



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

Rapport van het verscherpt toezicht  
J.A.B.C. Beth Shalom  
te Amsterdam en Amstelveen  
22 juli 2011 - 22 januari 2012

Amsterdam,  
januari 2012

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding—3</b>
<b>2</b>	<b>Verscherpt toezicht—4</b>
2.1	Achtergrond verscherpt toezicht—4
2.2	Doelstelling verscherpt toezicht—4
2.3	Overzicht van toezichtactiviteiten en correspondentie vanaf 21 juni 2011—5
<b>3</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoeken—6</b>
3.1	Opzet—6
3.2	Zorg(behandel)-/leefplan—6
3.3	Communicatie en informatie—7
3.4	Zorginhoudelijke veiligheid—8
3.5	Voldoende en bekwaam personeel—11
3.6	Overige onderwerpen—12
<b>4</b>	<b>Beschouwing : evaluatie verscherpt toezicht Beth Shalom—14</b>
4.1	Personele inzet afgestemd op de doelgroep—14
4.2	Aansturing—14
4.3	Zorgleefplan—15
4.4	Kwaliteitssysteem—15
4.5	Zorginhoudelijke veiligheid—16
4.6	Calamiteitenmeldingen—16
4.7	Medicatieveiligheid—16
<b>5</b>	<b>Conclusie—17</b>
5.1	Continuïteit—17
5.2	Conclusie—18
5.3	Vervolg na 22 januari 2012—18
	<b>Bijlagen</b>
1	Overzicht gebruikte documenten
2	Toelichting op het inspectieoordeel

## 1 Inleiding

Op 22 juli 2011 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg verscherpt toezicht opgelegd aan de Stichting J.A.B.C. Beth Shalom te Amsterdam. Na het instellen van deze maatregel heeft Beth Shalom maatregelen getroffen en heeft de inspectie middels aangekondigde en onaangekondigde bezoeken de noodzakelijke verbeteringen bij Beth Shalom gemonitord.

Dit evaluatierapport is gebaseerd op de situatie in januari 2012 en beschrijft de resultaten van het ontwikkeltraject dat Beth Shalom doormaakt sinds het instellen van het verscherpt toezicht. Verbeteringen worden beschreven maar ook zaken waarover de inspectie haar zorgen blijft houden. Ten slotte geeft de inspectie haar conclusies van het verscherpt toezicht en de verdere maatregelen die zij ten aanzien van J.A.B.C. Beth Shalom neemt.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Een beschrijving van het verscherpt toezichtsproces (hoofdstuk 2)
- Beschrijving van de bevindingen bij de inspectiebezoeken met een weergave van de scores van Beth Shalom op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 3);
- Beschouwing over de kwaliteit van Beth Shalom in relatie tot de zeven verbeterpunten van het verscherpt toezicht (hoofdstuk 4)
- Conclusies (hoofdstuk 5)

## 2 Verscherpt toezicht

### 2.1 Achtergrond verscherpt toezicht

Op 22 juli 2011 is er voor de duur van zes maanden verscherpt toezicht opgelegd aan beide locaties van Beth Shalom. Aan dit verscherpt toezicht was een periode van intensief toezicht voorafgegaan welke is beschreven in eerdere inspectierapporten.

Bij het instellen van het verscherpt toezicht gaf de inspectie de volgende motivatie (citaat rapport juli 2011):

*Hoewel de inspectie begrip heeft voor nadelige organisatieomstandigheden en het feit dat zowel de bestuurder als de medewerkers van mening zijn dat de zorgverlening bij bepaalde onderwerpen verbeterd is, zijn maatregelen toch noodzakelijk. Er lijkt geen systematische en structurele aanpak achter de verbeteraanpak aanwezig te zijn. De periode van ongeveer acht maanden (tussen augustus 2010 en juni 2011) laat zien dat het inzicht in de nog bestaande tekortkomingen, het analytisch vermogen en het overstijgend denken (helikopterview) zich te weinig heeft gemanifesteerd om vertrouwen te geven in het zelfoplossend vermogen van de organisatie om binnen korte tijd noodzakelijke verbeteringen te bereiken en tekortkomingen op te heffen.*

### 2.2 Doelstelling verscherpt toezicht

De doelstelling voor het verscherpt toezicht is het op korte termijn bereiken van concrete verbeteringen. Gesteld is dat op de volgende punten minimaal concrete vooruitgang moet zijn geboekt alvorens het verscherpt toezicht zou kunnen worden opgeheven. Deze punten hanteert de inspectie dan ook om de resultaten te beoordelen die Beth Shalom in deze afgelopen periode van verscherpt toezicht al dan niet heeft gerealiseerd:

1. De personele inzet afgestemd dient te zijn afgestemd op de doelgroep binnen beide de zorginstellingen. De deskundigheid en houding van medewerkers is voldoende en adequaat.
2. De aansturing van de medewerkers van Beth Shalom dient deskundig, effectief en constant gewaarborgd te zijn.
3. Het zorgleefplan en zorgdossier dienen een voldoende basis te zijn voor de dagelijkse zorgverlening en multidisciplinaire samenwerking. De verantwoordelijkheid voor en de uitvoering van de zorgleefplannen dient van dusdanige kwaliteit te zijn dat deze verantwoorde zorg aan cliënten mogelijk maakt.
4. Het kwaliteitssysteem is volledig, up-to-date en vormt een voldoende basis voor zorginhoudelijk veilige zorg.
5. De zorginhoudelijke veiligheid bij vocht en voeding, valpreventie, infectiepreventie en -behandeling en diagnostiek en behandeling bij incontinentie dient aantoonbaar te zijn gewaarborgd.
6. Calamiteiten en MIC-meldingen dienen op grond van artikel 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen te worden geanalyseerd opdat men hieruit lering kan trekken en een dergelijk incident in de toekomst voorkomen kan worden.
7. Medicatieveiligheid is operationeel en geborgd.

### **2.3 Overzicht van toezichtactiviteiten en correspondentie vanaf 21 juni 2011**

- Op 21 juni 2011 vond het inspectiebezoek plaats dat aanleiding gaf om het verscherpt toezicht in te stellen. Dit bezoek was in Beth Shalom Buitenveldert. Het rapport van dit bezoek is verschenen op 22 juli 2011 met daarbij de afkondiging van het verscherpt toezicht.
- Om de bevindingen te toetsen, werd op 4 juli 2011 een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Beth Shalom Amstelveen.
- Op 18 juli 2011 heeft de inspectie zowel met de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht een gesprek gevoerd.
- De inspectie heeft op 20 juli 2011 over deze gesprekken en over het bezoek van 4 juli 2011 een brief geschreven.
- Op 22 juli is het verscherpt toezicht afgekondigd.
- Op 17 augustus 2011 heeft de inspectie een onaangekondigd bezoek gebracht aan beide locaties van Beth Shalom. Op 19 augustus is dit gevolgd door een gesprek met de Raad van Bestuur. Op 23 augustus zijn per brief de direct te nemen maatregelen geformuleerd.
- In de periode na 23 augustus is de inspectie wekelijks per telefoon geïnformeerd over de maatregelen die Beth Shalom nam en de resultaten daarvan. Daarbij zijn ook rapportages van audits door de 'interne toezichthouder' en nieuwsbrieven van Beth Shalom aangereikt en desgevraagd ook specifieke documenten.
- Op 27 oktober 2011 vonden twee separate gesprekken plaats tussen inspectie en Raad van Toezicht respectievelijk Raad van Bestuur. Hiervan zijn de afspraken schriftelijk bevestigd per brief d.d. 18 november 2011.
- Op 24 november 2011 vond een aangekondigd inspectiebezoek plaats aan Beth Shalom Amstelveen. Voorafgaand werden documenten toegezonden die beschouwd worden als voortgangsrapportages. Definitieve rapportage dd
- Op 2 december 2011 heeft de inspectie documenten ingezien bij Beth Shalom Buitenveldert.
- Op 14 december 2011 heeft de inspectie onaangekondigd een bezoek aan Beth Shalom Buitenveldert gebracht (brief met bevindingen d.d. 9 januari 2012)
- Op 12 januari 2012 vonden onaangekondigde bezoeken plaats aan beide locaties van Beth Shalom (conceptbrief met bevindingen d.d. 20 januari 2012).
- Op 18 januari 2012 vond een evaluatie plaats met de Raad van Toezicht en de bestuurder.

## 3 Bevindingen inspectiebezoeken

### 3.1 Opzet

Doel van de bezoeken die de inspectie aan Beth Shalom bracht, is te beoordelen of er bij Beth Shalom randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

De methodiek die de inspectie bij haar bezoeken aan Beth Shalom hanteerde, is vastgelegd in het 'Tweede Fase Instrument programma ouderenzorg', versie 2009. Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan
- Communicatie en informatie
- Zorginhoudelijke veiligheid
- Voldoende en bekwaam personeel
- Overige onderwerpen
  - Kwaliteitssysteem
  - Calamiteitenmeldingen aan IGZ
  - Medicatieveiligheid

Ieder thema bestaat uit een aantal onderwerpen. In dit hoofdstuk geeft de inspectie per onderwerp haar oordeel weer in vier gradaties: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' en 'zeer hoog risico'. Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

### 3.2 Zorg(behandel)-/leefplan

#### 3.2.1 *Zorg(behandel)-/leefplansystematiek*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011			✓	
Oordeel juni 2011			✓	

Beth Shalom scoort op het onderwerp 'Zorg(behandel)-leefplansystematiek' een gering risico. Weliswaar zijn er verbeteringen merkbaar in de dossiers, in de zorgplannen, de instructie en in de MDO's, maar deze zaken zijn nog onvoldoende geborgd. De reden hiervoor zit in de volgende bevindingen:

- Helpenden zijn niet meegenomen in het scholingstraject en zijn hierdoor onvoldoende in staat om hun bevindingen uit de zorg te rapporteren in het zorgdossier.
- De regie op het zorgproces is teveel verdeeld tussen de PB-er, de arts en praktijkverpleegkundige.

- De span-of-control van de PB-ers is bovendien groot – en daarmee een zeker risico- om goed regie te kunnen voeren.

### 3.2.2 *Individueel zorg(behandel)/-leefplan*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>			✓	
Oordeel november 2011			✓	
Oordeel juni 2011			✓	

Individueel zorg(behandel)-leefplan: Beth Shalom scoort op dit onderwerp nog altijd een hoog risico. Dit ondanks het feit dat er veel verbeterd is: alle cliënten hebben inmiddels een zorgdossier, met een zorgplan en er worden voor alle cliënten MDO's gehouden. De zorgleefplannen zijn in samenspraak met de cliënt en/of de vertegenwoordiger opgesteld. Dit is zichtbaar door een handtekening van de cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger in het zorgplan.

Echter: in een aantal dossiers trof de inspectie nog 'open eindjes' aan. Voorbeeld is een casus met veelvuldig vallen van een cliënt. Dit wordt volgens de verantwoordelijke PB-er in overleg met de vertegenwoordiger geaccepteerd. Dit is echter niet in het dossier – in bijvoorbeeld het zorgleefplan - terug te vinden. Ook heeft de inspectie een dossier ingezien waarin een grote tijdspanne (drie weken) zit tussen het signaleren van ondervoeding en het inzetten van interventies door de arts.

Samenvattend ontbreekt het bij Beth Shalom nog aan:

- een in het zorgdossier zichtbaar cyclisch zorgproces.
- Informatie en instructies voor individuele zorgverlening.
- Duidelijke opdrachtverlening tussen disciplines, bijvoorbeeld bij de wondzorg.
- Aandacht voor activering van bewoners; de inspectie trof in geen van de dossiers een ingevuld agendabladd aan.

## 3.3 **Communicatie en informatie**

### 3.3.1 *Communicatie en bejegening*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011		✓		
Oordeel juni 2011	Niet beoordeeld in juni/juli 2011			

Op het gebied van communicatie en bejegening in de cliëntenzorg loopt Beth Shalom mogelijk een gering risico door de grote 'span of control' van de PB-ers waardoor zij niet in de directe zorg aan het bed participeren. Waarbij de achterblijvende zorgrapportage door helpenden door de inspectie als

contraproductief geacht wordt voor een goede regie en samenhang in de zorg. In Beth Shalom Amstelveen is het medisch dossier in het zorgdossier geïntegreerd. Dit komt de samenhang ten goede.

### 3.3.2 Informatievoorziening

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>	✓			
Oordeel november 2011	✓			
Oordeel juni 2011	Niet beoordeeld in juni/juli 2011			

Beth Shalom is zeker in de periode vanaf november 2011 zeer transparant geweest over de ontwikkelingen en zorgpunten; niet alleen naar de inspectie toe maar ook naar medewerkers, cliënten en verwanten. De informatievoorziening aan de Raad van Toezicht is (inmiddels) op orde. Daarom scoort de inspectie op dit onderdeel geen risico.

## 3.4 Zorginhoudelijke veiligheid

In zijn algemeenheid valt op dat er binnen Beth Shalom is gewerkt aan de verbetering van de zorginhoudelijke veiligheid. Er zijn aandachtsfunctionarissen aangesteld die op de afdelingen vorm geven aan verschillende zorginhoudelijke zaken. In deze ontwikkelingen is echter weinig samenhang te vinden. Bovendien is er geen centrale visie op zorg en behandeling zichtbaar en herkenbaar gebleken in de nieuw ontwikkelde protocollen en zorgprocessen. Dit maakt dat er ten aanzien van het thema zorginhoudelijke veiligheid nog steeds een aantal hoge risico's zijn.

Bovendien is gebleken dat niet alle medewerkers worden geschoold in de zorginhoudelijke onderwerpen. Dit is ongewenst. IGZ tekent aan dat wanneer er met een zelfde intensiteit en een hogere snelheid aan de ontwikkelingen gewerkt wordt, zij verwacht dat de risico's zullen afnemen. Hier is visie op zorg en behandeling, samenhang en krachtige aansturing voor nodig.

### 3.4.1 Decubituspreventie en -behandeling

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011		✓		
Oordeel juni 2011		✓		

Op het gebied van decubituspreventie en -behandeling constateert de inspectie nog een gering risico. De praktijkverpleegkundige observeert de cliënten maandelijks en

maakt foto's. Dit is echter niet terug te vinden in het cliëntendossier. Het risico is dat deze kennis bij een persoon blijft en dat deze onvoldoende vastgelegd en gedeeld wordt. Dit belemmert ook goede bijsturing van de wondbehandeling door de arts indien dat nodig is. Door deze aspecten neigt dit punt een hoger risico te worden.

#### 3.4.2 *Vocht en voeding*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>			✓	
Oordeel november 2011			✓	
Oordeel juni 2011			✓	

Op het gebied van vocht en voeding is een aantal zaken verbeterd. Er is aandacht voor ondervoeding. De verzorgenden zijn geschoold in de SNAQ-methodiek voor het objectiveren van ondervoeding. Er is echter nog geen scholing geweest op het gebied van slikstoornissen.

Tegelijk constateert de inspectie dat de diëtist bij veel cliënten zorg verleent. Hierbij zijn enkele kanttekeningen te plaatsen: de inzet van de (eerstelijns) diëtist vloeit in veel gevallen niet voort uit een doktersadvies of uit een multidisciplinair overleg. Er worden door verzorgenden wel risico's gesignaleerd maar het duurt soms erg lang (soms meer dan 3 maanden) voordat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen. Dus hoewel zaken verbeterd zijn, valt de risicoscore nog hoog uit omdat de inspectie van mening is dat een zorgcyclus, multidisciplinariteit en regie nog te zeer ontbreekt.

#### 3.4.3 *Valpreventie*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011			✓	
Oordeel juni 2011				✓

Voor wat betreft valpreventie komt de inspectie nog op een gering tot hoog risico. De door de inspectie onderzochte (en at random geselecteerde) dossiers bevatten een valrisicoinventarisatie. De bijbehorende (preventieve) zorginterventies worden echter nog niet altijd beschreven in het zorgleefplan. De evaluatie van maatregelen is gekoppeld aan het MDO en aangezien dat nog in de kinderschoenen staat, is de cirkel nog niet rond.

#### 3.4.4 *Infectiepreventie*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011		✓		
Oordeel juni 2011				✓

Voor wat betreft de infectiepreventie zijn tijdens de laatste bezoeken de zeep- en alcoholpompjes gezien. Op het gebied van infectiepreventie heeft nog geen scholing plaatsgevonden. Op locatie Amstelveen is onlangs nog veel advies ontvangen van een hygiënisten van de GGD. Diverse protocollen zijn geüpdate en medewerkers opnieuw geïnstrueerd. Daarmee komt de inspectie op een risicoscore 'gering risico'.

#### 3.4.5 *Incontinentie*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011			✓	
Oordeel juni 2011				✓

Er zijn individuele afspraken over incontinentiemateriaal en over toiletrondes. Mictie wordt bijgehouden door verzorgenden. Er is echter weinig aandacht voor de oorzaak van de incontinentie. Diagnostiek van incontinentie is niet terug te vinden in de door de inspectie onderzochte dossiers. De inspectie scoort dit als een gering risico.

#### 3.4.6 *Zorg voor cliënten met gedragsproblemen*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011		✓		
Oordeel juni 2011		✓		

De inspectie trof in een van de zorgdossiers een middelen en maatregelen formulier dat vanaf vorig jaar niet meer is geëvalueerd. In geen enkel dossier is de activiteitenagenda ingevuld. Zonodig worden omgangsadviezen gegeven door een psycholoog of psychiater die in consult kunnen worden gevraagd.

### 3.5 Voldoende en bekwaam personeel

#### 3.5.1 *Personele inzet afgestemd op de doelgroep*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011			✓	
Oordeel juni 2011		✓		

De personele inzet is voor wat betreft de zorg redelijk afgestemd op de doelgroep. Er zijn veel minder uitzendkrachten. Er wordt nu vooral gebruik gemaakt van flexkrachten die in dienst zijn van Beth Shalom. Er is op dit moment nog een krappe inzet van activiteitenbegeleiding. Dit komt door het vertrek van de vier vaste activiteitenbegeleiders. Er is nu een nieuwe functionaris die dit weer aan het opstarten is. Vooralsnog was daar tijdens de bezoeken nog weinig resultaat van zichtbaar.

Er is een punt van zorg voor wat betreft de medische en paramedische behandelfunctie. Op 19 december 2011 heeft de huidige aanbieder van de medische dienstverlening aangegeven het contract te willen beëindigen. Over de einddatum van het contract was discussie, maar inmiddels bestaat een afspraak die voldoende garanties biedt voor continuïteit van de medische dienstverlening

Er zijn vaste fysiotherapeuten in dienst van Beth Shalom, die maken dan ook deel uit van het multidisciplinaire team. Daarnaast is er een eerstelijns diëtist werkzaam voor Beth Shalom en is er de mogelijkheid om een psycholoog in te schakelen. Er is echter geen ergotherapie of logopedie. Cliënten dienen –op basis van ZZZ- de paramedische zorg te krijgen die nodig is. Beth Shalom moet hierin voorzien. Op dit moment zijn gesprekken gaande met mogelijke aanbieders van (para)medische dienstverlening en Beth Shalom heeft hiervoor in de begroting een reservering voor 1,4 fte opgenomen. Het proces van ZZZ-harmonisatie is gestart.

Genoemde maatregelen geven de inspectie vertrouwen. Daarom scoort zij een gering risico dat echter snel kan oplopen wanneer de financiële positie van Beth Shalom niet verbetert.

#### 3.5.2 *Professionele kwaliteit van de medewerkers*

	geen risico	gering risico	hoog risico	zeer hoog risico
<b>Oordeel januari 2012</b>		✓		
Oordeel november 2011			✓	
Oordeel juni 2011			✓	

Het belang van intensiever scholen lijkt te zijn doorgedrongen in de organisatie. Er is een scholingsplan voor verzorgenden en PB-ers. Dit heeft een verbetering opgeleverd in de (somatische) zorg. De deelname wordt bijgehouden. Helpenden worden echter tot op heden niet geschoold. Hoewel niet op alle units werkoverleggen worden gehouden en de meeste medewerkers geen functionerings- of jaargesprek(ten behoeve van inventariseren van scholingsbehoefte) hebben gehad, beoordeelt de inspectie dit onderwerp een gering risico.

### 3.6 Overige onderwerpen

#### 3.6.1 *Kwaliteitssysteem*

<b>Oordeel januari 2012</b>	<b>verhoogd risico</b>
Oordeel november 2011	Hoog risico
Oordeel juni 2011	Verhoogde kans op onverantwoorde zorg

Er is een kwaliteitssysteem beschikbaar binnen Beth Shalom. De toegang tot dit systeem is in principe verbeterd middels het 'Omnes'-account. Tegelijkertijd leeft het onderwerp nog onvoldoende (wordt niet gebruikt) en is het systeem nog altijd even gebruiksonvriendelijk.

In de zorgdossiers zijn nog geen protocollen aangetroffen als referentie voor noodzakelijke procedures en handelingen. Er wordt nog onvoldoende getoetst of de protocollen worden nageleefd. Evaluatiemomenten zijn niet altijd benoemd. Er is geen sprake van borging.

Wel is er sinds het verscherpt toezicht een regeling getroffen om interne audits te houden. Deze worden opgevolgd met verbetermaatregelen. Hiermee is de plan-do-check-act cyclus ingezet.

De inspectie scoort een verhoogd risico dat snel kan afnemen wanneer medewerkers feitelijk gebruik gaan maken van beschikbare protocollen en instructies.

#### 3.6.2 *Calamiteitenmeldingen*

<b>Oordeel januari 2012</b>	<b>Gering risico</b>
Oordeel november 2011	Gering risico
Oordeel juni 2011	Verhoogde kans op onverantwoorde zorg

Intern heeft de MIC-commissie zich uitgebreid en verbeterd. Incidenten worden gemeld, wat ook wordt genoteerd in het zorgdossier. Daarbij heeft de inspectie nog niet geconstateerd of er een terugkoppeling plaatsvindt van de MIC-commissie naar de werkvloer.

De kwaliteit van de calamiteitenonderzoeken door Beth Shalom en de rapportage hiervan naar de inspectie dient nog verder te verbeteren, zoals is aangegeven in het rapport over het inspectiebezoek van 24 november 2011. Daarom blijft de score nog een 'gering risico'. De inspectie zal de kwaliteit van de meldingenonderzoeken

blijven monitoren en gaat ervan uit dat deze diepgaander zullen zijn en geënt op het model zoals de branchevereniging onder haar leden heeft verspreid.

### 3.6.3 *Medicatieveiligheid*

Oordeel januari 2012	<b>Hoog tot zeer hoog risico</b>
Oordeel november 2011	Hoog risico
Oordeel juni 2011	Verhoogde kans op onverantwoorde zorg

De medicatieveiligheid is een punt van zorg voor de inspectie. Tot op heden wordt er op de beide locaties met verschillende systemen gewerkt. Dit is op zichzelf al risicovol. Daarnaast kennen beide systemen vele tekortkomingen zoals in bezoekverslagen beschreven. Het gaat hierbij om belangrijke facetten van medicatieveiligheid zoals bijvoorbeeld: medicatiebewaking, -bewaring, uitzetten en toedienen, bekwaamheid en bijscholing, het kwaliteitssysteem en de depotheekconstructie. Hierdoor is er een aanzienlijk risico op onverantwoorde en onveilige zorg.

Beth Shalom ontwikkelt momenteel een nieuw medicatiebeleid en zal dit de komende maanden implementeren. Belangrijk is dat Beth Shalom met één apotheker wil gaan werken waarbij overal gewerkt zal worden met het zogenaamde Baxtersysteem.

### 3.6.4 *Bedrijfsvoering*

Afgelopen jaren heeft Beth Shalom aanzienlijke exploitatietekorten gekend. In 2011 was dat circa 10%. De begroting van 2012 laat eveneens een budgettekort zien onder meer vanwege de kosten van (noodzakelijk) interim-management. Een van de problemen is bijvoorbeeld de onderproductie. Op beide locaties is sprake van een leegstand.

Financiële steun en garanties zijn noodzakelijk om tegemoet te komen aan deze tekorten om op korte termijn liquiditeitsproblemen te voorkomen. Het beleidsdoel is er uitdrukkelijk op gericht om in 2014 weer een financieel gezonde organisatie te zijn, hetgeen noodzakelijk is voor de continuïteit van de organisatie.

## 4 Beschouwing : evaluatie verscherpt toezicht Beth Shalom

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe de inspectie op de zeven thema's oordeelt over Beth Shalom. Dit hoofdstuk bevat de beschouwing op de zeven punten waarop de inspectie verscherpt toezicht heeft ingesteld.

De inspectie stelt voorop dat Beth Shalom van heel ver moest komen. Voorheen was de focus gericht op welzijn. Er was te weinig aandacht voor de medische en verpleegkundige zorgvragen waar de cliënten van Beth Shalom mee te maken hebben. Er moest heel veel gebeuren, op alle vlakken.

Beth Shalom heeft een interim-bestuurder aangetrokken die inmiddels tot juni zal aanblijven en langer indien de situatie daarom vraagt. De Raad van Toezicht heeft zichzelf geprofessionaliseerd en is na zelfevaluatie sterker geworden. Een kritische Raad van Toezicht die weet waar zij naar moet kijken is onontbeerlijk in een ontwikkeltraject als dit.

### 4.1 Personele inzet afgestemd op de doelgroep

*Doel: de personele inzet afgestemd dient te zijn afgestemd op de doelgroep binnen beide de zorginstellingen. De deskundigheid en houding van medewerkers is voldoende en adequaat.*

Dit punt is aanzienlijk verbeterd omdat er nog slechts incidenteel uitzendkrachten worden ingezet. Er is een flexpool ingesteld met medewerkers die in dienst zijn van Beth Shalom. Dit vergroot aansturingsmogelijkheden en betrokkenheid van de medewerkers.

De meeste medewerkers zijn en worden geschoold. De inspectie is niet tevreden over het feit dat helpenden daarin onvoldoende zijn meegenomen. De verhouding zorgzwaarte in relatie tot personeelsbezetting wordt momenteel ontworpen en dit beleid is nog niet vastgesteld. Dit is echter zeer nodig gezien de continuïteit van de bedrijfsvoering. Er is beleid over de streefbezetting en deze wordt ook ingezet. Medewerkers hebben niet structureel functionerings- of jaargesprekken met hun leidinggevende. Ook niet alle unitmanagers voeren structureel werkoverleg met hun medewerkers.

### 4.2 Aansturing

*Doel: De aansturing van de medewerkers van Beth Shalom dient deskundig, effectief en constant gewaarborgd te zijn.*

De inspectie is van mening dat aansturing een van de belangrijkste voorwaarden om verbeteringen te kunnen realiseren maar ook te borgen. De middenmanagementlaag is vorig jaar in de crisisperiode gestart zonder daar op te zijn geselecteerd. De kans op overbelasting is bij deze groep aanzienlijk. Dit neemt niet weg dat de inspectie verwacht dat juist zij handen en voeten geven aan de benodigde ontwikkeling van de medewerkers op de werkvloer; onder andere door werkoverleggen en functioneringsgesprekken.

Op bestuurlijk niveau wordt de problematiek op het gebied van kwaliteit van zorg, veiligheid, personeel en bedrijfsvoering nu onderkend en opgepakt. De ingezette verbeteringen verkeren in verschillende stadia van ontwikkeling. Deze trajecten verdienen een niet aflatende inzet en directe aansturing door leidinggevenden op alle managementniveaus.

Discontinuïteit in bestuur zou per direct een groot risico opleveren op stagnatie van alle noodzakelijke verbeteringen. De opdracht van de interim-bestuurder is verlengd tot juni 2012. De opvolgingsprocedure wordt in gang gezet, volgens de beleidsplannen echter nog vóórdat de toekomststrategie bepaald is. Wellicht moet deze volgorde worden heroverwogen.

De Raad van Toezicht heeft een professionaliseringsslag doorgemaakt. Er is een zelfevaluatie geweest, verschillende reglementen zijn vastgesteld en de vergaderfrequentie is sterk toegenomen. Tot op heden ontbreekt in de Raad van Toezicht echter bestuurlijke kennis en ervaring ten aanzien van kwaliteit en veiligheid in zorginstellingen.

#### **4.3 Zorgleefplan**

*Doel: het zorgleefplan en zorgdossier dienen een voldoende basis te zijn voor de dagelijkse zorgverlening en multidisciplinaire samenwerking.*

Het werken met het zorg(behandel)-leefplannen is verbeterd. Maar regie en samenhang moeten sterker om tot goede en adequate multidisciplinaire zorg te komen. De regie van de zorg is nog onvoldoende beschreven. De verantwoordelijkheden lijken versnipperd tussen PB-er, praktijkverpleegkundige en arts. Veel kennis over individuele zorg zit in hoofden van mensen en wordt veelal mondeling gedeeld.

Een belangrijk ontwikkelpunt voor Beth Shalom is de regie en samenhang in de zorg. De inspectie is van mening dat de Specialist Ouderengeneeskunde daarbij een cruciale rol dient te vervullen, zeker gezien de complexe zorgvragen van de doelgroep.

Daarom is het terugtrekken van de samenwerkingspartner voor medische dienstverlening een ernstig complicerende factor; het is nu nog niet duidelijk hoe dit structureel wordt opgelost. Beth Shalom heeft voor de komende zes maanden de continuïteit in de medische dienstverlening vastgelegd met de huidige contractpartner. Er zijn gesprekken gaande met andere potentiële leveranciers van medische én paramedische dienstverlening. Dit verdient hoge prioriteit maar kan niet los gezien worden van eventuele nieuwe samenwerkingspartners.

#### **4.4 Kwaliteitssysteem**

*Doel: het kwaliteitssysteem is volledig, up-to-date en vormt een voldoende basis voor zorginhoudelijk veilige zorg.*

Beth Shalom heeft na het instellen van het verscherpt toezicht aandachtsfunctionarissen aangesteld voor zorginhoudelijke onderwerpen. Protocollen zijn ontwikkeld. Het kwaliteitssysteem is een gebruiksvriendelijk en traag systeem waar weinig mensen mee kunnen werken, ook al hebben alle medewerkers via het algemene account 'Omnes' toegang tot het systeem. Dit

laatste is niet eens bij alle medewerkers bekend. Beth Shalom toetst de naleving van de protocollen niet. Een systeem dat niet gebruikt wordt is zinloos.

Dit punt verdient nog veel aandacht om het risico op onverantwoorde zorg te verkleinen. Beth Shalom bevindt zich nog in de ontwerpfase van beleid. Verbeteracties zijn in gang gezet, maar resultaten laten nog op zich wachten.

#### **4.5 Zorginhoudelijke veiligheid**

*Doel: de zorginhoudelijke veiligheid bij vocht en voeding, valpreventie, infectiepreventie en -behandeling en diagnostiek en behandeling bij incontinentie dient aantoonbaar te zijn gewaarborgd.*

In november zag de inspectie een veelheid aan ontwikkelingen op dit vlak, maar constateerde ook dat er een centrale visie op zorg aan leek te ontbreken. De organisatie is zich hiervan bewust. Op het gebied van de zorginhoudelijke veiligheid is op alle vlakken wel een voorzichtig resultaat zichtbaar, maar ontbreekt nagenoeg op alle gebieden een cyclisch zorgproces. Dit moet verder voortgezet en vooral geborgd worden in samenhang.

#### **4.6 Calamiteitenmeldingen**

*Doel: calamiteiten en MIC-meldingen dienen op grond van artikel 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen te worden geanalyseerd*

Het onderkennen van incidenten/calamiteiten in de zorg, het melden en analyseren daarvan en het doorvoeren van verbetermaatregelen, zijn belangrijke instrumenten voor een lerende organisatie. De inspectie heeft gezien dat Beth Shalom meer zaken aan de inspectie heeft gemeld en ook geconstateerd dat de interne MIC commissie zich verbetert.

De noodzakelijke verbetering die Beth Shalom moet realiseren voor wat betreft het calamiteitenonderzoek is door Beth Shalom erkend maar de inspectie heeft hier nog geen resultaten van gezien.

#### **4.7 Medicatieveiligheid**

*Doel: medicatieveiligheid is operationeel en geborgd.*

Hoewel de medicatieveiligheid licht verbeterd is ten opzichte van juni 2011, scoort Beth Shalom hierop nog zeker geen voldoende. De inspectie ziet nog altijd grote risico's in de medicatietoediening en -verantwoording. Ook de logistiek is zorgelijk. Beth Shalom gaat de volledige dienstverlening rond medicatie onderbrengen bij één apotheker en zal hiertoe een eenduidig beleid voor beide locaties ontwikkelen.

De inspectie toetst de normen die voortvloeien uit de Geneesmiddelenwet en wijst Beth Shalom erop dat zij deze norm moet inbedden in het hele medicatieproces. Een geneesmiddelencommissie is hierbij onmisbaar.

## 5 Conclusie

Na deze periode van zes maanden verscherpt toezicht komt de inspectie tot de conclusies dat er tal van zaken verbeterd zijn bij Beth Shalom en dat de problemen onderkend zijn.

### 5.1 Continuïteit

Zorgen blijven bestaan over:

- continuïteit van de kwaliteit van zorg
- continuïteit van de medische (en paramedische) dienstverlening
- continuïteit van het bestuur en intern toezicht
- continuïteit van de bedrijfsvoering

#### 5.1.1 *Continuïteit van de kwaliteit van zorg*

De inspectie is voorzichtig optimistisch over de gemaakte vorderingen. Er lijkt met enthousiasme aan verbeteringen gewerkt door de medewerkers. Er gebeurt veel tegelijkertijd.

Als deze lijn zo wordt voortgezet, scheidt dat vertrouwen in de kwaliteit van zorg. De draagkracht van medewerkers is een punt van aandacht. Risicovol blijft de medicatievoorziening en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorg, PB-ers en (para)medici; zowel wat betreft de verantwoordelijkheid in zijn geheel als de verantwoordelijkheidsverdeling - en vooral ook afstemming - tussen de disciplines. De kwaliteit en veiligheid van de medicatievoorziening schiet tekort en dient op korte termijn op orde te zijn.

#### 5.1.2 *Continuïteit medische zorg:*

Vooralsnog is voorzien in de continuïteit van medische dienstverlening en er wordt gewerkt aan de inzet van paramedici. Nieuwe samenwerkingspartners worden gezocht. Hierin schuilen voor dit moment voldoende waarborgen, maar de inspectie zal dit kritisch blijven volgen tot er een permanente voorziening is getroffen.

#### 5.1.3 *Continuïteit van bestuur*

De Raad van Toezicht heeft vooralsnog voorzien in deugdelijk bestuur. Strategische heroriëntatie is ingezet en een opdracht tot marktonderzoek is volop in voorbereiding. Een nieuw beleidsplan wordt eind maart verwacht. Op basis van deze maatregelen verwacht de inspectie dat de Raad van Toezicht de urgentie van continuïteit van goed bestuur op waarde schat en zal faciliteren.

#### 5.1.4 *Continuïteit van organisatie*

Voorwaardelijk voor al deze continuïteitsvraagstukken, is dat Beth Shalom een gezonde organisatie wordt, of deel zal uitmaken van een gezond financieel systeem. De inspectie houdt geen toezicht op dit aspect van zorginstellingen, maar is in dit kader wel van mening dat de continuïteit van de bedrijfsvoering moet zijn gegarandeerd.

## **5.2 Conclusie**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg meent het verscherpt toezicht te kunnen opheffen omdat er voor dit moment is er geen acute bedreiging van de continuïteit is. De inspectie heeft voldoende vertrouwen in de bestuurder en Raad van Toezicht dat zij de ontwikkelingen kunnen voortzetten tot Beth Shalom weer op een goed niveau functioneert en de cliënt een gerechtvaardigd vertrouwen in de zorg van Beth Shalom heeft.

Vanwege de kwetsbare fase waarin de ontwikkeling van Beth Shalom zich bevindt, zal de inspectie vanuit haar toezichthoudende rol de organisatie intensief blijven volgen. Wanneer genoemde continuïteitsaspecten onverhoopt in gevaar komen, zal de inspectie zich beraden op (het adviseren van) het nemen van bestuursrechtelijke maatregelen.

## **5.3 Vervolg na 22 januari 2012**

De inspectie ziet toe op de ontwikkelingen binnen Beth Shalom door middel van:

- Maandelijks schriftelijke voortgangsrapportages voor het eerst te ontvangen op 15 februari 2012.
- (On)aangekondigde bezoeken aan beide locaties.
- Toetsing medicatieveiligheid uiterlijk 1 juli 2012.

## Bijlage 1 Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande IGZ documenten zijn gebruikt bij het evalueren van het verscherpt toezicht.

22 juli 2011	Definitief rapport inspectiebezoek van 21 juni 2011
20 juli 2011	Brief over onaangekondigde bezoek van 4 juli 2011 en gesprek van 18 juli 2011.
23 augustus 2011	Brief met de te nemen maatregelen .
18 november 2011	Gespreksverslagen van gesprekken met Raad van Toezicht en Raad van Bestuur van 27 oktober 2011.
22 december 2011	Definitief rapport aangekondigd bezoek 24-11-2011.
9 januari 2012	Brief met bevindingen van onaangekondigd bezoek van 14 december 2011.
16 januari 2012	Gespreksverslag IGZ – ZHGA d.d. 22 december 2011.
20 januari 2012	Verslag onaangekondigd bezoek aan Beth Shalom Buitenveldert en Amstelveen d.d. 12 januari 2012.

Daarnaast zijn de voortgangsrapportages die de inspectie van Beth Shalom heeft ontvangen gebruikt voor deze evaluatie.

## Bijlage 2 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.