



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. | |
| 02 MEI 2013 | |
| CC: HM/JB/RR | 247 |
| Scan: RvD/AB/RBou/ATBou/Sknaak | yweert |
| Archief: Jgz. | |

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/V59988/508090

Bijlagen

1

Datum 1 mei 2013
Onderwerp rapportage onaangekondigd bezoek aan Woonzorgcentrum Leo Polak op 23 april 2013

Geachte heer Van Dam,

Op 23 april jl. heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Woonzorgcentrum Leo Polak.

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 29 mei 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.¹

Wij ontvangen de correspondentie graag per mail op ons algemene e-mail adres: 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.

Hoogachtend,

mevrouw A.Y. Bink MSc
senior inspecteur

cc: locatiemanagement Woonzorgcentrum Leo Polak

¹ Actieve openbaarmaking betekent ondermeer dat de inspectie het rapport op haar website 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 zonodig 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 Osira
Woonzorgcentrum Leo Polak te
Amsterdam op 23 april 2013

Amsterdam, mei 2013

Inhoud

| | |
|------------------|---|
| 1 | Inleiding—3 |
| 2 | Resultaten onaangekondigd inspectiebezoek—5 |
| 2.1 | Hal/receptie—5 |
| 2.2 | Afdeling—5 |
| 2.3 | Woon-/huiskamer—8 |
| 2.4 | Medicijnkamer/-kar—9 |
| 2.5 | Kamer/appartement cliënt—11 |
| 2.6 | Cliënten/familie—12 |
| 2.7 | Personeel/vrijwilligers—12 |
| 3 | Conclusie—15 |
| 4 | Te nemen maatregelen—17 |
| 4.1 | Plan van aanpak en resultatenrapportage—17 |
| Bijlage 1 | Overzicht wetten, veldnormen en rapporten—18 |
| Bijlage 2 | Normen Verpleeg- en verzorgingshuizen—19 |

1 Inleiding

Op 23 april 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Woonzorgcentrum Leo Polak. Na het instellen van het Verscherpt Toezicht voor stichting Osira Amstelring in maart 2011 door de inspectie, heeft de bestuurder grondige verbeteringen geïnitieerd. In het kader van dit verscherpt toezichttraject heeft de inspectie Woonzorgcentrum Leo Polak op 7 september 2011 onaangekondigd bezocht. Tijdens dit bezoek bleken hoge risico's aanwezig op de onderwerpen: veilig wonen, voldoende en bekwaam personeel en medicatieveiligheid. Vervolgens zijn verbeteracties in gang gezet. De inspectie heeft besloten deze locatie opnieuw onaangekondigd te bezoeken om in de praktijk te beoordelen of de risico's op onverantwoorde zorg zijn verkleind.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij Woonzorgcentrum Leo Polak 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 de locatiemanager, teamleiders, kwaliteitsverpleegkundige, 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 beroepsverenigingen¹.

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 verzorgingshuizen². 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

¹ Zie bijlage 1

² Zie bijlage 2

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 Woonzorgcentrum Leo Polak, binnen welke termijn, moet nemen.

2 Resultaten onaangekondigd inspectiebezoek

Korte schets van de zorginstelling

Het Woonzorgcentrum Leo Polak bevindt zich in het stadsdeel Osdorp. Er is een verzorgingshuisgedeelte, voor ouderen met psychogeriatrische problematiek zijn er groepswoningen, er is een zorghotel voor tijdelijke verzorging, revalidatie en verpleging, een hospice voor palliatieve terminale zorg en een dagcentrum.

De aandacht tijdens het inspectiebezoek is uitgegaan naar:

- De groepswoningen voor dementerenden; het betreft totaal 72 cliënten verdeeld over 12 groepswoningen met grotendeels ZP indicatie 5;
- Het verzorgingshuisgedeelte; het betreft totaal 135 cliënten met grotendeels ZP indicatie 1 en 2, deels 3 en 4 en een enkele 6.

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. | | Nee |
| 1 | Uit het zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat afspraken van +MDO/specialist ouderenzorg vertaald zijn in acties voor verzorgenden of andere disciplines. | | Nee |
| 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 cliënt/mantelzorg). | Ja | |
| 1 | In het zorg(behandel)-/leefplan staat de frequentie van evaluatie en actualisatie van het zorg(behandel)-/leefplan. | | |
| 1 | In het zorg(behandel)-/leefplan staan afspraken t.a.v. wel/niet reanimatie en wel/niet ziekenhuisopname. | | Nee |
| 1 | In het zorg(behandel)-/leefplan staan, indien van toepassing, alle vrijheidsbeperkende maatregelen en een evaluatiedatum. | | Nee |
| 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. | | |
| 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. | Ja | |
| 5 | Voldoende parkeerruimte voor rolstoelen. | Ja | |
| 6 | Informatie op prikbord is actueel. | Ja | |
| 6 | Activiteitenoverzicht en/of weekagenda is/zijn opgehangen. | Ja | |
| 8 | Tilliften zijn voorzien van gebruiksaanwijzing, zijn gekeurd, banden zijn passend en schoon. | | Deels |
| 8 | Rookmelder is aanwezig. | Ja | |

| | | | |
|--------------------------|---|----|-------|
| 8 | Vluchtwegen en alarmnummers zijn zichtbaar aanwezig. | Ja | |
| Bij Bopz-afdeling | | | |
| 4 | Toegangsdeur is op slot. | Ja | |
| 4 | Gevaarlijk materiaal (zoals messen, scharen, zeep, schoonmaakmiddelen) ligt buiten bereik cliënten. | | Nee |
| 4 | Keuken en/of keukenkastjes is/zijn afsluitbaar. | | Deels |

Resultaten per thema

1. Zorg(behandel)-/leefplan

Leo Polak is binnen Osira Amstelring een pilot locatie voor de invoering van een nieuw elektronisch cliëntendossier. Op dit moment wordt er gewerkt met Plancare. Ten tijde van het inspectiebezoek waren medewerkers gegevens van het oude naar het nieuwe systeem (Segeka) aan het overzetten. De meeste medewerkers hebben al scholing gehad omtrent dit nieuwe systeem. Medewerkers geven aan dat het voordeel van het nieuwe systeem is dat alle informatie in één systeem staat en dat deze informatie inzichtelijk is voor alle disciplines.

Op dit moment wordt er binnen woonzorgcentrum Leo Polak zowel gewerkt met een papieren als elektronisch cliëntendossier. In het papieren dossier bevinden zich onder andere de risicoformulieren, formulieren middelen en maatregelen, levensloop, indicatie en reanimatieverklaring. Tijdens de dossierinzage viel het de inspectie op dat het papieren dossier niet overzichtelijk was. Zo trof de inspectie op drie plaatsen in het dossier formulieren middelen en maatregelen aan. Daarbij was het niet duidelijk wat de meest recente versie van deze formulieren was. Daarnaast waren de papieren dossiers niet compleet. De inspectie heeft een dossier ingezien van een cliënt die verblijft op de BOPZ afdeling. Echter in het indicatiebesluit was niet te lezen of deze cliënt wel een BOPZ (art. 60) indicatie heeft. Verder was het reanimatiebeleid niet ingevuld.

De zorgleefplannen in het elektronische dossier zijn gebaseerd op de vier domeinen (lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, participatie en sociale redzaamheid en woon- en leefomstandigheden).

De doelen zijn onder andere tot stand gekomen op basis van de uitkomsten van de risicosignalering. De inspectie heeft een dossier ingezien van een cliënt die een verhoogd risico scoorde op depressie. In het zorgleefplan was geen specifiek doel opgesteld omtrent de depressie en de daarbij behorende acties. Dit terwijl de uitkomst van het MDO was om een psycholoog in te schakelen. Deze bleek ook te zijn geconsulteerd, omgangsadviesen waren in het dossier opgenomen. Deze omgangsadviesen stonden echter alleen beschreven onder de rapportage van de psycholoog maar kwamen niet terug in het zorgleefplan.

Dagelijkse rapportage vond nog onvoldoende naar doelen plaats.

4. Zorginhoudelijke veiligheid

Tijdens de rondgang viel op dat de medewerkers van de psychogeriatrische afdeling in eigen kleding werken en een deel van de medewerkers op andere afdelingen in uniform jas. Er is geen eenduidig beleid en de eigen kleding die gedragen werd leek niet op 60 graden gewassen te kunnen worden.

8. Veiligheid wonen en verblijf

Tijdens de rondgang trof de inspectie een tillift aan zonder instructiekaart.

Bopz-afdeling

4. Zorginhoudelijke veiligheid

Op de groepswoningen verblijven cliënten met een ZZP 5 of 7 met psychogeriatrische stoornissen. Deze bewoners hebben allen een eigen kamer en kunnen overdag onder toezicht verblijven in een gezamenlijke woonkamer. De veiligheid van de woonomgeving van deze bewoners was onvoldoende geborgd. De inspectie trof in de gezamenlijke doucheruimtes shampoo en douchegel op 'grijphoogte' aan. Deze ruimtes waren niet afgesloten. Daarnaast was de temperatuur van het kraanwater in deze doucheruimtes niet begrensd. De temperatuur van het kraanwater in de kamers van de bewoners was wel begrensd. In de keuken in de gezamenlijke woonkamer waren de meeste keukenkastjes voorzien van een slot. Tijdens de inspectie was een medewerker aanwezig in de keuken en waren het keukenkastje waarin de schoonmaakmiddelen en vaatwas tabletten stonden en de keukenla met messen open. Ook bleek het slot op de keukenla niet te werken waardoor deze niet afgesloten kon worden.

2.3

Woon-/huiskamer

| | | Voldoet | |
|-------|--|---------|-----------|
| Thema | Norm | ja | nee/deels |
| 3 | Cliënten zien er verzorgd uit: kleding, haren, nagels, bril, veters gestrikt. | Ja | |
| 4 | Vrijwilligers/familie, die ingezet zijn bij maaltijden, zijn geïnstrueerd. | | |
| 4 | Er zijn voldoende medewerkers om bij de maaltijden te helpen. | Ja | |
| 4 | Vrijheidsbeperkende middelen (banden, tafelbladen) zijn toegepast volgens afspraken in zorg(behandel)-/leefplan. | | |
| 5 | Inrichting is afgestemd op wensen van de doelgroep. | Ja | |
| 5 | Muziek en/of tv-programma is/zijn afgestemd op de wensen van de doelgroep. | | Deels |

| | | | |
|---|---|----|-------|
| 6 | Activiteiten zijn afgestemd op de wensen van de doelgroep. | | Deels |
| 7 | Gedrag van cliënten is hanteerbaar; er wordt adequaat op gedrag van cliënten gereageerd door medewerkers. | Ja | |
| 7 | Bejegening van cliënten is correct. | | |
| 8 | Rookmelders zijn aanwezig. | Ja | |
| 9 | Medewerkers (niet alleen vrijwilligers) zijn permanent aanwezig als de zorgbehoefte er om vraagt. | Ja | |

Resultaten per thema

6. Participatie en sociale redzaamheid

Op de woongroepen wordt sinds kort gewerkt met activiteitenborden. Dit zijn borden die op de gang van elke groep hangen waarop staat aangegeven welke activiteiten bewoners per week volgen. De inspectie heeft meerdere activiteitenborden bekeken en heeft gezien dat het systeem nog niet op alle groepen is ingevoerd. Zo heeft de inspectie een woongroep bekeken waar nauwelijks activiteiten werden aangeboden aan de bewoners en waar het activiteitenbord nagenoeg leeg was.

2.4

Medicijnkamer/-kar

| | | voldoet | |
|-------|--|---------|-----------|
| Thema | Norm | ja | nee/deels |
| 4 | Koelkast staat op ten hoogste 7 graden Celcius. | | Deels |
| 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. | Ja | |
| 4 | Wondverzorgingskar is schoon. | | |
| 4 | Zalven en vloeistoffen in de wondverzorgingskar of medicijnkar staan op naam van cliënt. | Ja | |
| 4 | Wondverzorgingskar of medicijnkar is op slot en overzichtelijk ingedeeld. | Ja | |
| 4 | Medicijnvizel/-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. | | |
| 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). | | Deels |
| 4 | Per medicijn is afgetekend indien ze is verstrekt. | | Deels |

Resultaten per thema

4. Zorginhoudelijke veiligheid

Er wordt gewerkt met het Baxtersysteem. In het zorghotel worden tweemaal per week nieuwe baxterrollen geleverd door de apotheek, op de andere afdelingen gebeurt dit eenmaal per week.

Per afdeling of woning is een medicatiemap aanwezig. In deze map bevinden zich de toedienlijsten van de apotheek waarop wordt afgetekend. Informatie over het malen van medicatie staat op de toedienlijst vermeld.

De medicatievoorraad, inclusief de opiaten die op naam zijn gesteld wordt door het WAN-hoofd beheerd.

Wat verder opviel tijdens de rondgang:

- De inspectie heeft toedienlijsten bekeken en daarop was niet alle medicatie afgetekend. In het cliëntdossier van deze cliënt was hierover geen informatie opgenomen zodoende was niet te achterhalen of cliënt wel of geen medicatie had ingenomen;
- Uit de registratielijst bleek dat de temperatuur van de koelkast waarin medicatie werd bewaard, structureel werd gemeten en geregistreerd. Op een verzorgingshuisafdeling gaf de thermometer een maximaal gemeten temperatuur aan van 23 graden. Het personeel was niet bekend met de acties die zij moeten ondernemen bij het meten van een afwijkende temperatuur;
- In een koelkast op de groepswoningen trof de inspectie insulinepennen aan waarbij op de verpakking stond geschreven hoeveel eenheden insuline de cliënt ontvangt. Verder klopte het aantal aanwezige insulinepennen niet met de registratielijst;
- Het beheer van de medicatie was handgeschreven op de toedienlijst aangegeven, indien de medicatie niet volledig bij de cliënt in eigen beheer was;
- Retourmedicatie werd in een ton bewaard in een afgesloten ruimte waar het WAN-hoofd de sleutel van beheerd. Deze ton was niet afgesloten en bevatte een zeer grote hoeveelheid medicatie, deze medicatie wordt niet frequent afgevoerd naar de apotheek;
- Het beleid omtrent het retourneren van medicatie van de afdeling na de algemene retourton was niet duidelijk waardoor momenteel verschillende

werkwijzen worden gehanteerd. Op afdelingen trof de inspectie retourmedicatie aan in niet afgesloten bakjes, hiertussen bevonden zich zelfs nog baxterzakjes van enkele weken geleden;

- Indien een wijziging van medicatie plaatsvindt, probeert de arts deze wijziging in te laten gaan op het moment dat nieuwe baxterrollen geleverd worden door de apotheek. Dit is echter niet altijd mogelijk. Het komt nog regelmatig voor dat bij het stoppen van medicatie, de verzorgende moet opereren in het baxterzakje om het gestopte medicijn te verwijderen;
- In de centrale medicatievoorraad bevond zich nog een potje met Haldol tabletten op naam van een cliënt. Deze pillen hadden als retourmedicatie teruggezonden moeten worden aan de apotheek.
- Medicatie van de bewoners van de groepswoningen werd in een niet afgesloten kast bewaard. Deze kast bevond zich in een afgesloten ruimte waar ook levensmiddelen werden opgeslagen en waar ook medewerkers toegang toe hebben die niet bevoegd zijn tot het delen van medicatie;
- Op de groepswoningen was geen medicijnkar aanwezig. Het is de inspectie niet duidelijk geworden hoe de medicatie nu daadwerkelijk vanuit de kast aan de cliënten uitgedeeld werd.

Verder viel het de inspectie op, en kwam uit gesprekken naar voren, dat de centrale medicatievoorraad ruim lijkt. Er bevindt zich medicatie in deze voorraad die afgelopen maanden niet is gebruikt en soms zelfs moet worden weggegooid omdat deze over de uiterste houdbaarheidsdatum heen is. De vraag is of al deze medicatie daadwerkelijk 'noodvoorraad' betreft.

2.5 Kamer /appartement cliënt

| | | voldoet | |
|-------|--|---------|-----------|
| Thema | Norm | ja | nee/deels |
| 4 | Bedlegerige cliënten hebben een alarmknop binnen bereik. | Ja | |
| 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. | Ja | |
| 8 | Het gebruik van AD-matras/matjes is adequaat (let op hoogte beddek). | | |
| 8 | Bedden, beddekken 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. | Ja | |

2.6

Cliënten/familie

| | | 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? | | |
| 6 | Hebben de medewerkers/vrijwilligers tijd voor een wandeling als u dat zou willen? | Ja | |
| 6 | Doet u de activiteiten die nu in het zorg(behandel)-/leefplan staan? | | |
| 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

| | | voldoet | |
|-------|------|---------|-----------|
| Thema | Norm | Ja | nee/deels |

| | | | |
|---|---|----|-------|
| 6 | Heeft iedere cliënt naast de noodzakelijke zorg een persoonlijk dagprogramma? | | Deels |
| 9 | Vindt u de werkdruk acceptabel? | Ja | |
| 9 | Heeft u voldoende tijd en persoonlijke aandacht voor cliënten? | Ja | |
| 9 | Kunt u een beloproep tijdig beantwoorden? | Ja | |
| 9 | Vindt u dat er een prettige samenwerking en prettige sfeer is in het team? | Ja | |
| 9 | Komt de formatie op het dienstrooster overeen met de dagelijkse praktijk? | Ja | |
| 9 | Zijn het veelal dezelfde medewerkers op de afdeling (weinig uitzendkrachten, flexwerkers, laag percentage ziekteverzuim)? | Ja | |
| 9 | Heeft u voldoende tijd voor alle cliënten om de activiteiten uit te voeren die in het zorg(behandel)-leefplan staan? | Ja | |
| 9 | Vindt u dat er voldoende vrijwilligers zijn op deze afdeling? | Ja | |

Resultaten per thema

6. Participatie en sociale redzaamheid

Voor de cliënten die in het verzorgingshuisgedeelte verblijven worden activiteiten veelal centraal georganiseerd en niet meer op de afdeling. Cliënten hebben hier zelf de regie in, hiermee is dit aspect voor zorgmedewerkers minder zichtbaar geworden. Bij bijzonderheden vindt wel afstemming of overleg plaats tussen de activiteitenbegeleiders en zorgmedewerkers.

In de groepswooningen is het de bedoeling dat wordt gewerkt met een activiteitenbord waarop het persoonlijk dagprogramma van cliënten wordt aangegeven.

9. Voldoende en bekwaam personeel

Afgelopen tijd heeft heel veel scholing plaatsgevonden voor de medewerkers van Woonzorgcentrum Leo Polak, onderwerpen als belevingsgerichte zorg, de SNAQ, depressie en valpreventie zijn recent geschoold. Er wordt veel geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering. Zo is het merendeel van de helpenden opgeleid tot 'helpende plus' (onder andere geschoold in medicatie toedienen), volgen verzorgenden een opleiding tot contactverzorgende en volgen ook een aantal verzorgenden de opleiding tot verpleegkundige.

Daarnaast heeft recentelijk scholing plaatsgevonden in het kader van het werken met het nieuwe ECD, voor alle zorgmedewerkers en (para)medici. Iedere verzorgende/verpleegkundige/helpende plus beschikt over een BIG-paspoort waarin de voorbehouden/risicovolle handelingen staan beschreven.

De inspectie heeft de dienstroosters/planning ingezien van de personele inzet op het groepswonen. Hieruit bleek dat de diensten veelal kunnen worden ingevuld met vaste medewerkers (merendeel niveau 3) en daarnaast met vaste flexmedewerkers via Zorgwerk. Op het moment dat de inspectie aanwezig was waren er geen openstaande vacatures, volgens de locatiemanager is de formatie op orde. Het is de bedoeling dat in Woonzorgcentrum Leo Polak wordt gewerkt met een verhouding van vaste medewerkers vs. flexmedewerkers van 90:10. Dit was in praktijk nog niet het geval wegens een hoog (vooral langdurig) ziekteverzuim van 7,8%.

Uit de gesprekken met medewerkers bleek dat men over het algemeen de werkdruk als acceptabel ervaart. Medewerkers gaven aan de zorg te kunnen bieden waar de cliënt, vanuit zijn ZZP indicatie afgestemd op zijn individuele behoefte, recht op heeft. Ook is er, onder andere door inzet van vrijwilligers en stagiaires, tijd voor persoonlijke aandacht voor cliënten. Uit de gesprekken bleek dat men het contact met collega's als prettig ervaart en er sprake is van een goede sfeer in de teams.

3 Conclusie

Algemene indruk: betrokken medewerkers en een prettige sfeer

De inspectie is gastvrij ontvangen in Woonzorgcentrum Leo Polak. Het management en de medewerkers maakten tijd vrij om de inspectie te woord te staan en rond te leiden. De inspectie trof een prettige sfeer en zeer betrokken medewerkers aan. De cliënten worden echt gekend. De inspectie constateert dat de afgelopen twee jaar stappen zijn gemaakt om de voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg te verbeteren. De aansturing op locatieniveau en op afdelingsniveau en de aanwezigheid van de kwaliteitsverpleegkundige lijken meer structuur te bieden.

In het vorige hoofdstuk staan de resultaten van de inspectie tijdens het onaangekondigd inspectiebezoek bij Woonzorgcentrum Leo Polak. Op basis van deze resultaten constateert de inspectie zowel duidelijke verbeteringen in vergelijking met het inspectiebezoek op 7 september 2011, als risico's. Deze staan hieronder per thema beschreven.

Voldoende en bekwaam personeel flink verbeterd

Op het gebied van personele inzet en professionele kwaliteit zijn duidelijke verbeteracties en verbeteringen in de praktijk zichtbaar. Er is veel geïnvesteerd in scholing en deskundigheidsbevordering, daarnaast is de formatie op orde. Dit is een belangrijke basis van waaruit verantwoorde zorg kan worden geleverd. Wel moet nog naar een balans worden gezocht. De vele scholingen en verbeteracties vragen veel inzet van de medewerkers op verschillende onderwerpen, dit wordt door sommige medewerkers als 'te veel van het goede' ervaren en kan leiden tot verminderde focus en borging van kwaliteit.

Invoering nieuw elektronisch cliëntdossier is een positieve ontwikkeling, echter extra aandacht noodzakelijk omtrent methodisch werken

Door de invoering van een nieuw systeem omtrent het elektronisch cliëntdossier zijn de verwachtingen dat de dossiers overzichtelijker worden, indicatiegegevens compleet en actueel zijn en alle disciplines kunnen werken in hetzelfde dossier.

Op dit moment zijn afspraken nog onvoldoende vastgelegd en is het papieren dossier onoverzichtelijk en niet compleet waardoor de continuïteit van de zorg onvoldoende is geborgd.

De systematiek van het formuleren van doelen, het uitvoeren van doelen en hierover rapporteren en vervolgens het evalueren en bijstellen van deze doelen -het methodisch werken- zijn nog onvoldoende geborgd. Tijdens de invoering van het nieuwe systeem is het noodzakelijk dat hier extra aandacht aan wordt besteed.

Medicatieveiligheid moet op korte termijn op orde worden gebracht

Het onderwerp medicatieveiligheid scoorde tijdens het inspectiebezoek in september 2011 een zeer hoog risico op onverantwoorde zorg. Sindsdien heeft dit onderwerp veel aandacht binnen de locatie en zijn een aantal verbeteracties ingezet. Zo is de werkvoorraad opnieuw beoordeeld en aangepast en vinden nu

structureel overleggen plaats met de apotheker (FTO met de arts en overleg over de werkvoorraad).

Ook hebben een tweetal interne audits plaatsgevonden en participeert een medewerker van Woonzorgcentrum Leo Polak in een Osira Amstelring brede medicatiecommissie.

Desondanks blijft een hoog risico op onverantwoorde zorg aanwezig. De beschreven punten in het vorige hoofdstuk dienen met urgentie te worden opgepakt.

Extra aandacht noodzakelijk omtrent veiligheid wonen en verblijf

De specifieke zorgvraag van de bewoners die verblijven op de groepswooningen maakt dat er extra aandacht moet zijn voor het creëren van een veilige woonomgeving. Op dit moment biedt de woonomgeving onvoldoende veiligheid. De inspectie signaleert risico's vanwege de aanwezigheid van shampoo en douchegel in de gezamenlijke ruimtes. Ook is de temperatuur van het kraanwater niet in alle open ruimtes begrensd. Verder dient het beleid omtrent het afsluiten van de keukenkastjes onder de aandacht gebracht te worden zodat medewerkers zich bewust zijn van de risico's.

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

4 Te nemen maatregelen

4.1 Plan van aanpak en resultatenrapportage

De inspectie verwacht dat u uiterlijk 21 juni 2013 een plan van aanpak heeft opgesteld

In een plan van aanpak staat in elk geval per onderwerp 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).

U hoeft dit plan van aanpak niet naar de inspectie te sturen. Het is bedoeld voor de kwaliteitsverbetering in uw eigen instelling.

Wel verwacht de inspectie dat u haar voor 1 augustus 2013 schriftelijk informeert over de stand van zaken en de door u genomen verbetermaatregelen op het gebied van medicatieveiligheid, veiligheid wonen en verblijf en de zorgleefplansystematiek zoals beschreven in de resultaten en conclusie. De opgevraagde informatie ontvangen wij graag per mail op ons algemene e-mail adres: ri.amsterdam@iqz.nl onder vermelding van het kenmerk rechts bovenaan de begeleidende brief. Nadat de inspectie uw rapportage heeft ontvangen, ontvangt u binnen 4 weken een reactie.

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

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, beddekken 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 zorgwaarde 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.