



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting De Lange Wei, locatie
Rembrandthof in Hardinxveld-Giessendam
op 8 april 2021

Utrecht, juli 2021

V2029989

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Doel en werkwijze 4
1.3	Beschrijving De Lange Wei en De Rembrandthof 4
1.4	Actuele ontwikkelingen in het kader van de Wzd en de Wvggz 5
1.5	Ontwikkelingen in verband met COVID-19 5
2	Conclusie en vervolgacties 7
3	Resultaten De Rembrandthof 8
3.1	Persoonsgerichte zorg 8
3.2	Deskundige zorgverlener 10
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
3.4	Medicatieveiligheid 17
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 18
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 19

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 8 april 2021 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting De Lange Wei in Hardinxveld-Giessendam (hierna: De Lange Wei). Aansluitend bracht de inspectie een aangekondigd bezoek aan locatie De Rembrandthof (hierna: De Rembrandthof) in Hardinxveld-Giessendam.

1.1 Aanleiding bezoek

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

1.2 Doel en werkwijze

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

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

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

1.3 Beschrijving De Lange Wei en De Rembrandthof

De Lange Wei biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg, huishoudelijke hulp en dagactiviteiten. De Lange Wei heeft twee locaties, één in Hardinxveld-Giessendam en één in gemeente Molenlanden. Een derde locatie, ook in de gemeente Molenlanden is nog in aanbouw. In Sliedrecht biedt De Lange Wei in een appartementencomplex zorg op het gebied van wijkverpleging en dagbesteding.

De Lange Wei heeft drie locaties in de regio Hardinxveld-Giessendam en heeft één locatie in Sliedrecht. Het management bestaat uit een éénhoofdige raad van bestuur. De Lange Wei heeft een raad van toezicht bestaande uit vijf leden.

De Rembrandthof is een locatie met afdelingen voor psychogeriatric (PG) en somatiek. Het woonzorgcomplex bestaat uit 62 zorgappartementen en 85 aanleunwoningen. Ten tijde van het bezoek ontvangen 62 cliënten Wlz-zorg. Deze cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV 4 tot en met VV 8. De inspectie bezocht twee van de vijf afdelingen, waar zowel cliënten met een PG- als somatische zorgvraag wonen. Op elke afdeling wonen tien tot veertien cliënten. De cliënten beschikken over een eigen appartement met sanitair. Elke afdeling heeft een huiskamer. In het woonzorgcomplex is verder een restaurant gevestigd. In het midden van het complex bevindt zich een grote open ruimte met zitjes, waar onder andere bezoek wordt ontvangen en activiteiten worden gedaan. Vooral de bewoners van de aanleunwoningen maken gebruik van deze

open ruimte en het restaurant. Deze open ruimte is omgeven door een trap, de liften en de galerij.

De zorg aan de 62 cliënten met een Wlz-indicatie wordt verleend door 172 (80,26 fte) zorgverleners (incl. leerlingen, stagiaires en dagbesteding), waarvan 20 (13,34 fte) verpleegkundigen, 53 (29,53 fte) verzorgenden niveau 3, 59 (28,23 fte) helpenden niveau 2, 40 (9,16 fte) niveau 0-1 (zoals de functie gastvrouw). Het aantal van 172 zorgverleners omvat 16 (10,64 fte) leerlingen (exclusief stagiaires). Er zijn 176 vrijwilligers en mantelzorgers actief binnen De Rembrandthof.

Twee managers intramurale zorg sturen De Rembrandthof aan. Twee verpleegkundigen niveau 5 werken als coaches op de locatie. Deze coaches begeleiden zorgverleners op onderwerpen die te maken hebben met kwaliteit en veiligheid. Eén van deze coaches is opgeleid als Verpleegkundige Gerontologie en Geriatrie (VGG). Elke cliënt heeft een verpleegkundige of verzorgende als cliënt-coördinator (CC'er). Daarnaast is per team een Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP'er) aangesteld en zijn er medewerkers welzijn, die individuele activiteiten aanbieden aan cliënten. In de huiskamers werken ook 'Leefplezier assistenten'. Tot slot helpen zorgassistenten mee binnen de teams met het doen van huishoudelijke taken.

Op De Rembrandthof zijn verschillende disciplines betrokken. Zoals de specialist ouderengeneeskunde (SO), een psycholoog, een verpleegkundig specialist en een geestelijk verzorger in dienst. Daarnaast wordt samengewerkt met externe disciplines zoals een diëtist, fysiotherapeut en logopedist. De SO is eindverantwoordelijk voor de medische zorg op De Rembrandthof.

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

De Rembrandthof had in het verleden geen Bopz-aanmerkingen, maar heeft zich sinds 1 januari 2020 ingeschreven bij het openbaar locatieregister om onvrijwillige zorg te kunnen bieden. Locatie De Rembrandthof staat nu sinds 1 januari 2020 in het openbaar locatieregister ingeschreven als Wet zorg en dwang (Wzd-)locatie.

De bestuurder geeft aan geen problemen te ervaren bij het invullen van de rollen die nodig zijn om het stappenplan te kunnen toepassen. Eén van de SO's heeft de rol van Wzd-functionaris. Ook andere rollen, zoals de zorgverantwoordelijke, de externe deskundige en de cliëntvertrouwenspersoon, zijn binnen de organisatie belegd.

1.5 Ontwikkelingen in verband met COVID-19

Gesprekspartners vertellen dat De Rembrandthof vanaf het begin van de COVID-19 pandemie veel heeft geïnvesteerd in het voorkomen van besmettingen met COVID-19. Tijdens de eerste golf heeft De Rembrandthof geen besmettingen onder intramurale cliënten gehad. De eerste besmettingen bij cliënten van de Rembrandthof zijn in oktober 2020 vastgesteld. Binnen twee van de vijf afdelingen zijn cliënten met COVID-19 besmet geraakt. Er is een aantal cliënten overleden.

De bestuurder vertelt dat er bij aanvang van de COVID-19 pandemie bij De Lange Wei direct een 'crisisteam' is ingesteld, waar de bestuurder, een deel van het managementteam en de kwaliteitsadviseur zitting in hebben. Daarnaast is de SO onderdeel van het crisisteam en is de SO betrokken bij communicatie aan zorgverleners en cliënten en hun familie over COVID-19. Dit 'crisisteam' kwam één tot drie keer per week bij elkaar in perioden met besmettingen tot één keer

per twee weken in perioden zonder besmettingen. Het crisisteam heet sinds maart 2021 het 'coronateam'.

Er is gedurende de gehele COVID-19 pandemie grote aandacht voor infectiepreventie in de organisatie. Een externe infectiepreventiedeskundige adviseert De Lange Wei over COVID-19 beleid en het aanscherpen van protocollen. Ook heeft deze infectiepreventiedeskundige tijdens uitbraken meegekeken met routes en is er een audit gedaan om te kijken waar verbetering nodig was. Er is specifieke aandacht geweest voor het goed gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) door zorgverleners en het gebruik van desinfectans. De SO is ook betrokken bij het opstellen en aanscherpen van beleid. Daarnaast is de SO op afroep betrokken bij COVID-19 cliëntenzorg.

Tijdens COVID-19 uitbraken is er tijdelijk sprake geweest van een cliëntenstop. De bestuurder geeft aan dat de organisatie altijd voldoende personele bezetting had om de basiszorg aan cliënten te blijven bieden. Vanuit het programma Waardigheid & Trots kreeg de organisatie ondersteuning. Daarnaast is er regionaal sprake van veel afstemming met collega-bestuurders en is er tweewekelijks contact met de GGD. De Lange Wei heeft in samenwerking met het regionale ziekenhuis een eigen teststraat opgericht. Hierbij zijn verpleegkundigen van De Lange Wei geschoold in de afname van testen.

Op dit moment zijn de meeste cliënten twee maal gevaccineerd. Voor de cliënten die nog niet een tweede vaccinatie hebben gehad, staat op korte termijn een vaccinatie-inhaalronde gepland. Ook de zorgverleners is vaccinatie aangeboden. De verwachting van de bestuurder is dat de overgrote meerderheid van de zorgverleners zich heeft laten vaccineren.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op De Rembrandthof bij tien van de elf getoetste normen (grotendeels) voldoet. Op één norm voldoet De Rembrandthof grotendeels niet.

Cliënten krijgen in De Rembrandthof veilige en persoonsgerichte zorg. Zorgverleners kennen de cliënten goed en houden in de zorg rekening met de wensen en behoeften van hun cliënten. De inspectie ziet tijdens het bezoek dat het management en de zorgverleners zich toetsbaar, transparant en lerend opstellen. Wel constateert de inspectie dat zorgverleners beter en op een eenduidige wijze moeten werken in het nieuwe ECD. Werkafspraken en kennis over het methodisch werken verdienen daarbij specifieke aandacht. Ook kunnen zorgverleners de risico's nog beter in kaart brengen en vastleggen.

Het management blijkt deze geconstateerde verbeterpunten grotendeels zelf in beeld te hebben. Dit geeft de inspectie het vertrouwen dat De Rembrandthof de verbeterpunten uit dit rapport slagvaardig zal oppakken. De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop De Rembrandthof stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspectie concludeert dat er geen vervolgoezicht nodig is.

2.2 Vervolgacties

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

2.2.1 *De vervolgactie die de inspectie van De Rembrandthof verwacht*

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert en dat De Rembrandthof waar nodig verbetermaatregelen treft. Zij verwacht hierbij dat u binnen zes maanden na het vaststellen van dit rapport zal voldoen aan alle normen voor goede zorg.

2.2.2 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding om De Rembrandthof opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert. De inspectie sluit het bezoek af.

3 Resultaten De Rembrandthof

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

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

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

Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten kennen. Zorgverleners kunnen goed vertellen over de cliënten. Uit gesprekken blijkt dat veel zorgmedewerkers en cliënten uit deze streek afkomstig zijn. Zorgverleners kennen cliënten en hun familie daardoor vaak al uit de periode voordat de cliënten er zijn komen wonen. De inspectie hoort een zorgverlener met een cliënt praten over de plek waar de cliënt vroeger woonde en de mooie tuin die bij haar oude huis hoort.

De inspectie ziet ook dat zorgverleners weten wat de voorkeuren van de cliënten zijn. Zij houden hier in de dagelijkse zorg rekening mee. Zo ziet de inspectie een cliënt met zowel een tuitbeker met water als een kopje thee. De cliënt drinkt zelfstandig uit de tuitbeker. Waar nodig helpt de zorgverlener de cliënt bij het drinken van het kopje thee. De inspectie hoort van zorgverleners dat deze cliënt het liefst tegelijkertijd water en thee aangeboden krijgt.

Zorgverleners kunnen ook goed vertellen welke benadering cliënten met (probleem)gedrag nodig hebben. De inspectie ziet een cliënt knuffelen met een teddybeer. Zorgverleners vertellen dat de cliënt hier rustig van wordt.

Uit dossierinzage en gesprekken blijkt daarbij dat zorgverleners de informatie over de wensen en behoeften en de levensloop vastleggen in het cliëntdossier en de cliënt en familie hierbij betrekken. In deze levensloop staat informatie over onder andere de kinderjaren, eventuele relaties en kinderen, vakanties, hobby's en eetgewoonten.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat de fysieke omgeving van de huiskamers in grote mate aansluit op de wensen en zorgvragen van de cliënt. De inspectie ziet dat de ene huiskamer is ingericht met veel herkenbare elementen van vroeger, zoals oude meubels en andere snuisterijen uit die tijd. Er is sprake van een huiselijke sfeer. De andere huiskamer is prikkelarm ingericht, wat ruimte biedt voor zowel een groepsactiviteit rond de tafel als individuele aandacht voor een cliënt aan de rand van de kamer.

De bestuurder geeft aan dat het gebouw van De Rembrandthof met de open ruimte in de centrale hal minder goed aansluit op de toenemende complexiteit van de doelgroep cliënten met een PG-zorgvraag. Hierover spreekt het MT met de woningcorporatie (verhuurder van het pand). Ook de SO spreekt over De Rembrandthof als minder dementie-vriendelijk pand, maar vertelt betrokken te worden bij plannen ter verbetering van de fysieke locatie.

Norm 1.3

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

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

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de eigen regie van de cliënt voldoende versterken. De inspectie ziet dat cliënten zelf kunnen aangeven wat ze willen drinken. Daarnaast ziet de inspectie op een huiskamer dat cliënten ieder hun eigen activiteit aan het doen zijn, zoals mandala kleuren of bij het raam zitten met knuffels. De inspectie ziet dat een zorgverlener samen met een cliënt in een boekje kijkt. In een andere huiskamer ziet de inspectie dat zorgverleners alle cliënten op een eigen manier bij een groepsactiviteit betrekken. Zo benadert een zorgverlener een cliënt die aan de rand van de groep zit af en toe van dichtbij, omdat te veel aandacht te veel is voor hem. Deze manier van betrekken en benaderen leest de inspectie ook terug in het cliëntdossier van deze cliënt. Een zorgverlener vertelt dat een cliënt behoefte heeft om in de avond te wandelen en dat zorgverleners de planning daarop aanpassen.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgverleners de veiligheidsrisico's van cliënten voldoende afwegen tegen de kwaliteit van leven. Zo gebruikt een cliënt een tag, waarmee de cliënt naar buiten mag. Bij een andere cliënt die loopdrang heeft, maar voor wie het te gevaarlijk is om alleen naar buiten te gaan, wandelt een begeleider welzijn in en buiten De Rembrandthof met deze cliënt.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners cliënten zo min mogelijk beperken in hun vrijheid. Zo krijgt een cliënt bij terugkomst uit het ziekenhuis het advies mee om een tent en een tafelblad op de rolstoel in te zetten. Zorgverleners vertellen het hier niet mee eens te zijn, omdat dit de vrijheid beperkt. Zorgverleners hebben de noodzaak hiervan besproken met de cliënt, de cliëntvertegenwoordiger en SO en hebben hier nieuwe afspraken over gemaakt.

Norm 1.4

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

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

Uit observaties blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Zo ziet de inspectie bij de rondgang dat zorgverleners op gelijke hoogte van de cliënt gaan zitten om contact te maken. De inspectie hoort dat zorgverleners al bij de intake bespreken met de cliënt of de vertegenwoordiger hoe de cliënt aangesproken wil worden, met de voor- en/of achternaam. De inspectie ziet in het cliëntdossier dat zorgverleners deze voorkeur vastleggen.

De inspectie hoort dat zorgverleners oog hebben voor de emoties van cliënten. Een zorgverlener vertelt over een herdenkingsmoment om cliënten die door COVID-19 zijn overleden te herdenken. Zorgverleners namen ook cliënten mee die hier behoefte aan hadden.

De inspectie hoort van zorgverleners en de psycholoog dat zij samen actief zoeken naar de meest passende omgangsvorm indien er sprake is van onrustig of onbegrepen gedrag. Zorgverleners spreken hier ook op een passievolle wijze over. Zo vertelt een zorgverlener over een cliënt die verzorgingsmomenten niet prettig vindt. Zorgverleners bouwen rustmomenten in tijdens de verzorging, zodat de cliënt niet overprikkeld raakt. Het masseren van de huid met washandjes en het laten vasthouden van knuffels helpt ook. In het cliëntdossier ziet de inspectie dat de psycholoog deze adviezen in een benaderingsplan heeft geschreven.

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 De Rembrandthof grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt betrekken bij het maken van professionele afwegingen. Zorgverleners kunnen over het algemeen goed vertellen hoe zij een professionele inschatting maken. Een zorgverlener geeft aan dat een cliënt loopdrang heeft en vaak de neiging heeft om naar buiten te gaan, maar de weg niet meer terug kan vinden. Ze vertelt dat zij met haar collega's door uitproberen merkten dat door het begeleid wandelen de drang om naar buiten te gaan afneemt en hierdoor de kans op vermissing verkleind wordt. In het zorgplan staat dat zorgverleners alert zijn op loopdrang en bij deze signalen tijd maken om te wandelen.

Bij de inzet van onvrijwillige zorg vindt een navolgbare multidisciplinaire afweging plaats, waar de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger bij betrokken is. Zorgverleners evalueren de maatregelen cyclisch samen met de SO. In het medisch dossier van de behandelaren legt de SO vervolgens de inzet van onvrijwillige zorg vast. De inspectie ziet in dit dossier een voorbeeld van een Wzd-document. Hierin is navolgbaar weergegeven hoe volgens het Wzd-stappenplan de besluitvorming rond onvrijwillige zorg plaatsvindt. Ook hoort de inspectie een voorbeeld waarbij een cliënt terugkomt uit het ziekenhuis met een tafelblad op de rolstoel. Zorgverleners zien hier de noodzaak niet van in, evalueren dit met de cliënt en SO en komen tot alternatieven.

Uit dossierinzage door de inspectie blijkt echter dat zorgverleners de risico's voor de cliënt nog niet structureel op een eenduidige wijze in kaart brengen en vastleggen. Bij navraag blijken zorgverleners dit niet volgens een vaste werkwijze te doen. Ze geven aan eerder een risicosignaleringslijst als hulpmiddel te gebruiken, maar met de recente invoer van het nieuwe ECD is deze signaleringslijst niet meer beschikbaar.

Norm 2.2

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

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

De inspectie ziet dat De Rembrandthof actuele zorgleefplannen in het cliëntdossier heeft, maar uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgverleners nog niet volledig op een methodische wijze in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) werken. Het nieuwe ECD ondersteunt hier zorgverleners nog onvoldoende bij. Ook ontbreken bij De Rembrandthof bepaalde afspraken over het methodisch werken in het ECD.

De inspectie raadpleegt verschillende cliëntdossiers in het ECD. In deze dossiers ziet zij dat zorgverleners informatie verzamelen en vastleggen. Uit gesprekken, observatie en dossierinzage blijkt echter dat er niet altijd samenhang is in de vastgelegde informatie in het cliëntdossier. Zo leggen zorgverleners risico's in verschillende dossieronderdelen vast. Het is niet overzichtelijk en eenduidig hoe zorgverleners dit doen en of ze alle risico's in beeld hebben (zie ook norm 2.1).

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt ook dat zorgverleners wisselend rapporteren op werkafspraken, doelen en acties uit het zorgleefplan. De zorgverleners rapporteren op een verschillende wijze, zo vertellen zij zelf. Zo rapporteren zij niet altijd op een doel of werkafpraak. Dit betekent dat de CC'er bij een evaluatie de gehele rapportage moet doorlezen om signalen en trends te signaleren en mee te nemen in het Multidisciplinair Overleg (MDO). Verschillende gesprekspartners geven aan dat het rapporteren op doelen en werkafspraken wel de afspraak is.

Meerdere zorgverleners vertellen dat zij veel informatie mondeling aan behandelaren terugkoppelen. De behandelaren bevestigen dat het rapporteren op opdrachten en doelen door zorgverleners nog een aandachtspunt is. De inspectie ziet bij een cliënt dat er een benaderingsadvies is opgesteld. In de zorgafspraken wordt hiernaar verwezen, maar de inspectie mist aandachtspunten waar zorgverleners op moeten rapporteren.

De inspectie mist bij het inzien van rapportage ook regelmatig dat zorgverleners rapporteren over het effect van hun eigen gedrag op de cliënt, blijkt uit dossierinzage. Zo hoort de inspectie over een cliënt die een heel specifieke benaderingswijze nodig heeft om niet overprikkeld te raken. In de rapportage ziet de inspectie dat zorgverleners voornamelijk het gedrag van de cliënt beschrijven.

De psycholoog geeft aan dat zij een benaderingsadvies in het medisch dossier voor behandelaren zet en zorgverleners dit zelf daarna in het cliëntdossier onderbrengen. Er zijn geen vaste afspraken waar zorgverleners dit benaderingsadvies op moeten slaan en of zij dit aanvullend moeten verwerken in zorgafspraken of doelen. Bij sommige cliënten ziet de inspectie in het cliëntdossier passende adviezen over het omgaan met onbegrepen gedrag, maar bij andere cliënten ontbreekt het benaderingsadvies. Zorgverleners kunnen daarentegen wel goed vertellen wat de afgesproken passende benaderingswijze bij een cliënt is.

Tijdens het inzien van de cliëntdossiers valt het de inspectie ook op dat enkele zorgverleners moeite hebben met het vinden van de informatie. De informatie is in veel verschillende soorten dossieronderdelen vastgelegd, waardoor het voor zorgverleners lastig is om snel relevante informatie op te zoeken of wijzigingen in het beleid te signaleren. Een gesprekspartner geeft aan dat de zorgverleners alle veranderingen en belangrijke zaken in de rapportages vastleggen, om zo altijd op de hoogte te zijn van wijzigingen in zorg en ondersteuning van de cliënten. In het cliëntdossier zijn evaluaties daardoor niet altijd makkelijk terug te vinden. Zorgverleners leggen het verslag van de vaste evaluatiemomenten, zoals het MDO en de evaluatie van en de Wzd, vast in de rapportage.

Ook ziet de inspectie bij dossierinzage een voorbeeld van een actie die door een individuele zorgverlener is ingezet zonder hiervoor een werkafpraak of doel op te stellen. Het voorstel om bij een cliënt te werken met een tuitbeker staat in de rapportage. De reden hiervoor is niet aangegeven. De inspectie ziet dat rapportage door collega's hierop de volgende dagen ontbreekt. Onduidelijk is wat de reden is van inzet van deze tuitbeker, al geeft de zorgverlener aan dat de cliënt soms drinken morst. Deze cliënt drinkt echter ook uit een theekopje, ziet de inspectie.

Daarentegen ziet de inspectie dat zorgverleners ook uitgebreid en zorgvuldig kunnen zijn in de beschrijving van informatie. De inspectie ziet ook cliëntdossiers die compleet en actueel zijn. In een aantal dossiers is bijvoorbeeld een zeer uitgebreide benaderingswijze opgenomen. In het zorgplan verwijzen zorgverleners hier ook naar, en staat kort omschreven wat bij de cliënt belangrijk is om te doen. Zo leest de inspectie dat een cliënt baat heeft bij afleiding tijdens zorgmomenten. Er staat omschreven wat voor dingen zorgverleners met de cliënt kunnen doen, zoals het aanbieden van een babypop. Daarnaast ziet de inspectie dat andere disciplines het cliëntdossier ook gebruiken. De SO en de psycholoog rapporteren bijvoorbeeld in het medisch dossier. Door een koppeling is deze rapportage ook terug te lezen in het cliëntdossier voor de zorgverleners, maar ook de cliënt en diens eerste contactpersoon.

De Lange Wei past de Wet zorg en dwang toe. In de geraadpleegde dossiers leest de inspectie op cliëntniveau navolgbare multidisciplinaire besluitvorming over de toepassing hiervan. Vooraf wegen de zorgverleners en behandelaren de alternatieven voor onvrijwillige zorg af, en leggen dit gestructureerd vast. Ook cliëntvertegenwoordigers betrekken zij hierbij. De inspectie leest in het cliëntdossier dat behandelaren en zorgverleners onvrijwillige zorg ook cyclisch evalueren in de ZAP (Zorg-Arts-Psycholoog) overleggen en het MDO.

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 Rembrandthof grotendeels** aan deze norm.

Personele bezetting

De Rembrandthof heeft een ziekteverzuim van 8,06% en kent weinig verloop in het personele bestand. Uit gesprekken en documenten blijkt dat de personele bezetting voldoende is voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Zorgverleners vertellen dat zij de roosters goed rond krijgen en er tijd is om werkzaamheden goed uit te voeren. De teams zijn blij met de komst van leefplezier-assistenten, waardoor er in de huiskamers meer rust is, zij meer activiteiten aan kunnen bieden en er gedurende de dag toezicht is.

In documenten leest de inspectie dat er zeven dagen per week 24 uur per dag een bereikbaarheidsdienst is, waarbij zo nodig ook de SO bereikbaar is. De inspectie leest dat er het moment van het inspectiebezoek zeven vacatures zijn, die moeilijk vervulbaar zijn. Het gaat om de functies Verzorgende IG, verpleegkundige en GVP'er. Het management vertelt dat zij als werkgever ook een maatschappelijke functie in de gemeente hebben. Zij hebben mensen in dienst met een afstand tot de arbeidsmarkt die bijvoorbeeld werken als zorgassistenten.

Kennis en kunde

De inspectie leest in de documenten dat De Rembrandthof voldoende zorgt voor een gevarieerd en passend aanbod aan scholingen. De Rembrandthof biedt trainingen op het gebied van de voorbehouden handelingen en risicovolle handelingen. Zij toetsen de zorgverleners elke drie jaar hierop. Zorgverleners krijgen hiervoor een uitnodiging. Gesprekspartners vertellen dat door COVID-19 in 2020 niet ieder toetsingsmoment kon doorgaan. Veel e-learning op dit gebied is wel gevolgd. Zorgverleners vertellen dat bevoegd en bekwaam personeel de voorbehouden handelingen altijd uitvoeren.

De inspectie leest bij documentinzage en hoort van verschillende gesprekspartners dat meerdere zorgverleners een beroepsopleiding volgen om zich verder te ontwikkelen. Er zijn verschillende zorgverleners opgeleid tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatricie (GVP). De inspectie leest dat vijf zorgverleners in 2021 vanuit het regionale project: "complex en onbegrepen gedrag" in opleiding zijn tot GVP'er. Twee zorgverleners zijn daarbij in opleiding tot trainer GRIP-methodiek. Op deze manier rolt de organisatie deze methodiek in 2021 verder uit.

De psycholoog geeft aan dat nieuwe en jonge medewerkers nog relatief weinig kennis hebben van (probleem)gedrag van cliënten. Scholing hierover via klinische lessen en het houden van omgangsoverleggen helpen dit te ontwikkelen.

In het scholingsoverzicht 2020 ziet de inspectie dat zorgverleners ondanks de COVID-19 pandemie veel scholing volgden. In het begin van 2020 volgden zij ook scholing over de Wzd. Door de COVID-19-pandemie is ook een deel van de Wzd-scholing verschoven naar 2021.

De Rembrandthof stemt de deskundigheid van zorgverleners af op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten. Wel blijkt uit gesprekken met zorgverleners en dossierinzage dat het methodisch werken (in het ECD) nog nadrukkelijk de aandacht vraagt. Bij navraag blijkt dat zorgverleners niet altijd weten hoe zij methodisch werken met het ECD en nog niet altijd de noodzaak inzien van het werken met doelen en het daarop doelgericht rapporteren (zie ook norm 2.2)

Norm 2.6

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

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.7

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

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

Gesprekspartners vertellen dat de multidisciplinaire samenwerking bij De Rembrandthof goed verloopt. De Rembrandthof heeft meerdere SO's, een psycholoog en een HBO-VGG'er in dienst en werkt samen met externe paramedici.

De inspectie leest dat de HBO-VGG'er en de psycholoog participeren in het ondersteunen van de zorgmedewerkers bij het omgaan met onbegrepen gedrag. De psycholoog geeft begeleidingsadviezen bij complex gedrag van cliënten. In 2019 is een ZAP (Zorg-Arts-Psycholoog)-overleg ingevoerd. Dit ZAP-overleg en het beleid Onbegrepen Gedrag evalueert de Lange Wei in 2021.

De SO en psycholoog vertellen dat zorgverleners over het algemeen een goed signalerend vermogen hebben en hen tijdig betrekken bij signalen. Het contact is laagdrempelig. Zorgverleners bellen snel. Zorgverleners bespreken aandachtspunten ook in het teamoverleg of het ZAP, zoals als er iets niet goed gaat in het gebruik van medicatie of het volgen van het benaderingsplan.

Gesprekspartners vertellen dat het medische dossier voor de behandelaren en het ECD waar de zorgmedewerkers in werken aan elkaar gekoppeld zijn. Dit ziet de inspectie terug bij dossierinzage van het ECD. Ook wettelijk vertegenwoordigers kunnen de rapportage van de behandelaar zien.

Een SO vertelt dat De Rembrandthof twee keer per jaar MDO's organiseert, waar de SO en andere betrokken behandelaren bij aansluiten. Zij nodigen hierbij de cliënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger uit. Ook tijdens de COVID-19 pandemie gaan de MDO's door. Er is digitaal of telefonisch contact met de vertegenwoordiger.

De samenwerking met de apotheek verloopt goed. Twee keer per jaar zijn er medicatiereviews. De uitkomst bespreekt de SO in het MDO.

Eén van de SO's is Wzd-functionaris. Deze SO is ook nauw betrokken bij de eerdere implementatie van de Wet Zorg en Dwang. Deze SO gaf zorgverleners ook scholing in de Wzd.

De SO is tijdens de COVID-19 pandemie betrokken bij hygiëne- en infectiepreventiebeleid en bij de zorg voor cliënten bij (mogelijke) besmettingen. Daarnaast is de SO onderdeel van het crisisteam en is betrokken bij communicatie aan zorgverleners en cliënten en hun familie over COVID-19. Een externe deskundige infectiepreventie is gedurende de COVID-19 pandemie bij de organisatie betrokken.

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 De Rembrandthof** aan deze norm.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat De Lange Wei beschikt over kwaliteitsinformatie. De Lange Wei werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. Zo voert De Rembrandthof regelmatig interne en externe kwaliteitsaudits uit en stelt zij per jaar verschillende kwaliteitsdoelen op in het jaarplan die zij periodiek evalueert. De inspectie leest in het jaarverslag 2019 dat De Lange Wei de opgestelde doelen evalueert en welke eventuele acties nog nodig zijn. De raad van toezicht (rvt) en de bestuurder geven aan dat het integraal bekijken van kwaliteitsinformatie een belangrijke volgende stap is. De Lange Wei ontwikkelt daarom een dashboard, zodat de samenhang tussen indicatoren meer zichtbaar wordt.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat zorgverleners open zijn over fouten en incidenten en deze melden. In de teams analyseren prestatiecoaches MVA de meldingen. De MVA prestatiecoaches zijn geschoold in de PRISMA-light methode. Van zorgverleners hoort de inspectie dat meldingen in de teambesprekingen een vast agendapunt zijn. Dit ziet de inspectie ook terug in de notulen van teambesprekingen.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt ook dat De Rembrandthof fouten en incidenten gebruikt voor de verbetering van de zorg. De meldingen en verbeteracties bespreken zij elk kwartaal in de MVA (Meldingen Verbeteracties) commissie om de trends te bespreken en te kijken of er organisatie breed verbeterpunten zijn om van elkaar te leren. Bij documentinzage ziet de inspectie dat zowel het doen en het leren van MVA als de inhoudelijke trendanalyse van meldingen en verbeteracties op de agenda staat. Aan de hand van trends zetten zij vervolgacties in. Of De Rembrandthof deze verbeteracties ook uitvoert, kan de inspectie niet opmaken uit de verkregen documentatie.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat De Rembrandthof zorgverleners en cliënten(raad) betrekken bij de organisatie en het verbeterproces. Van verschillende gesprekspartners hoort de inspectie dat De Rembrandthof een platte organisatie is, waarbij de lijnen tussen bestuur, management en zorgverleners kort zijn en er gewerkt wordt vanuit eigenaarschap en vertrouwen. De inspectie hoort van het management dat zij herkennen dat het methodisch werken en het implementeren van het ECD aandacht vragen. Er is een werkgroep Zorgleefplan die in 2021 onder andere de intakeprocedure met daarbij de risicosignalering evalueert en waar nodig vernieuwt.

De rvt geeft aan dat zij minimaal zes keer per jaar vergaderen met de bestuurder en zij goed op de hoogte worden gehouden van ontwikkelingen. De rvt heeft daarbij zo nodig een rol als klankbord. Ook is de rvt betrokken bij calamiteiten en wil zij geïnformeerd worden over de uitkomsten van onderzoek. De rvt heeft een commissie kwaliteit, waarin zij gestructureerd kwaliteitsthema's bespreken. Hierbij is een vertegenwoordiging uit de organisatie aanwezig. Ook bespreken zij actualiteiten en tevredenheid onder cliënten en medewerkers met elkaar. Zelf doet rvt jaarlijks aan zelfevaluatie.

De cliëntenraad vertelt dat De Lange Wei hen goed informeren en proactief betrekken bij ontwikkelingen in de organisatie. Binnen de dialoog mag verschil van mening er zijn. Dit helpt dit om de kwaliteit te verbeteren. In documenten leest de inspectie dat ook de VAR en de OR gesprekspartner zijn. Eenmaal per jaar is er een gezamenlijk overleg tussen de rvt, cliëntenraad, ondernemingsraad (OR), de verpleegkundige adviesraad (VAR) en het MT. Tweemaal per jaar sluit een afvaardiging van de rvt aan bij een overleg van de cliëntenraad, van de OR en van de VAR.

Norm 3.3

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

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

De inspectie ziet dat zorgverleners voldoende tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. De inspectie leest in het document Visie op Leren en ontwikkelen dat zorgverleners hier een eigen verantwoordelijkheid in hebben, de organisatie ondersteunt hen hierin. Dit hoort de inspectie ook terug in de gesprekken met zorgverleners. Zo vertellen GVP'ers dat zij aan interview doen. De psycholoog vertelt dat er ruimte is om in 2021 omgangsoverleggen met de teams te voeren. Tijdens deze overleggen bespreken de zorgverleners onbegrepen gedrag van cliënten en ontwikkelen zij teambreed de benaderingsadviezen. De managers geven aan dit te steunen. De centrale cliëntenraad zegt dat er open dialoog mogelijk is over alle mogelijke onderwerpen. De inspectie leest in het Kwaliteitsplan 2021 dat er in 2020 is gestart met het methodisch organiseren van het moreel beraad voor medewerkers. In 2021 voert de organisatie dit verder in op alle afdelingen. Ook leest de inspectie over ontmoetingsgroepen. Hierin bespreken medewerkers levensthema's met elkaar.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat De Rembrandthof een locatie is waar een familiale cultuur heerst. Het management geeft aan dat er de laatste jaren is geïnvesteerd in eigenaarschap bij zorgverleners en het geven van vertrouwen. Ze vertelt dat de organisatie lerend is in het elkaar op een juiste manier aanspreken, zodat feedback geven geaccepteerd gedrag is.

Zorgverleners geven aan dat zij het soms lastig vinden om elkaar aan te spreken. De coaches hebben een rol in het begeleiden van de teamdynamiek en het geven van feedback.

Gesprekspartners vertellen dat op diverse niveaus van de organisatie sprake is van kennisuitwisseling en men deelneemt aan leernetwerken. Zo vertelt de bestuurder dat hij regionaal met collega-bestuurders zes tot acht keer per jaar samenkomt. Zo is er samen een toekomstgerichte visie over zorg in de regio ontwikkeld. Ook andere gesprekspartners vertellen over afstemming met andere organisaties. Er wordt veel kennis gedeeld tussen de verschillende organisaties.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

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

Als cliënten medicatie in eigen beheer hebben, dan zijn hierover duidelijke afspraken vastgelegd in het cliëntdossier. De afspraken worden ook geëvalueerd. Zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actuele toedienlijst van de apotheek. De apotheek maakt en levert toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken. Bij navraag bij de zorgverleners kennen zij niet het actueel medicatieoverzicht of de basisset medicatiegegevens van een cliënt. Deze set gegevens dient bij een (spoed)overdracht van een cliënt naar een andere zorgverlener of zorginstelling direct beschikbaar te zijn. Zorgverleners vertellen dat de actuele toedienlijst meegegeven wordt bij een spoedoverdracht. Bij dossierinzage ziet de inspectie dat de basisset medicatiegegevens wel in het cliëntdossier aanwezig is. Het blijkt dat zorgverleners de Veilige Principes in de Medicatieketen ook niet kennen. De beleidsadviseur geeft aan dat de uitgangspunten van de Veilige Principes verwerkt zijn in het medicatiebeleid van De Lange Wei. Dit medicatiebeleid is onder de aandacht gebracht van zorgverleners.

Norm 4.8

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

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

De Rembrandthof gebruikt een digitaal aftekensysteem voor de medicatie. De zorgverleners parafieren de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst. Dit doen zij direct na het toedienen van het medicijn. De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

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

Wetgeving:

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

Veldnormen:

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

Circulaires en rapporten:

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

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Kwaliteitsplan 2021 en kwaliteitsverslag 2019;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locatie(s);
- Overzicht fte's/dienstroosters zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie(s);
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van de bezochte locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- Overzicht van scholing in afgelopen jaar aan de zorgverleners van de bezochte locaties (s) en de planning voor het lopende jaar.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl