



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20584 1001 NN Amsterdam

Osira Amstelring  
T.a.v. de heer drs. R. van Dam,  
voorzitter Raad van Bestuur  
Postbus 9225  
1006 AE AMSTERDAM

Raad van Bestuur	
Par.	
30 JAN 2013	
CC: MM/JBI/RR.	obf
Scan: RvD/AB/MBoeken	gjuw
Archief: Jg2	ABou skraak

**Werkgebied Noordwest**  
Kabelweg 79 - 81  
Amsterdam  
Postbus 20584  
1001 NN Amsterdam  
T 020 580 01 00  
F 020 580 01 50  
www.igz.nl

**Ons kenmerk**

AB/FL/V55153/480973

**Bijlagen**

Concept rapport

Datum 29 januari 2013

Onderwerp onaangekondigd inspectiebezoek aan Zorgcentrum Groenelaan

Geachte heer Van Dam,

Op 8 januari jl. heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Zorgcentrum Groenelaan. Hierbij ontvangt u het inspectierapport, waarin u het oordeel van de inspectie aantreft over de kwaliteit van de zorg.

Met nadruk wijst de inspectie u op hoofdstuk 4, waarin staat welke maatregelen u, op welke termijn, dient te nemen.

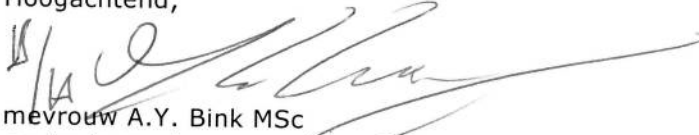
Mocht u van mening zijn dat het inspectierapport feitelijke onjuistheden bevat, of u heeft naar aanleiding van dit rapport nog vragen, dan kunt u met de inspectie schriftelijk contact opnemen uiterlijk 1 maart a.s. Na die datum stelt de inspectie het rapport vast; u ontvangt daarover bericht. Na vaststelling wordt het inspectierapport openbaar gemaakt door plaatsing op de website: [www.igz.nl](http://www.igz.nl).<sup>1</sup>

Wij ontvangen de correspondentie graag per mail op ons algemene e-mail adres: [ri.amsterdam@igz.nl](mailto:ri.amsterdam@igz.nl) onder vermelding van het kenmerk rechts bovenaan deze brief.

De inspectie stuurt dit rapport naar de Raad van Bestuur en een kopie naar de locatiemanager. Ik verzoek u de gesprekspartners, medewerkers én de cliëntenraad van de inhoud van het rapport op de hoogte te stellen.

Ik dank u en uw medewerkers voor de medewerking.

Hoogachtend,

  
mevrouw A.Y. Bink MSc  
senior Inspecteur

cc: locatiemanagement zorgcentrum Groenelaan

<sup>1</sup> Actieve openbaarmaking betekent ondermeer dat de inspectie het rapport op haar website [www.igz.nl](http://www.igz.nl) plaatst. Bij actieve openbaarmaking worden de wettelijke normen, zoals gesteld in de Wet openbaarheid van bestuur en de Wet bescherming persoonsgegevens, in acht genomen. Dit houdt in dat geen (bijzondere) persoonsgegevens opgenomen zijn op een wijze die tot een privépersoon herleidbaar is. Dit zijn bijvoorbeeld medische gegevens van patiënten of cliënten van uw instelling. De functionarissen van de instelling worden zondig met hun functie aanduiding wel in het rapport genoemd.



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

Rapport van het onaangekondigd  
inspectiebezoek aan Zorgcentrum  
Groenelaan te Amstelveen op 8 januari  
2012

Amsterdam, januari 2013

## Inhoud

### **1 Inleiding—3**

### **2 Resultaten onaangekondigd inspectiebezoek—4**

- 2.1 Hal/receptie—4
- 2.2 Afdeling—4
- 2.3 Woon-/huiskamer—7
- 2.4 Medicijnkamer/-kar—8
- 2.5 Kamer/appartement cliënt—10
- 2.6 Cliënten/familie revalidatieafdeling—10
- 2.7 Personeel/vrijwilligers—11

### **3 Conclusie—13**

### **4 Te nemen maatregelen—14**

- 4.1 Maatregelen binnen drie maanden—14

### **Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten—15**

### **Bijlage 2 Normen Verpleeg- en verzorgingshuizen—16**

## 1 Inleiding

Op 8 januari 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Zorgcentrum Groenelaan, onderdeel van Osira Amstelring. Mede aanleiding voor dit bezoek was dat de inspectie wil nagaan of verdere verbeteringen zijn gerealiseerd nadat het Verscherpt Toezicht op 15 maart 2012 werd opgeheven voor o.a. deze locatie. Dit bezoek is een follow up van inspectiebezoeken die in 2011 en januari 2012 zijn gebracht.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij Groenelaan aspecten zijn, die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te komen, heeft de inspectie

- gesprekken gevoerd met het management, teamleiders, uitvoerende medewerkers en cliënten, die beschikbaar waren gedurende het bezoek;
- zorgdossiers ingezien;
- afdelingen, woonkamers en kamers van cliënten bezocht.

### **Werkwijze**

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen, vult de inspectie een checklist in tijdens het onaangekondigd inspectiebezoek. Deze checklist is gebaseerd op de wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen<sup>1</sup>.

De aard van het onaangekondigd inspectiebezoek brengt met zich mee dat niet alle onderwerpen uitputtend aan de orde kunnen komen. Bovendien is de beschikbaarheid van de gesprekspartners afhankelijk van werktijden en werkzaamheden op de betreffende dag. De zorg voor de cliënten krijgt voorrang en dit heeft tot gevolg dat gesprekken soms van korte duur zijn.

In dit rapport staat het oordeel van de inspectie op de normen voor verpleeg- en verzorgingshuizen<sup>2</sup>. De normen hebben betrekking op de thema's

1. Zorg(behandel)-/leefplan
2. Communicatie en informatie
3. Lichamelijk welbevinden
4. Zorginhoudelijke veiligheid
5. Woon- en leefomstandigheden
6. Participatie en sociale redzaamheid
7. Mentaal welbevinden
8. Veiligheid wonen en verblijf
9. Voldoende en bekwaam personeel

Als de instelling niet of ten dele aan de norm voldoet, dan geeft de inspectie een toelichting op de score. Als er geen score staat, dan heeft de inspectie de norm niet beoordeeld.

In dit rapport staat ook welke maatregelen Groenelaan, binnen welke termijn, moet nemen.

<sup>1</sup> Zie bijlage 1

<sup>2</sup> Zie bijlage 2

## 2 Resultaten onaangekondigd inspectiebezoek

### Korte schets van de zorginstelling

Zorgcentrum Groenelaan is een vernieuwd zorgcentrum voor zowel bewoners met een somatische als voor bewoners met een psychogeriatrische aandoening. Cliënten met een lichamelijke aandoening verblijven op twee etages (2 maal 18 plaatsen) in het hoofdgebouw. Elke etage bestaat uit twee wooneenheden voor 8 of 9 cliënten (Duinroos en Waterlelie). Het hoofdgebouw heeft een revalidatieafdeling (Egelantier met ca. 18 cliënten). Achter het hoofdgebouw wonen 78 cliënten in zes 'hofjes' over 2 etages gesitueerd. Er heeft ongeveer een jaar geleden een managementwissel plaatsgevonden, een locatiemanager en nieuwe teamleiders zijn destijds aangesteld.

#### 2.1 Hal/receptie

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/deels
2	Informatie voor cliënten is aanwezig en actueel.	ja	
5	Hal/receptie is schoon, ruikt fris.	ja	

#### 2.2 Afdeling

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/deels
1	Het zorg(behandel)-/leefplan plan bevat een risico-inventarisatie (o.a. vallen, voeding, decubitus).	ja	
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staan de uitkomsten van risico-inventarisaties vertaald in doelen en acties.		deels
1	Uit het zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat afspraken van +MDO/specialist ouderenzorg vertaald zijn in acties voor verzorgenden of andere disciplines.		deels
1	Uit zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat cliënten twee keer per jaar besproken worden in een MDO.	ja	
1	Uit het zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat cliënt of mantelzorg actief betrokken is bij zorg (notulen MDO, verslag gesprek cliënt/mantelzorg, handtekening	ja	

	cliënt/mantelzorg).		
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staat de frequentie van evaluatie en actualisatie van het zorg(behandel)-/leefplan.	ja	
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staan afspraken t.a.v. wel/niet reanimatie en wel/niet ziekenhuisopname.		
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staan, indien van toepassing, alle vrijheidsbeperkende maatregelen en een evaluatiedatum.	ja	
2	Klachtenregeling/-formulier is te verkrijgen zonder tussenkomst van zorgmedewerkers.		
2	Informatie van de cliëntenraad is opgehangen.		
4	Toilet/badkamer is opgeruimd en schoon.	ja	
4	Toilet/badkamer heeft wegwerphanddoekjes en zeepdispenser.	ja	
4	Spoelruimte is opgeruimd en schoon; pospoeler is aanwezig.		
4	Gang is goed doorgankelijk (geen obstakels i.v.m. valgevaar).	ja	
4	Persoonlijke hygiëne medewerkers is in orde (haren, kleding, sieraden).		deels
5	Afdeling is schoon, ruikt fris.	ja	
5	Vuile was- en afvalzakken zijn uit het zicht.		deels
5	Voldoende parkeerruimte voor rolstoelen.	ja	
6	Informatie op prikbord is actueel.		deels
6	Activiteitenoverzicht en/of weekagenda is/zijn opgehangen.	ja	
8	Tilliften zijn voorzien van gebruiksaanwijzing, zijn gekeurd, banden zijn passend en schoon.		
8	Rookmelder is aanwezig.	ja	
8	Vluchtwegen en alarmnummers zijn zichtbaar aanwezig.	ja	

<b>Bij Bopz-afdeling</b>			
4	Toegangsdeur is op slot.	ja	
4	Gevaarlijk materiaal (zoals messen, scharen, zeep, schoonmaakmiddelen) ligt buiten bereik cliënten.		deels
4	Keuken en/of keukenkastjes is/zijn afsluitbaar.		deels

### **Resultaten per thema**

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

Er is een goede aanzet gemaakt met de zorg (behandel)/leefplannen volgens de 4 domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. Volgens de systematiek worden halfjaarlijks MDO's gehouden, op de bezochte afdeling was dat het afgelopen jaar niet gebeurd. Voor en na het MDO, wordt de cliënt en/of vertegenwoordiger betrokken en het cliëntplan voorgelegd ter ondertekening. De keus is gemaakt om voorlopig met een papieren zorg (behandel) dossier te werken, in afwachting van een Osira Amstelring-breed elektronisch dossier.

Op de bezochte woning/afdeling wordt in de dossiers zichtbaar dat het afgelopen jaar de actualisatie van de dossiers is achterbleven. In een dossier bevindt zich een recent ondertekent zorgleefplan, het vorige plan dateert echter van een jaar geleden. Het oude plan met de oude risico-inventarisatieformulieren zijn nog aanwezig, naast de actuele documenten. Sommige informatie is overbodig geworden. De tabbladen met daarin de informatie van de arts, de psycholoog en de ergotherapie zijn aanwezig, maar niet beschreven. De reden hiervoor is dat men gebruik maakt van een apart dossier voor deze disciplines.

De voortgangsrapportage is algemeen beschreven en sluit niet aan bij de doelen en de acties.

De evaluatie van de ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen is niet goed terug te vinden. De datum is niet ingevuld of de informatie ontbreekt. Tijdens het bezoek geeft men aan dat dat gaat veranderen met het verhogen van de frequentie van het MDO.

De kwaliteit van het invullen van de risico-inventarisatieformulieren is ook verschillend. Soms ontbreekt een datum, zijn hokjes niet ingevuld of ontbreekt informatie.

De inspectie heeft een aantal dossiers ingezien op de verschillende afdelingen en heeft het volgende gesignaleerd:

- Het is een uitgebreid dossier dat in principe op orde is, maar ook veel verouderde of dubbele informatie bevat;
- Voortgangsrapportage vindt nog niet plaats naar doelen;
- Het invullen van acties op de risicoanalyses is nog niet altijd terug te vinden.

#### 4. Zorghoudelijke veiligheid

Er zijn binnen Groenelaan verschillen tussen afdelingen wat betreft hygiëne. Zo dragen zorgmedewerkers op de revalidatieafdeling een uniformjasje en op de pg-afdeling eigen kleding die niet op 60 graden gewassen lijkt te kunnen worden. Enkele medewerkers droegen sieraden zoals ringen. Op een waskar lag de schone was naast het afval. Het vuile wasgoed staat tijdens de rondgang in zakken op de gang.

#### 6. Participatie en sociale redzaamheid

Op het prikbord op een afdeling hing een activiteitenagenda voor een periode tot en met 4 januari. Op andere plekken was deze informatie wel actueel.

### **Bopz-afdeling**

#### 4. Zorghoudelijke veiligheid

In de keuken lagen scherpe voorwerpen in een lade die niet afgesloten was. De sleutel lag in een andere lade. Volgens zeggen gaan de deuren van de keuken op slot als de medewerker de huiskamers verlaat.

## **2.3**

### **Woon-/huiskamer**

		<b>voldoet</b>	
<b>Thema</b>	<b>Norm</b>	<b>ja</b>	<b>nee/ deels</b>
3	Cliënten zien er verzorgd uit: kleding, haren, nagels, bril, veters gestrikt.	ja	
4	Vrijwilligers/familie, die ingezet zijn bij maaltijden, zijn geïnstrueerd.	ja	
4	Er zijn voldoende medewerkers om bij de maaltijden te helpen.		deels
4	Vrijheidsbeperkende middelen (banden, tafelbladen) zijn toegepast volgens afspraken in zorg(behandel)-/leefplan.		
5	Inrichting is afgestemd op wensen van de doelgroep.		deels
5	Muziek en/of tv-programma is/zijn afgestemd op de wensen van de doelgroep.		
6	Activiteiten zijn afgestemd op de wensen van de doelgroep.	ja	
7	Gedrag van cliënten is hanteerbaar; er wordt adequaat op gedrag van cliënten gereageerd door medewerkers.		
7	Bejegening van cliënten is correct.	ja	



8	Rookmelders zijn aanwezig.	ja	
9	Medewerkers (niet alleen vrijwilligers) zijn permanent aanwezig als de zorgbehoefte er om vraagt.	ja	

### Resultaten per thema

#### 4. Zorginhoudelijke veiligheid

Omdat de verzorgenden in de ochtend bezig zijn in de zorg, houdt één medewerker toezicht op de huiskamer. Zij is daar druk om alle bewoners te voorzien van eten en drinken. De medewerker die toezicht hield liep de hele tijd heen en weer tussen de bewoners, voorzag ze van koffie en thee, gaf de diverse bewoners een hapje brood en ging vervolgens verder met schenken van koffie en thee. De persoonlijke aandacht beperkte zich op dat moment tot het geven van eten en drinken.

#### 5. Woon- en leefomstandigheden

Een PG afdeling heeft aan weerszijden van de keuken een huiskamer. Men probeert de bewoners over deze twee huiskamers verdelen. In de ene huiskamer was een bewoner hard aan het roepen, dat gaf onrust. Dat was ook de reden waarom alle bewoners in de andere huiskamer zaten. Met enkele bewoners in een rolstoel leek de huiskamer bijna te klein voor al deze bewoners.

#### 9. Voldoende en bekwaam personeel

In de ochtend wordt een hoge werkdruk ervaren in de zorg en in de huiskamer.

## 2.4

### Medicijnkamer/-kar

Thema	Norm	voldoet	
		ja	nee/deels
4	Koelkast staat op ten hoogste 7 graden Celcius.	ja	
4	Voedingsmiddelen en medicatie staan in gescheiden koelkasten, of de medicatie staat in een afgesloten doos in de koelkast.	ja	
4	Voorraad insuline in de koelkast staat per insulinepen op naam van cliënt.		
4	Wondverzorgingskar is schoon.		
4	Zalven en vloeistoffen in de wondverzorgingskar of medicijnkar staan op naam van cliënt.		
4	Wondverzorgingskar of medicijnkar is op slot en overzichtelijk ingedeeld.		

4	Medicijnviziel/-maalapparaat is schoon.		
4	Alle medicatie staat op naam van cliënten (geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad ter grootte van een zogenaamde 'dokterstas').		deels
4	Bij geneesmiddelen en hulpmiddelen (katheters, sondes e.d.) zijn de houdbaarheidsdata actueel.		deels
4	Opiaten staan in afgesloten kast/kist; sleutelbeheer is adequaat geregeld.	ja	
4	Voor iedere cliënt is een actueel, door apotheker verstrekt en geprint medicatieoverzicht in het zorg(behandel)-/leefplan en een toedienlijst (of deellijst).	ja	
4	Per medicijn is afgetekend indien ze is verstrekt.		deels

#### Resultaten per thema

##### 4. Zorginhoudelijke veiligheid

Er hebben binnen Groenelaan een aantal grote veranderingen en verbeteringen van het medicatieproces plaatsgevonden, echter nog niet alle onderdelen in het proces zijn goed op elkaar afgestemd of worden niet juist uitgevoerd. Dit blijkt uit het volgende:

- Er bevond zich een grote open ton vol met retourmedicatie in de afgesloten medicijnkamer;
- Niet alle medicatie in de werkvoorraad is binnen de houdbaarheidsdatum, zo was bijvoorbeeld de aanwezige adrenaline over de uiterste houdbaarheidsdatum heen;
- Op sommige doosjes medicatie is met pen de inhoud veranderd, bijvoorbeeld Oxycontin 20 mg doorgestreept en veranderd in 10 mg. Medicijnen behoren in de bijbehorende doosjes bewaard te worden, o.a. in verband met controle op houdbaarheid;
- Er bevonden zich lege doosjes in de opiatenvoorraad;
- Er was een aantal keren niet afgetekend op de toedienlijsten, zonder dat duidelijk was wat de reden was;
- Informatie over malen van medicatie is niet structureel op de toedienlijsten opgenomen;
- Informatie over het beheer van de medicatie is niet structureel op de toedienlijsten opgenomen, er bevond zich een los A4 met handgeschreven wijzigingen voorin de medicatieklapper;
- Toedienen van insuline wordt niet dubbel afgetekend;
- Op de revalidatieafdeling wordt door verzorgenden in de baxterzakjes geopereerd indien wijziging van medicatie plaatsvindt, veelal omdat het starten of stoppen van medicatie door de arts niet is afgestemd op levering door de apotheek;

- Tijdens de rondgang lagen pincetten in de verbandkar waarvan de houdbaarheidsdatum was overschreden. Bij de verbandkar lag een lege controlelijst waardoor niet duidelijk werd wanneer de laatste controle was uitgevoerd.

## 2.5 Kamer/appartement cliënt

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/ deels
4	Bedlegerige cliënten hebben een alarmknop binnen bereik.		
4	Vrijheidsbeperkende middelen (bijvoorbeeld banden, tafelbladen) zijn toegepast volgens afspraken in zorg(behandel)-/leefplan en Bopz-beleid.		
5	Meubilair en gordijnen zijn schoon en in goede staat.	ja	
5	Kamer bevat persoonlijke spullen.	ja	
5	Kamer is schoon en fris.	ja	
8	Hoog/laag bedden staan in de laagste stand.		
8	Het gebruik van AD-matras/matjes is adequaat (let op hoogte bedhek).		
8	Bedden, bedhekken en matrassen zijn passend.		
8	Kamer is vrij van losse tapijtjes en obstakels i.v.m. valgevaar.	ja	
8	Op kamer van Bopz-cliënt staan shampoos, zeep en schoonmaakmiddelen veilig opgeborgen.	ja	
8	Rookmelder is aanwezig.	ja	
8	Vluchtwegen en alarmnummers zijn aanwezig.		

## 2.6 Cliënten/familie revalidatieafdeling

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/ deels

1-9	Is de zorg naar wens (geen klachten)?	Ja	
1-9	Voldoet de zorg aan uw wensen?	Ja	
4	Zijn de maaltijden naar wens?	ja	
4	Kunt u het toilet bezoeken op vraag, of alleen tijdens toiletrondes?	ja	
6	Hebben de medewerkers/vrijwilligers tijd voor een wandeling als u dat zou willen?		
6	Doet u de activiteiten die nu in het zorg(behandel)-/leefplan staan?	ja	
7	Geven medewerkers u persoonlijke aandacht?	ja	
9	Hebben de medewerkers voldoende tijd voor u?	ja	
9	Zijn het veelal dezelfde medewerkers die u helpen (niet veel wisselende of onbekende medewerkers)?	ja	
9	Wordt uw beloproep tijdig beantwoord?	ja	

## 2.7

### Personeel/vrijwilligers

		<b>voldoet</b>	
<b>Thema</b>	<b>Norm</b>	<b>ja</b>	<b>nee/deels</b>
6	Heeft iedere cliënt naast de noodzakelijke zorg een persoonlijk dagprogramma?		
9	Vindt u de werkdruk acceptabel?		deels
9	Heeft u voldoende tijd en persoonlijke aandacht voor cliënten?		nee
9	Kunt u een beloproep tijdig beantwoorden?		
9	Vindt u dat er een prettige samenwerking en prettige sfeer is in het team?		
9	Komt de formatie op het dienstrooster overeen met de dagelijkse praktijk?		deels
9	Zijn het veelal dezelfde medewerkers op de afdeling (weinig uitzendkrachten, flexwerkers, laag percentage		deels

	ziekteverzuim)?		
9	Heeft u voldoende tijd voor alle cliënten om de activiteiten uit te voeren die in het zorg(behandel)-/leefplan staan?		
9	Vindt u dat er voldoende vrijwilligers zijn op deze afdeling?		

### Resultaten per thema

#### 9. Voldoende en bekwaam personeel

Voor Groenelaan geldt dat het aantal vacatures aan het afnemen is. Afgelopen weken zijn een aantal nieuwe medewerkers niveau 2, 3 en 4 aangenomen. Het management wil ernaar streven om een verpleegkundige aan te stellen voor iedere verpleegafdeling, dit is nu voor een beperkt aantal afdelingen gerealiseerd. Daarnaast wordt gewerkt met 'losse' verpleegkundigen, die inzetbaar zijn door het hele huis en daarnaast andere (coördinerende) taken hebben. Momenteel is vooral op de pg-afdelingen nog een tekort aan verzorgenden niveau 3. Naar schatting is er nog ongeveer 4 fte aan vacatureruimte.

De tekorten worden ingevuld met flexmedewerkers van Zorgwerk (uitzendbureau flexmedewerkers Osira Amstelring). Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met 'vaste flexmedewerkers', Zorgwerk heeft een vaste flexpool voor Groenelaan samengesteld. Zorgwerk gaf echter lange tijd geen inzicht in bevoegd- en bekwaamheden van de flexmedewerkers. Inmiddels is hier wel helderheid over en blijkt er sprake van een grote scholingsbehoefte onder de flexmedewerkers. Afsproken is dat de vaste flexmedewerkers meedoen in de scholing aan medewerkers door Groenelaan.

In de planning voor de komende weken was het tekort aan medewerkers niveau 3 op de pg duidelijk zichtbaar. Zo was voor een 'hofje' in het roosterprogramma te zien dat voor iedere doordeweekse avonddienst nog een verzorgende niveau 3 bij Zorgwerk moest worden aangevraagd. Voor sommige 'hofjes' betekende dit voor de afgelopen feestdagen dat avonddiensten volledig door flexmedewerkers werden ingevuld en dat het niet is gelukt 1 nachtdienst in te vullen (uiteindelijk heeft de teamleider deze ingevuld).

Op een 'hofje' verblijven 12 pg-cliënten. Overdag is de bezetting: 1 niveau 3 medewerker, 1 niveau 2 en een voedingsassistent. De medewerkers op de pg-afdeling ervaren een hoge werkdruk. Op deze afdeling verblijft een cliëntenpopulatie met een zware zorgvraag, EVV'ers (Eerst Verantwoordelijk Verzorgenden) komen soms niet toe aan het up to date houden van de zorgdossiers of andere zaken dan directe cliëntenzorg.

Groenelaan investeert in deskundigheidsbevordering van huidig personeel. Zo wordt een selecte groep niveau 2 medewerkers opgeleid tot niveau 2+, in principe met als voorwaarde dat ze daarna niveau 3 opleiding zullen gaan doen.

### 3 Conclusie

De inspectie is gastvrij ontvangen in Groenelaan. Het management en de medewerkers maakten tijd vrij om de inspectie te woord te staan en rond te leiden.

De inspectie constateert dat het afgelopen jaar stappen zijn gemaakt om de voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg te verbeteren. Personeel is betrokken en gemotiveerd, de aansturing op locatieniveau en de aanwezigheid van de kwaliteitsverpleegkundige bieden meer structuur.

Desondanks constateert de inspectie op basis van de bevindingen dat met name wat betreft de thema's medicatieveiligheid en voldoende en bekwaam personeel nog hoge risico's aanwezig zijn.

De geconstateerde risico's staan hieronder per thema beschreven.

#### **Zorg(behandel)-/leefplan: goed op weg, maar borging noodzakelijk**

De zorgdossiers zijn voor een groot deel op orde, het is duidelijk zichtbaar dat hier hard aan wordt gewerkt door de verzorgenden. Echter, de zorgleefplansystematiek wordt nog onvoldoende uitgewerkt in de zorgdossiers. De zorgleefplannen vertonen tekortkomingen waardoor methodisch werken niet geborgd is.

#### **Medicatieveiligheid nog hoge risico's**

De depotheek in Groenelaan is eind 2012 ontmanteld, er is nu sprake van een werkvoorraad. Daarnaast is het Baxtersysteem ingevoerd en draait een pilot met elektronisch voorschrijven. Dit is een grote verandering en verbetering van het medicatieproces binnen Groenelaan, echter niet alle onderdelen in het proces zijn goed op elkaar afgestemd en/of onderdelen worden niet juist uitgevoerd, dit brengt hoge risico's met zich mee en vraagt op korte termijn om verbeteracties van zowel het management als de artsen en zorgmedewerkers in samenwerking met de apotheker.

#### **Bezorgdheid over aanwezigheid van voldoende en bekwaam personeel**

Er wordt door Groenelaan veel aandacht besteed aan de werving van nieuw personeel. Daarnaast wordt geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering van huidig personeel. Ondanks deze inspanningen blijft er grote bezorgdheid over voldoende beschikbaarheid van deskundig en bekwaam personeel afgestemd op de doelgroep en constateert de inspectie dat met name op de psychogeriatrische verpleegafdelingen sprake is van een hoog risico op onverantwoorde zorg.

Om de risico's te beperken, wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt.

## 4 Te nemen maatregelen

### 4.1 **Maatregelen binnen drie maanden**

Op basis van haar oordeel verwacht de inspectie dat u maatregelen neemt ten aanzien van de risico's op de thema's medicatieveiligheid en voldoende en bekwaam personeel. De naar aanleiding van de oordelen te nemen maatregelen moeten ertoe leiden dat de risico's op onverantwoorde zorg blijvend verlaagd worden.

De inspectie verwacht dat u haar uiterlijk 1 mei a.s. informeert over de resultaten van een audit die u zelf, door interne of externe medicatieveiligheidsdeskundigen, heeft verricht/heeft laten verrichten en die gebaseerd is op de Veilige Principes. De resultaten van de audit ontvangen wij gaarne per mail op ons algemene e-mail adres [ri.amsterdam@igz.nl](mailto:ri.amsterdam@igz.nl) onder vermelding van het kenmerk rechts bovenaan de begeleidende brief. Nadat de inspectie uw informatie heeft ontvangen, ontvangt u binnen 6 weken een reactie.

De inspectie zal binnen zes maanden doormiddel van een follow-up bezoek nagaan of binnen de instelling effectieve maatregelen zijn genomen.

## Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

Het instrument voor het onaangekondigd inspectiebezoek 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
- 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
- *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
- *Richtlijn Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen*, V&VN + Verenso (2010)
- *Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling*, V&VN e.a. 2011
- *Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende*, IGZ, september 2010
- *Veilige principes in de medicatieketen*, ActiZ e.a., maart 2012



## Bijlage 2 Normen Verpleeg- en verzorgingshuizen

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

Iedere 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. Communicatie en informatie norm**

De zorgorganisatie kent een gedragscode inzake de omgang tussen medewerkers en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerkers en wordt nageleefd. Zo nodig wordt de gedragscode vertaald naar de individuele cliënt. Met de cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten wordt open en naar behoefte gecommuniceerd. Het resultaat van deze communicatie bestaat onder meer uit voor de cliënt begrijpelijke, op schrift gestelde afspraken tussen cliënt en zorgorganisatie/medewerkers over de zorg- en dienstverlening, instemming van de cliënt met de afspraken en het naleven van de afspraken. De cliënt heeft een vast contactpersoon als aanspreekpunt. Bij aanvang van de zorg en/of opname wordt bijzondere aandacht besteed aan kennismaken en het thuis voelen.

De cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten worden uitgenodigd om eventuele verbeterwensen te uiten bij medewerkers dan wel bij de vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris. Ze worden geïnformeerd over wat er met hun wensen gebeurt.

De (telefonische) bereikbaarheid van de aanspreekpersoon of (andere belangrijke) behandelaars voor (vertegenwoordigers van) cliënten is voldoende.

De cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten worden bij opname en tijdens het verblijf op een adequate manier, zowel mondeling als schriftelijk, geïnformeerd over de volgende onderwerpen:

- de opnameprocedure;
- het aanbod aan zorg, diensten en service (de leveringsvoorwaarden);
- de zorgovereenkomst, rechten en plichten;
- de financiën (waaronder de kosten die voor eigen rekening zijn);
- het zorg(behandel)-/leefplansysteem, en de keuzevrijheid en autonomie van de cliënt daarbij;
- de communicatie;
- de cliëntenraad;
- de huisregels (waaronder regels over huisdieren);
- de veiligheid;
- ethische aangelegenheden;
- de klachtenprocedure, de patiëntenvertrouwenspersoon;
- ontslag en overplaatsing.

### **3. Lichamelijk welbevinden**

#### **norm**

De cliënt mag rekenen op een schoon en verzorgd lichaam. Met het oog op een schoon en verzorgd lichaam is er sprake van:

- passende hulp bij wassen/douchen (dagelijks, op afspraak);
- passende hulp bij gebitsverzorging, 's ochtends en 's avonds;
- passende hulp bij nagelverzorging;
- passende hulp bij toiletgang (naar behoefte, op afroep);
- passend gebruik van adequaat incontinentiemateriaal (uitsluitend indien nodig, op tijd verschoond en verzorgd);
- passende hulp bij aan-/uitkleden (op afspraak);
- verzorgd gekleed zijn.

De afspraken met betrekking tot de passende hulp bij lichamelijke verzorging zijn opgenomen in het zorg(behandel)-/leefplan.

### **4. 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 en 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	Decubitus-preventie en -behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling V&amp;VN e.a. 2011</li> <li>- Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)</li> </ul>
2	Adequate verzorging van vocht en voeding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedingvoorziening voor verpleeghuis-geïndiceerden, Arcares 2001</li> <li>- De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006</li> <li>- Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001</li> </ul>
3	Valpreventie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004</li> <li>- Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004</li> </ul>
5	Adequate diagnostiek en behandeling bij incontinentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ActiZ/Sting 2006</li> <li>- Richtlijn Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen, V&amp;VN + Verenso (2010)</li> <li>- Praktijkaart urine-incontinentie ouderen, V&amp;VN + Verenso (2010)</li> </ul>
6	Medicatieveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ e.a. (2012)</li> </ul>
7	Zorg voor cliënten met gedragsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002</li> </ul>

### 5. Woon- en leefomstandigheden norm

De cliënt mag rekenen op woonruimte waarin deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is. Opdat de cliënt zich thuis voelt, is er sprake van:

- een woon-/leefklimaat dat de eigen levenssfeer en leefpatronen van de cliënt respecteert en actief ondersteunt;
- schone en comfortabele woonruimte;
- woonruimte die privacy biedt en de mogelijkheden tot het creëren van een eigen sfeer.

## **6. Participatie en sociale redzaamheid norm**

In het kader van de participatie is er sprake van:

- een woon-/leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact en het ondernemen van activiteiten. Dat betekent dat er een aanbod is van (op beweging gerichte) activiteiten, passende hulp bij mobiliteit; dat er een ontspanningsaanbod is en mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, hobby's en het sociale leven van de cliënt;
- dat er een klimaat heerst van gastvrijheid en faciliteiten die uitnodigend zijn voor verwanten, bezoekers en buurtbewoners en voor het onderhouden van contact; en dat humor en menselijke warmte voelbaar zijn;
- ondersteuning bij het zoeken, vinden en gebruik maken van eigen dagbestedingsmogelijkheden.

De cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving.

## **7. Mentaal welbevinden norm**

De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling. Er is sprake van:

- mogelijkheden om zich ongestoord terug te kunnen trekken;
- aandacht voor het eigen leven en de persoonlijke waarde die daar aan toegekend én ontleend wordt;
- aandacht voor en ondersteuning van mogelijkheden om te sturen op het eigen leven;
- aandacht voor en ondersteuning van (levensfase gerelateerde) persoonlijke ontwikkeling, levenskeuzen en zingeving;
- de beschikbaarheid van geestelijke verzorging.

De instelling dient te zorgen voor adequate aandacht voor en ondersteuning bij depressies en stemmingsstoornissen.

## **8. Veiligheid wonen en verblijf norm**

Met het oog op de veiligheid is er sprake van:

- een goed functionerend en gebruiksvriendelijk systeem van alarmering en alarmopvolging;
- brand-, inbraak- en calamiteitenpreventie;
- adequaat toezicht.

De zorgorganisatie voorziet in een gericht preventiebeleid op het gebied van veiligheid. Daarbij gaat het in ieder geval om toezicht, alarmopvolging en veiligheid van hulpmiddelen en materialen. De cliëntenraad heeft adviesrecht op het algemene beleid op het gebied van veiligheid (Wet medezeggenschap, art. 4 lid i). De maatregelen op het gebied van veilig wonen dienen dan ook te worden voorgelegd aan de cliëntenraad. Met het oog op de veiligheid is er sprake van deugdelijk en adequaat gebruik van inventaris/hulpmiddelen zoals bedden, bedekken en tilliften.

## **9. 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 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 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: 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, Stuurgroep Verantwoorde Zorg, november 2005.
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, oktober 2007.