich zorgen over de uitbreidingsplannen voor juist de afdelingen zorg met behandeling. Dit in relatie gezien tot de geconstateerde tekorten en reeds bij de organisatie bekende problematiek op deze locatie.

De randvoorwaarden voor een lerende en open cultuur ontbreken of zijn onvoldoende. De inspectie heeft onvoldoende vertrouwen in de wijze waarop Charim stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg, omdat de zorgelijke situatie is blijven bestaan ondanks de maatregelen die Charim heeft ingezet. De inspectie concludeert dat vervolgtoezicht nodig is.

2.2 Vervolgacties

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

De vervolgactie die de inspectie van Charim verwacht.

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

Voornemen tot verscherpt toezicht

De inspectie heeft op 19 juni 2019 telefonisch en per brief aan Charim gemeld dat de inspectie het voornemen heeft om locatie Amandelhof onder verscherpt toezicht te stellen.

Bestuursgesprek op 26 juni 2019 over voornemen tot verscherpt toezicht

Op 26 juni 2019 vond een bestuursgesprek plaats naar aanleiding van het voornemen tot verscherpt toezicht. De inspectie heeft gesproken met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Charim. Charim erkent en herkent de bevindingen van de inspectie.

Zowel de raad van toezicht als de raad van bestuur geven aan geschrokken te zijn van de bevindingen en al diverse acties in gang te hebben gezet om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ook heeft Charim besloten om de PG-units binnen zes maanden te sluiten. Charim begeleidt de komende maanden de cliënten die op deze units wonen naar een passende woning in een verpleeghuis binnen of buiten Charim. Daarnaast erkent de raad van bestuur de hardnekkigheid van de cultuur binnen de locatie Amandelhof.

Verscherpt toezicht

De inspectie heeft na het bestuursgesprek de argumenten van de zorgaanbieder gewogen en besloten om het voornemen tot verscherpt toezicht voor locatie Amandelhof door te zetten. Hiervoor verwijst de inspectie naar de brief instellen verscherpt toezicht die gelijktijdig met dit rapport is verstuurd. De inspectie verwacht dat Charim de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

2.3 Vervolgacties Charim

De inspectie verwacht van Charim dat zij, binnen zes maanden na instelling van het verscherpt toezicht, voldoet aan de normen voor goede zorg, zoals de inspectie die heeft getoetst en die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van het rapport. Indien de afdeling binnen deze zes maanden sluit, dient Charim de inspectie hiervan op de hoogte te stellen.

De inspectie verwacht van Charim een resultaatverslag te ontvangen vijf maanden na het instellen van het verscherpt toezicht. Het gaat hierbij om de normen die de inspectie als 'voldoet grotendeels niet' en als 'voldoet niet' heeft beoordeeld, vermeld in hoofdstuk 3 van dit rapport.

De inspectie verwacht dat Charim controleert of de andere veertien locaties voldoen aan de normen voor goede zorg en dat zij daar waar noodzakelijk, verbeteringen treft binnen de locaties.

2.4 Vervolgactie van de inspectie

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie zal de inspectie opnieuw een bezoek brengen locatie Amandelhof. De inspectie kan ook op andere locaties een inspectiebezoek brengen. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader. Het kan zijn dat de inspectie tijdens een volgend bezoek naast de recent getoetste normen andere normen toetst.

3 Resultaten Amandelhof

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 Amandelhof niet** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat de meeste zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten onvoldoende kennen. Meerdere zorgverleners op unit 2 geven aan dat ze de cliënten niet goed kennen, omdat ze nog maar enkele weken op de afdeling werken. De inspectie ziet ook tijdens de observatie dat de zorgverleners de cliënten niet kennen. De zorgverleners kennen de voorkeuren voor eten en drinken bijvoorbeeld niet. Ook voeren zij geen gesprekken met de cliënten over hun interesses.

De inspectie ziet meerdere cliënten met onbegrepen gedrag op unit 2. De zorgverleners negeren dit gedrag (zie ook norm 1.4). De cliënten blijven onbegrepen gedrag vertonen, zoals gillen en agressie. De inspectie ziet tijdens de observatie meerdere cliënten aan tafel slapen.

Een cliëntvertegenwoordiger geeft aan dat er veel wisselingen zijn geweest in personeel. Deze zorgverleners kenden de cliënten niet goed. Dit is sinds enkele weken verbeterd; er zijn meer vaste gezichten op de afdeling. Dit vindt zij prettig.

Uit dossierinzage en gesprekken blijkt verder dat in het cliëntdossier de levensloop meestal niet aanwezig is in de cliëntdossiers. Op unit 2 ziet de inspectie geen levensgeschiedenissen in de cliëntdossiers staan.

Op unit 1 ziet de inspectie vooral oude en enkele recent beschreven levenslopen.

De fysieke omgeving sluit niet goed aan op de wensen en behoeften van de cliënt. De cliënten hebben weinig loopruimte op de afdeling en in de huiskamer. Ook ziet de inspectie op meerdere afdelingen achterstallig onderhoud. Tenslotte hebben de cliënten toegang tot een balkon. Dit balkon wordt afgesloten door middel van hoge tralies.

Op unit 1 vertellen zorgverleners dat zij de wensen en behoeften van de cliënt tijdens de intake bespreken en in de eerste weken na opname de cliënt observeren. Ook kennen zorgverleners de voorkeuren van cliënten qua eten en gewoonten. Deze ziet de inspectie ook beschreven in het cliëntdossier.

De zorgverleners hebben oog voor de voorkeuren van de cliënt en passen de zorg hierop aan. Zo helpen de zorgverleners sommige cliënten tijdens de maaltijd met eten en krijgen anderen alleen een toetje aangereikt en nuttigen zij zelf de maaltijd. De inspectie hoort een zorgverlener met een cliënt spreken over een voetbalwedstrijd van een club waar deze cliënt fan van is.

Op unit 2 ziet de inspectie een medewerker welzijn oude filmpjes over Groningen kijken met een cliënt. De medewerker welzijn vertelt dat de cliënt in Groningen heeft gewoond en ze daarom dit met de cliënt bekijkt. De cliënt spreekt met plezier over Groningen met de medewerker welzijn.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Amandelhof niet** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat de zorgverleners de eigen regie van de cliënt in wisselende mate versterken. In het zorgplan staat geen informatie over het stimuleren van de eigen regie van de cliënt. Zo ziet de inspectie tijdens de observatie dat de zorgverleners veel taken overnemen van de cliënten. De zorgverleners dekken de tafel, scheppen het eten op en brengen de borden rond. De zorgverleners betrekken de cliënten niet bij huishoudelijke taken.

Tijdens de observaties ziet de inspectie dat zorgverleners op de units in wisselende mate keuzes maken voor de cliënt, door bijvoorbeeld koffie in te schenken voor een cliënt. De zorgverlener vraagt niet aan de cliënt wat zij wil drinken. Een ander voorbeeld hiervan is de vraag of cliënten water of ranja willen drinken. De cliënten hebben hierdoor in mindere mate de ruimte om een eigen keuze te maken. Op de andere unit wordt aan een cliënt gevraagd of ze wat wil drinken. Hierbij kan de cliënt kiezen tussen chocomel of koffie. Ook wordt gevraagd of cliënten een plakje cake lusten.

De inspectie ziet op unit 2 dat de zorgverleners de cliënten regelmatig beperken in hun vrijheid. Een cliënt staat op van tafel om te lopen. De zorgverlener brengt mevrouw op een dwingende manier terug naar de tafel. Dit herhaalt zich een aantal keer. De zorgverlener praat op een boze toon tegen de cliënt en zegt tegen de cliënt dat ze moet gaan zitten. De zorgverlener maant ook een andere cliënt tot zitten. Als de cliënt blijft lopen, begeleidt ze de cliënt naar de tafel. De zorgverlener duwt met haar hand op de schouder van de cliënt en met de andere hand duwt ze de stoel onder de cliënt. Ook andere cliënten worden voortdurend terug naar de tafel gebracht.

De cliënten hebben beddekken en sensoren. De afweging voor de inzet van deze vrijheidsbeperkende maatregelen is onvoldoende navolgbaar in het cliëntdossier (zie ook thema 2).

De inspectie ziet dat de zorgverleners handelen zonder dat ze de cliënt hierbij betrekken. Zo kantelen de zorgverleners een rolstoel van de cliënt 90 graden naar beneden zonder dit vooraf tegen haar te zeggen.

De units zijn op de eerste en tweede verdieping van het gebouw. De cliënten kunnen niet zelfstandig naar buiten of in een tuin rondlopen.

De cliënten kunnen zich gedurende de dag niet terugtrekken in hun eigen slaapkamers, want deze zijn op slot tijdens de dag.

Daarentegen ziet de inspectie dat een zorgverlener het bestek geeft in de hand van een cliënt zodat deze zelf kan gaan eten. Ook vraagt een zorgverlener of ze een cliënt kan helpen of dat de cliënt het eten zelf snijdt.

Norm 1.4

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

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

Uit observaties blijkt dat de zorgverleners de cliënten in wisselende mate op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De zorgverleners werken taakgericht in plaats van persoonsgericht. Zo ziet de inspectie op unit 1 zorgverleners die in de huiskamer gezamenlijk een formulier invullen en ondertussen geen aandacht hebben voor de cliënten om hen heen. Op een koelkast hangt een magneet om de dag van de week aan te geven: deze geeft aan dat het maandag is, terwijl het dinsdag is. Op unit 2 ziet de inspectie meerdere situaties waarbij de zorgverleners hun tempo niet aanpassen aan dat van de cliënt. Een zorgverlener geeft een cliënt erg snel haar appelmoes. De cliënt is nog aan het eten en de zorgverlener houdt een volle lepel voor de mond van de cliënt. De cliënt vraagt op verdrietige toon of de zorgverlener wat langzamer aan wil doen. Uit observaties blijkt dat de benadering door zorgverleners in wisselende mate passend is bij de cliënt. Meerdere gesprekspartners geven aan dat op unit 2 veel cliënten wonen met onbegrepen en onrustig gedrag. De inspectie ziet tijdens de observatie dat de zorgverleners moeite hebben om met deze cliënten goed om te gaan. De zorgverleners proberen verschillende benaderingen bij de cliënten, maar de onrust blijft bestaan. Een cliënt hangt in een rolstoel. Ze gilt en schopt met haar armen en benen. Ze lijkt oncomfortabel. Een zorgverlener gaat naar haar toe en pakt haar arm hard vast. De zorgverlener vraagt op een lieve toon wat er met de cliënt is. De cliënt probeert de zorgverlener te schoppen en te slaan. Andere cliënten zeggen tegen de cliënt dat deze op moet houden met gillen.

Het is onrustig in de huiskamer. Een zorgverlener loopt van en naar verschillende cliënten om hen eten te geven. Zodra de ene cliënt een hap op heeft, loopt ze naar een andere. De warme maaltijd schept de zorgverlener op vanaf een kar die ze van tafel naar tafel rijdt. Ook op de andere unit staat een zorgverlener tijdens het helpen met eten telkens op van tafel zonder dit aan te kondigen. Ze doet dit om ondertussen andere cliënten te helpen.

De inspectie hoort dat de zorgverleners soms onaardig tegen de cliënt praten. Een cliënt staat steeds op van haar stoel tijdens het eten. De zorgverlener roept haar steeds terug aan tafel en begeleidt haar hierbij. De cliënt zegt: 'ik moet vragen'. De zorgverlener laat de cliënt niet uitspreken en zegt 'nee u hoeft niets te vragen u moet terug aan tafel komen zitten'.

De inspectie ziet daarentegen dat andere zorgverleners liefdevol met een cliënt omgaan. Een cliënt zorgt voor een pop alsof het een baby is. Een zorgverlener geeft samen met de cliënt de pop eten. De zorgverlener sluit goed aan bij de belevingswereld van de cliënt en vraagt aan haar 'zal ik de baby naar bed brengen?'. Op een andere unit speelt een zorgverlener een geheugenspel met cliënten. Hierbij worden op een rustige toon en met respect alle aanwezige cliënten gestimuleerd tot meedoen.

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 Amandelhof niet** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de veiligheidsrisico's van cliënten onvoldoende afwegen tegen de kwaliteit van leven. De risico's voor de cliënt zijn niet in beeld en niet vastgelegd. De zorgverleners geven aan dat zij de risico's niet op een gestructureerde manier inventariseren. Zo ziet de inspectie geen recente risicosignaleringen in de cliëntdossiers. Bij risicosignaleringen van oktober 2018 op de items 'vallen' en 'medicatiegebruik' is geen afweging zichtbaar waarom hier sprake is van een risico en wordt volstaan met "bestaand probleem: opnemen in het zorgleefplan".

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat de zorgverleners de wensen, de behoeften, de mogelijkheden en de beperkingen van de cliënt onvoldoende betrekken bij het maken van professionele afwegingen. De inspectie ziet in de cliëntdossiers niet terug op basis waarvan de zorgverleners een professionele afweging maken.

Tijdens de observatie ziet de inspectie dat een cliënt die op staat en wil gaan lopen, door de zorgverleners terug naar haar stoel wordt begeleid. De zorgverleners vertellen dat ze dit doen, omdat de cliënt valrisico heeft. Dit risico en hoe zorgverleners hiermee omgaan staat niet in het zorgplan. Het is onduidelijk of er voor deze cliënt al eerder een valrisico is geconstateerd.

Verder blijkt uit gesprekken en dossierinzage dat de zorgverleners cliënten regelmatig beperken in hun vrijheid (zie ook norm 1.3). Zo hoort de inspectie dat bij opname standaard sensoren geplaatst worden in de kamer van een nieuwe cliënt en dat na een week de gemonitorde activiteiten met de behandelaar besproken worden. De inspectie ziet in de rapportage niet terug dat deze activiteiten door de zorgverleners gemonitord zijn. Op een afdeling hebben zes van de dertien cliënten bedekken en hebben drie cliënten sensoren. In de cliëntdossiers ziet de inspectie geen rapportage over de inzet van bedekken en sensoren.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM's) vindt in wisselende mate een navolgbare afweging plaats. Zorgverleners vertellen dat VBM's door de behandelaars worden ingesteld. De inspectie hoort dat de behandelaar hierbij informatie van de zorgverleners gebruikt om te bepalen of een maatregel nog ingezet moet blijven. De inspectie ziet echter in het cliëntdossier geen rapportage over VBM's. Hierdoor is de afweging niet navolgbaar. De inspectie ziet geen afweging van alternatieven voor VBM's in de cliëntdossiers. Ook hoort de inspectie van de behandelaar dat de evaluatietermijn van VBM's drie maanden zou zijn. In cliëntdossiers ziet de inspectie andere evaluatietermijnen. Het is onduidelijk wat hierbij de afweging is geweest. Er ontbreken ook evaluaties van VBM's. De zorgverleners vertellen verder dat zij niet precies weten hoe vaak ingezette VBM's worden geëvalueerd. De inspectie ziet dat de SO sommige VBM's niet structureel evalueert. De inspectie leest een evaluatie: 'is effectief, geen verzet'. Er zijn geen rapportages over deze VBM.

Ook vertellen meerdere gesprekspartners dat de VBM's, zoals psychofarmaca, ingezet worden, omdat de deskundigheid omtrent onbegrepen gedrag onvoldoende is. Tijdens de nacht werken gedetacheerde zorgverleners op de PG-units. Deze zorgverleners rapporteren niet over de VBM's.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Amandelhof niet** aan deze norm.

De inspectie ziet dat Amandelhof onvoldoende actuele zorgleefplannen heeft. Het merendeel van de zorgleefplannen op unit 1 is sinds september en oktober 2018 verlopen. Op unit 2 ziet de inspectie zorgleefplannen die voor het laatst bijgewerkt zijn in mei 2018. De zorgverleners vertellen dat er in de afgelopen zes maanden geen zorgleefplan-besprekingen hebben plaats gevonden. Er zijn inmiddels zorgleefplan-besprekingen gepland van april tot en met oktober 2019. Dit betekent voor sommige cliënten dat het zorgleefplan een jaar niet wordt aangepast. Een cliënt met een sinds september 2018 verlopen zorgleefplan zal volgens deze planning pas 3 oktober 2019 besproken worden. Uit observatie en dossierinzage blijkt dat de zorgleefplannen niet passen bij de zorgvraag van de cliënten.

De zorgleefplannen zijn onvoldoende toegespitst op de cliënt en algemeen van aard en een samenhang tussen doelen en acties ontbreekt vaak. De inspectie leest als doel 'cliënt voelt zich veilig' en de bijbehorende acties zijn: 'mw. heeft een sensor voor valgevaar in de nacht; dochter doet de was zelf; mw. loopt met een rollator. Aangeven als mw. die vergeet'. De inspectie ziet tijdens de observatie dat de zorgverleners de rollator van de cliënt niet aanbieden, maar de cliënt de opdracht geven om te blijven zitten.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt verder dat de zorgverleners bijna niet rapporteren op doelen en acties uit het zorgleefplan. De inspectie ziet rapportages die onder verkeerde doelen vallen. Bij navraag weet de desbetreffende zorgverlener niet op welk doel zij moet rapporteren. De rapportages zijn algemeen van aard en gaan vooral over de geleverde ADL-zorg zoals 'Mw. heeft goed gegeten en gedronken, mw. werd bijtijds naar bed gebracht'.

Uit de dossierinzage blijkt dat zorgverleners in wisselende mate rapporteren op het effect van hun gedrag op de cliënt. De inspectie ziet op unit 2 verschillende cliënten met onbegrepen gedrag. De zorgverleners kunnen de inzet van de psycholoog niet in het ECD (elektronisch cliënten dossier) vinden. Na zoeken in het ECD blijkt dat de psycholoog bij cliënten met onbegrepen gedrag soms wel en soms niet is ingeroepen. De psycholoog observeert, maar een opvolging in de vorm van een benaderingsadvies ontbreekt vervolgens. Ook rapporteren de zorgverleners niet over het gedrag van de cliënt.

De inspectie leest in het dossier dat 'vanuit het team regelmatig de vraag komt waarom mw. geen spierverslappende medicatie krijgt en aangepaste kleding voor bij ADL; mevrouw is erg stijf'.

Op unit 1 ziet de inspectie dat bij een cliënt onrustmedicatie op basis van de uitkomst van het stoplichtmodel gegeven wordt. Deze gedragsbenadering is in het cliëntdossier uitgebreid beschreven. Gedurende een periode van 22 dagen is er 17 keer met een kleurcodering gerapporteerd op het gedrag van de cliënt.

Op basis hiervan is de afweging gemaakt dat de cliënt geen onrustmedicatie nodig heeft. Uit dossierinzage blijkt dat deze medicatie ook niet gegeven is.

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 Amandelhof niet** aan deze norm.

Bezetting

De inspectie hoort van meerdere gesprekspartners dat er veel uitzendkrachten zijn ingezet door Charim. Dit is sinds een paar weken minder en er zijn meer vaste krachten werkzaam op de units. Overdag zijn er drie zorgverleners en één huiskamer assistent aanwezig op iedere unit. 's Avonds zijn er twee zorgverleners en in de nacht één zorgverlener voor de twee units. Door de opnamestop sinds december 2018 verblijven er nu minder cliënten op de afdeling en is er hierdoor een hogere bezetting dan eerst.

Veel gesprekspartners geven aan zich zorgen te maken over de bezetting en deskundigheid van de nachtzorg. De inspectie ziet dit terug in het dienstrooster. Het management geeft aan dat ze bewust gedetacheerde zorgverleners inzet in de nachtdienst, zodat de vaste zorgverleners een team kunnen gaan vormen gedurende de dag. Vaste zorgverleners mogen geen nachtdiensten werken hierdoor, zo hoort de inspectie, maar maken zich zorgen over de zorg die in de nachtdienst wordt geboden. Zij zeggen dat deze zorgverleners de cliënten niet goed kennen en niet op de hoogte zijn van de benaderingswijze van cliënten met onbegrepen gedrag. De inspectie ziet dat er veel VBM in de nacht ingezet worden op de units. Rapportages over de nachtzorg ontbreekt bij alle cliëntdossiers die de inspectie inziet. Het is niet duidelijk hoe de cliënt reageert op de VBM in de nacht.

Deskundigheid

Het management en de behandelaar geven aan dat de zorgverleners onvoldoende kennis hebben over VBM, dementie, onbegrepen gedrag en methodisch werken. De inspectie ziet tijdens de observatie en hoort in gesprekken dat de kennis onvoldoende is. Uit de documentinzage blijkt dat deze onderwerpen geen onderdeel zijn van het scholingsaanbod.

Uit de QuickScan en gesprekken blijkt dat er geen actueel overzicht is van de bevoegd- en bekwaamheid van zorgverleners. Het management heeft geïnventariseerd wie bevoegd en bekwaam is voor de voorbehouden handelingen. Zij constateert dat veel zorgverleners niet alle verplichte bij- en nascholingen gevolgd hebben als het gaat om voorbehouden handelingen. Het management heeft de komende maand gesprekken hierover met de zorgverleners om hen te wijzen op hun verantwoordelijkheid om bevoegd en bekwaam te blijven. Het is onduidelijk waarom sturing op bevoegd- en bekwaamheid de afgelopen jaren niet is gebeurd.

De kwaliteitsverpleegkundige geeft zorgverleners training on the job over onder andere methodisch werken en werken met het ECD. De inspectie ziet de resultaten hiervan nog niet in de praktijk. Ook biedt Amandelhof medewerkers de mogelijkheid om een taalcursus te volgen, zodat het niveau van de Nederlandse taal en de rapportages omhoog gaat.

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 Amandelhof niet** aan deze norm.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat het management gedeeltelijk in beeld heeft hoe het op de PG-units gaat. Het management geeft aan dat het al enkele jaren niet goed gaat op de PG-units en dat de kwaliteit van zorg niet goed is. Vorig jaar is er een brandbrief vanuit het behandelteam verstuurd naar de raad van bestuur over de situatie op de PG-units. In november 2018 heeft er een QuickScan plaatsgevonden, waarna het management maatregelen heeft genomen en een plan van aanpak heeft opgesteld (zie hoofdstuk 1). Het is onduidelijk waarom het management niet eerder heeft ingegrepen.

Uit verschillende documenten en gesprekken blijkt dat de behandeldienst, directie, bestuur van Charim ernstige zorgen hebben over de situatie op de PG-units in Amandelhof. De urgentie voor verbeteringen van de kwaliteit van de zorg zien zij nu in. De bestuurder en de directeur zorg hebben de raad van toezicht op de hoogte gesteld van de zorgelijke situatie. De raad van toezicht deelt de zorgen over de PG-units.

De voortgang op de PG-units monitort Amandelhof op verschillende manieren. Iedere week is er een ontwikkelteamoverleg, dat volgens de SCRUM-methodiek de kwaliteitsverbetering doorvoert. Aan dit team nemen de locatiemanager, de teamleider, SO, psycholoog, kwaliteitsverpleegkundige, verpleegkundig specialist en een zorgverlener van de units plaats. De inspectie hoort dat tijdens dit overleg de kwaliteitsverbetering besproken wordt: de medicatieveiligheid, werken volgens protocollen en de kwaliteit van de rapportages. De inspectie hoort tijdens het overleg verschillende resultaten die volgens de aanwezigen geboekt zijn. Deze resultaten ziet de inspectie echter niet terug tijdens de observatie op de units. De aanwezigen bespreken de acties en verantwoordelijkheden. Iedere maand evalueert het ontwikkelteam met het kernteam de voortgang op de PG-units. Aan het kernteam nemen deel: locatiemanager, directeur zorg Charim, teamleider en de coördinator van de SO's.

Ook doet Amandelhof interne audits op onderwerpen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Uit deze audits blijkt dat de kwaliteit van de zorg onvoldoende is.

De inspectie ziet dat het management druk bezig is met het herstellen van de kwaliteit van de zorg op de PG-units. Het management, de behandelaren en de zorgverleners geven aan dat er nog veel moet verbeteren op de units.

Uit gesprekken blijkt dat Amandelhof de zorgverleners onvoldoende betreft bij het verbeterproces. Het ontwikkelteam en de werkwijze die hierboven staat, is niet bekend bij de meeste zorgverleners. Het management vertelt over de maatregelen die ze inzetten, zoals een tweewekelijkse gedragsvisite door de psycholoog. De zorgverleners geven aan dat ze niet weten dat dit bestaat.

Er zijn informatiebijeenkomsten geweest voor familieleden van cliënten over bovenstaande situatie. Desondanks geven meerdere cliëntvertegenwoordigers aan dat ze meer betrokken willen worden door Amandelhof.

Zorgverleners melden niet alle MIC-meldingen blijkt uit gesprekken en documentinzage. Veel MIC-meldingen staan als 'concept' in het ECD en worden hierdoor niet door gestuurd voor analyse naar de kwaliteitsafdeling van Charim. Zo ziet de inspectie MIC-meldingen over een medicatiefout uit november 2018 en een MIC-melding over het niet juist plaatsen van een bewegingssensor van maart 2019 die niet juist in het systeem verwerkt zijn. Het totale aantal MIC-meldingen zoals deze beschreven zijn in de kwartaalrapportages is hiermee niet juist. De MIC-procedure is niet helder voor de zorgverleners. Het management herkent dit. Het is niet duidelijk op welke manier het management deze situatie verbetert.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt verder dat de zorgverleners in wisselende mate open zijn over fouten en incidenten. Dit heeft te maken met de cultuur en sfeer (zie norm 3.3).

Norm 3.3

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

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

De inspectie leest in de QuickScan en hoort van meerdere gesprekspartners dat er op de PG-units geen goede werksfeer is: angstcultuur, pesten richting collega's en cliënten, afspraken niet nakomen en elkaar niet aanspreken. Er zijn veel wisselingen in personeel geweest en Amandelhof zette veel uitzendkrachten in. Het management stuurt inmiddels de teams meer aan en spreekt zorgverleners aan op hun gedrag. Ook zijn er team coaching dagen geweest voor alle teams. Deze organiseert Amandelhof iedere maand voor de teams. De zorgverleners gaan op deze dagen in gesprek over de samenwerking met elkaar. Er is een begin gemaakt om de cultuur en de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar dit staat in de kinderschoenen.

Amandelhof heeft verschillende overlegvormen om de cultuur op de units te verbeteren en de zorgverleners mee te nemen in de veranderingen. Er is elke maand een overleg met de EVV'ers en een keer in de vier weken een teamoverleg. De kwaliteitsverpleegkundige coacht de teams bij de communicatie onderling.

Alle gesprekspartners geven aan dat er sinds een paar weken meer rust is op de units.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

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

Amandelhof werkt met een elektronische medicatie-aftekensysteem. De zorgverleners beschikken hierdoor voor elke cliënt over een actuele toedienlijst en een actueel medicatieoverzicht.

De apotheek maakt en levert de toedienlijsten en medicatieoverzichten. De zorgverleners maken deze lijsten niet zelf en passen bestaande toedienlijsten niet zelfstandig aan.

4.8

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

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

In het elektronisch systeem, ziet de inspectie dat de zorgverlener de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst parafeert. De inspectie ziet dat er twee parafen staan bij medicatie die dubbel gecontroleerd moet worden. Het is navolgbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

4 Resultaten De Tollekamp

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 **voldeet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Licht groen: De locatie **voldeet 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 **voldeet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie **voldeet 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 **voldeet De Tollekamp grotendeels** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat de zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten goed kennen. Zorgverleners spreken sommige cliënten met hun voornaam aan en anderen met hun achternaam. Deze voorkeuren staan ook in het cliëntdossier beschreven. Een zorgverlener vraagt aan een cliënt of hij even wilt slapen na de lunch of dat hij een keertje overslaat. De cliënt wilt even een dutje doen op de luie stoel. De zorgverlener begeleidt hem hierbij. Zodra de cliënt op de stoel zit zegt hij 'heerlijk'. Een andere cliënt wilt graag een sigaret roken op het balkon. Een zorgverlener gaat met de cliënt mee naar buiten.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgverleners goed weten wat de voorkeuren van de cliënten zijn. Zij houden hier in de dagelijkse zorg rekening mee. Een cliënt houdt van schilderen. Vanwege zijn lichamelijke problematiek knoeit de cliënt veel verf op de grond en wordt de kamer vies. De zorgverleners stimuleren de cliënt om te blijven verven en maken de kamer van de cliënt na het verven schoon.

De inspectie leest uitgebreide 'levensgeschiedenissen en wensen en behoeften in het document 'Over mij' in de cliëntdossiers. De zorgverleners kennen de levensgeschiedenis van de cliënt. De cliënten en de zorgverleners voeren gesprekken over de hobby's en het arbeidsverleden van de cliënten.

De fysieke omgeving sluit aan op de wensen en zorgvragen van de cliënt. De huiskamers op de afdelingen zijn huiselijk ingericht en hebben verschillende zithoekjes. Het restaurant is sfeervol ingericht. Op meerdere plekken op de gangen zijn hoekjes gemaakt met meubels en een zitbank.

Ook zijn er belevingsgerichte hoekjes ingericht voor mensen met dementie, bijvoorbeeld met een commode en babyspullen.

De inspectie hoort verder dat De Tollekamp weinig individuele activiteiten voor cliënten organiseert. Vrijwilligers en mantelzorgers voeren deze activiteiten uit. De Tollekamp organiseert vooral groepsactiviteiten, maar de cliënten hebben steeds meer behoefte aan individuele activiteiten die aansluiten bij hun interesses en mogelijkheden. De inspectie leest in een interne audit en in notulen van een teamoverleg dat de groepsactiviteiten niet altijd aansluiten bij de wensen van de cliënt.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet De Tollekamp** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat de zorgverleners de eigen regie van de cliënt versterken. De inspectie ziet veel voorbeelden van situaties waarin de zorgverlener de eigen regie van cliënten versterkt. De inspectie ziet dat de zorgverleners de cliënten stimuleren om zelf de broodmaaltijd te bereiden en te eten. Een zorgverlener zegt tegen een cliënt 'eet smakelijk, als u dit stukje brood pakt kunt u het zelf opeten'.

Een zorgverlener vertelt hoe bij een cliënt die telkens zorg weigerde, dit verzoek structureel gerespecteerd werd, ondanks een daardoor groter ingeschat risico op decubitus. Het doel was om de cliënt maximale regie over het eigen leven te geven en ondertussen vertrouwen te laten krijgen in zorgverleners. Recent staat deze cliënt nu zorg toe.

In het zorgleefplan staan doelen over het stimuleren van de regie van de cliënt. Een doel voor de cliënt is 'Ik heb behoefte aan autonomie'. Er staan verschillende concrete acties bij: 'laat mij mijn eigen beslissingen maken, maar stuur me indien nodig aan' en 'de fysiotherapeut loopt vaste routes met mij naar de winkel. Stap voor stap hoop ik uit te bouwen naar zelfstandig naar de winkel te gaan'.

De cliënten hebben zelf de keuze hoe ze hun dag inrichten. Ze mogen zelf aangeven wanneer zij willen douchen, hoe laat ze naar bed gaan en hoe ze hun dag inrichten.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet De Tollekamp** aan deze norm.

De zorgverleners spreken de cliënten vriendelijk aan en benaderen hen met geduld en respect. Tijdens de observatie ervaart de inspectie veel rust in de huiskamers op kleinschalige woningen. De zorgverleners geven de cliënten een op een aandacht. Ook nodigen ze cliënten uit om deel te nemen aan een gesprek of activiteit. Zo spreken zorgverleners met cliënten over de Elfstedentocht die een van de cliënten twee keer heeft gereden. De zorgverleners stellen vragen aan cliënten die niet uit zichzelf deelnemen aan het gesprek en worden door middel van een liedje zingen of een passend spreekwoord gestimuleerd. De cliënten geven met plezier antwoord en gaan onderling in gesprek met elkaar. De zorgverleners praten op gelijke hoogte met de cliënt, doordat ze ernaast gaan zitten.

De inspectie ziet dat de zorgverleners hun gedrag aanpassen aan het tempo van de cliënt. De zorgverlener vraagt of de cliënt mee wil naar het toilet. De cliënt wrijft over tafel, plukt aan haar rok en blijft zitten. De zorgverlener gaat in alle rust en met veel geduld om met deze cliënt. De zorgverlener wacht tot de cliënt zelf gaat staan en samen lopen ze dansend naar de gang.

Meerdere cliënten willen tijdens de maaltijd een pop in de armen houden. Zorgverleners hebben hier aandacht voor en gaan met respect om met medebewoners die hier vragen over stellen.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat de zorgverleners de cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De zorgverleners geven complimenten aan de cliënten. De cliënten genieten hier zichtbaar van.

De zorgverleners benaderen de cliënten die zich minder goed kunnen uitdrukken op een passende manier. Een cliënt kan door de dementie amper spreken. De zorgverleners stellen de cliënt op zijn gemak door een arm om hem heen te leggen als ze tegen hem spreken. Ook maken ze continu contact met hem door hem aan te kijken of kort iets tegen hem te zeggen. De zorgverlener proberen hem hierdoor geborgenheid te bieden.

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 De Tollekamp grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat de zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt betrekken bij het maken van professionele afwegingen. De inspectie leest in een zorgleefplan dat de ochtendzorg en de transfer per dag verschilt. Dit is afhankelijk van de mate van stijfheid van de cliënt. De inspectie hoort deze aanpak ook terug van de zorgverleners.

De zorgverleners hebben de risico's van de cliënten in beeld. De eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV'er) vult twee keer per jaar een risicoanalyse in voor iedere cliënt ter voorbereiding op de zorgleefplan bespreking. Ook andere disciplines noteren de risico's van de cliënten in het zorgplan. De zorgverleners weten de risico's voor de cliënten te benoemen en maken navolgbare afwegingen in het omgaan met de risico's. Een zorgverlener vertelt over een cliënt die een verhoogd risico heeft op vallen. Desondanks loopt de cliënt zelfstandig rond en beperken de zorgverleners de cliënt niet in zijn vrijheid. Er is een geaccepteerd valrisico en de situatie wordt iedere zorgleefplan-bespreking besproken met de cliëntvertegenwoordigers, SO en andere disciplines.

Een zorgverlener vertelt dat er twee cliënten zijn met een verhoogd risico op ondergewicht. De afspraak met de SO is dat de zorgverleners de cliënt iedere week wegen. De inspectie ziet deze metingen terug in het cliëntdossier. De SO en de zorgverlener bespreken het gewicht tijdens de artsensite. Bij beide cliënten is de diëtist ingeschakeld.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet De Tollekamp grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet zowel actuele als niet actuele zorgleefplannen. De inspectie ziet in de zorgleefplannen doelen over het fysieke, psychische en sociale domein.

De doelen en acties zijn in de ik-vorm beschreven en toegespitst op het welzijn van de cliënt.

De inspectie ziet ook een zorgleefplan dat sinds december 2018 niet meer actueel is. De zorgverleners hebben een concept-zorgleefplan gemaakt om te bespreken in het multidisciplinair overleg (MDO). Uit de lijst van geplande MDO's blijkt dat deze cliënt pas begin juni besproken zal gaan worden. De locatiemanager geeft aan dat uit de interne audit is gebleken dat het methodisch werken aandacht behoeft.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) vindt onvoldoende een navolgbare afweging plaats. De inspectie ziet dat evaluatiedata ontbreken of verlopen zijn en evaluaties van VBM's ontbreken. Ook de afwegingen van alternatieven voor de inzet van VBM's staan niet in het cliëntdossier vermeld. De inspectie ziet in een cliëntdossier dat een sensor niet geregistreerd is als VBM. De reden hiervoor is niet duidelijk. De inspectie ziet in een ander cliëntdossier dat er een sensor wordt ingezet bij een cliënt. De zorgverlener vertelt dat deze sensor al een aantal maanden niet gebruikt wordt. Ook ziet de inspectie dat meerdere VBM's in het cliëntdossier als 'concept' zijn opgeslagen. Hierdoor is er geen rapportage mogelijk op deze VBM's. Ook worden deze maatregelen hierdoor niet in overzichten van VBM's meegenomen.

De inspectie ziet verder dat de zorgverleners de psycholoog betrekken bij cliënten met onbegrepen gedrag. Iedere twee weken is er een gedragsvisite waarbij de zorgverleners en de psycholoog het gedrag en de benaderingswijze van de cliënten bespreken. De inspectie ziet tijdens de observatie dat de zorgverleners de cliënten benaderen volgens de benaderingswijze van de psycholoog. De zorgverleners rapporteren op het effect van hun gedrag op de cliënt. EVV'er bereidt de zorgleefplan-bespreking voor en maakt hier een verslag van. Naar aanleiding van deze bespreking past de EVV'er het zorgleefplan aan. Dit doet de EVV'er zo nodig ook eerder.

De omgangsadviezen worden in het cliëntdossier door de psycholoog niet in een apart deel gerapporteerd, maar in de rapportage. Doordat deze daardoor niet goed zichtbaar blijft, printen zorgverleners deze adviezen uit en doen deze in de communicatiemap op de huiskamer. Hierdoor zou deze informatie bij wijzigingen niet goed actueel kunnen zijn.

De inspectie hoort en ziet dat er binnen De Tollekamp elke zes maanden een MDO plaatsvindt over de cliënten. Hierbij zijn naast de EVV'er, de verpleegkundig specialist en de andere betrokken behandelaren ook de cliëntvertegenwoordiger en de cliënt zelf aanwezig.

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 De Tollekamp grotendeels** aan deze norm.

Bezetting

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat de bezetting van zorgverleners voldoende is voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. De zorgverleners geven aan dat ze voldoende tijd hebben voor de zorg voor de cliënten. De inspectie hoort dat De Tollekamp sinds vorig jaar werkt met een klein vast team van zorgverleners per woning.

Gesprekspartners geven aan dat zowel cliënten als zorgverleners dit als erg prettig ervaren. Ook tijdens de rondgang en observaties ziet de inspectie een goede balans tussen het aantal zorgverleners en het aantal cliënten.

Wel hoort de inspectie dat De Tollekamp een aantal keer per week uitzendkrachten inzet. Deze zorgverleners kennen de cliënten minder goed. De vaste zorgverleners vinden het op dat moment weleens lastig om de uitzendkracht alleen op de groep te laten voor bijvoorbeeld een gesprek met de psycholoog.

Deskundigheid

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat De Tollekamp voldoende zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. In het scholingsplan is er aandacht voor scholing over omgaan met onbegrepen gedrag. Ook deelt de verpleegkundig specialist haar kennis hierover en over ziektebeelden met de zorgverleners. Tien verpleegkundigen van De Tollekamp hebben in 2018 de opleiding tot kwaliteitsverpleegkundige gevolgd, zodat ze hun nieuwe rol goed kunnen uitvoeren. Uit gesprekken blijkt dat voorbehouden handelingen alleen door bevoegd en bekwaam personeel worden uitgevoerd. Meerdere gesprekspartners geven aan dat er verpleegkundigen zijn die hen ondersteunen bij deze handelingen als dit nodig is. Ook kunnen de zorgverleners altijd een beroep doen op het ambulante verpleegkundig team van Charim.

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 De Tollekamp grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet een maandelijkse kwaliteitsrapportage van De Tollekamp. Hierin staat sturingsinformatie opgenomen over onder andere MIC-meldingen en VBM. Deze rapportage is vooral kwantitatief van aard. De inspectie leest dat er 249 medicijnincidenten zijn geregistreerd in het eerste kwartaal van 2019. Er staan geen acties of concrete verbetermaatregelen benoemd naar aanleiding van deze constatering. De rapportage over de MIC-meldingen is niet volledig want veel MIC-meldingen staan als 'concept' in het ECD en worden hierdoor niet door betrokken bij de analyse. De MIC-procedure is niet helder voor de zorgverleners. Wel vertelt een zorgverlener dat ze naar aanleiding van een ernstige MIC-melding werd gebeld door een kwaliteitsadviseur van Charim om advies te geven over de situatie. De zorgverlener ervaaarde dit als prettig. Daarnaast hoort de inspectie dat de bespreking van MIC-meldingen geen onderdeel is van de teamoverleggen. De kwaliteitsverpleegkundigen gaan hier een grotere rol in spelen.

De sturingsinformatie over de inzet van VBM is niet volledig en analyses of bevindingen naar aanleiding van geconstateerde VBM's ontbreken. (Zie norm 2.2)

Uit gesprekken en documenten blijkt dat De Tollekamp werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. De inzet van kwaliteitsverpleegkundigen bij de PDCA-cyclus is net gestart. De kwaliteitsverpleegkundigen hebben in februari een interne audit uitgevoerd bij de Tollekamp. Alle kleinschalige woningen zijn ge-audit op alle onderwerpen uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De resultaten uit deze audits pakken de kwaliteitsverpleegkundigen samen met de teamleiders op. De teamleiders bespreken de audits in de teamoverleggen.

De inspectie ziet het jaarplan van De Tollekamp. De acties en speerpunten die hierin genoemd staan hoort de inspectie van verschillende gesprekspartners terug.

Tijdens de gesprekken met de raad van toezicht, bestuurder, locatiemanagers en manager kwaliteit hoort de inspectie dat Charim werkt met een kwaliteitsdashboard. De bestuurder en manager zorg sturen op basis van dit kwaliteitsdashboard. De locatiemanager en de directeur zorg hebben iedere maand overleg over de stand van zaken op de locatie. Zo nodig is er vaker contact.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet De Tollekamp grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Er is tien keer per jaar een teamoverleg. De zorgverleners bespreken dan vooral praktische zaken. Uit de notulen blijkt dat een klein deel van de zorgverleners aanwezig is bij het teamoverleg. Ook hoort de inspectie dat het teamoverleg weleens wordt geannuleerd.

Er is een overleg tussen de EVV'ers waarbij ze afspraken maken over hun taken en verantwoordelijkheden.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat er binnen De Tollekamp sprake is van een aanspreekcultuur. De inspectie ziet meerdere situaties waarop de zorgverleners elkaar aanspreken op verbeterpunten.

4.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

Volgens de inspectie **voldoet De Tollekamp grotendeels** aan deze norm.

Zorgverleners beschikken voor de cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. Echter ziet de inspectie bij één cliëntdossier die gestart is met een antibioticum dat dit handmatig op de toedienlijst is geschreven. De zorgverlener licht toe dat dit niet mag en gaat hier actie op ondernemen.

4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet De Tollekamp grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverlener parafeert in wisselende mate de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst. Op een aantal toedienlijsten ziet de inspectie dat niet alle toegediende medicatie is afgetekend, dit betreft vooral crèmes, badolie en mondspoeling. De inspectie ziet ook dat zorgverleners andere medicatie niet aftekenen zoals pijnmedicatie en medicatie voor de stoelgang. In een interne audit van februari blijkt ook zorgverleners niet altijd medicatie aftekenen.

De tweede controle bij risicovolle medicatie voeren zorgverleners meestal uit.

Zo ziet de inspectie dat zorgverleners de hoeveelheid insuline op de lijst dubbel aftekenen. Het is hiermee traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze. Bij bloed verdunnende medicatie ontbreekt een enkele dubbele paraaf.

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire 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 bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- 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.

Circulaire 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

- Uitdraai kwaliteitsdashboard Charim;
- Jaardocument 2018 Zorggroep Charim;
- Kwaliteitsplan Zorggroep Charim;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten Amandelhof en De Tollekamp;
- Overzicht fte's en dienstroosters zorgverleners Amandelhof en De Tollekamp;
- Plan van aanpak Amandelhof;
- Rapportage actieplan Amandelhof;
- Kwaliteitsrapportages Amandelhof;
- Quickscan Amandelhof;
- Notulen kernteamoverleg Amandelhof;
- Resultaten interne audits Amandelhof;
- Roosters Amandelhof;
- Scholingsplan 2019 Amandelhof;
- Notulen directieoverleg;
- Notitie Amandelhof auditcommissie kwaliteit raad van toezicht;
- Jaarplan De Tollekamp;
- Scholingsplan 2019 De Tollekamp;
- Kwaliteitsrapportages De Tollekamp;
- Resultaten interne audits De Tollekamp;
- Notulen teamoverleggen De Tollekamp.