



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Aafje Thuiszorg Huizen Zorghotel
in Rotterdam, locatie Rozenburcht in Capelle aan
den IJssel op 11 augustus 2020 en locatie
Hoppesteijn in Rotterdam op 18 augustus 2020

Utrecht, oktober 2020

VGR-2019067

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Stichting Aafje, Rozenburcht en Hoppesteijn 3
1.4	Effecten coronatijd 5
2	Conclusie en vervolgacties 8
2.1	Conclusie bezoek 8
2.2	Vervolgacties 8
2.2.1	Vervolgactie van de inspectie 8
3	Resultaten Rozenburcht 9
3.1	Persoonsgerichte zorg 9
3.2	Deskundige zorgmedewerker 10
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 13
3.4	Medicatieveiligheid 15
3.5	Overige bevindingen 16
4	Resultaten Hoppesteijn 17
4.1	Persoonsgerichte zorg 17
4.2	Deskundige zorgmedewerker 19
4.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 24
4.4	Medicatieveiligheid 26
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 28
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 29

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 11 augustus 2020 een aangekondigd bezoek aan Stichting Aafje Thuiszorg Huizen Zorghotel (hierna: Aafje), locatie Rozenburcht in Capelle aan den IJssel. Op 18 augustus 2020 bracht de inspectie een aangekondigd bezoek aan locatie Hoppesteijn in Rotterdam. De inspectie sprak op 18 augustus ook met de voorzitter van de raad van bestuur van Aafje.

1.1 Aanleiding bezoek

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

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de voorzitter van de raad van bestuur. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarnaast bezoekt de inspectie twee locaties. 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 zorgmedewerker, 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 voorzitter van de raad van bestuur en de bevindingen uit het locatiebezoek.

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

1.3 Beschrijving Stichting Aafje, Rozenburcht en Hoppesteijn

Aafje biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg en huishoudelijke hulp. Aafje heeft zeventien locaties, twee zorghotels en 54 thuiszorgteams in Rotterdam en omgeving.

Aafje heeft een tweehoofdige raad van bestuur en een raad van toezicht bestaande uit zeven leden. Het directieteam bestaat uit een directeur regio Zuid, een directeur regio Noord, een directeur thuiszorg, een directeur bedrijfsvoering, secretaris raad van bestuur, leden raad van bestuur, een manager P&O en een concern controller.

Locatie Rozenburcht

Rozenburcht biedt verpleeghuiszorg en wonen met zorg in Capelle aan den IJssel. Rozenburcht is een locatie met een psychogeriatrische (PG) afdeling en een afdeling somatiek. De locatie heeft vier etages. Op de 1^{ste} etage liggen kantoorruimtes en vijf appartementen voor cliënten met een somatische zorgvraag. Op de 2^{de}, de 3^{de} en de 4^{de} etage wonen 20 cliënten met een lichamelijke aandoening. Daarnaast bevinden zich op de 2^{de}, 3^{de} en 4^{de} etage drie woongroepen met ieder twaalf cliënten met dementie. Deze woongroepen zijn gesloten.

Op de begane grond ligt een grand café waar cliënten kunnen eten.

De inspectie bezocht zowel de PG als de somatiek afdeling.

Tijdens het bezoek ontvangen 95 cliënten zorg. Van hen hebben 91 cliënten zorgprofielen verpleging en verzorging (VV) die variëren van VV4 tot en met VV9b.

Op de afdeling somatiek wonen: één cliënt met een VV2, twee cliënten met een VV3 en één cliënt met een zorgprofiel verstandelijk gehandicapt (VG) 3.

De huisarts verleent de medische zorg op de afdeling somatiek voor cliënten met een lage zorgzwaarte. Voor cliënten met een somatische aandoening en een hogere zorgzwaarte is de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar.

De zorg wordt verleend door 75 (45,91 fte) zorgmedewerkers: drie (1,71 fte) verpleegkundigen niveau 4, 36 (25,2 fte) verzorgende niveau 3, 21 (12,5 fte) helpende niveau 2, negen (6,89 fte) leerlingen, vijftien (6,5 fte) gastvrouwen. De PG- en somatiek afdeling hebben beide een teammanager die drie zorgteams aansturen. Een locatiemanager stuurt de locatie aan.

Er zijn verschillende disciplines betrokken bij Rozenburcht: twee (1,67 fte) specialisten ouderengeneeskunde (SO), drie (1,55 fte) gedragsdeskundigen/psychologen, twee (1,11 fte) fysiotherapeuten, één (0,50) ergotherapeut, één (0,22 fte) logopedist, één (0,22 fte) diëtist, één (0,22 fte) maatschappelijk werker en één (0,11 fte) geestelijk verzorger. Daarnaast zijn ook een tandarts en mondhygiënist beschikbaar. De SO of de huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

Hoppesteijn

Hoppesteijn is een locatie met zorgappartementen voor verzorgd wonen en een PG-afdeling voor mensen met dementie. De locatie heeft dertien etages. Op de tweede etage bevindt zich de PG-afdeling. Deze is gesloten. De etages drie tot en met dertien bestaat uit de zorgappartementen. Hier wonen cliënten met diverse aandoeningen.

Op de eerste etage liggen kantoorruimtes en een kinderopvang (van organisatie Mundo). De begane grond bestaat uit een brasserie, een internetcafé en diverse voorzieningen zoals de kapper, de pedicure en de bibliotheek. Hoppesteijn heeft de beschikking over een groot terras dat is verbonden met de brasserie.

De inspectie bezocht de PG-afdeling en een afdeling met zorgappartementen. Tijdens het bezoek ontvangen 127 cliënten zorg op Hoppesteijn. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV2 tot en met VV7. Bij cliënten in de zorgappartementen verloopt de financiering via een Volledig Pakket Thuis vanuit de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Cliënten op de PG-afdeling krijgen wonen en zorg gefinancierd vanuit de Wlz.

De zorg wordt verleend door 75 (49 fte) zorgmedewerkers, waarvan veertien (7,64 fte) verpleegkundigen, 34 (22,97 fte) verzorgende niveau 3 en 27 (16,72 fte) helpende niveau 2. Hoppesteijn werkt daarnaast met welzijnsmedewerkers en gastvrouwen.

Hoppesteijn werkt met vier zorgteams. Het gaat om drie teams voor de cliënten die wonen met zorg ontvangen in de zorgappartementen en om een team op de PG-afdeling. Twee teammanagers zijn verantwoordelijk voor de aansturing van elk twee teams. Teams krijgen daarnaast ondersteuning van een leercoach. Een manager Zorg & Behandeling stuurt de locatie aan, samen met een manager Diensten & Welzijn. Hoppesteijn heeft een participatiecoördinator. Deze betreft familie en mantelzorgers bij de zorg in Hoppesteijn. Hoppesteijn heeft daarnaast een team met vrijwilligers, die aan de locatie verbonden zijn.

Aafje heeft een centrale behandeldienst. Hoppesteijn heeft samen met een naastgelegen locatie van Aafje een eigen behandelteam. Deze bestaat uit diverse behandel disciplines zoals een SO, psycholoog, gedragskundige, ergotherapeut, diëtist, fysiotherapeut en logopedist. Daarnaast werkt Hoppesteijn met een Physican

Assistent (PA). Deze voert medische zorg uit onder de verantwoordelijkheid van de SO. Ook is de PA de contactpersoon voor de huisartsen.

De SO is eindverantwoordelijk voor de medische zorg voor de cliënten die een zorgprofiel hebben met behandeling. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische zorg voor de overige cliënten die wonen met zorg ontvangen. Hoppesteijn werkt tijdens het inspectiebezoek samen met 35 huisartsen.

Hoppesteijn staat in de Rotterdamse wijk Crooswijk. In de wijk wonen veel verschillende nationaliteiten en spelen veel sociale vraagstukken. De meeste cliënten in Hoppesteijn komen uit deze wijk. Ook veel zorgmedewerkers wonen hier. Zij werken over het algemeen al jaren voor de organisatie en vormen met elkaar een hechte groep.

De zorgvraag van cliënten in de zorgappartementen wordt steeds complexer. In het huis speelt steeds meer de overgang van een verzorgingshuis naar een verpleeghuis. Bij meerdere cliënten is sprake van sociale problemen en van gedrags- en psychiatrische problematiek.

Aafje heeft de locaties met de Bopz-aanmerkingen die tot 1 januari 2020 van toepassing waren, in het openbaar locatieregister ingeschreven als Wet zorg en dwang (Wzd)-accommodaties en locaties. Rozenburcht en Hoppesteijn zijn in het register geregistreerd als Wzd-accommodatie.

1.4

Effecten coronatijd

Aafje kreeg in meerdere locaties te maken met corona-uitbraken. De raad van bestuur heeft een centrale coronabeleidsstaf ingericht. De raad van bestuur informeert de locaties onder andere via nieuwsbrieven over ontwikkelingen en afspraken.

Aafje heeft in Rotterdam in één van haar locaties (Zorghotel Maasstad) een coronacentrum ingericht voor opname van besmette cliënten uit de regio uit ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Het management vertelt dat Aafje steeds beschikte over voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen. Aafje heeft een centrale commissie infectiepreventie.

Bevindingen Rozenburcht

De inspectie hoort dat in Rozenburcht 24 cliënten besmet zijn geraakt. Veertien van hen zijn overleden. Het management heeft op de PG-afdeling een cohortafdeling gecreëerd waar ook besmette cliënten van de afdeling somatiek opgenomen werden. De cohort afdeling is op 5 mei 2020 opgeheven. Tien zorgmedewerkers zijn positief getest. Op één na zijn zij weer aan het werk. Tijdens het inspectiebezoek zit één cliënt nog in isolatie.

Het management vertelt dat er tijdens de coronacrisis in Rozenburcht dagelijks een corona-overleg was van alle betrokkenen. Inmiddels is er wekelijks overleg. Het management informeert de medewerkers regelmatig mondeling en schriftelijk over de situatie en de maatregelen.

Medewerkers hebben scholingen infectiepreventie en hygiëne gevolgd.

Medewerkers die daar behoefte aan hebben kunnen gebruik maken van een psychosociale hulplijn. Ook was een tijd lang sprake van het gezamenlijk starten van de dag in Rozenburcht.

Voor bewoners zijn alternatieve communicatiemogelijkheden en ontmoetingsmogelijkheden gecreëerd. Zoals een ontmoetingshuisje in de tuin. Hier is veel gebruik van gemaakt. Aafje heeft een boekingssysteem aangeschaft voor het reguleren van het bezoek.

Het management vertelt dat de regionale samenwerking is verbeterd. Onder andere wat betreft de verdeling van zorg aan besmette cliënten in de regio.

Zorgmedewerkers vertellen dat de coronacrisis een heftige tijd was waarin zij zich vaak machteloos voelden. Wel is de saamhorigheid en de onderlinge samenwerking versterkt. Gesprekspartners vertellen dat zij zich gesteund voelen door het lokale en centrale management. De cliëntenraad is positief over de informatievoorziening en de aanpak van de coronacrisis in Rozenburcht.

Het management benoemt dat Rozenburcht mede door de opgedane ervaringen voorbereid is op een eventuele volgende corona-uitbraak. De vraag wanneer de cohortafdeling afgebouwd kon worden bleek een discussiepunt. Het management gaat dit in een eerder stadium bespreken als er weer een cohortafdeling ingericht moet worden.

Bevindingen Hoppesteijn

Gesprekspartners vertellen dat Hoppesteijn te maken had met corona. Er zijn 36 cliënten besmet geraakt. In totaal zijn twaalf cliënten overleden. Het gaat om zes cliënten van de PG-afdelingen en zes cliënten uit de zorgappartementen. Tijdens de uitbraak was de hele PG-afdeling ingericht als cohortafdeling voor de hele locatie. Eind mei 2020 kon deze cohortafdeling worden afgebouwd.

De inspectie hoort dat negentien medewerkers besmet zijn geweest. De meeste zorgmedewerkers zijn weer hersteld. Bij enkele zorgmedewerkers spelen langdurige klachten.

Tijdens het inspectiebezoek blijkt dat één cliënt op dit moment corona heeft. Deze cliënt is verplaatst naar een andere locatie van Aafje, het Coronacentrum (Zorghotel Maasstad). Dat komt omdat het door de loopdrang van deze cliënt, niet mogelijk was deze cliënt in isolatie te verplegen. Tot nu toe zijn geen andere cliënten besmet geraakt.

Het management vertelt dat zij tijdens de coronacrisis elke ochtend afstemmingsoverleg hadden op de locatie met alle betrokken disciplines. Zij zorgden in afstemming met de centrale beleidsstaf voor de uitvoering van het beleid op de locatie. Ook zorgden zij voor eenduidige communicatie over het beleid en de te nemen maatregelen aan cliënten, mantelzorgers en medewerkers. Medewerkers hebben instructies gekregen over hygiëne en infectiepreventie in relatie tot corona. Het management benoemt dat Hoppesteijn mede door de opgedane ervaringen voorbereid is op een eventuele volgende corona-uitbraak.

Hoppesteijn heeft te maken met een grote groep huisartsen. Deze huisartsen waren in eerste instantie niet aangesloten bij het beleid van Hoppesteijn tijdens de coronacrisis. Zo ging een aantal huisartsen anders om met het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen dan zoals afgesproken binnen Hoppesteijn. Dit zorgde voor verwarring en onzekerheid bij zorgmedewerkers. De centrale beleidsstaf van Aafje heeft hierin ondersteuning geboden door overleg met de huisartsen over de gewenste gang van zaken. Ook de PA speelde hierin een centrale rol door bij onduidelijkheden af te stemmen met de betrokken huisartsen.

Het management vertelt dat Hoppesteijn tijdens de coronacrisis te maken had met een aantal heftige confrontaties met mantelzorgers. Deze mantelzorgers hadden moeite met het accepteren van de landelijke coronamaatregelen, zoals de bezoekersstop. Daar komt bij dat de familiebanden met cliënten sterk zijn op deze locatie en in deze wijk. Dit heeft in enkele gevallen geleid tot een noodzakelijk politieoptreden. Ook heeft een mantelzorger een cliënt mee naar huis genomen. Het management vertelt dat zij per situatie gezocht hebben naar een oplossing op maat. Dit is in de meeste gevallen goed gelukt.

De inspectie hoort dat zorgmedewerkers de coronacrisis in het huis als heftig hebben ervaren. Zij vertellen zich wel goed ondersteund te voelen door het locatiemanagement. Ook kregen zorgverleners ondersteuning van de geestelijk verzorger, de agoog en de psycholoog. Wel vertelt het management dat een aantal zorgmedewerkers het emotioneel nog steeds zwaar heeft. Zij krijgen extra begeleiding. Zorgmedewerkers vertellen dat zij veel saamhorigheid hebben ervaren in deze periode. De onderlinge samenwerking was al goed, maar is hiermee nog extra versterkt. De cliëntenraad is positief over de informatievoorziening en de aanpak van de coronacrisis in Hoppesteijn.

Voor bewoners zijn alternatieve communicatiemogelijkheden en ontmoetingsmogelijkheden gecreëerd. Zoals mantelzorghuisjes, ontmoetingen in de grote tuin of op de parkeerplaats en beeldbellen. Hier is veel gebruik van gemaakt.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Rozenburcht en op Hoppesteijn (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Rozenburcht voldoet (grotendeels) aan alle dertien de getoetste normen. Hoppesteijn voldoet aan elf van de twaalf getoetste normen. Eén norm voldoet grotendeels niet. De inspectie verwacht dat Aafje de verbeteringen die nodig zijn voor deze norm zelf meteen zal oppakken. De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop Aafje stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspectie concludeert dat er geen vervolgtoezicht nodig is.

2.2 Vervolgacties

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

2.2.1 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding om deze locatie(s) en/of andere locaties van Aafje opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert (op alle locaties). De inspectie sluit het bezoek af.

3 Resultaten Rozenburcht

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

Zorgmedewerkers kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

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

Uit gesprekken, observaties en cliëntdossiers blijkt dat zorgmedewerkers de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten kennen. Zij houden hier in de dagelijkse zorg rekening mee.

Zo ziet de inspectie in een huiskamer dat een cliënt met dementie apart zit van de rest van de mensen. Een medewerker vertelt dat de cliënt het liefst alleen zit. Ze wil wel graag in de huiskamer zijn en observeert alles van een afstandje.

Eén van de cliënten heeft een benaderingsplan. De inspectie ziet en hoort dat zorgmedewerkers dit toepassen. Een andere cliënt heeft een gordel om te voorkomen dat hij uit de trippelstoel valt. Zorgmedewerkers weten dat de gordel af kan als er geen valrisico is, zoals tijdens het eten.

De inrichting van de huiskamers is afgestemd op de cliënten. Het gaat om ruime huiskamers verdeeld in twee delen. Ieder deel heeft zijn eigen keukenblok. Dit zorgt voor meerdere plekken waar cliënten kunnen verblijven. Op de muren in de gangen bevinden zich voor de cliënten herkenbare foto's uit Capelle aan den IJssel.

Daarnaast bevat iedere deur een foto van de betreffende bewoner. De inspectie hoort dat medewerkers zelf koken. Een gesprekspartner vertelt dat zij hierdoor een huiselijke sfeer ervaren. Dit zorgt ervoor dat cliënten over het algemeen beter eten.

Norm 1.3

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

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

Uit gesprekken, observaties en documenten blijkt dat zorgmedewerkers de eigen regie van de cliënt belangrijk vinden. Zij houden hier bij de dagelijkse zorgverlening zoveel mogelijk rekening mee.

Zo vertellen zorgmedewerkers op de afdeling somatiek dat de meeste cliënten graag vroeg geholpen willen worden met wassen en aankleden. Omdat dit niet haalbaar is, gebruiken zorgmedewerkers looproutes met de tijden waarop zij de cliënten helpen. De tijden wisselen zodat cliënten regelmatig geholpen worden op het gewenste tijdstip. Cliënten hebben ingestemd met deze werkwijze.

Cliënten van de somatiek afdeling kunnen op hun kamer eten of in het Grand Café. Zij kunnen kiezen uit twee gerechten.

De inspectie hoort dat zorgmedewerkers op de PG-afdelingen met cliënten bespreken wat ze willen doen. Cliënten met dementie eten in de huiskamer. Zorgmedewerkers vertellen dat een cliënt met dementie graag zelf eet in het restaurant. Hiertoe krijgt ze de gelegenheid. Toen dat in coronatijd niet mogelijk was hebben zorgmedewerkers dit uitgelegd en gezorgd dat de cliënt apart kon eten. Een cliënt die 's morgen langer in bed wilde blijven liggen, wordt later geholpen.

Rozenburcht heeft een weekprogramma met activiteiten waar cliënten aan deel kunnen nemen. Tijdens het inspectiebezoek is er een beweegactiviteit. Een aantal activiteiten kan door de coronacrisis niet doorgaan zoals de drukbezochte wekelijkse bingo. In plaats daarvan kunnen cliënten nu deelnemen aan het Rad van Fortuin. Een dagbestedingscoach doet ook individuele activiteiten met cliënten die liever niet deelnemen aan een groepsactiviteit. De inspectie hoort dat zorgverleners veel aandacht hadden voor activiteiten die cliënten graag wilden doen in coronatijd. Uit gesprekken en cliëntdossiers blijkt dat zorgmedewerkers veiligheidsrisico's afwegen tegen wensen van de cliënt en kwaliteit van leven (zie ook 2.1).

Norm 1.4

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

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

De inspectie ziet en hoort dat medewerkers respectvol met cliënten omgaan. Zij spreken op vriendelijke toon en maken op ooghoogte contact. Op de PG-afdeling is een van de cliënten onrustig; hij wil naar het toilet. De cliënt is net naar het toilet geweest maar zorgmedewerkers brengen de cliënt opnieuw met veel geduld naar het toilet. Ze leiden hem ook op vriendelijke manier af van zijn drang om elektra uit te zetten. De inspectie ziet dat dit ook zo in het benaderingsplan staat.

In een andere huiskamer vindt een activiteit plaats. De sfeer is ontspannen. De cliënten zijn vrolijk gestemd.

Op de 1^{ste} etage heeft Rozenburcht een huiskamer gecreëerd voor bewoners van de somatiek afdeling die dreigen te vereenzamen. De SO bepaalt of cliënten hiervoor in aanmerking komen. Door de coronamaatregelen kan deze huiskamer niet gebruikt worden. Het management bekijkt hoe en wanneer hij weer in gebruik genomen kan worden.

Gesprekspartners vertellen dat Rozenburcht op de somatiek afdeling in de brede gangen zithoekjes wil creëren. Cliënten die de afdeling liever niet verlaten kunnen elkaar daar ontmoeten en samen eten.

3.2 Deskundige zorgmedewerker

Norm 2.1

Zorgmedewerkers 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 Rozenburcht grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en cliëntdossiers blijkt dat zorgmedewerkers de risico's, wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt betrekken bij het maken van professionele afwegingen.

Zo heeft een cliënt op de afdeling somatiek geheugen- en gedragsproblemen.

Gesprekspartners vertellen dat zij met de familie bespreken welke zorg de cliënt nodig heeft en dat overplaatsing naar de PG-afdeling wenselijk is. Een cliënt heeft een risico op vallen. In overleg met de familie accepteren zij dit. Een andere cliënt eet zelfstandig in het grand café en wil daarna vaak naar buiten. Dit blijkt risicovol omdat deze cliënt dan uit beeld is en de weg niet goed terug kan vinden.

Zorgmedewerkers vertellen dat zij met elkaar en de familie bespreken hoe zij dit op kunnen lossen.

De SO benoemt dat zorgmedewerkers in gedragsoverleg bespreken of gedrag regulerende medicatie afgebouwd kan worden.

Bij de dossierinzage ziet de inspectie dat zorgmedewerkers het stappenplan Wzd toepassen als sprake is van onvrijwillige zorg. Zorgmedewerkers hebben alternatieven voor vrijheidsbeperkingen uitgetoetst. Artsen hebben de wilsbekwaamheid van de cliënt beoordeeld ziet de inspectie in de cliëntdossiers.

De inspectie ziet tijdens een observatie op de PG-afdeling een cliënt die naar het toilet wil. De zorgmedewerker merkt op dat de cliënt een kwartier eerder al is geweest. De inspectie hoort dat de cliënt ieder kwartier wil plassen. In het cliëntdossier leest de inspectie dat de cliënt een paar weken eerder troebele urine had. Daarna is er niet meer over gerapporteerd. Of zorgverleners hebben overwogen of de cliënt mogelijk een urineweginfectie heeft, blijkt niet uit het dossier.

Norm 2.2

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

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

Zorgmedewerkers leggen in het elektronisch cliëntdossier (ECD) in een 'Profiel' informatie vast over de cliënt. Zoals de levensgeschiedenis, het karakter en hobby's van de cliënt.

Zij brengen ook zorginhoudelijke risico's in kaart. Zorgverleners verwerken dit in doelen en acties in het zorgplan. Bijvoorbeeld een valrisico.

De inspectie ziet in zorgplannen informatie over mentaal welbevinden. Bijvoorbeeld in welke omgeving de cliënt zich veilig voelt.

Behandelaren noteren bevindingen en afspraken in het medisch dossier. Dit is gekoppeld aan het ECD. De inspectie ziet onder andere een uitgebreid benaderingsadvies met instructies van de psycholoog uit oktober 2019. Er staat bij dat evaluatie plaats vindt in het gedragsoverleg. De inspectie ziet dat dit een aantal keren is gebeurd. Wel ontbreekt informatie naar aanleiding van een geplande evaluatie op 22 juli 2020.

In een cliëntdossier staat dat de cliënt een gordel om heeft als hij in de trippelstoel zit. De inspectie ziet dat zorgmedewerkers voor het toepassen van de gordel het Stappenplan Wzd hebben gevolgd. Zij evalueren de maatregel maandelijks. Zorgmedewerkers evalueren het zorgplan twee keer per jaar in een multidisciplinair overleg (MDO).

De inspectie constateert wel dat in cliëntdossiers bepaalde informatie ontbreekt. Zo staat in een zorgplan dat sprake is van onbegrepen gedrag. Een beschrijving van het gedrag ontbreekt. Ook ontbreekt in rapportages vaak informatie over het effect van een interventie op de cliënt. Zo leest de inspectie dat een zorgmedewerker een

cliënt die weg wilde lopen teruggebracht heeft naar de kamer. Informatie over de context en de reactie van de cliënt ontbreekt. De inspectie hoort dat de leercoach hier aandacht aan besteedt in het kader van persoonsgericht rapporteren. Sommige acties passen niet bij doel. Zo staat in een zorgplan dat bij een cliënt sprake is van onbegrepen gedrag. Bij de acties staat dat de cliënt een sensor heeft in verband met dwaalgedrag. In één van de cliëntdossiers staat dat de cliënt op twee augustus troebele urine had. Daarna is daar niet meer over gerapporteerd. De inspectie hoort dat het de afspraak is op de locatie dat zorgmedewerkers rapporteren op de doelen in het cliëntdossier. De inspectie ziet meerdere rapportages die betrekking hebben op een doel maar daar niet aan gekoppeld zijn. Informatie over een zorgdoel is daardoor lastig terug te vinden.

Norm 2.5

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

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

Personele bezetting

Rozenburcht zet in alle diensten tenminste één zorgmedewerker niveau 3 in. Op de PG-afdeling is de bezetting in de dag- en avonddienst doorgaans afgestemd op de aanwezige cliënten en zorgvragen. Uit gesprekken blijkt dat de bezetting op de somatiek afdeling in de dagdienst doorgaans ook afgestemd is op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen. Rozenburcht zet in de avonddienst op de somatiek afdeling op iedere etage met twintig cliënten één zorgmedewerker in en een omloop zorgmedewerker voor twee etages. Zorgmedewerkers benoemen dat dit vaak te krap is. Zij kunnen met deze bezetting alleen de noodzakelijke activiteiten dagelijks leven (ADL)-ondersteuning bieden. Er is vrijwel geen tijd voor persoonlijke aandacht.

Kennis en kunde

Zorgmedewerkers geven aan dat zij tevreden zijn over de scholingsmogelijkheden. Zorgmedewerkers volgen iedere drie jaar scholing over verpleegtechnische handelingen. Daarnaast volgen zij e-learningen over zorginhoudelijke onderwerpen. Tijdens de coronacrisis hebben zorgmedewerkers scholingen gevolgd over hygiëne en infectiepreventie. Rozenburcht biedt ook opleidingen aan gericht op het bereiken van een hoger functieniveau, zoals een opleiding tot eerstverantwoordelijke verzorgende (EVV). De teamleiders houden de gevolgde scholingen bij. Zorgmedewerkers houden zelf ook hun scholingen bij in een opleidingsprofiel. De leercoach vertelt dat zij medewerkers begeleidt bij het persoonsgericht in plaats van taakgericht rapporteren.

Uit gesprekken blijkt wel dat sommige zorgmedewerkers meer kennis en kunde nodig hebben. Onder andere wat betreft het signaleren van risico's –zoals een te lage bloedsuiker- en het nemen van de juiste acties hierop. Gesprekspartners vertellen dat op de somatiek afdeling het goed omgaan met complex en onbegrepen gedrag ook meer aandacht vraagt. Met name omdat cliënten op de somatiek afdeling steeds vaker ook gedrags- en geheugenproblemen hebben. Er was een scholing onbegrepen gedrag gepland, maar die is door de coronacrisis vervallen. Een nieuwe datum wordt gepland, hoort de inspectie.

Norm 2.6

Zorgmedewerkers handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

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

Zorgmedewerkers maken gebruik van de protocollen van Vilans. Het management benoemt dat de landelijke informatie over noodzakelijke maatregelen in coronatijd uiteenloopt. En dat de RIVM-richtlijnen en de updates veel vragen oproepen over de praktische toepassing. Het management en betrokken disciplines bespreken dit regelmatig en geven veel uitleg. Bijvoorbeeld over het gebruik van mondkapjes. Zorgmedewerkers geven aan dat zij voldoende en goede informatie krijgen. Het management benoemt dat er ruimte is voor gemotiveerd afwijken van richtlijnen. En dat zorgmedewerkers dit soms ook doen. Bijvoorbeeld als de kwaliteit van leven (en sterven) van een cliënt om maatwerk vraagt.

Norm 2.7

Zorgmedewerkers werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgmedewerkers afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

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

Gesprekspartners vertellen dat de multidisciplinaire samenwerking goed is. Door de coronacrisis is de samenwerking versterkt. Zorgmedewerkers en andere disciplines weten elkaar eerder en makkelijker te vinden. Zorgmedewerkers bespreken het zorgplan van de cliënt twee keer per jaar in een MDO waar de cliënt of diens familie bij aanwezig is. Tijdens de coronacrisis zijn de meeste MDO's doorgedaan maar zonder cliënt of familie. Zij werden wel tevoren geraadpleegd. Op de PG-afdelingen is er tweewekelijks een gedragsprekeuur met de psycholoog. Zorgmedewerkers van de somatiek afdeling hebben iedere zes weken een gedagssprekeuur met de psycholoog. Behandelaren vertellen dat zorgmedewerkers hen tijdig inschakelen. Een agogisch hulpverlener doet observaties op de afdeling en geeft handvatten aan de teams. Zoals adviezen over omgaan met onrust bij een cliënt. Een zorgmedewerker vertelt dat een diëtist, psycholoog en ergotherapeut betrokken zijn bij de zorg aan een cliënt met een slikstoornis. Dit blijkt ook uit het cliëntdossier. Rozenburcht beschikt over een Wzd functionaris. Zorgmedewerkers schakelen zo nodig externe expertise in. Bijvoorbeeld voor vragen over coronarichtlijnen en coronamaatregelen. De SO vertelt dat een infectiedeskundige belangrijke informatie van bijvoorbeeld Verenso bijhoudt en verspreidt. Behandelaren geven aan dat de taakverdeling en wie waarvoor verantwoordelijk is duidelijk is op de locatie.

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 Rozenburcht grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat de raad van bestuur kwaliteitsinformatie gebruikt om de kwaliteit en veiligheid van zorg te bewaken en verbeteren. Zoals het kwaliteitsplan 2020 en het kwaliteitsverslag 2019, jaarplannen van de locaties,

auditrapportages, verslagen van de incidentencommissie en gegevens over de personele bezetting.

De raad van bestuur en het locatiemanagement maken gebruik van een digitaal dashboard kwaliteit, ziet en hoort de inspectie. Het dashboard wordt dagelijks ge-update en maandelijks besproken.

De raad van bestuur betreft de Centrale cliëntenraad, de Verzorgende en verpleegkundige adviesraad en de Sociaal medische adviesraad bij het beleid en de totstandkoming van het kwaliteitsplan.

In november 2019 heeft Aafje een interne systeemaudit uitgevoerd in Rozenburcht. De audit is gebaseerd op normen die inspectie hanteert bij haar bezoeken en er zijn punten vanuit een externe audit toegevoegd. De locaties van Aafje beschikken over het Gouden Keurmerk van een externe auditororganisatie.

Rozenburcht heeft een jaarplan 2020 dat is gebaseerd op zes grootste uitdagingen die Aafje heeft geformuleerd voor de komende jaren. In het jaarplan staan speerpunten met acties, de verantwoordelijken, een tijdspad, de stand van zaken en bijzonderheden. Voorbeelden van speerpunten zijn het omgaan met de veranderende somatische doelgroep en implementatie van de Wzd.

Rozenburcht heeft ook een plan-do-check-act (PDCA)-Plan 2019/2020'. Dit plan bevat thema's uit toetsingskaders van de inspectie gezondheidszorg en jeugd. Zoals Persoonsgerichte benadering en Vrijheidsbeperking. In het PDCA-Plan staan doelen, acties, verantwoordelijken, checks en de voortgang. De doelen komen uit meerdere bronnen met kwaliteitsinformatie. Een voorbeeld is het verbeteren van het persoonsgericht rapporteren. Uit gesprekken blijkt dat de leercoach zorgmedewerkers hierbij ondersteunt.

Uit het Jaarplan en PDCA-Plan blijkt dat door corona een aantal speerpunten en doelen is blijven liggen. Het management bekijkt wanneer ze weer opgepakt kunnen worden, hoort de inspectie.

Gesprekspartners vertellen dat tijdens de coronacrisis meerdere cliënten met dementie rustiger werden door het ontbreken van bezoek. Dit is aanleiding om met familie van cliënten het effect van bezoek te bespreken.

De cliëntenraad van Rozenburcht vertelt goed gehoord en serieus genomen te worden door het management. De CR is erg tevreden over de aanpak en werkwijze in coronatijd. De communicatie is goed en duidelijk. Het management en zorgmedewerkers hebben gezorgd voor alternatieven toen bezoek niet mogelijk was.

Incidentmeldingen (MIC)

Rozenburcht heeft een Meldcommissie die ieder kwartaal de melding incident cliënt (MIC) bespreekt. De kwartaalverslagen bevatten informatie over trends en risico's in de locatie en verbeteracties op locatieniveau. Zo is Rozenburcht naar aanleiding van medicatiefouten overgegaan op digitaal aftekenen van medicatie.

Zorgmedewerkers vertellen dat zij naar aanleiding van incidenten op cliëntniveau maatregelen treffen. Zo hielden zij een gedragspreekuur voor een cliënt die agressief gedrag laat zien. Ook kregen zij een training over omgaan met agressie.

Voor het treffen van de juiste verbetermaatregelen is van belang dat mogelijke basisoorzaken van een incident in beeld zijn. Maar uit gesprekken en kwartaalverslagen van de Meldcommissie blijkt dat basisoorzaken niet goed in beeld komen. Zo leest de inspectie in kwartaalverslagen dat zorgmedewerkers 'vergeten te geven' noemen als een reden voor medicatie-incidenten. Mogelijke oorzaken voor het vergeten ontbreken.

De kwartaalverslagen bevatten een terugkoppeling naar aanleiding van de vorige kwartaalrapportage. Maar informatie over het effect van eerdere adviezen en verbeteracties ontbreekt.

In het 1^{ste} kwartaalverslag 2020 leest de inspectie dat bij alle agressiemeldingen de kans op herhaling hoog wordt ingeschat. Maar een aanbeveling of verbeteractie ontbreekt.

Zorgmedewerkers vertellen dat zij niet altijd een terugkoppeling krijgen van meldingen.

Norm 3.3

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

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

Uit gesprekken blijkt dat in Rozenburcht sprake is van een lerende cultuur. Zorgmedewerkers vertellen dat er ruimte is voor reflectie op de zorgverlening en dat er een veilig werkklimaat is. Zij vertellen geen moeite te hebben met elkaar aanspreken. Tijdens teambuildingsbijeenkomsten is aandacht besteed aan elkaar aanspreken.

Ieder team overlegt één keer in de vier à zes weken. Daarnaast is er een gezamenlijk overleg van de PG- en somatiek afdeling.

Rozenburcht heeft een verpleegkundige niveau 4 de rol van leercoach gegeven. Zij is driekwart van haar werktijd beschikbaar voor vragen en ondersteuning van de zorgmedewerkers.

Aafje maakt deel uit van een lerend netwerk van een aantal zorginstellingen. In het Kwaliteitsplan 2020 leest de inspectie dat de raad van bestuur dit verder wil verdiepen. Zorgmedewerkers vertellen dat het soms voorkomt dat een medewerker meeloopt in een ander zorginstelling.

Uit gesprekken blijkt wel dat teamoverleg onvoldoende benut worden om te leren van incidenten en fouten (zie ook norm 3.2).

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

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

Zorgmedewerkers en andere disciplines beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. Zij maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.

Norm 4.8

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

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

De zorgmedewerkers parafieren de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip in een digitale toedienlijst.

De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

3.5 Overige bevindingen

Norm 5

De zorgaanbieder treft maatregelen bij aanhoudende hitte.

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

Tijdens het inspectiebezoek is het Nationaal Hitteplan geactiveerd in verband met een hittegolf. De inspectie constateert dat Rozenburcht een goed functionerend klimaatbeheersingssysteem heeft. Zorgverleners vertellen dat ze erop letten dat cliënten genoeg drinken. Cliënten blijven bij de ergste hitte binnen. Op het terras zijn grote parasols aanwezig voor cliënten zodat zij in de schaduw kunnen zitten.

4 Resultaten Hoppesteijn

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

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

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

4.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgmedewerkers kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

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

Uit observaties, gesprekken en dossierinzage komt naar voren dat zorgmedewerkers de zorgbehoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten goed kennen. Zij houden hier rekening mee in de dagelijkse zorg. Dit geldt voor beide afdelingen die de inspectie bezocht. Zo vertellen zorgmedewerkers over de levensgeschiedenis van enkele cliënten en de activiteiten die zij graag doen. De inspectie ziet deze informatie terug in het profiel van deze cliënten in het ECD. Ook ziet de inspectie dat voor enkele cliënten met complex gedrag een omgangsadvies van de psycholoog aanwezig is in het ECD. In de gesprekken komt naar voren dat zorgmedewerkers aandacht hebben voor belangrijke levensvragen die cliënten bezighouden.

Een zorgmedewerker vertelt over een cliënt met depressieve stemmingen. De afspraak is dat ze deze cliënt ruimte geven om zich te uiten en afleiding bieden. Tijdens de observatie ziet de inspectie dat een welzijnsmedewerker een spelletje doet met deze cliënt. Tegelijkertijd voert zij een gesprek en luistert naar wat de cliënt te vertellen heeft.

De inspectie hoort van gesprekspartners dat de zorg voor cliënten in de zorgappartementen steeds complexer wordt. Bij meerdere cliënten spelen in toenemende mate psychosociale en geheugenproblemen. De inspectie hoort van zorgmedewerkers dat zij goed weten wat er speelt bij deze cliënten. Zo vertelt een zorgmedewerker over een cliënt die niet meer goed zelf kan functioneren. Deze cliënt verblijft nu overdag in een huiskamer. Hierdoor ervaart hij meer structuur. Nu gaat het veel beter met deze cliënt hoort de inspectie.

De inspectie ziet op de PG-afdeling dat de inrichting is afgestemd op de cliënten. Zo heeft iedere cliënt een eigen deur met een voor de cliënt herkenbare afbeelding. De

PG-afdeling heeft net een opknapbeurt gehad. Dit geeft een frisse indruk. De huiskamers en gangen zijn ruim en bieden ruimte voor cliënten met loopdrang. De inspectie ziet tijdens de rondgang dat de zorgappartementen ruim zijn. Voor cliënten die meer structuur nodig hebben zijn drie huiskamers gecreëerd. Cliënten hebben de mogelijkheid naar de brasserie te gaan om te eten en drinken of naar buiten te gaan op het terras. Hier wordt veel gebruik van gemaakt, ziet en hoort de inspectie.

Norm 1.3

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

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

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgmedewerkers aandacht hebben voor de eigen regie van de cliënt. Zij stimuleren en versterken de eigen regie zoveel als mogelijk. Hierbij maken zij zorgvuldige afwegingen tussen veiligheid en kwaliteit van leven. Zo hoort de inspectie dat een cliënt van de PG-afdeling nog graag zelf naar de Brasserie gaat om te eten of zelf naar buiten wil. Zij krijgt hiertoe de gelegenheid. Zodra zij aangeeft weg te willen van de afdeling, laten zorgmedewerkers haar eruit. Zij meldt zichzelf weer bij de afdeling als ze terug wil. Zorgmedewerkers doen dan de deur voor haar open. De inspectie ziet deze informatie en afspraken terug in het zorgplan.

De inspectie ziet en hoort dat cliënten in de zorgappartementen zelf de keuze hebben of zij aan activiteiten willen deelnemen. Hoppesteijn heeft voor hen een gevarieerd aanbod. Zo is er een rommelmarktweekje dat op woensdag open is. Cliënten zijn dan welkom. De inspectie hoort dat dit voor hen ook een sociale ontmoetingsplaats is, waar zij graag komen. De inspectie hoort dat cliënten van de zorgappartementen zelf kunnen kiezen waar zij eten. Zorgmedewerkers stimuleren hen wel samen te eten in de Brasserie. Als zij dit niet willen of kunnen, is het ook mogelijk om in de eigen kamer te eten. Een aantal cliënten gebruikt hun maaltijd in één van de drie huiskamers. Zij hebben meer structuur nodig of dreigen te vereenzamen. Hoppesteijn creëerde huiskamers voor deze cliënten om in hun behoefte te voorzien. Op deze kamers zijn gastvrouwen aanwezig. Zij verzorgen activiteiten op maat voor de cliënten, hoort de inspectie.

De inspectie hoort dat enkele cliënten een sensor gebruiken met het oog op de veiligheid. Dit gebeurt met instemming van de cliënt of cliëntvertegenwoordiger hoort de inspectie.

De inspectie hoort tegelijkertijd dat cliënten op de PG-afdeling niet zelfstandig de afdeling kunnen verlaten. De deur is op slot. Tijdens de gesprekken komt naar voren dat zorgmedewerkers nog niet aan de hand van het Stappenplan Wzd hebben vastgesteld of het afsluiten van de afdeling voor iedere cliënt nodig is. De inspectie hoort wel van enkele cliënten die dat graag willen en kunnen, dat zij zelfstandig de afdeling verlaten en weer terugkomen. Deze afspraken liggen vast in het ECD.

Norm 1.4

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

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

Tijdens de rondgang en observatie ziet de inspectie dat cliënten een tevreden indruk maken. Dit geldt voor cliënten die aanwezig zijn in de huiskamers van de PG-afdeling en van de zorgappartementen. De inspectie ziet dat zorgmedewerkers respectvol en vriendelijk met de cliënten omgaan. Ook ziet de inspectie dat zij contact maken met cliënten op ooghoogte en interesse tonen.

In één van de huiskamers van de zorgappartementen doet een welzijnsmedewerker een spelletje met zes cliënten en gaat daarbij met hen in gesprek. Een cliënt vertelt dat de zorg en het eten goed is.

Op de PG-afdeling ziet de inspectie dat een welzijnsmedewerker een spelletje doet met één van de cliënten. De cliënt is hier goed in en wint het spelletje. De welzijnsmedewerker geeft haar complimenten. De cliënt maakt de indruk hier plezier in te hebben en trots te zijn op de winst. Tijdens het spel ziet de inspectie dat de medewerker tijdens het spel een luisterend oor biedt aan deze cliënt. De cliënt lucht haar hart over haar gemoedstoestand. De inspectie leest in het omgangsadvies en hoort van zorgmedewerkers dat deze cliënt hier veel behoefte aan heeft.

Gesprekspartners vertellen dat zij ook in coronatijd aandacht hadden voor het welbevinden van de cliënten. Zij gaven cliënten extra aandacht en ondersteuning ter compensatie van het gemis van familiebezoek. Ook hoort de inspectie dat cliënten die tijdelijk naar de cohortafdeling moesten verhuizen hun persoonlijke spullen mee konden nemen. Dit zorgde ervoor dat zij zich meer vertrouwd voelden in de nieuwe situatie.

4.2 Deskundige zorgmedewerker

Norm 2.1

Zorgmedewerkers 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 Hoppesteijn grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgmedewerkers de risico's, wensen en behoeften van de cliënt betrekken bij het maken van professionele afwegingen. Zo hoort de inspectie tijdens een omgangsoverleg voor een cliënt in een zorgappartement dat zorgmedewerkers rekening houden met de thuissituatie en sociale problematiek van een cliënt. Op basis hiervan bepalen zij welke zorg het beste past bij deze cliënt. Een zorgmedewerker op de PG-afdeling vertelt over een cliënt met gedragsproblemen. De psycholoog heeft voor deze cliënt een benaderingsadvies opgesteld. Evenals een werkwijze die zij kunnen toepassen als deze cliënt bepaald gedrag vertoont. De inspectie hoort van een zorgmedewerker dat zij deze werkwijze in de praktijk toepassen. Zij vertelt dat dit goed werkt en voorkomt dat de cliënt ongewenst gedrag vertoont. In het dossier leest de inspectie deze afwegingen terug.

De inspectie ziet en hoort dat zorgmedewerkers risico's signaleren en op basis hiervan actie ondernemen. Zo hoort de inspectie dat zorgmedewerkers een cliënt met het risico op depressieve klachten extra aandacht geven en afleiding bieden als zij hiervan signalen vertoont. Zorgmedewerkers weten op welke signalen zij moeten letten en wat zij dan het beste kunnen doen. Tijdens de observatie ziet de inspectie dit terug. In het dossier is te zien dat zorgmedewerkers rapporteren over het effect van de omgangsadviezen en dat zij deze evalueren in het multidisciplinaire team tijdens het omgangsoverleg.

De inspectie hoort van gesprekspartners dat zij zorgvuldige afwegingen maken over de inzet van onvrijwillige zorg. Zij zijn hierin terughoudend en zoeken eerst naar

alternatieven hiervoor. Zo vertellen zij over een cliënt met een valrisico. Deze cliënt heeft een loopdrang en behoefte aan een bepaalde vrijheid. Deze cliënt zou ongelukkig zijn als zorgmedewerkers hem hierin beperken. In overleg met de cliënt en zijn familie is daarom besloten deze cliënt geen beperkingen op te leggen en het valrisico te accepteren. Zorgmedewerkers letten er wel op dat de cliënt zijn rollator gebruikt en proberen hem te verleiden tot rustmomenten.

De inspectie hoort ook dat zorgmedewerkers de inzet van psychofarmaca zoveel mogelijk beperken. Bij cliënten die dat wel gebruiken zoeken ze naar mogelijkheden om deze af te bouwen. De inspectie hoort en ziet in het dossier dat zij bij een cliënt bezig zijn met de afbouw van oxazepam. Deze cliënt reageert hier goed op.

De inspectie ziet in een cliëntdossier dat een cliënt van de zorgappartementen Haldol (rustgevendende medicatie) gebruikt. Dit is voorgeschreven door de huisarts in december 2019 en de dosis is verhoogd in januari en juli 2020. Welke afwegingen zorgverleners daarbij hebben gemaakt blijkt niet uit het cliëntdossier. Of zorgverleners alternatieven hebben overwogen en toegepast is evenmin aantoonbaar. Een zorgmedewerker weet niet waarom de Haldol voorgeschreven en verhoogd is. Zorgmedewerkers kregen geen instructie om het effect van deze medicatie op het gedrag van deze cliënt te observeren en hierover te rapporteren. De inspectie hoort dat zorgverleners niet in een multidisciplinair overleg overwogen of het gebruik van de Haldol nog nodig is. Evaluaties zoals voorgeschreven in de richtlijn probleemgedrag van Verenso vinden niet plaats.

De inspectie hoort van gesprekspartners en ziet in de dossiers dat zorgmedewerkers het stappenplan Wzd nog niet toepassen. Zorgverleners hebben bij cliënten op de gesloten PG-afdeling nog niet op cliëntniveau afgewogen of het nodig is om de toegangsdeur tot de afdeling voor alle cliënten te sluiten. De inspectie hoort dat de implementatie van de Wzd vertraging heeft opgelopen door de coronacrisis.

Norm 2.2

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

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

De inspectie ziet in de dossiers dat zorgmedewerkers informatie over de cliënt die belangrijk is voor de zorg, goed vastleggen in het zorgdossier. Voor iedere cliënt is een profiel beschikbaar. Hierin staat informatie over de levensgeschiedenis, karaktereigenschappen en activiteiten die een cliënt graag doet of heeft gedaan. De inspectie ziet dat zorgmedewerkers deze informatie gebruiken bij het opstellen van het zorgplan. Zo ziet de inspectie in het profiel dat een cliënt graag haar eigen gang gaat en de eigen regie belangrijk vindt. Zorgmedewerkers houden hier rekening mee tijdens de zorg, ziet en hoort de inspectie.

De inspectie ziet dat zorgmedewerkers halfjaarlijks een risicosignalering afnemen bij iedere cliënt. Daarbij zijn de geconstateerde risico's opgenomen in het zorgplan. Bijvoorbeeld het risico om te vallen en het risico op depressie of ongewenst gedrag. In de dossiers is te zien dat per zorgdoel voor zorgmedewerkers duidelijke instructies beschikbaar zijn over hoe zij de zorg moeten uitvoeren. Benaderingsadviezen zijn aanwezig voor de cliënten waarbij sprake is van onbegrepen gedrag.

De inspectie ziet dat er verschillen zijn in de wijze van rapporteren en evalueren voor cliënten op de PG-afdeling en in de zorgappartementen.

Op de PG-afdeling ziet de inspectie dat zorgmedewerkers uitgebreid en op doelen rapporteren. Zo rapporteren zij over het onbegrepen gedrag van een cliënt en de wijze waarop een cliënt reageert op de ingezette actie. Evaluaties hiervan zijn beschikbaar in het ECD. De inspectie ziet dat andere disciplines uitgebreid rapporteren in het ECD. Hierin staan heldere instructies voor zorgmedewerkers. Zoals het observeren van en rapporteren over het effect van een bepaalde benadering of medicatie. De inspectie ziet dat zorgmedewerkers deze opdrachten uitvoeren.

De inspectie hoort tegelijkertijd dat zorgmedewerkers van de zorgappartementen niet altijd rapporteren over de reactie van cliënten op een bepaalde benadering. Hierdoor is het niet navolgbaar in het ECD of de gekozen benadering passend is. Gesprekspartners vertellen ook dat huisartsen niet rapporteren in het ECD. De inspectie ziet in een cliëntdossier dat de cliënt op voorschrift van de huisarts Haldol gebruikt. De dosering is een paar keer verhoogd. Maar de inspectie ziet in het cliëntdossier niet dat sprake is van een methodische en navolgbare aanpak. Informatie over de aanleiding voor het voorschrijven van de Haldol, de overwogen en uitgeprobeerde alternatieven en het doel ontbreekt. Instructies van de huisarts over het observeren van het effect van de (verhoging van de) Haldol ontbreken ook. Evenals rapportages en evaluaties.

Norm 2.5

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

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

Personele bezetting

De zorgmedewerkers die de inspectie spreekt vertellen dat de personele bezetting voldoende is. Dit geldt voor alle diensten. De teammanagers beamen dat de bezetting voldoende is. Er is weinig verloop van zorgmedewerkers. Ze werken met een flexpool als dat nodig is. Het gaat dan over het algemeen om vaste flexkrachten die bekend zijn met de cliënten. Ook tijdens de coronacrisis hoort de inspectie dat zorgmedewerkers uit het vaste team het met elkaar konden redden. Het was een hectische periode, maar het heeft tegelijkertijd voor veel saamhorigheid gezorgd in het team. Zorgmedewerkers voelden zich in deze periode goed ondersteund door het management. Ook kunnen zij als zij daar behoefte aan hebben terecht bij een psycholoog of maatschappelijk werker. De bestuurder vertelt dat Aafje erin investeert om een goede werkgever te zijn voor haar zorgmedewerkers. Dit doet zij onder andere door goede werkomstandigheden te creëren en te zorgen voor goede secundaire arbeidsvoorwaarden. In 2019 kreeg Aafje vanuit de branche het keurmerk voor beste werkgever in de zorg.

Kennis en kunde

Zorgmedewerkers geven aan dat zij iedere drie jaar scholing volgen gericht op de verpleegtechnische handelingen. Daarnaast volgen zij e-learningen over zorginhoudelijke onderwerpen. Tijdens de coronacrisis kregen zorgmedewerkers instructies over hygiëne en infectiepreventie. Het management houdt de gevolgde scholingen bij in een digitaal overzicht. Zorgmedewerkers houden zelf ook hun scholingen bij in een opleidingsprofiel. De inspectie ziet in het scholingsoverzicht dat Hoppesteijn haar zorgmedewerkers ook zorginhoudelijke scholing aanbiedt. Zoals omgaan met dementie, agressietraining en palliatieve zorg. Ook krijgen zorgmedewerkers scholing in methodisch werken, rapporteren en het melden van incidenten. Een leercoach begeleidt de teams hierbij, hoort de inspectie. Door de coronacrisis is een aantal

scholingen uitgesteld naar het najaar 2020 of naar volgend jaar. Dit geldt ook voor scholing over de Wzd. Deze staat nu gepland voor zorgmedewerkers eind 2020.

De inspectie hoort dat de zorgzwaarte van de cliënten in de zorgappartementen toeneemt. Zorgmedewerkers krijgen hierdoor steeds meer te maken met cliënten met gedragsproblemen en met sociale en psychiatrische problemen. Dit vraagt meer kennis en kunde van zorgmedewerkers. Zoals het tijdig signaleren van gezondheidsproblemen en hierop actie ondernemen. De inspectie ziet en hoort dat deze kennis en kunde nog niet altijd toereikend is. Zo hebben zorgmedewerkers meer kennis nodig over medicijnen, hun rol bij het observeren van het effect en de besluitvorming over het verdere gebruik. Ook ziet de inspectie dat zij te weinig kennis hebben over het bieden van alternatieven voor gedrag regulerende medicatie en de periodieke evaluaties die hierbij nodig zijn. Afstemming met de huisarts vindt hierover niet of in onvoldoende mate plaats (zie norm 2.2 en 2.3).

De inspectie ziet en hoort wel dat het management dit zelf in beeld heeft. Zij biedt zorgmedewerkers daarom extra scholing aan. Ook bespreken zij casuïstiek in het tweewekelijkse omgangsoverleg voor de cliënten in de zorgappartementen (zie norm 2.7). De afdeling vertelt dat deze scholing effect heeft. Zorgmedewerkers weten beter hoe te handelen en zijn zich meer bewust van het effect van hun gedrag op de cliënt.

Norm 2.6

Zorgmedewerkers handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

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

De inspectie ziet en hoort dat zorgmedewerkers gebruik maken van de protocollen van Vilans. Ook hoort de inspectie dat Hoppesteijn de landelijke richtlijnen van het RIVM in verband met corona volgt en deze vertaalt naar de eigen situatie. Het management en betrokken disciplines geven veel uitleg aan zorgmedewerkers over aanpassingen in protocollen en afspraken in verband met coronamaatregelen, hoort de inspectie. Protocollen zijn in de coronacrisis voortdurend geactualiseerd. Zorgmedewerkers geven aan dat zij vinden dat zij voldoende en goede informatie krijgen over de coronamaatregelen. Zo zijn zij goed geïnstrueerd over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in het huis.

Norm 2.7

Zorgmedewerkers werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgmedewerkers afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

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

Gesprekspartners vertellen dat de multidisciplinaire samenwerking over het algemeen goed is. Wel zijn er verschillen tussen de PG-afdeling en de zorgappartementen.

PG-afdeling

De SO is verantwoordelijk voor de medische zorg op de PG-afdeling. Deze delegeert een deel van de medische zorg aan de PA. De PA is drie dagen per week aanwezig op de PG-afdeling. De SO is haar achterwacht en komt langs als dat nodig is, hoort de inspectie. Zorgmedewerkers vertellen dat de samenwerking met de SO en PA

goed verloopt. Zij zijn voor hen beschikbaar als dat nodig is. De PA en agoog vertellen dat zorgmedewerkers goed signaleren en hen tijdig inschakelen.

Zorgmedewerkers bespreken het zorgplan van de cliënten op deze afdeling twee keer per jaar in een MDO waar de SO of PA en de cliënt en/of familie bij aanwezig is. De inspectie hoort dat tijdens de coronacrisis de meeste MDO's zijn doorgegaan. Dit gebeurde in die periode zonder cliënt of familie. Zorgmedewerkers namen dan wel vooraf telefonisch contact op om de zorg met hen door te spreken.

De inspectie hoort dat de zorgmedewerkers op de PG-afdeling tweewekelijks een gedragssprekkuur hebben. Hierbij zijn de PA, psycholoog, agoog en EVV-er aanwezig. Zorgmedewerkers vertellen hier veel aan te hebben. Ook zijn zij blij met de benaderingsadviezen voor cliënten met onbegrepen gedrag. Deze worden met elkaar bepaald en opgesteld door de psycholoog.

Zorgmedewerkers op de PG-afdeling vertellen dat zij ook goed samenwerken met de andere behandel disciplines. Zo schakelden zij de diëtist in voor een cliënt met slikproblemen. Deze cliënt kon niet goed meer eten. De cliënt krijgt nu aangepast eten. Nu gaat het veel beter.

Zorgappartementen.

De inspectie hoort dat zorgmedewerkers voor de meeste cliënten in de zorgappartementen moeten samenwerken met 35 huisartsen. Het management geeft hierbij aan dat iedere huisarts zijn eigen werkwijze heeft en die komt niet altijd overeen met de werkwijze binnen Hoppesteijn. Zo hoort de inspectie over een huisarts die in de coronacrisis andere maatregelen nam dan zoals afgesproken was in het huis.

Het management vertelt dat Hoppesteijn bezig is met een plan om het aantal huisartsen te verminderen door cliënten te vragen zich aan te sluiten bij dezelfde huisartspraktijk. Dit is een praktijk waarmee de samenwerking goed verloopt. Deze werkwijze is ook gevolgd bij de apothekers hoort de inspectie. Hier hebben zorgmedewerkers veel baat bij, hoort de inspectie.

De inspectie hoort dat de zorgplannen van de cliënten op de zorgappartementen ook twee keer per jaar worden besproken met zorgverleners en cliënten en/of hun cliëntvertegenwoordigers. De huisarts is hier niet bij. Zorgmedewerkers vertellen de huisartsen wel te informeren over de wijzingen die zij doorvoeren. Ook kan het zijn dat het nodig is dat zij een MDO organiseren. Hier is de huisarts dan wel bij aanwezig, hoort de inspectie.

Uit gesprekken en een cliëntdossier blijkt dat er verbeterpunten zijn in de samenwerking met huisartsen. Zoals overleg over starten en evalueren van gedrag regulerende medicatie en de rol die zorgmedewerkers daarbij hebben (zie norm 2.2. en 2.3). De PA gaat onderzoeken hoe het overleg met de huisartsen verbeterd kan worden verteld zij tijdens het inspectiebezoek.

De inspectie hoort dat ook op de zorgappartementen een tweewekelijks omgangsoverleg plaatsvindt. Hierbij zijn een agoog, de EVV-er en een teammanager aanwezig. Aanleiding is de toenemende zorgzwaarte en sociale- en gedragsproblematiek bij cliënten. Ook hoort de inspectie dat zorgmedewerkers zo nodig externe expertise inschakelen. Zo hebben zorgmedewerkers voor de zorgverlening aan een cliënt met complexe gedragsproblemen het centrum voor consultatie en expertise ingeschakeld. De aanvraag verloopt dan via de huisarts.

Hoppesteijn beschikt over een Wzd functionaris. De implementatie van de Wzd moet op deze locatie nog plaatsvinden.

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 Hoppesteijn grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat de raad van bestuur kwaliteitsinformatie gebruikt om de kwaliteit en veiligheid van zorg te bewaken en verbeteren. Zoals het kwaliteitsplan 2020 en het kwaliteitsverslag 2019, jaarplannen van de locaties, auditrapportages, verslagen van de incidentencommissie en gegevens over de personele bezetting.

De raad van bestuur en het locatiemanagement maken gebruik van een digitaal dashboard kwaliteit. Het dashboard wordt dagelijks ge-update en maandelijks besproken.

De raad van bestuur betreft de Centrale Cliëntenraad, de Verzorgende- en Verpleegkundige adviesraad en de Sociaal medische adviesraad bij het beleid en de totstandkoming van het kwaliteitsplan.

In april 2019 heeft Aafje een interne systeemaudit uitgevoerd in Hoppesteijn. De audit is gebaseerd op normen die inspectie hanteert bij haar bezoeken en er zijn punten vanuit een externe audit toegevoegd. De locaties van Aafje beschikken over het Gouden Keurmerk van een externe auditororganisatie.

Hoppesteijn heeft een jaarplan 2020 dat is gebaseerd op de zes grootste uitdagingen die Aafje heeft geformuleerd voor de komende jaren. In het jaarplan staan speerpunten met acties, de verantwoordelijken, een tijdspad, de stand van zaken en bijzonderheden. Voorbeelden van speerpunten zijn het bieden van passende zorg aan cliënten in de zorgappartementen die een zorgzwaartepakket hebben zonder behandeling en het bieden van begeleiding aan cliënten die hier behoefte aan hebben. De inspectie ziet dat Hoppesteijn bezig is deze speerpunten in de praktijk toe te passen. In het jaarplan staan ook speerpunten voor een goed werkklimaat. Zorgverleners geven aan met veel plezier bij Hoppesteijn te werken.

Hoppesteijn heeft daarnaast een verbeterplan kwaliteit 2020, met concrete verbeteracties. Dit plan bevat thema's uit het toetsingskader van de inspectie. In het verbeterplan staan doelen, acties, verantwoordelijken, checks, voortgang en borging. Hierin staat bijvoorbeeld welke acties Hoppesteijn onderneemt om de rapportages te verbeteren. De borging vindt plaats door maandelijks dossiercontroles en gesprekken met zorgmedewerkers.

De inspectie ziet dat Hoppesteijn een verbeterplan heeft naar aanleiding van een calamiteit in 2019 met een PDCA-cyclus.

Uit het jaarplan en verbeterplan blijkt dat door corona een aantal speerpunten en doelen is blijven liggen, zoals begeleiding bij methodisch werken en rapporteren. Het management bekijkt wanneer ze weer opgepakt kunnen worden.

Gesprekspartners vertellen dat tijdens de coronacrisis meerdere cliënten rustiger werden door de bezoekbeperkingen. Hoppesteijn gaat bekijken of het bezoek op een andere manier georganiseerd kan worden met de nadruk op 'de cliënt centraal'.

De cliëntenraad van Hoppesteijn vertelt dat de cliëntenraad goed gehoord en serieus genomen wordt door het management. De cliëntenraad is erg tevreden over de aanpak en werkwijze in coronatijd. De communicatie is goed en duidelijk.

Management en zorgmedewerkers hebben gezorgd voor alternatieven toen bezoek niet mogelijk was.

Incidentmeldingen (MIC)

De inspectie hoort dat ieder team een afhandelaar heeft voor het behandelen van meldingen. Deze heeft als taak de ingediende meldingen te bespreken met de zorgmedewerkers en de meldingen terug te koppelen aan het team. De inspectie hoort van gesprekspartners dat deze terugkoppeling de afgelopen periode niet plaatsvond. Ook ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners bij het indienen van een melding te weinig toelichting geven over de omstandigheden rond de melding. In het verbeterplan leest de inspectie dat Hoppesteijn hierop actie onderneemt. Door het informeren van zorgmedewerkers over welke informatie belangrijk is bij het indienen van een melding en door het organiseren van lunchbijeenkomsten over dit thema.

Hoppesteijn heeft een Meldcommissie die ieder kwartaal de meldingen bespreekt. De kwartaalverslagen bevatten informatie over trends en risico's in de locatie en verbeteracties op locatieniveau. Zo heeft Hoppesteijn de afspraak dat zorgmedewerkers tijdens het uitdelen van medicatie in de ochtend niet gestoord mogen worden. Dit is naar aanleiding van eerdere medicatie-incidenten in de ochtend. Hoppesteijn denkt nu na om deze maatregel ook op andere momenten in te zetten omdat medicatie-incidenten ook op andere momenten plaatsvinden. Ook is één team gestart met het digitaal aftekenen van medicatie. De inspectie ziet en hoort dat op deze afdeling het aantal medicatie-incidenten is verminderd.

Voor het treffen van de juiste verbetermaatregelen is van belang dat mogelijke basisoorzaken van een incident in beeld zijn. Maar uit gesprekken en kwartaalverslagen van de Meldcommissie blijkt dat basisoorzaken niet goed in beeld komen. Zo leest de inspectie in kwartaalverslagen dat zorgmedewerkers als oorzaak van meerdere valincidenten in de badkamer aangeven dat cliënten minder spierkracht hebben en een verminderd evenwicht. Andere mogelijke oorzaken voor het vallen ontbreken.

De kwartaalverslagen bevatten verbeteracties naar aanleiding van de vorige kwartaalrapportage. De inspectie ziet dat het hier vooral verbeteracties betreft gericht op het informeren van zorgmedewerkers over het indienen van meldingen. Niet zozeer over de effecten van verbeteracties naar aanleiding van meldingen. Zorgmedewerkers vertellen dat zij niet altijd een terugkoppeling krijgen van meldingen.

Norm 3.3

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

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

De inspectie ziet en hoort dat zorgmedewerkers de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Zorgverleners vertellen dat ze hier veel gebruik van hebben gemaakt in coronatijd. Zij werden hierin ondersteund door de teamleider, de agoog en de psycholoog. De inspectie ziet dat verpleegkundigen jaarlijks scholing krijgen over het doen van intervisie.

De inspectie hoort van gesprekspartners dat er een veilig werkklimaat heerst binnen Hoppesteijn. Zorgmedewerkers krijgen de ruimte om te leren van fouten.

De PA en agoog vertellen dat zij zorgmedewerkers feedback geven. Bijvoorbeeld over het effect van gedrag van een zorgmedewerker op de cliënt. Zij vertellen dat zorgmedewerkers het vaak lastig vinden om elkaar aan te spreken.

De inspectie hoort dat de teammanager en de dag-oudsten van de vier teams iedere dag een kort overleg hebben. Zij bespreken hierin urgente zaken, vragen uit de teams en de benodigde onderlinge ondersteuning. De teammanager vertelt dat Hoppesteijn dit overleg heeft ingesteld om de verbinding tussen de teams te verbeteren. Daar komt bij dat ze iedereen scherp willen houden nu de complexiteit van de zorg toeneemt. De inspectie hoort tijdens een werkoverleg dat de teammanager vraagt of de teams nog ondersteuning nodig hebben. Ook vraagt zij zorgmedewerkers goed te rapporteren over de zorg van een cliënt met een complexe en uitgebreide zorgvraag. Tijdens dit overleg attendeert de teammanager zorgmedewerkers op het tijdig invullen van MIC-meldingen.

De inspectie ziet en hoort dat de teams eens in de twee maanden overleg hebben. Daarnaast hebben alle teams in Hoppesteijn iedere twee maanden met elkaar een groot teamoverleg. Volgens het management komt leren en verbeteren naar aanleiding van MIC-meldingen aan de orde in dit overleg. Zorgmedewerkers vertellen dat zij in de coronatijd veel tijd en ruimte kregen voor overleg en het uitwisselen van ervaringen.

In het gesprek met bestuur en management komt naar voren dat Aafje aandacht heeft voor het 'binden en boeien' van zorgmedewerkers. Hoppesteijn investeert daarom in scholing en het opleiden van medewerkers (zie norm 2.5). Ook hoort de inspectie dat het management medewerkers stimuleert aanvullende scholingen te volgen. Het gaat onder andere om medewerkers die voor hun functie specifieke kennis en kunde missen.

Aafje maakt deel uit van een lerend netwerk van een aantal zorginstellingen. In het Kwaliteitsplan 2020 leest de inspectie dat de raad van bestuur dit verder wil verdiepen.

4.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

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

Zorgmedewerkers en andere disciplines beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. Zij maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.

Norm 4.8

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

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

Zorgmedewerkers van de PG-afdeling paraferen de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip in een digitale toedienlijst. Zorgmedewerkers in de zorgappartementen paraferen de toegediende medicatie per medicijn en per toedientijdstip op een papieren toedienlijst. In afwijking van de

Veilige Principes in de medicatieketen paraferen zij de aangereikte medicatie niet op de toedienlijst. Zij vertellen dat de afspraak is dat zij paraferen als zij de medicatie aangereikt èn toegediend hebben. Als zij medicatie alleen aanreiken aan de cliënt weten zij niet of de cliënt de medicatie ook inneemt. Daarom zetten zij hiervoor geen paraaf. Door deze werkwijze is niet navolgbaar of medicatie altijd aangereikt is en door wie. Het is ook niet duidelijk of de cliënt de medicatie daadwerkelijk heeft ingenomen.

De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt op beide afdelingen bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

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 zorg en dwang (Wzd).
- Wet verplichte GGZ (Wvvgz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

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

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 her-beoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Aafje Kwaliteitsverslag 2019 en Kwaliteitsplan 2020;
- Presentatie bestuurder Aafje, augustus 2020;
- overzicht van aantal cliënten en hun zorgprofielen in de bezochte locaties;
- overzicht van aantal, fte's en functies zorgmedewerkers en soort en fte's andere disciplines van de bezochte locaties;
- overzicht instroom – uitstroom in de afgelopen 12 maanden van medewerkers van de bezochte locaties;
- overzicht ziekteverzuim in de afgelopen 12 maanden in de bezochte locaties;
- Scholingsoverzichten 2019, 2020 en 2021 van de bezochte locaties;
- informatie over locatie Rozenburcht '4.9 Rozenburcht 2020';
- locatie Rozenburcht: Jaarplan 2020;
- locatie Rozenburcht: PDCA Plan 2019/2020, augustus 2019;
- locatie Rozenburcht: Meldcommissie incidenten: kwartaalverslagen 2^{de}, 3^{de} en 4^{de} kwartaal 2019 en 1ste kwartaal 2020;
- locatie Hoppesteijn: Jaarplan 2020;
- locatie Hoppesteijn: Verbeterplan kwaliteit 06-02-2020;
- locatie Hoppesteijn: Verbeterplan kwaliteit 25-06-2020;
- locatie Hoppesteijn: Meldcommissie incidenten: kwartaalverslagen 4^{de} kwartaal 2019 en 1ste en 2^{de} kwartaal 2020;
- locatie Hoppesteijn: plan van aanpak na calamiteit, maart 2020;
- locatie Hoppesteijn: projectplan overgang van VPT naar indicatie behandeling met verblijf;
- locatie Hoppesteijn: nieuwsbrieven voor medewerkers en bewoners.