



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Oldael, locatie Aelbrecht van
Beijeren
in Den Haag op 21 februari 2023

Utrecht, april 2023

V2047499

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Waar keek de inspectie naar 4
1.3	Beschrijving locatie Aelbrecht van Beijeren 5
2	Conclusie 7
2.1	Samenvatting van de oordelen 7
2.2	Wat gaat goed 7
2.3	Wat kan beter 7
2.4	Conclusie bezoek 8
3	Wat zijn de vervolgacties 9
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Oldael verwacht 9
3.2	Vervolgactie van de inspectie 9
4	Resultaten 10
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 10
4.1.1	Resultaten 10
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 12
4.2.1	Resultaten 12
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 16
4.3.1	Resultaten 16
Bijlage 1	Informatiebronnen 18
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 19

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 21 februari 2023 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Zorggroep Oldael (Oldael), locatie Aelbrecht van Beijeren in Den Haag.

1.1 Aanleiding bezoek

Met informatie over bijvoorbeeld meldingen, signalen, eerdere bezoeken en jaarverslagen bepaalt de inspectie waar zij op bezoek gaat. De inspectie noemt dit risicogestuurd toezicht.

Oldael met de locaties Oldeslo en Aelbrecht van Beijeren zijn in het verleden door de inspectie bezocht. In 2020 stelde de inspectie vast dat de zorgaanbieder in de voorgaande periode op beide locaties aantoonbaar verbeteringen in de zorg had ingevoerd. Hierdoor had de inspectie vertrouwen dat de zorgaanbieder de verbeteringen op de getoetste normen verder zou voortzetten. Nu bezoekt de inspectie Aelbrecht van Beijeren om te bepalen of de zorg voldoet aan wet- en regelgeving. Ook toetst de inspectie of de in gang gezette verbeteringen voldoende geborgd zijn om volledig te kunnen voldoen aan de normen. Daarnaast waren er in 2021 en 2022 meldingen. De inspectie heeft deze meldingen apart van het bezoek onderzocht. Ze zijn wel mede aanleiding voor dit bezoek.

1.2 Waar keek de inspectie naar

De inspectie bewaakt en bevordert de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Tijdens het inspectiebezoek gebruikte de inspectie een toezichtinstrument gebaseerd op het toetsingskader 'Toezicht voor zorgaanbieders waar mensen wonen die langdurige zorg nodig hebben'. Dit toetsingskader staat op www.igj.nl. Het toetsingskader bevat de volgende thema's:

1. persoonsgerichte zorg
2. deskundige zorgverlener
3. sturen op kwaliteit en veiligheid.

Het inspectiebezoek was onaangekondigd en bestond uit de volgende onderdelen:

- gesprekken met manager Zorg en Welzijn, bestuurssecretaris, locatiemanager, teamleider zorg;
- rondleiding op de locatie;
- observaties door inspecteurs in de huiskamers;
- inzage cliëntdossiers;
- gesprekken met cliënten;
- gesprekken met zorgverleners;
- gesprek met voorzitter cliëntenraad;
- gesprek met psycholoog en specialist ouderengeneeskunde;
- documentinzage;
- voorlopige terugkoppeling van de bevindingen door de inspectie en gesprek met de manager Zorg en Welzijn, locatiemanager, teamleider zorg en bestuurssecretaris.

De begrippen in dit rapport worden uitgelegd in een verklarende woordenlijst op www.igj.nl.

1.3 **Beschrijving locatie Aelbrecht van Beijeren**

Aelbrecht van Beijeren is een woonzorgcentrum voor ouderen in het stadsdeel Haagse Hout in Den Haag. Aelbrecht van Beijeren is één van de twee zorglocaties van Oldael. De locatie bestaat uit appartementen die zijn verdeeld over vier woonlagen. Op de tweede en derde verdieping zijn ook gemeenschappelijke huiskamers aanwezig. Op de begane grond zijn een Grand Café, algemene ruimtes en kantoren gehuisvest.

Er is op de locatie op dit moment een renovatie bezig, waarbij de appartementen, gangen en gemeenschappelijke ruimtes worden verbouwd. Inmiddels is de renovatie van de vier woonlagen klaar. De verbouwing van de begane grond is nog bezig. De verwachte oplevering daarvan is in de zomer van 2023. Op de bovenste etage is een tijdelijk Grand Café ingericht.

De raad van bestuur van Oldael bestaat uit één persoon. Het management bestaat naast de bestuurder uit onder meer een bestuurssecretaris, kwaliteitsmedewerkers, manager HR, manager bedrijfsvoering en twee managers Zorg en Welzijn. De cliëntenraad bestaat uit drie personen: twee mantelzorgers van cliënten (leden) en een onafhankelijk lid met een medische achtergrond (voorzitter). Verder heeft Oldael een raad van toezicht die bestaat uit vijf leden.

De manager Zorg en Welzijn van Aelbrecht van Beijeren geeft leiding aan de teamleider Zorg en teamleider Welzijn en Gastvrijheid. De manager Control & Bedrijfsvoering geeft leiding aan de teamleider Wonen en Services. Hierdoor blijft de focus van de manager Zorg en Welzijn op het primaire proces. Sinds oktober 2022 zijn er twee zorgteams. Er is een zorgteam voor cliënten op de eerste en tweede verdieping en een zorgteam voor de cliënten op de derde en vierde verdieping. In het welzijnsteam leveren huiskamermedewerkers, gastvrouwen en activiteitenbegeleiders een bijdrage aan het welzijn van de cliënten.

Aelbrecht van Beijeren heeft op de dag van het inspectiebezoek 44 cliënten in zorg. Deze cliënten ontvangen zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Hiervan hebben negen cliënten een indicatie voor zorgprofiel Verpleging en Verzorging (VV) 4, 28 cliënten voor zorgprofiel 5 VV en zeven cliënten voor zorgprofiel 6 VV. Alle cliënten ontvangen zorg gefinancierd vanuit Zorg in Natura met uitzondering van vier cliënten met zorgprofiel 5 VV die een volledig pakket thuis (VPT) hebben.

Achttien zorgverleners verlenen op 21 maart 2023 de zorg op deze locatie. In totaal werken elf (9,69 fte) zorgverleners in vaste dienst en werken zeven (4,67 fte) zorgverleners als zzp'er. De organisatie heeft deze zzp'ers voor langere tijd aan zich verbonden. De organisatie heeft een aantal vaste zzp'ers voor langere tijd aan zich verbonden middels een contract gebaseerd op de accordering van de belastingdienst. De zorgverleners zijn op de volgende deskundigheidsniveaus werkzaam: drie zorghulpen / zorgassistenten (2,56 fte) op deskundigheidsniveau 1; vijf helpenden (3,78 fte) op deskundigheidsniveau 2 (inclusief 2+); zes verzorgenden-IG (4,50 fte); een verpleegkundige (0,67 fte) op deskundigheidsniveau 4; twee overige zorgverleners (2,11 fte) en een leerling-verzorgende-IG (0,75 fte).

Als er geen verpleegkundige op de locatie aanwezig is, bellen zorgverleners voor vragen naar de verpleegkundige van de andere locatie van Oldael. Tijdens weekenden, avonden en nachten is er een verpleegkundige achterwacht.

Oldael heeft geen eigen behandeldienst, maar huurt vast aan de locatie verbonden behandelaars in van een externe organisatie. De zorgmedewerkers werken samen met een specialist ouderengeneeskunde (SO), een wondverpleegkundige, een ergotherapeut, een fysiotherapeut, een diëtiste, een psycholoog, huisartsen en praktijkondersteuners van de huisarts (POH).

De cliënten hebben allen een indicatie zonder behandeling. De huisarts is de hoofdbehandelaar. Tijdens het inspectiebezoek is ongeveer 85% van de cliënten aangesloten bij dezelfde huisarts (en praktijkondersteuner uit dezelfde praktijk).

1.4

Actuele ontwikkelingen bij locatie Aelbrecht van Beijeren

Tijdens het inspectiebezoek wordt de locatie verbouwd. Een groot deel van de verbouwing is achter de rug en de woonlagen zijn gereed. De cliënten kunnen tijdens de verbouwing blijven wonen op de locatie. Ze zijn wel naar een ander appartement (op een andere verdieping) verhuisd. De inspectie hoort dat hierbij rekening is gehouden met de wensen en belastbaarheid van de cliënten. Een zorgverlener vertelt dat het welzijnsteam extra activiteiten buiten de locatie heeft organiseert. Ook zorgden zij ervoor dat cliënten een koptelefoon op kunnen zetten als ze last hebben van geluidsoverlast. Ook vertelt zij dat zorgverleners voor cliënten, die door de veranderingen in de war raakten, de psycholoog hebben ingeschakeld.

De manager Zorg en Welzijn vertelt dat de doelgroep verandert. De zorgvraag van cliënten wordt groter en complexer. Het aantal mensen met dementie neemt toe op de locatie. De deskundigheid van zorgverleners moet hierop worden aangepast. Hier is Aelbrecht van Beijeren mee bezig, vertelt de manager Zorg en Welzijn.

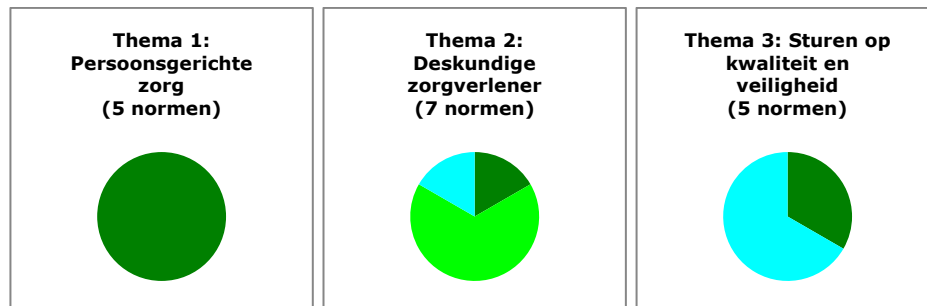
De inspectie stelde vast dat Aelbrecht van Beijeren tijdens het inspectiebezoek is opgenomen in het openbare locatieregister voor de Wet zorg en dwang (Wzd).

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de oordelen. Daarna geeft de inspectie haar conclusie over Oldael, locatie Aelbrecht van Beijeren in Den Haag.

2.1 Samenvatting van de oordelen

Onderstaande diagrammen en tabel laten per thema zien hoe de inspectie Aelbrecht van Beijeren beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



Oordeel	Thema 1	Thema 2	Thema 3
voldoet	4	1	3
voldoet grotendeels	0	4	0
voldoet grotendeels niet	0	0	0
voldoet niet	0	0	0
niet getoetst	0	1	2

2.2 Wat gaat goed

Cliënten bij Aelbrecht van Beijeren hebben inspraak in de zorg die zij ontvangen. Een multidisciplinair team evalueert de zorg aan cliënten en stemt dit af met cliënten en/of hun vertegenwoordigers. Zorgverleners kennen de cliënten en weten welke wensen en behoeften zij hebben. Cliënten behouden regie over hun leven en zorgverleners verzorgen hen op een persoonlijke en respectvolle manier. Zorgverleners werken volgens geldende afspraken en maken gebruik van protocollen en richtlijnen. Ze hebben inzicht in hun eigen bevoegd- en bekwaamheden en geven daarin hun grenzen aan. Op organisatieniveau is een Plan Do Check Act-cyclus zichtbaar waarmee Aelbrecht van Beijeren stuurt op het bewaken, beheersen en verbeteren van kwaliteit en veiligheid van zorg. Aelbrecht van Beijeren heeft de rollen en processen rondom raad van toezicht, cliëntenraad en klachtenfunctionaris zorgvuldig ingericht.

2.3 Wat kan beter

Aelbrecht van Beijeren kan zorgen dat zorgverleners meer aandacht geven aan het navolgbaar beschrijven van hun professionele afwegingen. Ook kan Aelbrecht van Beijeren meer aandacht geven aan het inzichtelijk vastleggen van

het zorgproces in het cliëntdossier (methodisch werken). Verder kan Aelbrecht van Beijeren de kennis en kunde van zorgverleners over dementie vergroten.

2.4

Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg binnen Aelbrecht van Beijeren voldoet aan acht van de twaalf normen. Aan vier normen voldoet zij grotendeels. Het management is open en transparant over hun handelen en laten een lerende houding zien. De inspectie hoort en ziet dat de beschreven aandachtspunten onder de aandacht zijn bij het management van Aelbrecht van Beijeren.

De inspectie heeft daarmee op dit moment voldoende vertrouwen in de manier waarop Aelbrecht van Beijeren stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Oldael verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij doet naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 De vervolgactie die de inspectie van Oldael verwacht

Een zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De bevindingen in hoofdstuk 4 geven handvatten om gerichte verbetermaatregelen te nemen.

De inspectie verwacht dat Oldael de verbetermaatregelen zo nodig ook op de andere locatie treft.

3.2 Vervolgactie van de inspectie

De inspectie kreeg met dit bezoek een beeld van de kwaliteit en veiligheid bij Oldael. Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Dit geldt ook voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg op andere locatie. Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de normen, het oordeel en de bevindingen.

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

Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.

Lichtgroen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

Blauw: De inspectie **toetste deze norm niet**.

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen en zorgbehoeften van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? En zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, zie je dit allemaal terug in de zorgverlening? Staan de wensen en zorgbehoeften van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie, en zijn naasten en de zorgverlener ondersteunen hierbij.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren** aan deze norm.

Cliënten en zorgverleners vertellen dat cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers inspraak hebben in de doelen van zorg en behandeling. Gesprekspartners vertellen dat de eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV'er) van de cliënt het zorgleefplan opstelt in samenspraak met de cliënt en zijn vertegenwoordiger. Zij voeren een gesprek wanneer een nieuwe cliënt komt wonen in Aelbrecht van Beijeren. Dit zorgplan evalueren zij na zes weken. Meerdere gesprekspartners vertellen dat er twee keer per jaar een familiegesprek is waarbij de EVV'er samen met de cliënt en zijn vertegenwoordiger de geboden zorg evalueert. Op basis van deze gesprekken past de EVV'er het zorgplan aan. Dit leest de inspectie terug in de dossiers.

De zorgverleners, behandelaars en management vertellen dat de evaluatie van het zorgplan minimaal één keer per jaar gebeurt in het multidisciplinaire overleg (MDO). Cliënten kunnen hierbij aanwezig zijn, hoort de inspectie. De inspectie ziet in de geraadpleegde dossiers dat een cliënt aanwezig is geweest bij het MDO. De inspectie ziet verslagen van deze overleggen terug in de cliëntdossiers. Wijzigingen in de zorgvraag tussendoor stemt de EVV'er, indien nodig in

samenspraak met de SO, af met de cliënt en/of zijn vertegenwoordigers vertellen gesprekspartners.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren** aan deze norm.

Zorgverleners vertellen dat zij de cliënten goed kennen. Zij weten welke zorg de cliënten nodig hebben en wat cliënten graag doen. Een EVV'er vertelt dat zij bij de komst van een nieuwe cliënt uitgebreid navraag doet over het leven van de cliënt en de zorg- en ondersteuningsbehoefte. De inspectie ziet een formulier waarbij de familie van de cliënt of de cliënt zelf de levensgeschiedenis schrijft. De inspectie leest ook op dit formulier wat belangrijk is in het leven van de cliënt. De zorgverleners vertellen dat zij hier zo veel als mogelijk rekening mee houden. De invulling hiervan leest de inspectie terug in verschillende geraadpleegde cliëntdossiers.

Cliënten vertellen dat de zorgverleners hun wensen en behoeften goed kennen. Een cliënt vertelt dat zorgverleners weten dat zij wel eens vergeet medicatie in te nemen. Zorgverleners hebben voorgesteld de medicatiezorg voor haar over te nemen, hoort de inspectie. De cliënt vertelt hier blij mee te zijn.

De inspectie ziet in de dossiers dat de activiteitenbegeleider met iedere cliënt in gesprek gaat over de invulling van de dag. Door een welzijnsinventarisatie geeft de cliënt aan wat hij leuk vindt om te doen gedurende de dag. De inspectie ziet de informatie hierover terug in het zorgplan, bijvoorbeeld: 'Mevr. was altijd veel bezig, daarom mevr. betrekken bij het koffie delen'.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren** aan deze norm.

Tijdens de observatie ziet de inspectie dat zorgverleners aandacht hebben voor het behoud van de eigen regie van de cliënten. Zo ziet de inspectie bijvoorbeeld dat zorgverleners aan cliënten de keuze geven over wat zij eten en drinken. De cliënten kunnen zelf bepalen waar zij willen eten: in het tijdelijke Grand Café of op de eigen kamer.

De inspectie ziet in het cliëntdossier dat de EVV'er aan de hand van een vragenlijst de zelfredzaamheid van de cliënt beschrijft. Ook besteden zorgverleners bij het opstellen van doelen en acties aandacht aan het zelf regie voeren door de cliënt, leest de inspectie in de cliëntdossiers. Zo leest de inspectie dat zorgverleners extra aandacht hebben voor de wens van de cliënt om bij de lichamelijke verzorging zo veel mogelijk zelf te kunnen doen.

De inspectie hoort van zorgverleners dat ze de keuze voor de cliënt zo veel mogelijk respecteren. Eén zorgverlener vertelt bijvoorbeeld dat een cliënt vaak medicatie weigert. Dit vinden zorgverleners moeilijk omdat de klachten bij de cliënt daardoor verergeren. Toch accepteren de zorgverleners in overleg met de behandelaars de weigering door de cliënt.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zorgverleners behandelen hen met respect.

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren** aan deze norm.

Uit observaties blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De inspectie ziet en hoort dat een zorgverlener tijdens de middagmaaltijd goed aansluit op het tempo van de cliënt. Deze zorgverlener geeft in alle rust een cliënt te eten. De zorgverlener geeft tijdens de maaltijd aandacht aan alle cliënten ziet de inspectie. Cliënten vertellen dat zorgverleners vriendelijk zijn en aandacht voor hen hebben. Ook de cliëntenraad vertelt dat de cliënten zich gehoord en gezien voelen.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Zij kunnen ook samen werken binnen het team en met andere disciplines.

Zorgverleners werken methodisch. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
 - Do: de verbeteringen uitvoeren.
 - Check: beoordelen of de verbeteringen het gewenste resultaat opleveren.
 - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.
- Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken met zorgverleners en het management en tijdens dossierinzage blijkt dat zorgverleners goed op de hoogte zijn van de zorgbehoeften, risico's en gewoontes van de cliënt. Zorgverleners inventariseren de risico's bij opname van cliënten en voor het MDO. Indien nodig, doen zij dit tussendoor hoort de inspectie van gesprekspartners. De inspectie leest in de rapportage van een cliënt dat de gezondheid van deze cliënt snel achteruit gaat. De cliënt krijgt meer mentale en fysieke problemen. De inspectie leest dat er volgende week een gesprek is met de cliënt en familie over de situatie en toegenomen zorgvraag.

De zorgverleners vertellen dat zij de zorg aanpassen aan de veranderende situatie van de cliënt. Zo had een cliënt haar arm gebroken. Zorgverleners zetten toen tijdelijk een sensor in tijdens de nacht in verband met het toegenomen valgevaar. Nadat de arm genezen was en het valrisico niet meer

aanwezig was, haalden de zorgverleners de sensor weer weg. Dit leest de inspectie ook terug in het cliëntdossier.

Aelbrecht van Beijeren is een open locatie. De inspectie hoort dat een cliënt vergeetachtig is, maar dat zij graag zelfstandig naar buiten wil gaan. De zorgverleners vinden dit spannend, maar laten dit wel toe, vertellen zij. De zorgverleners en de SO vertellen dat zij deze situatie met de cliënt- en zijn vertegenwoordiger bespraken. De inspectie ziet tijdens het bezoek dat de cliënt meerdere keren zelfstandig naar buiten gaat.

Uit gesprekken met zorgverleners en management blijkt dat zij samen met cliënten en cliëntvertegenwoordigers gesprekken voeren of cliënten nog op de juiste plek wonen. Als dit nodig is verhuizen cliënten, bijvoorbeeld als Aelbrecht van Beijeren de veiligheid niet meer kan garanderen.

De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners dat de verpleegkundige een belangrijke rol heeft in de signalering van risico's, de opvolging hiervan en het methodisch werken. Andere zorgverleners zijn hier minder deskundig in vertellen verschillende gesprekspartners. Dit gaat al wel beter dan een aantal jaar geleden, maar het blijft een aandachtspunt, hoort de inspectie.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken met hen en tijdens dossierinzage blijkt dat er meestal sprake is van samenhang in het cliëntdossier en zorgverleners hiermee methodisch werken. De inspectie ziet in de cliëntdossiers dat zorgverleners uitgebreid en zorgvuldig zijn in de beschrijving van informatie, in zowel het zorgplan als in aanvullende documenten. De inspectie ziet dat de cliëntdossiers actueel en volledig zijn.

In een aantal dossiers ziet de inspectie bijvoorbeeld een omgangsadvies en signaleringsplan staan. Hierin staat omschreven wat voor werkwijze de zorgverleners bij een cliënt met bepaald gedrag kunnen volgen. Ook ziet de inspectie beschreven wat de cliënt prettig vindt en waar zij baat bij heeft. De inspectie leest bijvoorbeeld dat een cliënt met onrustig gedrag rustiger wordt als ze complimenten ontvangt. De uitkomsten en afspraken zijn daarbij te raadplegen in verschillende documenten en de rapportage in het ECD. De inspectie ziet in een cliëntdossier dat een cliënt risico's heeft op het gebied van ondervoeding. De EVV'er heeft vervolgens een diëtiste ingeschakeld en in samenspraak werd een doel over ondervoeding opgenomen in het zorgplan.

De inspectie ziet dat zorgverleners wisselend op doelen rapporteren. Ook vindt de opvolging van afspraken in het zorgplan niet altijd plaats. Zo is bij een cliënt begin februari een signaleringsplan opgesteld. Hierop moeten zorgverleners rapporteren, leest de inspectie. De inspectie leest in het cliëntdossier vervolgens dat zorgverleners nauwelijks op dit signaleringsplan rapporteren. Een zorgverlener vertelt dat het zo goed gaat met de cliënt dat zorgverleners daardoor niet rapporteren op dit doel. De teamleider vertelt dat het structureel opvolgen van afspraken een aandachtspunt is voor sommige zorgverleners binnen het team. Bij een andere cliënt vertelt de zorgverlener dat een cliënt al geruime tijd medicijnen voor haar psychiatrisch ziektebeeld gebruikte. In overleg met de cliënt, de familie, de SO en de zorgverleners is deze medicatie

afgebouwd, vertelt zij. In het cliëntdossier is de overweging voor deze afbouw niet navolgbaar, ziet de inspectie.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch met elkaar te praten over wat zij goede, veilige en persoonsgerichte zorg vinden. Vanuit deze gesprekken kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.

De inspectie **toetste deze norm niet**.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn. De hoeveelheid zorgverleners en de deskundigheid van de zorgverleners past bij de cliënten en hun zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren grotendeels** aan deze norm.

Personele bezetting

Uit gesprekken met zorgverleners, het management en de cliëntenraad en uit documenten blijkt dat de personele bezetting voldoende is voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Zorgverleners vertellen dat zij voldoende tijd hebben voor de zorgverlening en de welzijnsactiviteiten.

De teamleider vertelt dat ze door middel van vaste zzp'ers het rooster rond krijgt. Er werken twee verpleegkundigen doordeweeks tijdens de dagdienst. Zij ondersteunen de teams en hebben een coachende rol binnen de teams. Er is een vacature voor kwaliteitsverpleegkundige hoort de inspectie.

Kennis en kunde

Uit gesprekken, observaties en documenten blijkt dat de deskundigheid van de zorgmedewerkers afgestemd is op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten. In een voortgangsrapportage over het opleidingsplan leest de inspectie dat Aelbrecht van Beijeren verschillende scholingen organiseert. Bijvoorbeeld over zorgtechnologie, zwachtelen, omgaan met stress en een training voor teamleiders. Daarnaast vindt er iedere maand een klinische les plaats, vertellen zorgverleners. Zo volgen zorgverleners op de dag van het inspectiebezoek een klinische les over de Wzd. De inspectie hoort van verschillende gesprekspartners en leest in documenten wel dat de kennis over dementie beter kan. Het management vertelt dat zij dit signaal oppakte en een scholing organiseerde. Deze scholing over dementie vindt binnenkort plaats, leest de inspectie in het scholingsplan.

De verpleegkundigen en de teamleiders scholen de zorgverleners over methodisch werken en klinisch redeneren. Dit doen zij door middel van training on the job hoort de inspectie van meerdere gesprekspartners. Ook geeft de SO tijdens de MDO's uitleg aan zorgverleners over ziektebeelden. De medewerkers welzijn en gastvrijheid volgen een scholing over gastvrijheid hoort de inspectie. Door de coronapandemie zijn een aantal scholingen niet doorgegaan, vertelt het management. Vorig jaar heeft er een inhaalslag plaatsgevonden voor de e-learning en scholing over risicovolle en voorbehouden handelingen. Zorgverleners vertellen dat het management goed in de gaten houdt dat iedereen bevoegd en bekwaam is. De inspectie ziet overzichten hiervan.

Norm 2.6

Zorgverleners werken volgens afspraken in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren** aan deze norm.

Zorgmedewerkers gebruiken de protocollen van Vilans, vertellen zij. Zij beschikken over actuele richtlijnen en protocollen. Zorgverleners laten bij navraag zien waar deze informatie staat weergegeven in het medewerkersportaal. Een zorgverlener vertelt dat er weinig verpleegtechnische handelingen voorkomen op de locatie. Als ze een handeling moet uitvoeren die ze al lang niet meer heeft gedaan, kan zij meekijken met een collega vertelt ze.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair. Zij schakelen op tijd specifieke deskundigen in. Deze deskundigen kunnen al binnen organisatie werken. Als het nodig is kunnen zorgverleners samenwerken met deskundigen van buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren grotendeels** aan deze norm.

Het management vertelt dat in Aelbrecht van Beijeren de huisarts de medisch eindverantwoordelijke is voor de cliënten. Aelbrecht van Beijeren werkt samen met meerdere huisartsen. Ongeveer 85% van de cliënten hebben dezelfde huisarts. Iedere maandagochtend is de POH van deze huisarts aanwezig om visite te lopen en vragen van zorgverleners te beantwoorden. De inspectie leest dat zorgverleners de POH en huisartsen regelmatig betrekken bij de zorgverlening. De inspectie leest in de documenten en hoort van de SO dat binnenkort een verpleegkundig specialist (VS) gaat werken bij Aelbrecht van Beijeren. Deze VS gaat enkele taken overnemen van de huisarts.

De SO vertelt dat de huisarts haar op consultbasis kan inschakelen. De SO vertelt dat dit regelmatig gebeurt. Zo is de SO op consult geroepen bij een cliënt om de cognitie van deze client te beoordelen. Dit leest de inspectie ook terug in het cliëntdossier. Daarnaast is de SO altijd aanwezig bij het jaarlijkse MDO waar alle cliënten besproken worden. Bij het MDO zijn ook de POH/huisarts aanwezig (of zij leveren schriftelijk input), de cliënt(-vertegenwoordigers), de EVV'er en andere disciplines. De teamleider zit het MDO voor, vertelt zij.

Ter voorbereiding op het MDO voert de EVV'er een familiegesprek en inventariseert zij de risico's voor de cliënt. De inspectie ziet verslagen van de MDO's terug in de dossiers. Tijdens het MDO beoordeelt de SO ook de medicatie die de cliënt voorgeschreven krijgt, vertelt de SO.

De psycholoog vertelt dat de zorgverleners hem regelmatig inschakelen. Dit leest de inspectie ook terug in de cliëntdossiers. De inspectie leest dat een cliënt onrustig is en onbegrepen gedrag laat zien. Zorgverleners schakelden de psycholoog in om een benaderingsplan op te stellen. Wel ziet de inspectie dat zorgverleners weinig rapporteren over het effect van het benaderingsplan (zie norm 2.2).

De verpleegkundige is een belangrijke schakel tussen de cliënt, de zorgverleners en verschillende disciplines, vertellen verschillende gesprekspartners. Zij heeft korte lijnen met hen. Zo nam de verpleegkundige contact op met de wondspecialist toen een wond bij een cliënt niet goed heelde.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg verlenen en zorgen dat de zorg goed blijft begint bij goed besturen van de organisatie. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, regelen de samenwerking en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer. Zorgverleners kunnen nadelige gevolgen van die risico's niet altijd voorkomen.

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal. Hij borgt ook de veiligheid van de cliënt.

De inspectie **toetste deze norm niet**.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren** aan deze norm.

Uit gesprekken en inzage in documenten blijkt dat Aelbrecht van Beijeren verschillende informatie gebruikt om te sturen op de kwaliteit van de zorg. Zo is de teamleider aanwezig bij de twee overdrachtmomenten overdag. Op deze manier monitort zij de kwaliteit van en kan zij zo nodig bij sturen, vertelt ze.

Het management vertelt dat er vanuit de afdeling kwaliteit een aantal keer per jaar een dossiercheck plaatsvindt. De resultaten hiervan koppelen zij terug aan de teamleiders. Ook vinden externe audits plaats, zoals een audit hygiëne en infectiepreventie in juli 2022.

De inspectie leest een evaluatie van het gebruik van het digitale medicatie voorschrijf- en toediensysteem. Eén van de conclusies van deze evaluatie was dat zorgverleners nog regelmatig medicatie niet of niet juist aftekenden. Dit ziet de inspectie ook beschreven in de trendanalyse van de MIC-meldingen van 2022. In het evaluatiedocument leest de inspectie beschreven dat teamleiders hier meer op gaan sturen met behulp van een digitaal overzicht. Dit hoort de inspectie van verschillende gesprekspartners terug. Ook controleren zorgverleners tegenwoordig elkaars aftekenlijsten tijdens de dienst om zo medicatiefouten te voorkomen.

Verschillende gesprekspartners geven aan dat zorgverleners incidenten melden. De teamleider vertelt dat zij de meldingen analyseert en hier vervolgens over in gesprek gaat met de desbetreffende zorgverlener. Zorgverleners bevestigen dit. Eén keer per maand komt de MIC-commissie bij elkaar hoort de inspectie. Zij bespreken dan de trends in de meldingen. De kwaliteitsmedewerker maakt een analyse van de trends. De aandachtsvelders MIC bespreken sinds kort met elkaar incidenten.

Zorgverleners dragen verbeteronderwerpen aan, vertellen zij. Zo ziet de inspectie een verbeterbord waarop staat dat de overdracht van de dag- naar de avonddienst beter kan. Een zorgverlener vertelt dat dit nu chaotisch verloopt en dat ze met elkaar gaan bedenken hoe dit beter kan.

Het management en de SO vertellen dat er binnen Oldael een kwaliteitscommissie is. De kwaliteitscommissie komt een paar keer per jaar bij elkaar om over de kwaliteit en beleid van de organisatie te overleggen. Zij bespreken bijvoorbeeld de verkeerde bed problematiek en het COVID beleid. De trends in de MIC-analyse bespreken zij hier ook.

Norm 3.3

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

De inspectie **toetste deze norm niet**.

Norm 3.4

De zorgaanbieder heeft (indien vereist) een Wtza-toelatingsvergunning en een interne toezichthouder.

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren** aan deze norm.

De bestuurder vertelt dat Oldael een Wtza-vergunning heeft. De raad van toezicht bestaat uit vijf leden, die voldoen aan de wettelijke maximale zittingstermijn. Ook hoort de inspectie dat de leden van de interne toezichthouder onafhankelijk van elkaar en ten opzichte van de dagelijkse leiding zijn. Dit is in documenten vastgelegd, ziet de inspectie.

Norm 3.5

De zorgaanbieder regelt de inspraak van cliënten zoals bedoeld in de Wmcz 2018.

Volgens de inspectie **voldoet Aelbrecht van Beijeren** aan deze norm.

De inspectie hoort van het management en van de cliëntenraad dat Oldael de inspraak voor cliënten heeft georganiseerd met een cliëntenraad. In documenten heeft Oldael vastgelegd dat de cliëntenraad minimaal één lid voordraagt voor de interne toezichthouder van de instelling. Verder heeft Oldael een klachtenfunctionaris en een onafhankelijke commissie van vertrouwenslieden, vertelt de raad van bestuur.

Bijlage 1 Informatiebronnen

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Daarna beoordeelt de inspectie of de geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zij gebruikte om tot dit oordeel te komen.

Tijdens het bezoek gebruikte de inspectie de volgende informatiebronnen:

- Gesprekken met cliënten op de verschillende etages;
- Observaties op de huiskamers;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- Gesprekken met het management;
- Gesprekken met bestuurder;
- Gesprekken met behandelaren;
- Gesprek met lid cliëntenraad;
- Rondleiding door de locatie;
- Inzage in cliëntdossiers;
- Documenten genoemd in bijlage 2.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie gebruik een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI: Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse inspectie).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij of zij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgverlener de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zit een inspecteur in een huiskamer. De inspecteur observeert hoe zorgverleners reageren op een cliënt en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Praten zij met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn ze bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld van hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI? U vindt meer informatie op de website van de Universiteit van Bradford: www.bradford.ac.uk/dementia/training-consultancy/sofi/.

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Overzicht van de zorgprofielen van cliënten
- Overzicht van fte's van zorgverleners
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers
- De scholingsplanning voor het lopende jaar;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze
- Kwaliteitsplan
- Externe audits
- Interne audits
- Notulen teamoverleggen
- Reglement raad van toezicht
- Reglement cliëntraden
- Managementrapportages
- Rapportages commissie kwaliteit en veiligheid

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl