



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Rapport van het vervolgininspectiebezoek aan  
Beth Shalom, locatie Buitenveldert te  
Amsterdam op 21 juni 2011

Amsterdam,  
Juli 2011

## Inhoud

|          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | <b>Inleiding—3</b>                               |
| <b>2</b> | <b>Bevindingen inspectiebezoek—6</b>             |
| 2.1      | Opzet—6  |
| 2.2      | Zorg(behandel)-/leefplan—6                       |
| 2.3      | Zorginhoudelijke veiligheid—9                    |
| 2.4      | Voldoende en bekwaam personeel—12                |
| 2.5      | Overige onderwerpen—13                           |
| <b>3</b> | <b>Beschouwing en conclusie—16</b>               |
| 3.1      | Inleiding—16                                     |
| 3.2      | Beschouwing—16                                   |
| 3.3      | Conclusie—19                                     |
| <b>4</b> | <b>Te nemen maatregelen—21</b>                   |
| 4.1      | Inleiding—21                                     |
| 4.2      | Direct te nemen maatregelen—21                   |
| 4.3      | Plan van aanpak—21                               |
|          | <b>Bijlagen</b>                                  |
| 1        | Overzicht gebruikte documenten                   |
| 2        | Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten |
| 3        | Overzicht normen per thema                       |
| 4        | Toelichting op het inspectieoordeel              |

# 1 Inleiding

Op 21 juni jl. heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) een bezoek gebracht aan Beth Shalom, locatie Buitenveldert te Amsterdam. Het bezoek is een vervolfbezoek het inspectiebezoek van 27 augustus 2010.

## 1.1 Omschrijving instelling

Stichting J.A.B.C. Beth Shalom verleent zorg aan Joodse ouderen en bestaat uit twee locaties: het zorgcentrum op de locatie Buitenveldert in Amsterdam, waar het inspectiebezoek heeft plaatsgevonden, en het verpleeghuis op de locatie Amstelveen. De verpleeghuislocatie Amstelveen is de nieuwbouw c.q. voortzetting van de locatie Osdorp in Amsterdam. In januari 2011 is de locatie Amstelveen in gebruik genomen en is de locatie Osdorp gesloten.

In het zorgcentrum van Beth Shalom, locatie Buitenveldert wonen 137 cliënten in appartementen. Op de vierde etage is een zogenoemde 'meerzorgafdeling'; een somatische unit voor chronische cliënten. Hier wordt aan 30 cliënten zorg geboden. Het merendeel van cliënten valt binnen de zorgzwaartepakketten (ZZP's) 1 tot en met ZZP 9 (inclusief behandeling):

ZZP 1: 9 cliënten, ZZP 2: 26 cliënten, ZZP 3: 26 cliënten, ZZP 4: 27 cliënten, ZZP 5: 6 cliënten, ZZP 7: 2 cliënten, ZZP 8: 1 cliënt, ZZP 9: 9 cliënten.

De overige cliënten vallen onder de geestelijke gezondheidszorg:

1 cliënt met GGZ 2, 2 cliënten met GGZ 3 en 1 cliënt met GGZ 5.

Ten slotte zijn er 2 cliënten met een verblijfscomponent.

## 1.2 Bevindingen inspectiebezoek 27 augustus 2010

Op 27 augustus 2010 heeft de inspectie een bezoek gebracht aan Beth Shalom, locatie Buitenveldert. Er zijn drie thema's beoordeeld: Zorg(behandel)/leefplan, Zorginhoudelijke veiligheid en Voldoende en bekwaam personeel.

Binnen het thema Zorg(behandel)/leefplan scoorden de onderwerpen zorg(behandel)/leefplansystematiek en individueel zorg(behandel)/leefplan hoog risico.

Binnen het tweede thema Zorginhoudelijke veiligheid scoorden de onderwerpen vocht en voeding en infectiepreventie en -behandeling zeer hoog risico. De onderwerpen decubituspreventie en -behandeling, valpreventie en diagnostiek en behandeling bij incontinentie scoorden hoog risico. Bij valpreventie en diagnostiek en behandeling bij incontinentie is opgemerkt dat wanneer niet op korte termijn sprake is van beleidsontwikkeling en implementatie van verbeteringen, de kans op zeer hoog risico op onverantwoorde zorg groot is. Het onderwerp zorg voor cliënten met gedragsproblemen scoorde gering risico.

Binnen het thema Voldoende en bekwaam personeel scoorde het onderwerp professionele kwaliteit van de medewerkers hoog risico. Het onderwerp personele inzet afgestemd op de doelgroep scoorde gering risico.

In het inspectierapport merkte de inspectie op dat binnen Beth Shalom, locatie Buitenveldert sprake was van:

- Kennisgebrek over de normen die in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg (ActiZ en anderen, 2010) zijn vastgelegd;

- medewerkers die een omslag moeten maken van voornamelijk mondelinge communicatie naar schriftelijke communicatie opdat hun navolgbaarheid van handelen zichtbaar wordt;
- verbeterlagen die spoedig tot uiting dienen te komen in de zorgverlening van de cliënten.

Een cultuuromslag is daarom noodzakelijk.

Naar aanleiding van de bevindingen is Beth Shalom opgedragen een plan van aanpak op te stellen om op korte termijn de risico's te verminderen. Daarbij is aangegeven dat de inspectie een voortgangsrapportage verwacht en is vervolgininspectiebezoek aangekondigd.

### 1.3 **Overzicht correspondentie periode november 2010 tot en met 21 juni 2011**

- Het inspectierapport van het inspectiebezoek van 27 augustus 2010 is op 6 oktober 2010 verzonden naar de Raad van Bestuur van Beth Shalom.
- Op 2 november 2010 ontvangt de inspectie het plan van aanpak (gedateerd 29 oktober 2010) met direct te nemen maatregelen gericht op het verlagen van de zeer hoge risicoscores. De begeleidende brief was gedateerd 20 oktober 2010.
- Op 10 november 2010 stelt de inspectie aanvullende vragen over het plan van aanpak.
- Op 18 november 2010 ontvangt de inspectie het plan van aanpak (gedateerd 12 november 2010) gericht op het verlagen van de geringe en hoge risico's.
- Op 29 november 2010 reageert de inspectie met aanvullende opmerkingen op het plan van aanpak gericht op het verlagen van de geringe en hoge risico's. De inspectie verzoekt om voor 31 maart 2011 geïnformeerd te worden over de voortgang van de verbeteringen middels een voortgangsrapportage. De inspectie deelt in haar brief mee dat Beth Shalom, locatie Buitenveldert het vervolgbezoek na 15 april 2010 kan verwachten.
- Op 12 april 2011 ontvangt de inspectie de voortgangsrapportage (gedateerd 28 maart 2011), over de eerder geschreven plannen van aanpak.
- Op 15 mei 2011 heeft de inspectie telefonisch een afspraak gemaakt voor een vervolgininspectiebezoek op 7 juni 2011. Dit inspectiebezoek is, vanwege een Joodse feestdag op 8/9 juni, op verzoek van Beth Shalom verplaatst naar 21 juni 2011.
- De definitieve bezoekdatum van het vervolgbezoek aan Beth Shalom, locatie Buitenveldert is in een brief (gedateerd 25 mei 2011) van de inspectie bevestigd.
- Op 31 mei 2011 heeft de inspectie telefonisch contact gehad met de bestuurder van Beth Shalom. De inspectie heeft in dit gesprek aangegeven dat zij, op basis van de inhoud van de voortgangsrapportage verwacht dat er sprake is van verbeteracties en enige vooruitgang. Aangekondigd is dat de voortgangsrapportage tijdens het inspectiebezoek van 21 juni 2011 als leidraad zal dienen. Ook is aangegeven dat de implementatie van de plannen van aanpak in de zorgpraktijk gecontroleerd worden.
- Op 17 juni 2011 ontving de inspectie het bezoekprogramma van Beth Shalom, locatie Buitenveldert.

### 1.4 **Inspectiebezoek 21 juni 2011**

Doel van het vervolgininspectiebezoek van 21 juni 2011 is te beoordelen of er bij Beth Shalom, locatie Buitenveldert randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die *nog steeds* risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie:

- gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het management, specialisten ouderengeneeskunde, unithoofden, uitvoerend medewerkers en leden van de cliëntenraad;
- zorgdossiers ingezien;
- een rondgang gemaakt;
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

De methodiek voor dit bezoek is vastgelegd in het 'Tweede Fase Instrument programma ouderenzorg', versie 2008. Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, zie bijlage 2.

Het instrument is voor dit bezoek opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan
- Zorginhoudelijke veiligheid
- Voldoende en bekwaam personeel.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Hoe scoort Beth Shalom, locatie Buitenveldert op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van Beth Shalom, locatie Buitenveldert in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- Welke maatregelen moet Beth Shalom, locatie Buitenveldert binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

## 2 Bevindingen inspectiebezoek

### 2.1 Opzet

De inspectie beoordeelt Beth Shalom, locatie Buitenveldert op dezelfde thema's als tijdens het inspectiebezoek van 27 augustus 2010. Ieder thema bestaat uit een aantal (deel)onderwerpen. In dit hoofdstuk geeft de inspectie per onderwerp haar oordeel weer in vier gradaties: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' of 'zeer hoog risico'. Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

Onderwerpen die niet in het instrument aan bod komen, maar naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg binnen uw instelling, benoemt de inspectie in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

### 2.2 Zorg(behandel)-/leefplan

| nummer | onderwerp                            | Oordeel juni 2011 |               |             |                  | Oordeel augustus 2010 |
|--------|--------------------------------------|-------------------|---------------|-------------|------------------|-----------------------|
|        |                                      | geen risico       | gering risico | hoog risico | zeer hoog risico |                       |
| 1      | zorg(behandel)-/leefplansystematiek  |                   |               | ✓           |                  | hoog risico           |
| 2      | individueel zorg(behandel)-/leefplan |                   |               | ✓           |                  | hoog risico           |

#### toelichting per onderwerp

##### 1 Zorg(behandel)-/leefplansystematiek

Zes zorgdossiers met daarin de zorgleefplannen lagen voor de inspectie klaar ter inzage. De inspectie heeft echter tijdens de rondgang andere zorgdossiers en zorgleefplannen ingezien.

De nieuwe zorgleefplansystematiek is nu in het gehele zorgcentrum geïntroduceerd. Alle cliënten maken per 1 juni 2011 gebruik van een uniform zorgdossier met het daarbij behorende individuele zorgleefplan en nieuwe formulieren.

Er is een op schrift gestelde handleiding voor het gebruik van zorg(behandel)-/leefplannen. Deze zitten voorin de zorgdossiers. Echter uit dossieronderzoek blijkt dat nog niet overal conform de nieuwe zorgleefplansystematiek gewerkt wordt. Er zijn veel formulieren die niet worden gebruikt of zijn ingevuld.

In de beschreven zorgplansystematiek zijn tekortkomingen te zien ten aanzien van de multidisciplinairiteit van het zorgleefplan en zorgdossier. De praktische en daadwerkelijke uitwerking is namelijk onvoldoende multidisciplinair en wordt niet conform de opzet van de systematiek uitgevoerd.

*Toevoeging bestuurder: "Evenals u hechten wij groot belang aan multidisciplinair overleg. Feitelijk vinden wij, dat bijna ieder overleg over een cliënt multidisciplinair moet zijn, alhoewel niet altijd alle disciplines, maar slechts de voor de te bespreken zaken relevante disciplines, hierbij aanwezig hoeven te zijn. Om dit te benadrukken hebben wij de term MDO grotendeels losgelaten en praten*

*wij bijna alleen nog maar over clientoverleg. Het kan zijn, dat u daardoor ten onrecht de indruk heeft gekregen, dat geen MDO's worden gehouden."*

In de beschreven zorgplansystematiek zijn tekortkomingen te zien t.a.v. de betrokkenheid van de cliënt. Cliënten worden niet of te weinig uitgenodigd voor multidisciplinaire overleggen (MDO's). Waar nodig is niet duidelijk omschreven in het zorgleefplan hoe het staat met de wilsonbekwaamheid van de cliënt, en voor welk onderdeel dat geldt. Medewerkers in de zorgverlening zijn te onbekend met het nut en noodzaak van de betrokkenheid van de cliënt in de systematiek.

In de beschreven zorgplansystematiek zijn tekortkomingen te zien t.a.v. evaluaties en bijstelling. Omdat er niet regelmatig MDO's of cliëntbesprekingen worden gehouden, bleken zorgproblemen en -doelen ook weinig structureel geëvalueerd of aangepast.

*Toevoeging van bestuurder: "Vanaf april 2011 worden op de revalidatieafdeling wekelijks MDO's gehouden. Op andere afdelingen hadden wij al geconstateerd, dat MDO's te vaak niet doorgingen. Een probleem, wat hier onder andere speelde, was de matige beschikbaarheid van de specialisten ouderengeneeskunde voor deze overleggen, waardoor te vaak ook geplande overleggen niet doorgingen. Wij hebben daarom begin mei 2011 de instructie gegeven dat geplande MDO's en cliëntoverleggen in principe altijd doorgang moeten vinden. Als een betrokken dienstverlener, verzorgende of (para-)medicus niet kan, moet hij zich laten vervangen. Op verpleegafdeling in Buitenveldert vinden al enige tijd MDO's plaats zij het niet structureel."*

In de beschreven zorgplansystematiek zijn geen tekortkomingen te zien t.a.v. verantwoordelijkheidstoedeling. De PB-er heeft ongeveer 15 cliënten toegewezen gekregen, is aanspreekpersoon voor de cliënt en/of vertegenwoordiger en coördineert de continuïteit van zorg rondom de cliënt. PB-ers uiten zich tevreden over hun rol naar de cliënt toe.

In de beschreven zorgplansystematiek zijn tekortkomingen te zien t.a.v. verslaglegging. Er wordt niet systematisch gewerkt en als zodanig gerapporteerd. Het rapporteren van de zorgmedewerkers in de zorgdossiers is niet verbeterd. Van de mondelinge cultuur van overgedragen en weinig vastleggen is nog steeds sprake. Voor het vorige inspectiebezoek (ruim tien maanden geleden) hadden medewerkers scholing gehad in de zorgleefplansystematiek, maar toen was deze nog niet geheel ingevoerd. Deze systematiek is nu aanwezig, maar zorgverleners hebben geen recente (na het laatste inspectiebezoek van 27 augustus 2010) scholing hierover gehad. Daarbij waren de meeste toenmalige EVV-ers en PB-ers geschoold, maar niet andere medewerkers die ook moeten rapporteren.

Van een steekproefsgewijze structurele toetsing van de zorg(behandel)-/leefplannen, conform de voortgangsrapportage, door de unitmanagers van de zorgdossiers is het nog niet gekomen. Dit komt mede door de pas onlangs aangenomen unitmanager van de meerzorgafdeling.

De inspectie scoort dit onderwerp op hoog risico. De zorgleefplansystematiek functioneert niet in de praktijk. De systematiek schiet tekort als deze niet in zijn geheel als zodanig gebruikt wordt. Aan de voorwaarden wordt weliswaar voldaan: er zijn goede afspraken en er kan mee gewerkt worden. Echter in de praktijk is er geen controle of toetsing van de nagekomen afspraken en niet nagekomen afspraken worden niet gecorrigeerd. Daarbij heeft nascholing van de zorgleefplansystematiek in het algemeen niet recent plaats gevonden en tevens heeft er in zijn geheel nog geen scholing plaats gevonden bij een deel van de medewerkers.

## 2 Individueel zorg(behandel)-/leefplan

Er is een zorg(behandel)-leefplan per individuele cliënt (in definitieve vorm uiterlijk zes weken na inhuizing).

Er zijn zorg(behandel)-/leefplannen per cliënt, maar deze voldoen inhoudelijk niet aan de in de norm omschreven eisen (volledig en actueel) en kunnen daarom

onvoldoende dienen als basis voor de zorgverlening. De zorgleefplannen worden niet bijgehouden en zijn niet volledig. De zorgleefkaarten (met ADL-gegevens) zijn ingevuld. De CIZ-indicaties zijn volgens medewerkers niet allemaal op orde. Informatie over zorgafspraken en het vervolg hierop is niet opgenomen in het zorg(behandel)/-leefplan. Men werkt niet methodisch; er wordt niet gerapporteerd aan de hand van zorgproblemen en -doelen. Niet alle disciplines maken gebruik van het zorgdossier waardoor de uitvoering van gemaakte afspraken niet zichtbaar zijn en het verloop van de continuïteit van de zorgverlening hier onduidelijk is. Bij een steekproef van de inspectie in de zorgdossiers bleek dat de activiteitenbegeleiding en enkele paramedici wel rapporteren in het zorgdossier. Instructie en/of opdrachten van (para)medici staan niet vermeld in het zorg(behandel)/-leefplan. De specialisten ouderengeneeskunde (SOG's) kennen de zorgleefplannen niet.

*Toevoeging bestuurder: "Wat niet altijd goed verloopt is de afstemming tussen het behandelplan (van de SOG) en het zorgleefplan (gemaakt door de zorg)."*

Communicatie tussen de verzorgenden en de specialisten ouderengeneeskunde vindt plaats via een schriftje. Dit dient echter in het zorgdossier genoteerd te worden. Visites worden door SOG vaak alleen gelopen of met een willekeurige of beschikbare verzorgende.

SOG's hebben het laatste half jaar zelden MDO's gehouden. De SOG's en verzorgenden hebben onlangs van hun unitmanager een planningsoverzicht ontvangen van een half jaar. Bij deze overlegvorm ontbreekt het nu aan structuur, er is geen voorzitter aangewezen.

Instemming van cliënten is terug te vinden in zorg(behandel)/-leefplan. De zorgleefplannen zijn ondertekend door de cliënt of diens (wettelijk) vertegenwoordiger.

De betrokkenheid van de cliënt bij het zorgleefplan is beperkt in de werkelijkheid, ook bij de MDO's. Men verwacht dat dit met de komst van de PB-ers verbetert, maar ten tijde van het inspectiebezoek is hier op schrift nog nauwelijks iets van terug te vinden.

Het (dagelijks) gebruik van zorg(behandel)/-leefplannen wordt niet getoetst. Unitmanagers willen dit snel gaan uitvoeren.

In de verpleegpost was ook een kar met zorgdossiers vrij toegankelijk. De dossiers bevatten privacygevoelige informatie van cliënten die niet toegankelijk mogen zijn voor onbevoegden.

Een cliënt met wie de inspectie heeft gesproken ervaart zich in zorgcentrum Beth Shalom "Thuis, weg van huis". Aan cliënten worden op het gebied van welzijn een ruim en divers aanbod aan activiteiten aangeboden.

Sinds het vorige inspectiebezoek van augustus 2010 heeft er wel een inhaalslag plaats gevonden door het aanwezig zijn van een individueel zorgleefplan voor iedere cliënt, maar de daarbij behorende werkwijze is nog onvoldoende geïmplementeerd. De kwaliteit van de zorgverlening voor de cliënt (afspraken over de zorg aan de cliënt) is hierdoor niet aantoonbaar verbeterd.

Het systematisch werken met aandacht voor continuïteit van zorg en vastlegging van de zorgproblemen van een cliënt en rapportage hierover vindt nog te weinig en niet eenduidig plaats. De eisen die het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg stelt worden niet gehaald omdat de zorgleefplannen nog niet voldoende zijn ingevuld, registraties niet volledig zijn, rapportage niet voldoende is, multidisciplinairiteit ontbreekt, betrokkenheid van de cliënt hierin te weinig is en daardoor de continuïteit van zorg in gevaar kan komen. De inspectie scoort dit onderdeel opnieuw als hoog risico.



### 2.3 **Zorginhoudelijke veiligheid**

| onderwerp |  | Oordeel juni 2011 |               |             |                  | Oordeel augustus 2010 |
|-----------|--|-------------------|---------------|-------------|------------------|-----------------------|
|           |  | geen risico       | gering risico | hoog risico | zeer hoog risico |                       |
| 1         | decubituspreventie en -behandeling           |                   | ✓             |             |                  | hoog risico           |
| 2         | vocht en voeding                             |                   |               | ✓           |                  | zeer hoog risico      |
| 3         | valpreventie                                 |                   |               |             | ✓                | hoog risico           |
| 4         | infectiepreventie en -behandeling            |                   |               |             | ✓                | zeer hoog risico      |
| 5         | diagnostiek en behandeling bij incontinentie |                   |               |             | ✓                | hoog risico           |
| 6         | zorg voor cliënten met gedragsproblemen      |                   | ✓             |             |                  | gering risico         |

#### **toelichting per onderwerp**

##### 1 Decubituspreventie en –behandeling

Beth Shalom beschikt over een nieuw preventieprotocol huidletsel (mei 2011), waarin de preventie van decubitus en vochtletsels; incontinentieletsel en smetten zijn beschreven. Het protocol is gebaseerd op de meest recente richtlijnen. Daarnaast zijn er twee documenten van Vilans beschikbaar over smetten (van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging en van het KITZ documentenbeheerssysteem). Het aanbod van deze verschillende documenten kan onduidelijkheid scheppen bij medewerkers. Daarbij is het decubitusbeleid van de Zonnehuisgroep overgenomen. Hiermee werden eerdere hiaten ondervangen. Het is echter niet bekend welk protocol nu van de Zonnehuisgroep is overgenomen. Er is inmiddels een decubituscommissie opgericht die drie keer bij elkaar is geweest. Niet wegdrukbaar roodheid wordt systematisch geobserveerd. Effectieve preventieve hulpmiddelen zijn inzetbaar. Decubitus wordt geregistreerd. Per maand wordt er een decubitusprevalentiemeting gedaan. De wijze van meten en rapporteren is geëvalueerd in het managementteam en aangepast.

Er vindt scholing of toetsing van de kennis en vaardigheden plaats in de vorm van themabijeenkomsten. Niet iedereen heeft scholing gehad in vochtletsels en wondverzorging en/of informatie en instructie over het nieuwe decubitusbeleid en bijpassende werkwijze ontvangen.

Individuele afspraken met betrekking tot preventie/behandeling van decubitus zijn in het zorgleefplan opgenomen. In enkele onderzochte zorgdossiers zijn decubituscoreformulieren aangetroffen.

De diagnose, behandeling en/of evaluatie van decubitus wordt multidisciplinair aangepakt met behulp van een praktijkverpleegkundige en/of specialist ouderengeneeskunde.

Het oordeel is voor dit onderwerp is gering risico, ondanks de aanwezigheid en aanpak van de praktijkverpleegkundige en de aanwezigheid van een recent

decubitusprotocol, conform de veldnormen gestelde eisen. Het geringe risico is nog aanwezig vanwege de nog deels onbekendheid onder de medewerkers over de beschikbaarheid van dit nieuwe protocol en de aangepaste werkwijze en beleid.

## 2 Voeding en vocht

Er is geen protocol aangetroffen dat voldoet aan de eisen.

De SNAQ-methode (Short Nutritional Assessment Questionnaire) en "Meten is weten"-posters (informatie voor medewerkers over hoeveelheid en kwaliteit van voeding) zijn ingevoerd.

Het gewicht van cliënten wordt geregistreerd. Het weegprotocol was al aanwezig, maar blijkt nu geïmplementeerd. Iedere cliënt wordt maandelijks gemeten. Het gewicht wordt in het zorgdossier genoteerd en wordt doorgegeven aan de diëtiste. De verzorging heeft regelmatig contact met de diëtiste. De unitmanagers controleren de uitvoering hiervan.

De commissie Vocht en Voeding heeft verbeteradviezen aan het management opgesteld welke deels zijn overgenomen. Zo is er een tussentijdse verstrekking in de middag (het extraatje) waardoor maaltijden voldoende gespreid worden over de dag.

Er is voldoende tijd voor hulp bij maaltijden en drinken.

Er lijkt voornamelijk voldoende bekwaam personeel aanwezig te zijn voor hulp bij eten en drinken. Er vindt scholing of toetsing van de kennis en vaardigheden t.a.v. (helpen bij) vocht en voeding plaats. Er zijn namelijk themabijeenkomsten geweest over vocht en voeding. Medewerkers hebben van de diëtiste voorlichting gehad over verantwoorde voeding en de SNAQ-methode. Maar van een geheel bekend en operationeel vocht- en voedingsbeleid bij de medewerkers in de zorgverlening is nog steeds geen sprake.

Het is onbekend of cliënten voldoende worden voorzien van vocht. Er is een hitteprotocol aanwezig met aandacht voor extra vochtvoorziening.

Individuele afspraken t.a.v. vocht en voeding blijken niet in het zorgleefplan opgenomen. Er is geen SNAQ-registratie aangetroffen in de bestudeerde zorgdossiers.

De diagnose, behandeling en/of evaluatie m.b.t. vocht en voeding wordt niet multidisciplinair aangepakt. Disciplines hebben onderling wel contact met elkaar, maar dergelijk overleg vindt meestal bilateraal plaats (arts/diëtist of verzorging/diëtist) in plaats van multidisciplinair. De weerslag van dergelijk overleg zijn niet (voldoende) in het zorgdossier terug te vinden, of niet multidisciplinair besproken of met cliënt dan wel vertegenwoordiger afgestemd.

Zowel voor de kwaliteit van leven als de kwaliteit van de verzorging bij kwetsbare ouderen is een duidelijk en aanwezig, compleet en geïmplementeerd vocht- en voedingsbeleid essentieel. De inspectie beoordeelt dit onderwerp met een hoog risico.

## 3 Valpreventie

Het valpreventiebeleid is nog niet geïmplementeerd in de organisatie. Er is een concept valpreventiebeleid (juni 2011) in Beth Shalom aangetroffen dat gebaseerd is op de landelijke richtlijn valpreventie.

Er vindt registratie van valincidenten plaats, ook bij de MIC-commissie (Meldingen Incidenten Cliënten). De inspectie heeft één melding van een valcalamiteit ontvangen op de locatie Buitenveldert. De externe meldingsprocedure/meldplicht aan de inspectie is niet bekend bij de gesprekspartners.

In Beth Shalom ligt de valevaluatie en -preventie bij de fysiotherapie. Het valrisicoformulier is slechts beschikbaar voor de afdeling fysiotherapie en is onbekend bij de zorgmedewerkers. Bij het merendeel van de medewerkers in de zorgverlening is het valpreventiebeleid niet bekend. Daarmee is de implementatie

en boring van de valevaluatie en –preventie bij de zorgverlening onvoldoende verzekerd. Zorgpersoneel is onvoldoende bekwaam en geschoold hiervoor. In het algemeen worden er nog geen valrisico-inventarisaties gedaan bij cliënten. Alleen nieuwe opnames worden vanaf juni 2011 met behulp van het valrisicoformulier gescreend. Bij de dossierinzage is ook een zorgdossier ingezien van een nieuw opgenomen cliënt; hierin was echter geen ingevulde valrisicoscorelijst te vinden.

Individuele afspraken staan in het zorgplan, maar de diagnose, behandeling en/of evaluatie worden niet multidisciplinair aangepakt. Dit komt omdat de MDO's pas sinds kort plaats vinden.

Medicatiegebruik (een risico-aspect) wordt op het (FRSA) valrisicoformulier meegenomen.

Beth Shalom scoort op dit onderwerp nu zeer hoog risico omdat er geen valpreventiebeleid, valprotocol of valrisicoformulier bekend is bij de medewerkers, de werkwijze nog niet bekend is onder de zorgmedewerkers c.q. wordt toegepast en scholing onder medewerkers nog steeds niet heeft plaats gevonden.

#### 4 Infectiepreventie en - behandeling

Beth Shalom heeft recent een hygiënecommissie opgezet, welke een beleidsplan heeft opgesteld. De taken en scholingsactiviteiten dienen nog verder uitgewerkt te worden. Er is contact met een ziekenhuishygiënist (van de GGD) die structureel bij de infectiecommissie wordt betrokken.

Er zijn geen (eigen interne) hygiënekwaliteitsmedewerkers aangesteld/aangewezen. Beth Shalom maakt gebruik van de uitvoeringsprotocollen van Vilans middels een abonnement. De relevante onderwerpen uit de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) zijn verwerkt in handelingsgebonden protocollen. Medewerkers kennen echter geen interne handelingsprotocollen of WIP-richtlijnen.

Het naleven van de aanwezige infectiepreventieprotocollen wordt niet periodiek getoetst in de organisatie.

In Beth Shalom, locatie Buitenveldert is een uitbraak van legionella geconstateerd.

Hiervoor was een bruikbaar protocol aanwezig. Dit protocol is na de uitbraak geëvalueerd en met name op het gebied van communicatie aangepast.

Medewerkers blijken toch nog onvoldoende voorbereid bij een infectie-uitbraak, niet op de hoogte van hoe te handelen en waar men de juiste informatie vandaan kan halen. Recente infectie-uitbraken laten zien dat kwaliteitsverbeteringen noodzakelijk zijn en de risicoscore gehandhaafd blijft.

De inspectie beoordeelt het onderwerp infectiepreventie en -behandeling daarom wederom met een zeer hoog risico.

#### 5 Diagnostiek en behandeling van incontinentie

Er is geen protocol aanwezig dat voldoet aan de eisen. Interne richtlijnen voor diagnostiek en behandeling bij incontinentie van cliënten in Beth Shalom zijn niet beschikbaar. Er is geen beleid bekend bij de medewerkers en aanwezig in de zorginstelling inzake de diagnostiek en behandeling van cliënten met incontinentie. Volgens de voortgangsrapportage zouden zorgmedewerkers per juni 2011 een mictiedagboek bij moeten houden voor elke nieuwe cliënt. In de gereedliggende dossiers is dit niet gerealiseerd. Nog niet alle PB-ers zijn ingewerkt. Niet iedereen blijkt van deze maatregel op de hoogte.

Er is onvoldoende bekwaam personeel voor incontinentiepreventie, diagnostiek, behandeling en evaluatie.

Registratie van incontinentie vindt plaats in de LPZ-meting (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen).

De praktijkverpleegkundige heeft overleg en contact met twee leveranciers van incontinentiemateriaal, echter dit is in principe niet onafhankelijk en preventiezorg valt hierbuiten.

Individuele afspraken zijn in het zorgleefplan opgenomen op de zorgleefkaart. Diagnose, behandeling en/of evaluatie worden niet multidisciplinair aangepakt. De specialist ouderengeneeskunde wordt niet standaard betrokken bij (beginnende) incontinentie.

De score uit het vorige inspectiebezoek was hoog risico, maar voor de kwetsbare cliënten met een hoge ZZP's die woonachtig zijn in het zorgcentrum kan het handhaven van een situatie zonder incontinentiebeleid steeds risicovoller worden vooral bij andere aanwezige zorgproblemen. Omdat bij dit onderwerp nauwelijks randvoorwaarden geregeld zijn en daarbij niet operationeel zijn, scoort Beth Shalom op dit onderwerp zeer hoog risico.

De actiepunten uit het plan van aanpak van november 2010 zijn niet gehaald. De combinatie van de zorgproblemen zoals decubitus, vocht en voeding en incontinentie zijn zeer risicovol als deze niet goed ingebed zijn in een kwaliteitssysteem en niet bekend zijn bij en niet uitgevoerd worden door de medewerkers.

#### 6 Zorg voor cliënten met probleemgedrag

Het protocol voldoet aan de eisen; er is een nieuw protocol ontwikkeld betreffende het omgaan met probleemgedrag bij cliënten (februari 2011) gebaseerd op landelijke multidisciplinaire richtlijnen van gedragsproblemen bij cliënten.

Dit protocol zou geïmplementeerd worden zodra de unitmanagers van start zijn gegaan. Omdat deze pas recent volledig in functie zijn is dit protocol nauwelijks nog bekend bij de medewerkers.

Probleemgedrag wordt geregistreerd. Incidenten met probleemgedrag worden aan de MIC-commissie gemeld.

Er vindt voldoende diagnostisch onderzoek plaats bij probleemgedrag, onder andere door de praktijkverpleegkundige en arts. De diagnose, behandeling en/of evaluatie wordt enigszins multidisciplinair aangepakt. Dit kan sterk verbeterd worden als het een cliënt in het MDO wordt besproken.

Er heeft recent geen scholing of toetsing van de kennis en vaardigheden plaats gevonden. Slechts de werkwijze op basis van de oude losse protocollen is bij de medewerkers bekend vanwege eerdere scholingen.

Individuele afspraken en benaderingswijzen worden in het zorgleefplan genoteerd. Het onderwerp probleemgedrag wordt als gering risico beoordeeld vanwege de nog niet ingevoerde implementatie en scholing/toetsing over dit onderwerp.

## 2.4

### Voldoende en bekwaam personeel

| onderwerp                                    | Oordeel juni 2011 |               |             |                  | Oordeel augustus 2010 |
|--|-------------------|---------------|-------------|------------------|-----------------------|
|  | geen risico       | gering risico | hoog risico | zeer hoog risico |                       |
| 1 personele inzet afgestemd op doelgroep     |                   | ✓             |             |                  | gering risico         |
| 2 professionele kwaliteit van de medewerkers |                   |               |             | ✓                | hoog risico           |

#### toelichting per onderwerp

1 Personele inzet afgestemd op doelgroep

Beth Shalom heeft berekend wat de actuele personeelsbezetting is ten opzichte van de normformatie welke afgestemd is op de aanwezige doelgroepen. Het management heeft een beleidsstuk beschreven over de keuze van de personeelsinzet en -kwaliteit ten opzichte van de aanwezige cliëntendoelgroepen. Capaciteitplanning vindt plaats op basis van ZZP's. De instelling/afdeling weet of de streefbezetting gehaald wordt. De cliëntencategorieën zijn zeer divers en bevatten bijna alle ZZP-categorieën. ZZP-invulling wordt door een geïnstrueerde medewerker uitgevoerd. Dienstlijsten van medewerkers op de afdelingen en/of overzichten van medewerkers die bereikbaarheidsdienst hebben zijn actueel. Er is geen garantie dat het benodigde personeel altijd beschikbaar is of binnen de gestelde termijn beschikbaar is. De dienstlijstbezetting (= korte termijn planning personeel) wordt in de praktijk niet altijd gehaald. Dit wordt veroorzaakt door een ziekteverzuim van rond de 10%. Om zorg te kunnen bieden wordt er gebruik gemaakt van uitzendkrachten. De gemiddelde leeftijd van de medewerkers ligt rond de 50. Onlangs werd op een afdeling personeel ingezet die geheel onbekend was met de desbetreffende cliënten; zonder enige zorginhoudelijke sturing of prioritering. Onder meer de diabeteszorg kwam daardoor ernstig in het gedrang. De inspectie oordeelt dit onderwerp als gering risico vanwege het hoge ziekteverzuim en het inzetten van uitzendkrachten zonder nadere zorginhoudelijk en cliëntgebonden instructie wat vooral in een onrustige organisatie risicovol kan zijn.

## 2 Professionele kwaliteit van medewerkers

Er is een structureel scholingsbeleid aanwezig voor de BIG-scholing, maar nog in ontwikkeling voor zorginhoudelijke onderwerpen. De scholing betreffende risicovolle en voorbehouden handelingen bij cliënten is voldoende ingebed in de organisatie. Echter als er wordt gekeken naar het werken conform de meest recente ontwikkelingen in de zorgsector en volgens het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg blijkt er sprake van een achterstand vooral met het oog op de cliënten met hoge ZZP's. Het feit dat zich in de afgelopen periode bij herhaling zeer ernstige calamiteiten konden voordoen op het gebied van urineretentie is in lijn hiermee. Bij twee cliënten is veel te laat een zeer grote hoeveelheid urineretentie ontdekt waardoor ziekenhuisopname noodzakelijk was. Verzorgenden hadden door gedegen observatie van de cliënten, palpatie van de buik en regelmatige controle van de lichaamsfuncties (pols, tensie en temperatuur) dit wellicht kunnen voorkomen. Er wordt onvoldoende vakbekwaam gewerkt. Zowel medewerkers ondernemen weinig actie om hun professionele werkwijzen state-of-the-art te houden, maar ook Beth Shalom blijkt niet op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen in de ouderenzorg en bijbehorende recente richtlijnen en ondersteunt haar medewerkers hierin onvoldoende. Er is nauwelijks vakliteratuur beschikbaar of worden geen lidmaatschappen van beroepsverenigingen gefaciliteerd. De deskundigheidsbevordering/scholing is nog niet afgestemd aan de recente standaarden, de zorgzwaarte en zorgvraag van de zeer divers aanwezige doelgroepen, de problematiek van de cliënten en de visie van de organisatie. Een dergelijk scholingsbeleid is niet structureel ingebed in de organisatie. Evenmin zijn medewerkers extra geschoold in kennis en vaardigheden voor de komst van de nieuwe revalidatiecliënten in het zorgcentrum. Het meerjarscholingsplan is tijdens het inspectiebezoek aangetroffen. De scholingsbehoefte wordt niet structureel geïnventariseerd. Het laatste half jaar hebben medewerkers wel enige scholing ontvangen. De zorginstelling heeft themabijeenkomsten georganiseerd op enkele zorginhoudelijke gebieden waardoor er enigszins een achterstand is ingehaald. Echter dit is niet voldoende gebleken om de aanwezige grote kennisachterstand en actualiteit in te halen.

Een bewakingssysteem dat aangeeft wanneer medewerkers weer getoetst/geschoold dienen te worden is aanwezig voor de BIG-scholingen, maar dit ontbreekt voor overige scholingsonderwerpen.

Beth Shalom beoogt met de vervanging van de EVV-ers door PB-ers (die slechts twee maal vier uur per week meewerkend zijn) het peil van de zorgcoördinatie te verhogen. Bij deze reorganisatie heeft dit bij een deel van de medewerkers weerstand opgeroepen, die samenwerking niet ten goede komt. Medewerkers die geen PB-er zijn voelen zich niet meer verantwoordelijk voor de cliëntenzorg. De kans op het ontstaan van risico's in de zorgverlening van cliënten neemt zo toe. Het hoge risico van het vorige inspectiebezoek is zeer hoog risico geworden. Dit omdat scholing in Beth Shalom, locatie Buitenveldert, met uitzondering voor de BIG-scholingen, nauwelijks wordt gegeven. De verpleging/verzorging werkt onvoldoende vakbekwaam voor wat betreft de basiszorg als volgens de laatste ontwikkelingen in de ouderenzorg. Het meerjarenscholingsplan nog niet is vastgesteld en concrete cyclische scholingsactiviteiten zijn nog niet van start zijn gegaan.

## 2.5 Overige onderwerpen

| onderwerp |                         | Oordeel juni 2011                     |
|-----------|-------------------------|---------------------------------------|
| 1         | Medicatieveiligheid     | Verhoogde kans op onverantwoorde zorg |
| 2         | Melden van calamiteiten | Verhoogde kans op onverantwoorde zorg |

### toelichting per onderwerp

#### 1 Medicatieveiligheid

Het medicatieveiligheidsbeleid in Beth Shalom is op enkele onderdelen onderzocht. Tijdens de rondgang door het zorgcentrum werd de deur van de verpleegpost open aangetroffen. In de verpleegpost stond een medicijnkar en deze was niet afgesloten. De medicijnen waren vrij toegankelijk. Ook waren bovenop de medicijnkar al medicijnen klaargelegd voor de volgende uitdeelronde. Onafgesloten medicijnkarren en medicijnkasten en op de kar staande medicatie maken het voor onbevoegden mogelijk om deze medicijnen weg te nemen.

De medicijnkarren op de gang waren wel afgesloten.

Op een medicatie-aftekenlijst waren diverse geneesmiddelen niet afgetekend terwijl deze wel uit de baxterrol waren gehaald. Dit bleek een verzorgende vergeten te zijn. Dit gedrag is risicovol voor de cliëntenzorg.

Zalven en smeersels blijken niet vaak te worden afgetekend op de aftekenlijsten.

Op enkele afdelingen werden losse en hele medicijnen (pillen) aangetroffen in plastic doseerpotjes met en zonder deksel. Op alle potjes stond geen cliëntnaam beschreven.

Ook was er niet op naam gestelde voorraad Lorazepam 2,5 mg in de voorraadkast aanwezig. Daar lagen tevens verlopen naalden met expiratiedatum uit 2009.

De hesjes die gedragen kunnen worden tijdens het medicatie uitzetten en uitdelen worden in de praktijk weinig gebruikt door de medewerkers. Medewerkers erkennen dat bij minder verstoring tijdens medicatie uitzetten en uitdelen, de kans op het maken van medicatiefouten werd verminderd.

Uit de overzichten van de MIC-commissie blijkt dat controle door een tweede medewerker van uitgezette medicatie niet gebeurt, terwijl dit wel verplicht is.

Zie hiervoor het rapport: "Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen" op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

## 2. Melden van calamiteiten

Calamiteiten zoals de enorme urineretentie bij twee cliënten, die leidde tot een ziekenhuisopname, beschreven in hoofdstuk 2 bij paragraaf 2.4 onder onderwerp 2, zijn door medewerkers niet gemeld aan de MIC-commissie. De organisatie heeft deze calamiteiten niet intern geëvalueerd om hieruit de noodzakelijke verbeterlessen te leren om werkwijze en werkprocessen aan te kunnen passen. Deze cultuur van werken is schadelijk voor de cliënten, professionals en de organisatie. Medewerkers zijn zich hiervan ofwel niet bewust ofwel kiezen te weinig voor een actieve kritische leerhouding. De zorgorganisatie heeft dit te lang geaccepteerd of staat hiervoor niet open en heeft achterwege gelaten om hiervoor een oplossing te zoeken. Bij medewerkers dient de noodzaak tot kwaliteitsverbetering voorrang te krijgen in plaats van (angst voor) repressie en vergelding.

In de Kwaliteitswet is geregeld dat calamiteiten gemeld dienen te worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De inspectie waarschuwt de bestuurder dat het achterwege laten van deze meldingen strafbaar is gesteld (Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving en volksgezondheidswetgeving). Vanaf 1 januari 2011 handhaaft de inspectie hierop.

## 3 Beschouwing en conclusie

### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de inspectie op de vier thema's oordeelt over Beth Shalom, locatie Buitenveldert. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend en concluderend karakter. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft de inspectie haar conclusie.

### 3.2 Beschouwing

#### *3.2.1 Nadelige organisatieomstandigheden in periode augustus 2010 t/m juni 2011*

In de periode vanaf augustus 2010 tot en met juni 2011 hebben er zich binnen Beth Shalom en binnen Beth Shalom, locatie Buitenveldert in het bijzonder een aantal organisatieveranderingen voorgedaan. Deze veranderingen veroorzaakte onrust en weerstand bij een aantal medewerkers. Medewerkers ervaren onduidelijkheid over de te nemen stappen en communicatie onderling.

De veranderingen waren ondermeer:

- Als gevolg van het niet verlengen van de aanstelling van de adjunct-directeur zorg, is per 15 juni 2011 een vacature ontstaan. De adjunct-directeur zorg is belast met het locatiemanagement van de Beth Shalom, locatie Buitenveldert. Daarnaast was deze functionaris eindverantwoordelijk voor diverse verbeterplannen met betrekking tot zorgleefplannen en de zorginhoudelijke veiligheid.
- De teamleiders zijn vervangen door twee unitmanagers.
- De functie Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV-ers) is omgezet naar de functie Persoonlijk Begeleider (PB-ers). Ten tijde van het inspectiebezoek bestaan nog enkele vacatures PB-er.
- Beth Shalom, locatie Osdorp is verhuisd naar nieuwe huisvesting: Beth Shalom, locatie Amstelveen. Enkele medewerkers van Beth Shalom, locatie Buitenveldert zijn op de locatie Amstelveen gaan werken.

Alhoewel de functie PB-er door cliënten en de meeste medewerkers als een goede stap richting meer coördinatie in de zorg wordt gezien, voelden sommige medewerkers zich minder verantwoordelijk voor de directe cliëntenzorg. Zij gingen zich hier ook naar gedragen.

Daarbij voelden medewerkers zich overvallen door de veranderingen die mede door de rapportage van de inspectie en naar aanleiding van de audit van de HKZ werden veroorzaakt.

Ten slotte speelt ook mee dat Beth Shalom de kritische grenzen heeft bereikt wat betreft de financiële omstandigheden.

#### *3.2.2 Voorwaarden voor zorginhoudelijke veiligheid zijn onvoldoende aanwezig*

#### **Zorgleefplan is onvoldoende als basis voor de dagelijkse zorgverlening en multidisciplinaire samenwerking**

In het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg is onder meer vastgelegd dat een zorgverlener methodisch en resultaatgericht werkt volgens het zorg(behandel)-/leefplan.

De rode draad van het inspectiebezoek in augustus 2010 aan Beth Shalom, locatie Buitenveldert was dat medewerkers cliëntgebonden zorggerelateerde informatie



voornamelijk met elkaar bespreken; er bleek weinig genoteerd te worden op afsprakenformulieren of gerapporteerd te worden in het zorg(behandel)-/leefplan. Deze situatie blijkt tijdens het bezoek van juni 2011 niet wezenlijk verbeterd (zie bevindingen in hoofdstuk 2). De huidige werkwijze van voornamelijk mondeling overdragen, weinig lezen en schrijven is ongewijzigd gebleven. Nog steeds is het verloop van de zorgverlening en behandeling niet navolgbaar. De zorgverlening dient toetsbaar te zijn. Rapportage over wat gedaan wordt is een onderdeel van het toetsbaar opstellen van medewerkers. De rapportage is kwalitatief onvoldoende.

Het zorg(behandel)-/leefplan is naast ondersteuning aan de directe (monodisciplinaire) zorgverlening ook een basis voor de multidisciplinaire samenwerking. In een AMVB1 is vastgelegd dat het zorgleefplan niet alleen de doelen moet beschrijven, maar ook op welke manier de doelen worden bereikt en wie welke onderdelen van het zorgplan uitvoert.

In de aangetroffen zorg(behandel)-/leefplannen is dit niet terug te vinden. In Beth Shalom, locatie Buitenveldert wordt de zorgverlening vooral in bilaterale overleggen besproken. De afspraken worden niet altijd in het zorg(behandel)-/leefplan opgenomen. Andere disciplines/medewerkers zijn dan niet op de hoogte. Regelmatig terugkerende en volgens een (vaste) structuur verlopende multidisciplinaire overleggen, waarbij de afspraken en de rapportages in het zorg(behandel)-/leefplan uitgangspunt zijn, zijn geen standaard. Zo mogelijk zou de (wettelijk vertegenwoordiger van de) cliënt bij dit overleg aanwezig moeten zijn. De verbetering sinds augustus 2010 is niet voldoende.

### **Het kwaliteitssysteem is onvolledig en is onvoldoende basis voor zorginhoudelijk veilige zorg**

De Kwaliteitswet zorginstellingen schrijft voor dat instellingen een kwaliteitssysteem moeten hebben. Het systeem moet het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. Daarnaast is in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg beschreven dat de zorgverlener richtlijnen/protocollen toepast, die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, geautoriseerde, algemeen aanvaarde standaarden. In een protocol/richtlijn geeft de zorgaanbieder aan wat hij van zijn medewerkers verwacht. Hij geeft hiermee duidelijkheid aan cliënten, biedt een basis aan scholing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Zoals in hoofdstuk 2 te lezen is, zijn de huidige kwaliteitsdocumenten/protocollen en richtlijnen zeer divers van opzet. Sommige worden binnen Beth Shalom ontwikkeld, sommigen komen van 'buiten' (bijvoorbeeld van Vilans of de Zonnehuisgroep). Binnen Beth Shalom bestaat ook de neiging om protocollen in eigen huis te (willen) ontwikkelen. De huidige situatie vraagt snelle verbeteringen. Het gebruik maken van kwalitatief goede protocollen die elders ontwikkeld zijn lijkt hierin te passen. Wel moet Beth Shalom ervoor zorgen dat alle kwaliteitsdocumenten onderdeel uitmaken van de eigen kwaliteitscyclus (plan – do – check – act). In de praktijk ontbreekt het namelijk vaak aan een startdatum van een document of een evaluatiedatum of goede implementatie, scholing en dus uiteindelijk een borging in het kwaliteitssysteem.

Over bepaalde zorginhoudelijke onderwerpen (bijvoorbeeld over diagnostiek en behandeling van incontinentie en vocht en voeding) zijn geen protocollen of richtlijnen beschikbaar of aangetroffen. Sommige protocollen zijn niet compleet (multidisciplinairiteit ontbreekt) of zijn niet gebaseerd op landelijke normen. Ook zijn niet alle beschikbare protocollen geïmplementeerd (bijvoorbeeld

1 Besluit van 2 maart 2009, houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg).

probleemgedrag en valpreventie). Het merendeel van de protocollen worden niet standaard geëvalueerd, maken geen onderdeel uit van een cyclisch kwaliteitssysteem. Van de nieuwe protocollen is geen evaluatieplan bekend. Scholing van medewerkers hoort op basis van vastgestelde protocollen plaats te vinden. Dit is binnen Beth Shalom niet vanzelfsprekend. Door het (deels) ontbreken van protocollen/richtlijnen en doordat niet getoetst wordt of medewerkers volgens bestaande protocollen/richtlijnen werken is het voor medewerkers niet duidelijk wat de zorgaanbieder van hen verwacht. In de praktijk zijn bij medewerkers eigen werkwijzen ontstaan. Deze worden niet gecorrigeerd. Het bestaande kwaliteitssysteem is onvoldoende en functioneert niet.

### **Deskundigheid en houding medewerkers vragen nog steeds aandacht**

De aanwezigheid van voldoende deskundigheid, gebaseerd op hedendaagse veldnormen is een van de voorwaarde voor het verlenen van verantwoorde zorg. Ondanks de aanwezigheid van voldoende gediplomeerde medewerkers (op basis van de aanwezige ZZP's van de cliënten) zoals verzorgenden niveau 3, verpleegkundigen niveau 4, specialist ouderengeneeskunde, activiteitenbegeleiders en fysiotherapeuten is er geen sprake van een bij deze deskundigheidsniveaus en veldnormen passende actuele kennis en vaardigheden.

Bij sommige verzorgenden lijkt de basisdeskundigheid niet voldoende te passen bij de zorgproblemen van de cliëntengroep. In een bij dit probleem passende scholing is door Beth Shalom niet voorzien. Gezien de incidenten, het ontbreken van bepaalde protocollen en de beperkte scholing in de afgelopen tijd, lijkt een algemene bij/nascholing over lichaamsfuncties, pathologie in de ouderenzorg, zorginhoudelijke onderwerpen en basisvaardigheden verpleging en verzorging noodzakelijk.

Sommige medewerkers lijken minder gemotiveerd om hun werkwijze te baseren op hedendaagse landelijke protocollen. Hier speelt het ontbreken van (verplichte) scholing en toetsing van kennis en vaardigheden van medewerkers een rol. Een jaarscholingsplan, dat gebaseerd is op een meerjarenscholingsplan, dient leidraad te zijn voor de (verplichte) scholingsactiviteiten voor alle medewerkers.

Bij een aantal medewerkers ontbreekt het aan observatievaardigheden en de daaraan gekoppelde basiskennis om signalen te interpreteren ten behoeve van de verzorging van de cliënt en deze signalen te vertalen naar te ondernemen acties. Eerder in dit rapport is beschreven dat binnen Beth Shalom, locatie Buitenveldert maar zeer beperkt multidisciplinair gewerkt wordt. De combinatie van weinig multidisciplinair werken en de beperkte kennis en basisvaardigheden zorgt voor grote risico's op onverantwoorde zorg. De calamiteiten die zich hebben voorgedaan ondersteunen deze bevinding.

Medewerkers lijken zich (ten delen) niet bewust van deze situatie. Het, ook door het bestuur, blijvend accepteren van deze situatie van werken is niet alleen schadelijk voor de cliënten. Ook de medewerkers ondervinden nadelen. Uit onderzoek<sup>2</sup> blijkt dat permanente confrontatie met nieuwe inzichten, kennis en vaardigheden leidt tot tevreden medewerkers. Ook is in onderzoek<sup>3</sup> aangetoond dat tevreden medewerkers beter voor cliënten zorgen en daarmee de cliënttevredenheid op een hoger peil brengen.

#### *3.2.3 Aansturing medewerkers onvoldoende effectief*

<sup>2</sup> Monitorpeiling van Nivel en anderen (2007) en 'the new magnet-model' (2008).

<sup>3</sup> Herzberg's motivator hygiëne theorie.

Uit de gesprekken wordt duidelijk dat zowel voor de medewerkers als de unitmanagers sturing van de teams van groot belang is. Men heeft behoefte aan controle vanuit de organisatie. Daarbij past dat men elkaar steunt in het vasthouden van gewenst gedrag en afgesproken werkwijzen.

Ten tijde van het inspectiebezoek lijkt de methode eerder op elkaar aanspreken op ongewenst gedrag en elkaar wijzen op het niet volgen van de afspraken. Zo tracht men de noodzakelijke cultuur- en attitudeverandering te bewerkstelligen. Een dergelijke repressieve houding valt in de huidige kritische omstandigheden te begrijpen. Op basis van algemene denkbeelden over organisatie- en cultuur veranderingen is het voor de inspectie de vraag of zo'n benadering voldoende uitnodiging in zich draagt om blijvende veranderingen in gang te zetten is.

Uit gesprekken wordt ook duidelijk dat de bestaande manier van werken al lang wordt geaccepteerd door de bestuurder. Er is al opgemerkt dat sommige medewerkers het moeilijk vinden om hun eigen werkwijze los te laten en te vervangen door een hedendaagse manier van werken. Verandering van cultuur vraagt gedegen sturing op alle niveaus. Ook als er vacatures ontstaan in een lijnfunctie. Het is voor de inspectie niet meer acceptabel dat de kwaliteit van de cliëntenzorg onvoldoende is omdat de aansturing van verbeteringen in gebreke blijft.

#### 3.2.4 *Bevindingen gelden voor gehele Stichting J.A.B.C. Beth Shalom*

In het vorige inspectierapport stond reeds beschreven dat de bevindingen door te trekken waren voor de locatie Buitenveldert als toen de locatie Osdorp, nu de locatie Amstelveen. Tijdens het inspectiebezoek van 21 juni 2011 aan Beth Shalom, locatie Buitenveldert bleken enkele gesprekspartners ook op de locatie Amstelveen te werken of te hebben gewerkt. Duidelijk werd dat documenten die op de locatie Buitenveldert ontbraken, naar grote waarschijnlijkheid ook niet op de locatie Amstelveen aanwezig waren. In de locatie Amstelveen waren geen documenten beschikbaar die men op de locatie Buitenveldert zou kunnen overnemen. Ook werd duidelijk dat op de locatie Amstelveen bepaalde werkwijzen ook onbekend waren en verbeterlagen nog niet aantoonbaar in de cliëntenzorg terug te vinden zijn. De bevindingen en beschouwing van dit inspectiebezoek moet de bestuurder daarom breder doortrekken worden naar de gehele stichting.

### 3.3 **Conclusie**

Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 2 en de beschouwing in dit hoofdstuk concludeert de inspectie dat binnen Beth Shalom, locatie Buitenveldert randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die zeer risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

De plannen van aanpak van 20 oktober 2010 en 15 november 2010 en de voortgangsrapportage 28 maart 2011 lieten op papier enige vooruitgang zien. Echter op cruciale onderdelen van de cliëntenzorg zijn tijdens het inspectiebezoek nog onvoldoende verbeteringen te zien in de praktijk. Dit vindt u terug in de bevindingen van hoofdstuk 2 en de beschouwing in hoofdstuk 3.

De inspectie heeft geen vertrouwen dat de bestuurder de kwaliteitsverbeteringen en cultuurveranderingen, van voldoende kwaliteit, direct in werking kan zetten. Bestaande plannen van aanpak laten in de uitvoering te weinig voortvarendheid en het bestendigen van verbeteringen zien.

De inspectie heeft besloten om *Verscherpt Toezicht* in te stellen bij Beth Shalom, locatie Buitenveldert. De directe cliëntenzorg loopt namelijk gevaar vanwege de (aanhoudende) aanwezigheid van zeer hoge risico's.

Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u directe en concrete maatregelen neemt.

In hoofdstuk 4 staan de te nemen maatregelen.

## 4 Te nemen maatregelen

### 4.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken heeft de inspectie haar oordeel gegeven per onderwerp en een beschouwing over het geheel. Dat alles overziende geeft de inspectie in dit hoofdstuk aan wat zij van u verwacht.

### 4.2 Direct te nemen maatregelen

Een andere wijze van management/besturing is noodzakelijk met kennis en kunde van verandermanagement.

Tevens dient er, bijvoorbeeld door een aangewezen en gespecialiseerd persoon, acute actie ingezet te worden voor intensieve scholing en begeleiding van medewerkers.

Op basis van haar oordeel verwacht de inspectie dat u ten aanzien van de conclusie in paragraaf 3.3 en de onderwerpen die beoordeeld worden met 'zeer hoog' risico direct maatregelen neemt.

Hierover wordt de inspectie graag uiterlijk **1 augustus 2011** schriftelijk geïnformeerd.

### 4.3 Plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk **15 augustus 2011** een plan van aanpak voor alle onderwerpen uit het inspectierapport.

De onderwerpen die met zeer hoog risico en hoog risico zijn beoordeeld dienen daarbij direct tot zeer spoedig concreet aangepakt te worden.

#### 4.3.1 *Eisen ten aanzien van het plan van aanpak*

In een plan van aanpak staat per onderwerp in elk geval helder omschreven:

- welk risico u gaat aanpakken;
- welke resultaten u wilt bereiken (doel, beoogde effecten);
- wat hiervoor nodig is (activiteiten);
- hoe u gaat implementeren;
- hoe u de resultaten gaat monitoren;
- wie waarvoor verantwoordelijk is;
- wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Nadat de inspectie de direct te nemen maatregelen heeft ontvangen, ontvangt u binnen twee weken een reactie.

Nadat de inspectie het plan van aanpak heeft ontvangen, ontvangt u binnen vier weken een reactie.

## Bijlage 1 Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

*Cliëntendossiers, divers.*  
*Protocollenbestand Vilans Beth Shalom, april 2011.*  
*Dienstlijst, juni en juli 2011.*  
*Dienstenoverzicht 2011.*  
*Actieplan cliëntdossier, 13 juni 2011.*  
*Overzicht MIC-Commissie Buitenveldert, april en mei 2011.*  
*Huidletsel: preventieprotocol, mei 2011.*  
*Decubitusprevalentiemeting, februari t/m juni 2011.*  
*Aanbevelingen behandeling en preventieve maatregelen smetten LEVV, ongedateerd.*  
*Smetten KITZ, 1 maart 2005.*  
*Valpreventie concept 2, juni 2011.*  
*Het omgaan met probleemgedrag, februari 2011.*  
*MRSA, verpleeghuis en verzorgingshuis Vilans, 4 april 2008.*  
*Beleidsplan hygiëne en infectiecommissie 2011-2013.*  
*MDO/cliëntenbespreking bewoners 1<sup>e</sup> etage 2011.*  
*Steekproef t.b.v. volledigheid cliëntdossiers, juni 2011.*  
*Toelichting zorgformatie in relatie tot ZZP-normen, 20 juni 2011.*  
*Voorbeeld model formatieplanning, 2010.*  
*Formatie 2011 Beth Shalom, 9 december 2010.*  
*Formatie Beth Shalom april 2011.*  
*Aantal ZZP's per 1 juni 2011 Beth Shalom, 1 juni 2011.*  
*Evaluatie voortgang managementreorganisatie, 13 mei 2011.*  
*Meerjaren-opleidingsjaarplan Beth Shalom, 2011-2013, februari 2011.*  
*Zorgen om de zorg, jaarplan 2011 Beth Shalom, ongedateerd.*  
*Terug naar tevredenheid Verantwoorde zorg door tevreden medewerkers*  
*Strategische studie deel 1, 12 oktober 2010.*  
*Een ontspannen organisatiestructuur Strategische studie deel 2, 21 januari 2011.*  
*Samenvatting cliëntenraadpleging Beth Shalom 2010.*  
*Het cliënten kwaliteitsverbeterplan 2010-2011, maart 2011.*  
*Plan van aanpak met acute maatregelen n.a.v. het rapport van het inspectiebezoek d.d. 27 augustus 2010, versie van 29 oktober 2010, 20 oktober 2010.*  
*Plan van aanpak n.a.v. rapport van het inspectiebezoek d.d. 27 augustus 2010, versie 12 november 2010, 15 november 2010.*  
*Voortgangsrapportage plan van aanpak Beth Shalom, 28 maart 2011.*

## Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

### **Wetgeving:**

- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

### **Veldnormen en rapporten:**

- *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007
- *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg*, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005
- *Richtlijn decubitus 2de herziening*, CBO 2002
- *Samenwerking en logistiek rond decubitus*, Tripartiete multidisciplinaire richtlijn, Solade 2003 (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)
- *Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen*, CBO 2004
- *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden*, Arcares 2001
- *De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen*, AVVV 2006
- *Richtlijn slikproblemen*, NVVA 2001
- *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken*, IGZ 2005

## Bijlage 3 Overzicht normen per thema

### **1. Zorg(behandel)-/leefplan**

#### **norm**

Ieder cliënt heeft een zorg(behandel)-/leefplan dat:

- in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand is gekomen en zichtbaar de instemming heeft van de cliënt;
- invulling geeft aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden;
- een beeld geeft van de gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen;
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip;
- zichtbaar in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld (ook vaker voor revalidanten);
- duidelijk elke eventuele wijziging vermeldt.

Aanwijsbaar is dat:

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op zo'n manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren.

Voor Bopz-aangemerkte instellingen of afdelingen/units moeten de zorg(behandel)-/leefplannen voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

### **2. Zorginhoudelijke veiligheid**

#### **norm**

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. Adequate gezondheidsbescherming en -bevordering houdt in dat er sprake is van: tijdige herkenning van gezondheidsrisico's; een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:

- decubituspreventie en -behandeling;
- adequate verzorging inzake vocht- en voedselvoorziening;
- valpreventie;
- verantwoord medicijngebruik;
- preventie en behandeling van infecties;
- minimale vrijheidsbeperkende maatregelen;
- passende aandacht en adequate zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijn;
- passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden;
- snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen (zie verder veiligheid wonen/verblijf).

Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: decubitus, vocht en voedsel, valpreventie, farmaceutische zorg en toiletgang en incontinentie.



Per onderwerp worden landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde richtlijnen gebruikt:

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | decubituspreventie en -<br>behandeling                      | Decubitus, tweede herziening, CBO 2002<br>Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete<br>multidisciplinaire richtlijn (NVVA,<br>Arcares, Sting, AVVV, NPCP)  |
| 2 | adequate verzorging van<br>vocht en voeding                 | Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en<br>voedingvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden,<br>Arcares 2001<br>De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin<br>in eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006<br>Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001 |
| 3 | valpreventie  | Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen,<br>CBO 2004<br>Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO<br>2004  |
| 5 | adequate diagnostiek en<br>behandeling bij<br>incontinentie | Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie,<br>VU Amsterdam/ ActiZ / Sting 2006  |
| 6 | zorg voor cliënten met<br>gedragsproblemen                  | Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002   |

### **3. Voldoende en bekwaam personeel norm**

De zorgorganisatie voorziet in voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheidstoedeling, passend bij het cliëntenbestand.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel/niet 7 x 24 uur een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse.

Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel/niet een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse.

In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts.

In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts.

Op de verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie. Voor het overige is het aan de instelling om aan te geven wat een verantwoorde personeelsformatie is. Uitgangspunt daarbij is dat er rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte en de verschillende populaties.

### **bronnen**

- Visiedocument: Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005.

- Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, Een operationalisatie van het Visiedocument op weg naar normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, november 2005.
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, oktober 2007.

## Bijlage 4 Toelichting op het inspectieoordeel

| Oordeel                 | Definitie  | Mogelijke consequenties   | Acties  | Noot   |
|-------------------------|--|---|---|--|
| <b>Zeer hoog risico</b> | (Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.                                   | Ernstige gezondheidsschade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden. | Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname. | Een patroon van (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als 'hoog risico' beoordeeld worden, kan als 'zeer hoog risico' beoordeeld worden.   |
| <b>Hoog risico</b>      | (Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.                                     | Gezondheidsschade voor de cliënt is reëel of heeft al plaatsgevonden.               | Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is op korte termijn nodig. Inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie volgt, stelt inspectie verscherpt toezicht in.                                    | Een patroon van (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als 'gering risico' beoordeeld worden, kan als 'hoog risico' beoordeeld worden.  |
| <b>Gering risico</b>    | (Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid. | Geen directe gezondheidsschade voor de cliënt.                                      | Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. Deze geeft de verbetering aan in een plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.             | Veel kleine opmerkingen die ieder apart als 'geen risico' beoordeeld worden, kunnen samen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als 'gering risico' beoordeeld worden. |
| <b>Geen risico</b>      | De inspectie constateert geen (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.  | Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.           | Geen actie nodig.   | Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.   |