

Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet

Den Haag, september 2004

Aan de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Hierbij bied ik u aan het rapport *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*. De inspectie heeft dit onderzoek uitgevoerd naar aanleiding van aanhoudende signalen over tekortschietende zorg in 2003.

Bij het onderzoek zijn voor de toetsing normen voor het bepalen van de ondergrens van verantwoorde zorg gebruikt, die in 2001 door alle partijen in de verpleeghuiszorg gezamenlijk zijn vastgesteld. Tijdens het onderzoek is op geen enkele wijze gebleken dat deze normen te hoge eisen zouden stellen. Dat desondanks verpleeghuizen zelfs de minimale zorg niet kunnen garanderen aan hun bewoners vervult de inspectie met grote zorg.

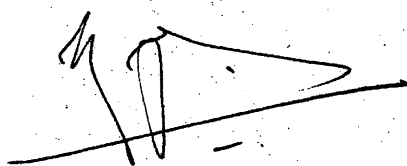
Op essentiële onderdelen van de dagelijkse zorg schiet tenminste een kwart van de verpleeghuizen tekort. Dat betreft een beperkte mogelijkheid van bewoners om de dag in te delen of te douchen, maar ook onvoldoende hulp bij de maaltijden. Het permanente toezicht op psychogeriatrische bewoners in de huiskamers schiet schromelijk tekort, waardoor in bijna tweederde van de verpleeghuizen bewoners soms worden gefixeerd. Een andere opvallende bevinding is dat de personeelsbezetting met name op de afdelingen voor psychogeriatrische bewoners zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin achteruit is gegaan. Hiervoor is een vergelijking gemaakt met bevindingen uit het inspectierapport *Basiszorg, minimumzorg?* uit 1989.

Deze laatste conclusie gevoegd bij het gegeven dat de zorgzwaarte van verpleeghuisbewoners de laatste jaren is toegenomen, doet ernstig vermoeden dat er meer aan de hand is dan tekortschietend management. Gezien de breedte waarin de problemen zich voordoen, is meer inzicht nodig in achterliggende oorzaken (organisatorisch, beroepsinhoudelijk en financieel) waarom kennelijk nogal wat verpleeghuizen, ondanks de verruiming van de middelen van de afgelopen jaren, de noodzakelijke zorg niet leveren. Een structurele aanpak van de achterliggende problematiek is derhalve noodzakelijk. Ik adviseer u op korte termijn een voortgezet onafhankelijk onderzoek hiernaar te laten plaatsvinden.

Als belangrijkste maatregel heb ik de verpleeghuizen opdracht gegeven voor eind 2004 tenminste de minimaal noodzakelijke zorg voor de bewoners te garanderen.

Tot slot wil ik niet onvermeld laten, dat bewoners in dit onderzoek hun grote waardering hebben geuit voor de inzet en het werk van de verzorgenden. Dit positieve beeld van de verpleeghuiszorg is naast het negatieve beeld dat in de conclusies naar boven komt van zeker zo groot belang voor het imago van de totale sector.

Hoogachtend,



Prof. dr. J.H. Kingma

Den Haag, september 2004

Samenvatting

Begin 2004 heeft de inspectie een onderzoek uitgevoerd in verpleeghuizen, ter beantwoording van de vraag of aan bewoners de minimaal noodzakelijke zorg wordt verleend. De aanleiding voor dit onderzoek waren meerdere signalen over tekortschietende zorg in verpleeghuizen in 2003. De basis van het onderzoek zijn de tien indicatoren van de minimaal noodzakelijke zorgverlening, ook wel aangeduid als 'alarmbellen' of 'de ondergrens van de zorg', die in 2001 door de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties in de verpleeghuissector (Arcares, LOC, AVVV en NVVA) samen met de inspectie zijn vastgesteld. Op enkele onderdelen van de getoetste zorgverlening zijn veldnormen gebruikt voor een noodzakelijke nadere operationalisatie van enkele indicatoren.

Bij het niet meer voldoen aan een indicator bevindt het kwaliteitsniveau van de zorgverlening zich op het gebied van onverantwoorde zorg en dit wordt door alle partijen als onaanvaardbaar beschouwd. Nadrukkelijk is daarbij opgemerkt dat het dus niet gaat om normen voor het definiëren van verantwoorde zorg in verzorgings- en verpleeghuizen. Voor het inspectieonderzoek is een representatieve steekproef van 60 verpleeghuizen bezocht en is de verleende zorg beoordeeld aan de hand van schriftelijk materiaal en gesprekken met zorgverleners van 111 verpleegafdelingen, 102 bewoners en het locatie-management.

De conclusie is dat de minimaal noodzakelijke zorg niet is gegarandeerd in bijna 80 procent van de verpleeghuizen. Slechts 22 procent levert tenminste zorg die aan de tien indicatoren voldoet. Aangezien veldpartijen hebben afgesproken dat de zorg in verpleeghuizen niet beneden de grens van deze indicatoren zou dalen, is dit een ernstige constatering.

Ook in de zomer van 2000 werden ernstige tekortkomingen geconstateerd en dit was toen de aanleiding voor het opstellen van de tien indicatoren. Er is sprake van een verbetering, maar vier jaar later heeft eenderde van de verpleeghuizen nog niet vastgelegd waaraan het minimum kwaliteitsniveau van de zorgverlening moet voldoen. De helft van de bezochte verpleeghuizen heeft de tien indicatoren niet geïmplementeerd in een intern beleid om tenminste de minimaal noodzakelijke zorg te kunnen garanderen en de kritische ondergrens te kunnen bewaken. Op de te onderscheiden onderdelen van de dagelijkse zorg schiet tenminste een kwart van de verpleeghuizen tekort. De mogelijkheden van bewoners om de dag in te delen zoals ze wensen, wordt beperkt door de mogelijkheden op de afdeling. Het douchen is meest beperkt tot maximaal één keer per week. Op een kwart van de bezochte, voornamelijk psychogeriatrische, afdelingen komt het voor dat er onvoldoende hulp bij de maaltijden is. Het permanente toezicht op psychogeriatrische bewoners in de huiskamers kan op 72 procent van de bezochte psychogeriatrische afdelingen niet altijd gerealiseerd worden. Dit leidt er toe dat in bijna tweederde van de verpleeghuizen bewoners soms worden gefixeerd door gebrek aan toezicht.

De 24-uurs bereikbaarheid van verpleegkundige deskundigheid en de verpleeghuisarts is doorgaans goed geregeld, maar dit neemt niet weg dat enkele verpleeghuizen dit niet kunnen realiseren. Het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau van de personeelsbezetting op de afdeling kan op bijna een derde van de verpleegafdelingen niet altijd worden gehaald.

De afgelopen jaren is de zorgzwaarte en de diversiteit aan zorgvragen van verpleeghuisbewoners toegenomen. Dit blijkt ook uit dit onderzoek. Uit een vergelijking met eerdere inspectiebevindingen uit 1989 en aanvullend onderzoek naar de personeelsbezetting is gebleken, dat zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de personeelsbezetting op de verpleegafdelingen de afgelopen jaren is verminderd. Vooral op de psychogeriatrische

afdelingen heeft een verschuiving plaatsgevonden naar lager opgeleide en niet-gekwalificeerde medewerkers. Op basis van de beschikbare personeelsbezetting en de zorgvraag van de bewoners is op een aantal verpleegafdelingen bij voorbaat duidelijk dat sprake is van een kraptemodel, waarbij de medewerkers (en bewoners) regelmatig keuzes moeten maken wat de bewoner kan worden geboden.

Het structurele karakter van de tekortkomingen geeft aan dat er meer aan de hand is dan tekortschietend management. Daarom is op korte termijn dringend nader onafhankelijk onderzoek nodig naar achterliggende oorzaken (organisatorisch, beroepsinhoudelijk, financieel etc.).

Bewoners, op de somatische afdelingen, beoordelen de zorgverlening ondanks tekortkomingen als goed tot zeer goed. Deze tevredenheid wordt met name bepaald door de grote waardering voor het personeel dat zich volgens de bewoners maximaal inzet en probeert de zorg zo goed mogelijk te leveren.

Alle bezochte verpleeghuizen die niet voldeden aan de eisen voor minimaal noodzakelijke zorg, zijn aangesproken op hun verantwoordelijkheid tenminste het minimaal noodzakelijke niveau van de zorgverlening te garanderen. Een plan van aanpak voor verbetering is als maatregel opgelegd.

Bij het in gebreke blijven van verpleeghuizen zal de inspectie zonodig handhavend optreden en de minister adviseren de zorgaanbieder een aanwijzing te geven op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De maatregelen in dit rapport zullen er toe moeten leiden dat alle verpleeghuisbewoners voor het einde van 2004 tenminste de afgesproken minimaal noodzakelijke zorg krijgen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding	9
1.2	Doelstelling inspectieonderzoek	10
1.3	Onderzoeksmethode	10
1.4	Instrument: gebaseerd op indicatoren minimaal noodzakelijke zorg	11
2	Conclusies	12
2.1	Permanent toezicht voor de psychogeriatrische bewoners en voldoende hulp en tijd voor de maaltijden zijn de grootste knelpunten	12
2.2	Een bewonergerichte zorg is in tweederde van de verpleeghuizen mogelijk	12
2.3	De dagelijks te verlenen zorg wordt bepaald door een kraptemodel	13
2.4	De zorgzwaarte is toegenomen en de personeelsbezetting niet	13
2.5	Activiteiten en therapieën meestal volgens afspraak	14
2.6	In twee van de drie verpleeghuizen worden normen niet vastgelegd en wordt niet systematisch gemeten	14
2.7	De alarmbellen hebben niet gerinkeld	14
2.8	Er is nog steeds te weinig aandacht voor de spreiding van de maaltijden	14
2.9	De bewoners hebben veel waardering voor de verzorging	15
2.10	De lat voor de minimaal noodzakelijke zorgverlening ligt niet te hoog	15
3	Maatregelen om minimaal noodzakelijke zorg aan bewoners in verpleeghuizen te garanderen	16
3.1	Maatregelen voor de overheid	16
3.2	Maatregelen voor zorgkantoren	16
3.3	Maatregelen voor branche- en beroepsorganisaties van verpleeghuizen	16
3.4	Maatregelen voor management van verpleeghuizen	16
3.5	Maatregelen voor beroepsbeoefenaren	17
3.6	Maatregelen voor cliëntenraden	17
4	Bevindingen	18
4.1	Minimaal noodzakelijke zorg niet altijd aanwezig	18
4.2	Personeelsbezetting is soms krap	21
4.3	Dagelijkse zorg aangepast aan de mogelijkheden van de afdeling	26
4.4	Activiteiten en therapieën meestal volgens afspraak	31
4.5	De verpleeghuisarts is voor de bewoner bereikbaar	32
4.6	Wat te doen als de zorg door de bodem zakt	32
4.7	Toename zorgzwaarte en andere zorgvragen	33
5	Summary	34

Bijlagen

1	Wat is verantwoorde zorg?	36
2	Overzicht getoetste normen	37
3	Literatuur	40

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Tekortschietende zorg in de zomer van 2000 (IGZ, 2000) was aanleiding voor de overkoepelende organisaties van verpleeghuizen (Arcares), van bewoners (Landelijk Organisatie van Cliëntenraden LOC), van verpleegkundigen en verzorgenden (Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden AVVV) en verpleeghuisartsen (Nederlandse Vereniging van VerpleeghuisArtsen NVVA) om samen met de inspectie tien indicatoren vast te stellen van situaties in de zorg, die de grens aangeven van de minimaal noodzakelijke zorg. Bij het niet meer voldoen aan een indicator bevindt het kwaliteitsniveau van de zorgverlening zich op het gebied van onverantwoorde zorg en dit wordt als onaanvaardbaar beschouwd. Nadrukkelijk is daarbij opgemerkt dat het dus niet gaat om normen voor het definiëren van verantwoorde zorg in verzorgings- en verpleeghuizen.

Bij een meer dan incidentele afwijking van een indicator wordt dit door de partijen beschouwd als 'het door de bodem zakken' van de zorg. Zodra de ondergrens in zicht is, moet een noodscenario paraat zijn. Er is afgesproken dat de indicatoren, ook wel aangeduid als alarmbellen, in de zorginstellingen worden geïnstalleerd om vervolgens hiermee de dagelijkse zorgverlening te monitoren. Zodra volgens één of meer indicatoren de kritische grens wordt bereikt, wordt dit gemeld aan de eigen branche- of beroepsorganisatie en de inspectie. Eind 2001 zijn de indicatoren door de betrokken landelijke organisaties en inspectie geëvalueerd en zijn drie indicatoren bijgesteld.

Het aantal meldingen bij de brancheorganisatie Arcares en de inspectie is in 2002 en 2003 gering. Tijdens toezichtbezoeken van de inspectie worden wel geluiden gehoord over de krapte in de personeelsbezetting en het bereiken van de ondergrens van de zorg. De beroepsorganisatie AVVV heeft begin 2003 een signaleringsinstrument voor zorgverleners in verpleeghuizen opgesteld en ontvangt via medewerkers ook meldingen over tekortschietende zorgverlening (AVVV, 2003). Er verschijnen ook alarmerende berichten in de media. Het LOC meldt medio 2003 dat bewoners^[1] van verpleeghuizen niet op tijd verschoond worden en in oktober verschijnen er berichten dat een verpleeghuis zogenaamde 'pyjamadagen' heeft ingesteld. Naast interventietoezicht van de inspectie naar aanleiding van de signalen over tekortschietende zorg (IGZ, november 2003), reden genoeg om een landelijk algemeen-toezichtonderzoek in te stellen naar de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen op basis van de hypothese dat de signalen er op wijzen dat in verpleeghuizen de kwaliteit van de zorg tekortschiet en er sprake is van het bereiken van de grens van onverantwoorde zorg.

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt dat de zorginstellingen verantwoorde zorg moeten bieden. Bij verantwoorde zorg wordt zorg geleverd die afgestemd is op de reële behoefte van de bewoner, voldoet aan veld- en beroepsnormen en gewaarborgd is door een werkend kwaliteitssysteem. De praktijk is dat het kwaliteitsniveau van de zorgverlening zich ergens op een continuüm zal bevinden van onverantwoorde zorg via verantwoorde zorg naar optimale zorg (zie bijlage 1).

Verblijf in een verpleeghuis is doorgaans geen vrijwillige keuze. Verpleging, verzorging en behandeling van chronisch zieken en permanent toezicht voor de psychogeriatrische

[1] In dit rapport wordt gesproken over (verpleeghuis-)bewoners in plaats van cliënten of patiënten. Hiermee is aangesloten bij de terminologie van de gehanteerde veldnormen. Met bewoner wordt zowel de vrouwelijke als mannelijke vorm bedoeld.

bewoner maken vaak langdurig verblijf in het verpleeghuis onvermijdelijk. De bewoner mag verwachten dat hij/zij de zorg krijgt die nodig is.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de opdracht, op basis van de Gezondheidswet, om onderzoek te verrichten naar de Staat van de Volksgezondheid en toezicht te houden op de naleving van wetten op het gebied van de volksgezondheid; één van deze wetten is de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Om tot een uniforme beoordeling te kunnen komen van de zorgverlening is een toezicht-instrument ontwikkeld met toetsingsnormen. De tien indicatoren van de minimaal noodzakelijke zorg zijn in dit onderzoek de basis voor de toetsingsnormen van de inspectie. De inspectie beschouwt de gehanteerde normen als een uitwerking van de artikelen 2 t/m 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen (zie bijlage 2).

In de maanden februari, maart en april 2004 is een aselechte steekproef van zestig verpleeghuizen bezocht en is de zorgverlening getoetst aan deze normen.

1.2 Doelstelling inspectieonderzoek

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in het kwaliteitsniveau van de zorgverlening van verpleeghuizen en na te gaan welke garanties er zijn voor de minimaal noodzakelijke zorg, teneinde te voorkomen dat er sprake is van onverantwoorde zorg. Op basis van de bevindingen worden maatregelen en aanbevelingen geformuleerd en waarnodig wordt corrigerend opgetreden.

1.3 Onderzoeksmethode

Steekproef: 60 verpleeghuizen zijn door inspecteurs bezocht

Op basis van een aselechte steekproef zijn door inspecteurs 60 verpleeghuizen bezocht waarvan 51 gecombineerde (somatisch/psychogeriatrische), 7 psychogeriatrische en 2 somatische verpleeghuizen. Per verpleeghuis zijn meestal 2 verpleegafdelingen bezocht. Het betrof: 60 psychogeriatrische afdelingen, 41 afdelingen voor overwegend langdurig somatische zieken en 10 somatische afdelingen waar zorg wordt geleverd aan specifieke doelgroepen, zoals revalidatiepatiënten of jongeren met een niet-aangeboren hersenletsel. In totaal verblijven er op de bezochte verpleegafdelingen ruim 3500 bewoners. De omvang van de bezochte afdelingen lag tussen 12 en 68 bewoners; bijna de helft van deze afdelingen had 29 tot 33 bewoners.

De meeste verpleegafdelingen (72 procent) zijn opgesplitst in kleinere units. Gemiddeld is er per 14 bewoners één huiskamer aanwezig, hierin blijken echter grote verschillen te zijn tussen de verpleeghuizen.

Het kwalificatieniveau van de opleiding van de gesprekspartners op de verpleegafdelingen betrof bij ruim driekwart niveau 3 (ziekenverzorgende/VIG'er). De overige gesprekspartners hadden meestal een hoger opleidingsniveau.

Werkwijze: inspecteur spreekt met bewoners, medewerkers en management

Per verpleeghuis is aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten (bij voorkeur op de verpleegafdelingen) gesproken met:

- twee zorgverleners van een psychogeriatrische afdeling;
- twee zorgverleners van een somatische afdeling;
- twee bewoners van de bezochte somatische afdeling;

- de locatiemanager.

Verzocht is om, voorafgaand aan het bezoek, de interne nota over het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau toe te sturen. Deze is vooraf door de inspecteur beoordeeld en betrokken bij het gesprek met het locatiemanagement. Het management van de verpleeghuizen is verzocht om de twee bewoners te benaderen voor een gesprek met de inspecteur. In totaal zijn 52 gesprekken gevoerd met (vertegenwoordigers van) bewoners.

Met betrekking tot de kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbezetting op verpleegafdelingen is aanvullend onderzoek gedaan in 35 procent van de bezochte verpleeghuizen. Schriftelijk is aan de verpleeghuizen verzocht om op gestandaardiseerde wijze informatie te leveren over de personeelsbezetting.

Iedere directie/raad van bestuur van het bezochte verpleeghuis ontving na afloop van het inspectiebezoek een rapport waarin de zorgverlening werd beoordeeld. Zonodig werd gevraagd maatregelen te nemen en een plan van aanpak ter verbetering op te stellen.

1.4 Instrument: gebaseerd op indicatoren minimaal noodzakelijke zorg

Voor de uitwerking van het toezichtinstrument zijn de tien indicatoren die eerder zijn vastgesteld door de branche- en beroepsorganisaties, uitgewerkt in meetbare normen. Er is een onderverdeling gemaakt in vijf aandachtsgebieden: personeelsbezetting, dagelijkse zorg, activiteiten en therapieën, beschikbaarheid medische zorg en randvoorwaarden voor minimaal noodzakelijke zorg. Enkele indicatoren zijn ten behoeve van een eenduidige wijze van toetsen, uitgesplitst in onderdelen. Hiervoor was het noodzakelijk toetsingsnormen toe te voegen gebaseerd op meetbare veldnormen (Verantwoorde zorg, LOC en MIK-V, Arcares). Ook een eerdere inspectieaanbeveling uit 1999 over voldoende spreiding van de maaltijden over de dag is opnieuw getoetst.

De inspecteur heeft op basis van de bevindingen in de diverse gesprekken per onderdeel een oordeel gegeven over de getoetste norm op vier niveaus, te weten:

- *afwezig* zijn van de norm; de norm wordt niet nageleefd en/of structureel niet gehaald;
- norm is aantoonbaar *aanwezig*, maar wordt niet consequent nageleefd; schriftelijke procedures zijn niet algemeen bekend;
- norm is *operationeel*; norm wordt consequent nageleefd; schriftelijke procedures zijn algemeen bekend;
- norm is *geborgd*; norm wordt consequent nageleefd en schriftelijke procedures zijn algemeen bekend. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.

2 Conclusies

De belangrijkste conclusie is dat de minimaal noodzakelijke zorg voor de verpleeghuisbewoner niet in alle verpleeghuizen is gegarandeerd en de zorg soms onder de grens van de minimale zorgverlening is. De tien indicatoren die door de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties in 2001 zijn vastgesteld om de ondergrens van de zorg aan te geven, kunnen slechts in 22 procent van de verpleeghuizen gerealiseerd worden. In een kleine 80 procent van de verpleeghuizen is de zorg op één of meerdere indicatoren beneden de ondergrens gedaald. Aangezien door veldpartijen is afgesproken dat alle tien de indicatoren de ondergrens van de zorg aangeven en geen volgorde van belangrijkheid is aangebracht in de tien indicatoren, is dit een ernstige conclusie.

Alvorens in te gaan op deze negatieve bevindingen moet worden opgemerkt dat er in vergelijking met de zomer in 2000 wel enige verbetering is, omdat er meer aandacht wordt besteed aan het bewaken van de ondergrens van de zorg. Desondanks lukt het in een kleine 80 procent van de verpleeghuizen niet om op alle getoetste onderdelen de minimaal noodzakelijke zorg ook daadwerkelijk te verlenen. Vaak zien medewerkers ook te weinig mogelijkheden om dit te verbeteren.

Er is in verpleeghuizen ook kwalitatief goede zorgverlening aangetroffen, niet in de laatste plaats door de grote betrokkenheid, creativiteit en inzet van de medewerkers in verpleeghuizen.

In 85 procent van de verpleeghuizen is 24 uur per dag 7 dagen in de week de bereikbaarheid en oproepbaarheid van de verpleeghuisarts en verpleegkundige deskundigheid goed geregeld. Ook voor medische zorg in acute situaties heeft 80 procent van de verpleeghuizen een regeling. In bijna ieder verpleeghuis is contact met de verpleeghuisarts altijd mogelijk. De bewoners hebben voor de verleende zorg en medewerkers grote waardering: *"Zij zetten zich maximaal in en kunnen niet meer doen dan mogelijk is."*

2.1 Permanent toezicht voor de psychogeriatrische bewoners en voldoende hulp en tijd voor de maaltijden zijn de grootste knelpunten

Het permanente toezicht door een geïnstrueerd persoon voor de psychogeriatrische bewoners in de huiskamers kan op 72 procent van de afdelingen niet altijd nagekomen worden. Dit probleem doet zich vooral voor op afdelingen met relatief veel huiskamers, tijdens de pauzes van de medewerkers in de middag en avond en tijdens het naar bed brengen of uit bed halen van de bewoners. Onvoldoende toezicht leidt ertoe dat in tweederde van de verpleeghuizen bewoners soms op oneigenlijke gronden gefixeerd worden. In 28 procent van de verpleeghuizen zijn er onvoldoende personeelsleden en geïnstrueerde familieleden of vrijwilligers aanwezig bij de maaltijden. Dit probleem doet zich voornamelijk voor op de psychogeriatrische afdelingen.

2.2 Een bewonergerichte zorg is in tweederde van de verpleeghuizen mogelijk

Ruim tweederde van de bewoners en medewerkers geeft aan dat de afspraken over de zorg worden vastgelegd in het zorgplan en altijd of meestal worden nagekomen.

Multidisciplinaire bewonersbesprekingen gaan in ruim tweederde van de verpleeghuizen altijd door. Systematische evaluatie en bijstelling van het zorgplan met de (vertegenwoordiger van de) bewoner is eveneens de standaard werkwijze. In de praktijk blijkt dat er meestal wel gesproken wordt met de bewoners over de verschillende onderdelen van de

zorgverlening, maar dat dit niet standaard wordt vastgelegd in een zorgplan of het zorgdossier. De systematiek van het opstellen van zorgplannen in verpleeghuizen richt zich op een probleemgeoriënteerde aanpak met de omschrijving van het probleem, een doel, actie en evaluatie. De gewone dagelijkse zorg- en dienstverlening aan de individuele bewoner, zoals wensen rond douchen en dagindeling, maken hiervan geen vast onderdeel uit.

Afspraken over de preventie en behandeling van decubitus worden volgens driekwart van de zorgverleners altijd nagekomen. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de inspectie in het rapport *Decubitus doorgelicht; richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast* nog wel tekortkomingen constateert in de kwaliteitszorg van de decubituszorg (IGZ, 2004).

2.3 De dagelijks te verlenen zorg wordt bepaald door een kraptemodel

Op meer onderdelen van de dagelijkse verzorging en verpleging van de verpleeghuisbewoner wordt min of meer structureel tekortgeschoten. Dit uit zich in het regelmatig moeten wachten op hulp, onvoldoende hygiëne bij toiletgang en incontinentie, het maximaal één keer per week kunnen douchen en te weinig tijd bij de verzorgenden om afspraken van (para-)medici over mobiliserende activiteiten (wandelen met ondersteuning, bewegen bij bedlegerigheid of spasmen) met de bewoner op de afdeling uit te voeren. Zorgverleners moeten keuzes maken welke zorg geleverd kan worden. Het feit dat inspecteurs hebben beoordeeld dat nagenoeg op alle onderdelen van de dagelijkse zorg tenminste een kwart van de verpleeghuizen niet voldoet aan de getoetste norm, geeft aan dat er geen sprake is van incidentele afwijkingen.

Uit het onderzoek blijkt dat de verleende zorg in niet geringe mate wordt beïnvloed door impliciete normen van de medewerkers. De organisatie van het werk heeft nogal eens voorrang op de vraag en de wens van de bewoner.

2.4 De zorgzwaarte is toegenomen en de personeelsbezetting niet

In de afgelopen 15 jaar is de zorgzwaarte van de bewoners van het verpleeghuis toegenomen. Ook uit dit onderzoek blijkt dat het aantal bewoners dat hulp behoeft bij het eten, wassen en aankleden is toegenomen. Uit een vergelijking tussen de inspectiebevindingen uit 1989 en die van 2004 blijkt dat de kwantiteit van de beschikbare personeelsbezetting op de verpleegafdelingen niet is toegenomen en er op kwalitatief niveau zelfs sprake is van een verslechtering. Op de psychogeriatrische afdeling is het aantal afdelingsmedewerkers met een kwalificatieniveau van verpleegkundige of ziekenverzorgende afgenomen van 13,4 fte naar 11,9 fte per 30 bewoners.

Ook blijkt dat de norm van de minimaal noodzakelijke kwalitatieve bezetting op de verpleegafdeling, de 24-uurs aanwezigheid van tenminste één ziekenverzorgende, in 30 procent van de verpleeghuizen niet altijd gehaald kan worden.

Een beperkte aanwezigheid van ziekenverzorgenden en verpleegkundigen (kwalificatieniveau 3 of hoger) heeft tot gevolg dat zij relatief vaak taakgericht op één of meer afdelingen bezig zijn met het uitvoeren van (risicovolle en voorbehouden) handelingen, waarvoor andere medewerkers niet bevoegd zijn.

Er blijken grote verschillen te bestaan in de personeelsbezetting tussen de verpleeghuizen en tussen vergelijkbare verpleegafdelingen. Op basis van de beschikbare personeelsbezetting en de zorgzwaarte van bewoners is op sommige afdelingen bij voorbaat duidelijk dat niet of nauwelijks voldaan zal kunnen worden aan de normen voor de minimaal noodzakelijke zorg. Nadrukkelijk moet hierbij vermeld worden dat veel zorgverleners alles in het werk proberen te stellen om toch zorg op maat te leveren. Zij worden echter begrensd door beperkingen in

de personeelsbezetting en de steeds groter wordende groep bewoners die hulp en zorg behoeft.

2.5 Activiteiten en therapieën meestal volgens afspraak

Afgesproken individuele therapieën en activiteiten kunnen volgens bijna alle geïnterviewde bewoners en zorgverleners altijd of meestal doorgaan. Een meerderheid van de verpleeghuizen biedt tenminste twee keer per week een recreatieve activiteit aan. Op psychogeriatrische afdelingen is wel naar voren gekomen dat het activiteitenaanbod voor ernstig dementeren vaak niet passend en beperkt is. Dit is ook naar voren gekomen in eerder inspectieonderzoek: *Verantwoorde zorg en personele consequenties*. Hieruit bleek dat management, medewerkers en cliëntvertegenwoordigers van mening zijn dat naast een individuele, vraaggerichte zorg ook structuur in de dag en aansprekende activiteiten overdag belangrijke elementen van verantwoorde zorg zijn op de psychogeriatrische afdelingen (IGZ, 2004).

2.6 In twee van de drie verpleeghuizen worden normen niet vastgelegd en wordt niet systematisch gemeten

Bijna een kwart van de bezochte verpleeghuizen heeft niet vastgelegd aan welke eisen het minimaal noodzakelijke niveau van de zorgverlening moet voldoen. De tien indicatoren voor het bewaken van de ondergrens van de zorg die zijn vastgesteld door de branche- en beroepsorganisaties, worden in de helft van verpleeghuizen niet gebruikt om de zorgverlening te monitoren. Indien er vastgelegde afspraken, normen of richtlijnen in de verpleeghuizen aanwezig zijn, dan vindt slechts incidenteel een toetsing plaats of de zorg ook uitgevoerd wordt zoals vastgelegd. Een aandachtspunt hierbij is ook dat de normen zo geformuleerd zijn dat ze voldoende handvat bieden voor de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de uitvoering. Normen en richtlijnen moeten ook toetsbaar zijn, zodat er sprake kan zijn van een kwaliteitscyclus van weten, meten en verbeteren. Dit laatste blijkt in een meerderheid van de verpleeghuizen nog niet het geval.

2.7 De alarmbellen hebben niet gerinkeld

Door de betrokken organisaties is afgesproken dat indien meer dan incidenteel niet aan één of meer indicatoren die de ondergrens van de zorg bepalen, voldaan kan worden, in de instelling een noodscenario in werking zal gaan treden en dit reden is om de eigen landelijke branche- of beroepsorganisatie en de inspectie te informeren. Uit het onderzoek blijkt enerzijds dat nog niet de helft van de zorgaanbieders de tien indicatoren heeft opgenomen in het interne beleid, zoals eerder was geadviseerd door de landelijke organisaties, anderzijds blijkt dat het niet voldoen aan de minimale zorg geen reden was voor het instellingsmanagement om aan de bel te trekken en dit te melden. Gezien de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de alarmbellen, zowel intern als extern, onvoldoende hebben gerinkeld en hebben doorgeklonken.

2.8 Er is nog steeds te weinig aandacht voor de spreiding van de maaltijden

In inspectieonderzoek naar basiszorg in 1989 en opeenvolgende onderzoeken naar vocht en voeding in 1995 en 1998 is de aanbeveling gedaan dat de periode tussen avondmaaltijd en ontbijt niet te lang mag zijn en tevens is de aanbeveling gedaan dat de tijd tussen het ontbijt

en de middagmaaltijd tenminste drie uur moet bedragen. Het LOC heeft deze aanbeveling ook opgenomen als norm in *Verantwoorde zorg* (LOC, 2003).

Uit het onderzoek blijkt dat de spreiding van de maaltijden over de dag nog steeds te wensen overlaat. In bijna in de helft van de verpleeghuizen wordt om 12 uur of eerder aan tafel gegaan voor de middagmaaltijd, terwijl het ontbijt pas om 10 uur of later is afgelopen. In 72 procent van de verpleeghuizen begint de avondmaaltijd om 17.00 uur of eerder.

2.9 De bewoners hebben veel waardering voor de verzorging

Ondanks de nodige kritiekpunten zijn de geïnterviewde bewoners bijna allen tevreden over de zorg die zij krijgen. Dit wordt grotendeels bepaald door de grote waardering die men heeft voor de inzet en betrokkenheid van de zorgverleners: *"Zij zetten zich maximaal in en kunnen niet meer doen dan mogelijk is"*.

2.10 De lat voor de minimaal noodzakelijke zorgverlening ligt niet te hoog

In rondetafelgesprekken in 2000 en 2001 zijn door alle bij de verpleeghuiszorg betrokken landelijke organisaties en de inspectie de tien indicatoren voor de minimaal noodzakelijk zorg vastgesteld. Alle betrokken organisaties hebben vanuit de eigen positie aandacht besteed aan de implementatie van de tien indicatoren.

Tijdens de inspectiebezoeken is in geen enkel gesprek gebleken dat de gesprekspartners de getoetste normen als te hoge eisen voor minimale kwaliteit van zorg beschouwen.

Integendeel, management en medewerkers vinden dat er aan voldaan moet worden en dit het minimum is. Gesteld kan worden dat de lat van de minimaal noodzakelijke zorg (tien indicatoren) niet te hoog ligt. Er is zowel bij betrokken veldpartijen als bij medewerkers op de werkvloer een groot draagvlak. Desondanks lukt het ruim driekwart van de verpleeghuizen niet om het kwaliteitsniveau van de zorgverlening te laten voldoen aan de tien breed gedragen indicatoren voor minimaal noodzakelijke zorg.

3 Maatregelen om minimaal noodzakelijke zorg aan bewoners in verpleeghuizen te garanderen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de te nemen maatregelen om de verpleeghuisbewoner tenminste de minimaal noodzakelijke zorg te garanderen.

Wederom is vastgesteld dat de zorgverlening in verpleeghuizen tekortschiet. Het is de hoogste tijd dat alle partijen zich met grote voortvarendheid inzetten om aan de minimaal noodzakelijke voorwaarden te voldoen. Om dit te realiseren zullen ook minimumeisen voor de kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbezetting nodig zijn. Naast de veldpartijen hebben ook de zorgkantoren en de overheid hierin nadrukkelijk een rol. Het structurele karakter van de tekortkomingen geeft aan dat er meer aan de hand is dan tekortschietend management. Daarom is op korte termijn dringend nader onafhankelijk onderzoek nodig naar achterliggende oorzaken (organisatorisch, beroepsinhoudelijk, financieel etc.). De inspectie wijst alle partijen op de noodzaak om de situatie op korte termijn (tenminste voor het eind van het jaar 2004) te verbeteren.

3.1 Maatregelen voor de overheid

De overheid dient te garanderen dat er voldoende middelen ter beschikking staan om een minimaal kwaliteitsniveau van de zorgverlening voor verpleeghuisbewoners te kunnen garanderen. Voor de gebleken structurele tekortkomingen in de zorgverlening dient op korte termijn een voortgezet onafhankelijk onderzoek plaats te vinden

3.2 Maatregelen voor zorgkantoren

De zorgkantoren zien toe op een doelmatige inzet van de beschikbare middelen. Bij het contracteren van zorgaanbieders moeten de zorgkantoren nagaan of de verdeling van het budget door de instelling voldoende waarborgen biedt voor verantwoorde zorg, waaronder een kwantitatief en kwalitatief voldoende personeelsbezetting op de verpleegafdelingen. Zorgkantoren zullen in samenspraak met alle betrokken veldpartijen moeten onderzoeken wat de oorzaken zijn van de structurele tekortkomingen in de sector.

3.3 Maatregelen voor branche- en beroepsorganisaties van verpleeghuizen

De branche- en beroepsorganisaties moeten voor eind 2004 de eerder door hen opgestelde indicatoren nogmaals nadrukkelijk onder de aandacht brengen van hun leden.

De branche- en beroepsorganisaties dienen de indicatoren te evalueren en waarnodig aan te scherpen op basis van deze inspectiebevindingen. De inspectie beveelt dringend aan om meetbare minimumnormen voor de kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbezetting vast te stellen en het niet halen van een norm aan te merken als een indicator voor de ondergrens van de zorg.

Het is noodzakelijk om een model voor een zorgplan te ontwikkelen waarin naast de probleemgeoriënteerde systematiek ook ruimte is voor wensen van bewoners ten aanzien van dagindeling, persoonlijke hygiëne, (in-)continentiezorg en zinvolle dagbesteding.

3.4 Maatregelen voor management van verpleeghuizen

Zorgaanbieders van verpleeghuiszorg moeten voor het eind van 2004 tenminste de minimaal noodzakelijke zorg garanderen aan hun bewoners. De tien indicatoren opgesteld door de organisaties Arcares, LOC, NVVA en AVVV dienen hiervan onderdeel uit te maken. De uit-

werking van de minimaal noodzakelijke zorg in interne normen en richtlijnen dient concreet en meetbaar te zijn, zodat dit een onderdeel kan zijn van een cyclisch proces van meten, weten en verbeteren.

Het management moet regelmatig toetsen of voldaan wordt aan het minimale niveau van de noodzakelijke zorg en zo nodig maatregelen treffen ter verbetering. De inspectie verwacht dat zodra één of meerdere indicatoren de kritische ondergrens bereiken, dit per omme-gaande wordt gemeld aan de inspectie.

3.5 Maatregelen voor beroepsbeoefenaren

Beroepsbeoefenaren in de verpleeghuiszorg, zoals verzorgenden, verpleegkundigen, verpleeghuisartsen en paramedici dienen vanuit de eigen professie, ondersteund door hun beroepsorganisatie een bijdrage te leveren aan de totstandkoming van multidisciplinair aanvaarde veldnormen voor de minimaal noodzakelijke zorg.

Iedere beroepsbeoefenaar heeft een eigen verantwoordelijkheid in het onder de aandacht brengen bij het management als de zorg door 'de bodem zakt', bijvoorbeeld aan de hand van het signaleringsinstrument dat in 2003 is ontwikkeld door de AVVV.

Voor de beroepsbeoefenaar dienen de wensen van de bewoner uitgangspunt te zijn voor de individuele zorgverlening. Zij leggen verantwoording af aan de bewoner over de geleverde zorg en het nakomen van de afspraken die zijn overeengekomen in het individuele zorgplan.

3.6 Maatregelen voor cliëntenraden

Cliëntenraden kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het totstandkomen van een omschrijving van het minimale niveau van de zorgverlening in het verpleeghuis. Het rapport *Verantwoorde zorg* van de overkoepelende cliëntenorganisatie LOC biedt handvatten om in gesprek te gaan met het management. Ook de resultaten van de onderzoeken van 'Cliënt en Kwaliteit' leveren hieraan een bijdrage. De cliëntenraad is bij uitstek een orgaan binnen het verpleeghuis die een te minimaal niveau van zorg kan melden bij het management van de instelling.

Tot slot

De inspectie heeft de bevindingen van het onderzoek met betrokken veldpartijen besproken. In het najaar van 2004 zullen afspraken gemaakt worden over het nakomen van de bovengenoemde maatregelen.

De inspectie zal er op blijven toezien dat de minimaal noodzakelijke zorg geleverd wordt aan de verpleeghuisbewoner. Zo nodig zal de inspectie handhavend optreden, een bevel geven of de Minister adviseren om een zorgaanbieder een aanwijzing te geven op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

4 Bevindingen

Onderstaand worden de bevindingen van de inspectie van zestig toezichtbezoeken aan verpleeghuizen weergegeven. De bevindingen zijn gebaseerd op de beoordelingen van de interne nota's basiszorg en gesprekken met de zorgverleners, (vertegenwoordigers van) bewoners van de bezochte verpleegafdeling voor somatisch zieken en het (locatie-) management. Indien in de gesprekken vaker eenzelfde knelpunt of opmerking naar voren kwam is dit ook verwerkt in onderstaande bevindingen.

Per onderwerp wordt eerst ingegaan op het kunnen leveren van de minimaal noodzakelijke zorgverlening, zoals vastgesteld in de indicatoren. Dit wordt gevolgd door de oordelen van de inspecteurs op de betreffende onderdelen. Daarna wordt ingegaan op het voldoen aan de overige getoetste veldnormen van het onderwerp.

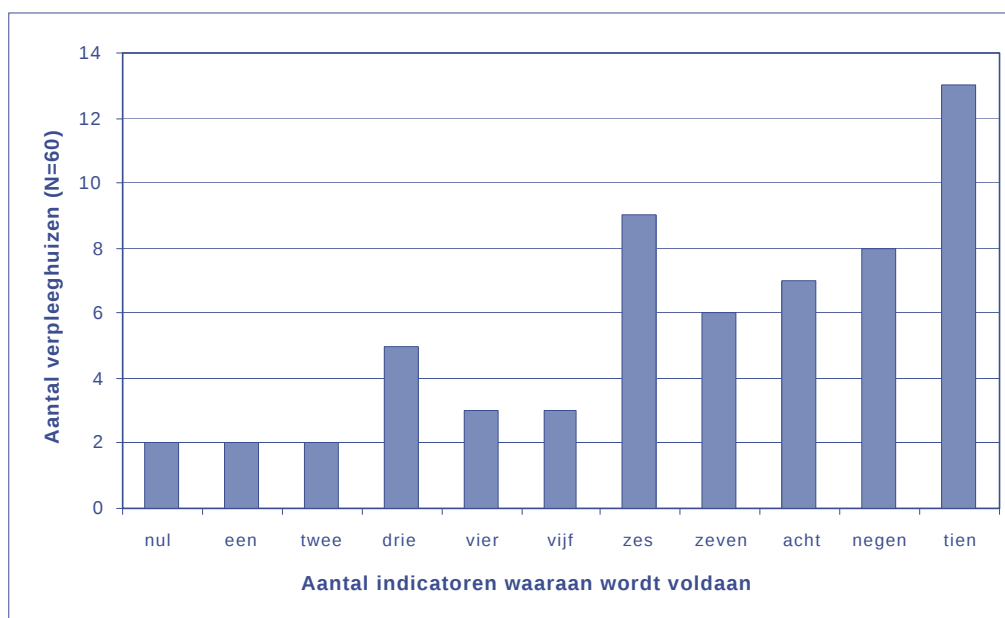
4.1 Minimaal noodzakelijke zorg niet altijd aanwezig

4.1.1 Slechts 22 procent van de verpleeghuizen voldoet aan de tien indicatoren.

De tien indicatoren betreffen verschillende onderdelen van de zorgverlening, zijn van een verschillend abstractieniveau en zijn niet geordend naar belangrijkheid. In de volgende paragrafen worden de resultaten per indicator beschreven. In grafiek 1 is weergegeven hoe de verpleeghuizen afzonderlijk scoren op de tien indicatoren. De overige getoetste (veld-)normen zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Het blijkt dat 22 procent van de verpleeghuizen voldoet aan de tien indicatoren, die beschouwd worden als de ondergrens van de zorg. In twee verpleeghuizen (3 procent) is geen enkele indicator uitgewerkt in een norm. Indien wel een norm aanwezig is, wordt deze structureel niet gehaald. In 28 procent van de verpleeghuizen zijn minder dan vijf indicatoren operationeel.

Grafiek 1

Aantal verpleeghuizen dat voldoet aan de tien indicatoren



4.1.2 Minimaal noodzakelijke zorg is in twee van de drie verpleeghuizen schriftelijk vastgelegd

Het minimale kwaliteitsniveau van de zorgverlening dat het verpleeghuis wil garanderen aan bewoners is in 66 procent van de verpleeghuizen vastgelegd. In 46 procent van de verpleeghuizen maken de tien indicatoren van de ondergrens van de zorg hiervan onderdeel uit. In 50 procent van de verpleeghuizen is vastgelegd welke keuzes gemaakt moeten worden als de ondergrens van de zorg is bereikt.

De helft van de zorgverleners op de verpleegafdelingen vindt dat het schriftelijk vastgelegde kwaliteitsniveau van de zorgverlening niet daadwerkelijk geleverd kan worden.

Een uitwerking van de onderdelen van de minimaal noodzakelijke zorg in concrete en meetbare normen ontbreekt nogal eens in nota's. Zo werd bijvoorbeeld in een nota basiszorg aangetroffen *"bewoners worden gewassen en aangekleed"* en *"bewoners krijgen voldoende te drinken"*. Dit geeft te weinig handvatten aan de verzorgenden wat van hen verwacht wordt en welke keuze er bij krapte zo nodig gemaakt moet worden. Ook al zijn de normen voor de minimaal noodzakelijke zorg niet vastgelegd, er bestaan wel impliciete normen bij medewerkers van de verpleegafdelingen wat minimaal noodzakelijke zorg is of zou moeten zijn. Deze normen kunnen echter verschillen per medewerker en per afdeling.

4.1.3 Individuele afspraken worden volgens bewoners en zorgverleners meestal vastgelegd in zorgplan

Indicator 1

Structurele (dat wil zeggen geen incidentele) afwijkingen van het, met de bewoner besproken, individuele zorgplan ten aanzien van persoonlijke hygiëne, voeding en vochtvoorziening, toiletgang, dagindeling, therapieën en individuele activiteiten.

De indicator veronderstelt dat er een zorgplan is, dat dit met de bewoner is besproken en dat in het zorgplan de genoemde aspecten uit de indicator van de zorgverlening zijn opgenomen.

Op 14 procent van de bezochte verpleegafdelingen is door de zorgverleners aangegeven dat individuele afspraken met bewoners over de dagindeling, dagelijkse verzorging en activiteiten niet schriftelijk worden vastgelegd in het zorgplan of zorgdossier. Volgens ruim de helft van de zorgverleners van de bezochte afdelingen gebeurt dit altijd en volgens bijna een kwart meestal.

Ook aan bewoners zijn vragen gesteld over het overleg over de zorgverlening, zoals het tijdstip waarop bij voorkeur de zorg wordt verleend. Hierover ontstond het volgende beeld. Van de bewoners gaf 17 procent aan dat er niet of zelden wordt overlegd, 5 procent zei soms, nog eens 17 procent meestal en ruim de helft gaf aan dat dit altijd gebeurt. Op de vraag of de afspraken ook vastgelegd werden in het zorgplan of zorgdossier gaf 70 procent aan dat dit het geval is, volgens 10 procent niet en bij 20 procent was dit niet bekend. Volgens de helft van de bewoners worden de gemaakte afspraken altijd nagekomen. Ruim 40 procent stelt dat dit meestal het geval is en de overigen (7 procent) geven aan soms. Bij de interpretatie van de antwoorden van de bewoners moet wel opgemerkt worden dat er doorgaans mondige bewoners hebben gesproken met de inspecteur. Meerdere keren zijn opmerkingen gemaakt als *"ik zeg wat ik wil en daar wordt wel rekening mee gehouden"*.

4.1.4 Multidisciplinaire bewonersbespreking heeft hoge prioriteit

Indicator 3

Het niet laten plaatsvinden van geplande multidisciplinaire bewonersbesprekingen.

Nagenoeg ieder verpleeghuis (98 procent) beschikt over een regeling voor de multidisciplinaire bewonersbespreking (MDO). In een meerderheid van de verpleeghuizen (71 procent) gaan multidisciplinaire bewonersbesprekingen altijd of meestal door. De redenen die aangegeven zijn dat een bespreking niet doorgaat zijn:

- Vakantietijd.
- Ziekte of vacature van de verpleeghuisarts (drie keer genoemd).
- Afbellen van de vertegenwoordiger van de bewoner.

Probleem bij de uitvoering is dat in enkele verpleeghuizen de verpleeghuisartsenbezetting te wensen overlaat. In enkele verpleeghuizen (4 procent) worden in de zomervakantie geen MDO's gepland.

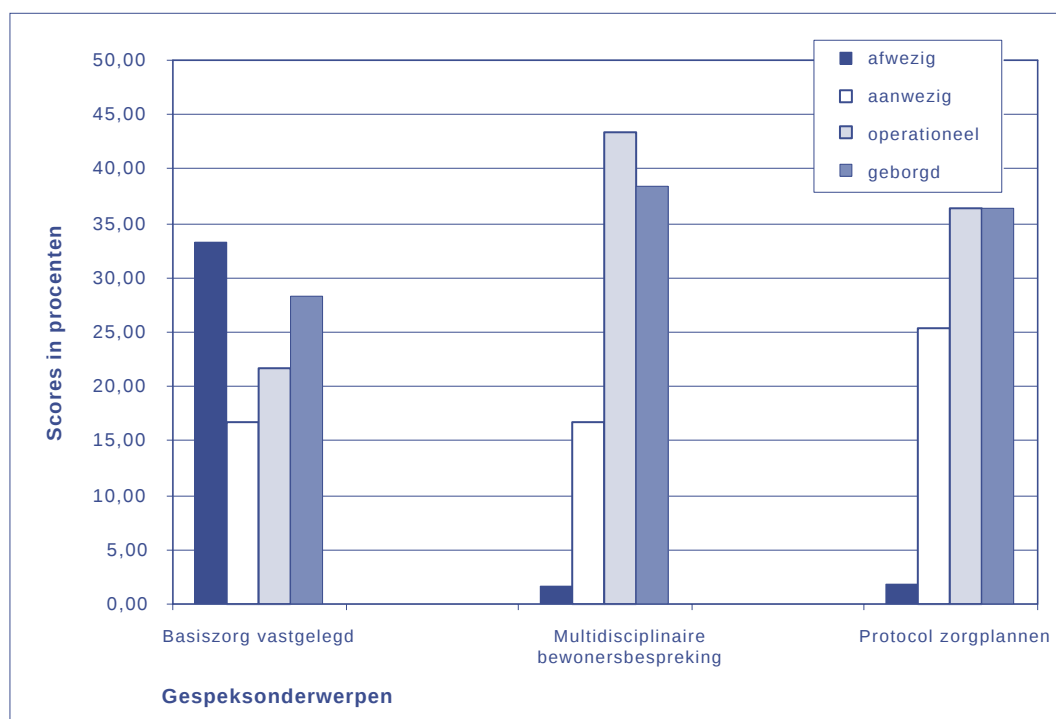
4.1.5 Oordeel inspecteurs over de voorwaarden voor het leveren van minimaal noodzakelijke zorg

In grafiek 2 zijn de oordelen van de inspecteurs over de randvoorwaarden voor de minimaal noodzakelijke zorg weergegeven. De inspecteurs hebben geconcludeerd dat in 28 procent van de bezochte verpleeghuizen de minimaal noodzakelijke zorg is geborgd, dat wil zeggen de minimaal noodzakelijke zorg is vastgelegd, bekend is bij medewerkers en wordt nageleefd en vinden een regelmatige evaluatie en zo nodig bijstelling plaats. Daar staat tegenover dat in 33 procent van de verpleeghuizen door de inspecteurs is geoordeeld dat de minimaal noodzakelijke zorg niet is vastgelegd en in 17 procent de beschreven minimaal noodzakelijke zorg structureel niet wordt nagekomen.

Regelingen en richtlijnen voor zorgplannen en de multidisciplinaire bewonersbesprekingen zijn in bijna alle verpleeghuizen (98 procent) aanwezig, maar voor de getoetste normen geldt dat in de verpleeghuizen de regeling zorgplan in 25 procent en de regeling multidisciplinaire bewonersbespreking in 20 procent wel aanwezig is, maar min of meer structureel niet nageleefd kan worden. In een meerderheid van de verpleeghuizen (73, respectievelijk 78 procent) zijn de regelingen operationeel. Hiervan is in ongeveer de helft ook sprake van borging omdat naar het oordeel van de inspecteurs sprake is van systematische toetsing en zo nodig bijstelling van de betreffende regelingen.

Grafiek 2

Beoordeling inspecteurs van voorwaarden voor minimaal noodzakelijke zorg



4.2 Personeelsbezetting is soms krap

4.2.1 Aanwezigheid ziekenverzorgende per afdeling en bereikbaarheid verpleegkundige deskundigheid meestal goed geregeld

Indicator 4

Het niet-aanwezig zijn van minimaal één ziekenverzorgende/verzorgende individuele gezondheidszorg (VIG'er) per afdeling/unit voor de functie verpleeghuiszorg gedurende 24 uur per dag 7 dagen per week.

De aanwezigheid van één VIG'er/ziekenverzorgende per verpleegafdeling 24 uur per dag 7 dagen per week is in 85 procent van de verpleeghuizen vastgelegd in een norm. Volgens driekwart (75 procent) van het management wordt deze norm ook altijd gehaald, volgens de zorgverleners wordt dit op 68 procent van de bezochte afdelingen altijd gerealiseerd. Volgens 24 procent van het management, respectievelijk 23 procent van de zorgverleners is er deze norm, maar wordt deze niet altijd gehaald. Meer dan incidentele afwezigheid van tenminste één ziekenverzorgende/VIG'er per afdeling komt volgens het management in 2 procent van de verpleeghuizen voor, volgens de zorgverleners in 8 procent van de verpleeghuizen. Gedurende de dag en avond is de aanwezigheid meestal of altijd gegarandeerd, maar in de nacht niet altijd omdat leerling-VIG'ers alleen op een afdeling in de nachtdienst zitten.

In het onderzoek is uitgegaan van de omvang van een afdeling van 30 bedden, omdat afdelingen in omvang aanzienlijk kunnen verschillen. Dit is ook bevestigd in dit onderzoek. Bij een evaluatie van de indicatoren zou de omschrijving afdeling/unit in de indicator vervangen dienen te worden door een (minimaal en maximaal) aantal bewoners per ziekenverzorgende/VIG'er.

Indicator 5

Het niet-bereikbaar en -oproepbaar zijn van de verpleegkundige deskundigheid voor de functie verpleeghuiszorg gedurende 24 uur per dag 7 dagen per week.

Een richtlijn over de bereikbaarheid van verpleegkundige deskundigheid is in veel verpleeghuizen (90 procent) aanwezig. Volgens het management is bereikbaarheid in 90 procent van de verpleeghuizen ook altijd het geval, volgens de zorgverleners van de afdelingen is dit in 82 procent van de verpleeghuizen altijd gegarandeerd. In drie verpleeghuizen (5 procent) is op de verpleegafdelingen aangegeven dat er geen, of meer dan incidenteel geen, verpleegkundige deskundigheid bereikbaar en oproepbaar is.

4.2.2 Onvoldoende toezicht in huiskamers leidt tot onnodige fixatie van bewoners**Indicator 10**

Permanente aanwezigheid van een geïnstrueerde persoon voor het toezicht ten behoeve van psychogeriatrische bewoners in de huiskamer.

In 64 procent van de bezochte verpleeghuizen met een psychogeriatrische afdeling is deze indicator verwerkt in een interne norm of richtlijn. In de praktijk blijkt dat in het merendeel (72 procent) van de verpleeghuizen het permanente toezicht in de huiskamers niet altijd gerealiseerd kan worden. Pauzes van medewerkers in de middag en avond en krapte in de personeelsbezetting bij het opstaan en naar bed brengen van de bewoners zijn hieraan debet. De knelpunten doen zich voor in alle verpleeghuizen waar geen structurele inzet is van geïnstrueerde vrijwilligers of familieleden in de huiskamer en het aantal aanwezige personeelsleden minder of gelijk is aan het aantal huiskamers. Op 62 procent van de bezochte verpleegafdelingen kan het ontbreken van voldoende toezicht aanleiding zijn om één of meer bewoners te fixeren.

Kleinschaligheid, in de vorm van een eigen huiskamer voor kleine groepen bewoners, vereist een daarop afgestemde inzet van personeel en/of structureel inschakelen van geïnstrueerde vrijwilligers of familieleden.

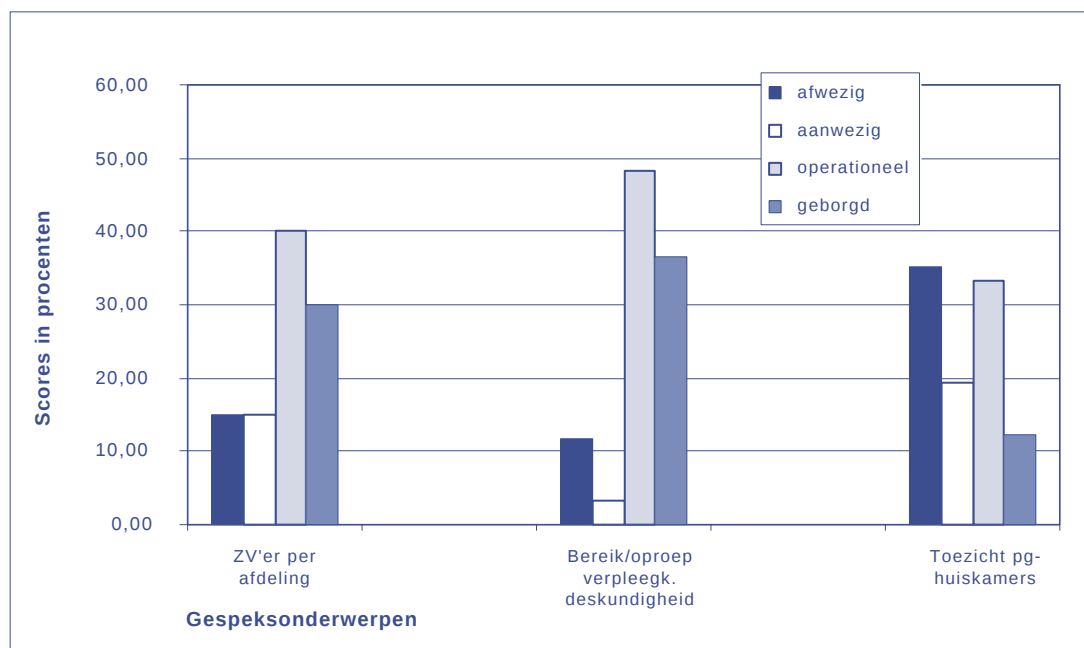
4.2.3 Oordeel inspecteurs over personeelsbezetting en het permanente toezicht

Zoals uit grafiek 3 blijkt hebben de meeste verpleeghuizen regelingen over de continue aanwezigheid van een ziekenverzorgende/VIG'er per afdeling en het bereikbaar en oproepbaar zijn van verpleegkundige deskundigheid. Volgens het oordeel van de inspecteurs wordt de norm van de continue aanwezigheid van één ziekenverzorgende per verpleegafdeling in 30 procent van de verpleeghuizen niet gerealiseerd door afwezigheid van de norm (15 procent) of het structureel niet-nakomen van de norm (15 procent).

In 15 procent van de verpleeghuizen is er geen regeling over de bereikbaarheid en oproepbaarheid van de verpleegkundige deskundigheid of wordt niet voldoende voldaan aan de regeling.

Volgens de inspecteurs is een norm of regeling over het permanent toezicht op de psychogeriatrische bewoners in de huiskamers in ruim de helft van de verpleeghuizen afwezig (35 procent) of kan de regeling structureel niet nagekomen worden (19 procent). In 12 procent van de verpleeghuizen is de regeling aanwezig en geborgd en in de overige (33 procent) is de norm aanwezig en operationeel volgens de inspecteurs. Bij de laatstgenoemde beoordeling zijn incidentele afwijkingen van de norm mogelijk. Dit betrof bij deze norm 22 procent van de bezochte verpleeghuizen.

Grafiek 3

Beoordeling inspecteurs van regelingen personeelsbezetting en toezicht

4.2.4 De kwaliteit en kwantiteit van de personeelsbezetting verschillen sterk per verpleegafdeling en per verpleeghuis

In 90 procent van de verpleeghuizen is de personeelsformatie schriftelijk vastgelegd. In 15 procent van de verpleeghuizen voldoet de personeelsbezetting hier niet aan. Dit percentage kwam zowel uit de gesprekken met het management als de zorgverleners naar voren. Soms zijn hieraan (voorgenomen) bezuinigingen debet, soms zijn er nog steeds problemen met het werven van verzorgend personeel.

In de meeste verpleeghuizen (85 procent) is er een afspraak of regeling over de vervanging bij ziekte of vacatures. Hierbij is wel meerdere keren opgemerkt dat de regeling inhoudt dat er eerst een periode overbrugd moet worden voordat vervangen wordt; burenhulp van andere afdelingen is dan de aangewezen weg.

In de gesprekken op de verpleegafdelingen is informatie verzameld over de personeelsbezetting en de dagelijkse bezetting in aantallen diensten. Hieruit blijkt dat er een groot aantal parttimers werkt in het verpleeghuis en er een grote variëteit is aan korte diensten op piekuren. Als er op een afdeling veel zorgverleners zijn met kleine dienstverbanden en er veel korte tussendiensten zijn, leidt dit gemakkelijk tot problemen bij de overdracht en de continuïteit in de zorgverlening. Er is meestal maar één nachtdienst per verpleegafdeling van gemiddeld 30 bewoners aanwezig.

Bij afdelingen die qua zorgzwaarte redelijk vergelijkbaar zijn, blijken er zowel kwalitatieve als kwantitatieve verschillen te zijn in de personeelsbezetting. Besloten is om bij 35 procent van de bezochte verpleeghuizen (N = 21) nog aanvullende informatie op te vragen over de personeelsbezetting in het verpleeghuis. In totaal zijn van 52 afdelingen voor somatisch zieken en 68 psychogeriatrische afdelingen de gegevens over de personeelsbezetting verwerkt. Alle personeelsbezettingen zijn omgerekend naar 30 bewoners. Afdelingsgebonden activiteiten-begeleiders zijn buiten beschouwing gelaten.

Op 6 procent van de onderzochte verpleegafdelingen is geen verpleegkundige deskundigheid^[2] in de personeelsformatie van de afdeling aanwezig. Indien de gecentraliseerde verpleegkundige diensten en een zogenaamde 'vliegende brigade' bij de verwerking van de gegevens niet worden toegerekend aan de afdelingen, is het aantal afdelingen zonder verpleegkundige deskundigheid nog hoger. De verschillen tussen afdelingen en tussen verpleeghuizen zijn groot. Zo blijken er op 15 procent van de verpleegafdelingen 2 tot 6 fte verpleegkundigen in de personeelsformatie te zijn.

Als het aantal ziekenverzorgenden en verpleegkundigen (of gelijkwaardig niveau) wordt opgeteld, dan blijkt dat in 2004 hun absoluut aantal per afdeling van 30 bewoners uiteen loopt van 6,54 fte minimaal tot 16 fte maximaal. Per verpleeghuis is de kwalitatieve bezetting gemiddeld hoger op afdelingen voor somatisch zieken.

De verschillen tussen afdelingen en verpleeghuizen in kwantitatieve bezetting is ook groot. De personeelsbezetting op de afdeling (inclusief leerlingen, keukenassistenten, gastvrouwen en alle niveaus zorgverleners) loopt uiteen van 14,8 fte naar meer dan 25 fte per 30 bewoners.

Het gemiddelde ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschapsverlof en bevallingsverlof) in de maand maart 2004 loopt in de onderzochte verpleeghuizen uiteen van 4,38 tot 9,6 procent. Dit wijst op een representatieve steekproef van verpleeghuizen, gezien het landelijk verzuimpercentage.

Bovenstaande resultaten zijn vergeleken met de bevindingen van het inspectieonderzoek in verpleeghuizen *Basiszorg, minimumzorg?* uit 1989. Destijds zijn alle verpleeghuizen (N = 23) in de provincie Utrecht bezocht; in de verpleeghuizen zijn totaal 19 psychogeriatrische afdelingen en 15 somatische afdelingen bezocht. In verband met de 40-urige werkweek van destijds is de formatie omgerekend naar een 36-urige werkweek.

Een vergelijking tussen de gegevens van 1989 en 2004 laat het volgende beeld zien.

In 1989 was er op iedere afdeling tenminste 1,06 fte verpleegkundige in de bezetting op de afdeling aanwezig, met een gemiddelde van 1,92 fte op de somatische afdeling en 2,07 fte op de psychogeriatrische afdelingen. In 2004 is de aanwezigheid van een verpleegkundige op iedere afdeling niet meer gebruikelijk.

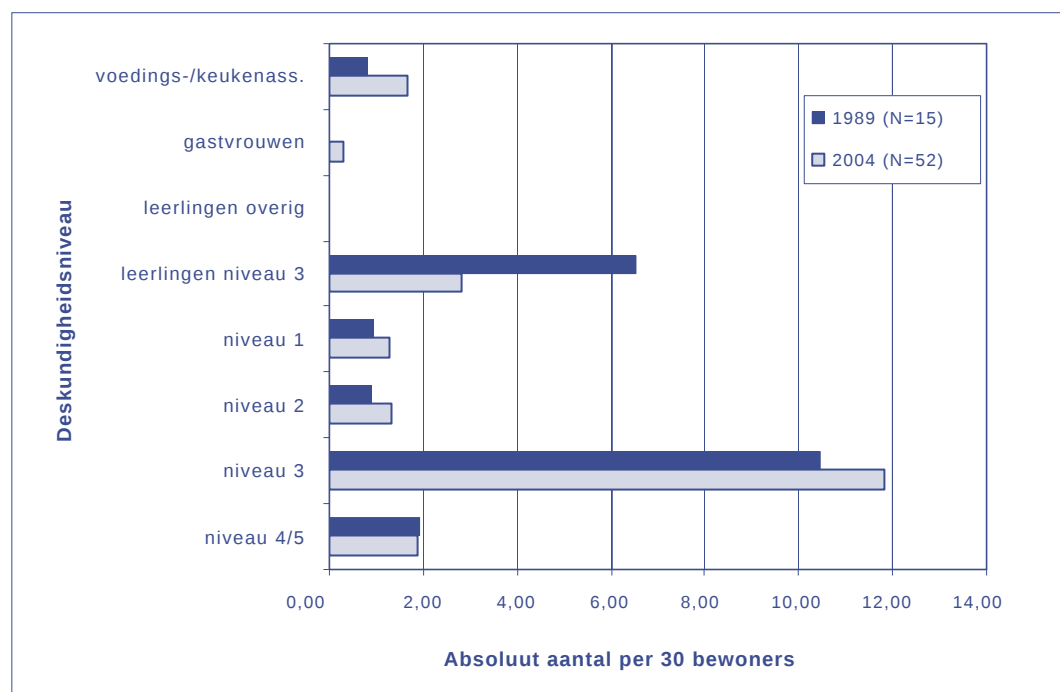
In grafiek 4 is de gemiddelde personeelsbezetting op de afdelingen voor somatisch zieken in 1989 en 2004 weergegeven. De totale formatie per 30 bedden is nu 21,7 fte, exclusief activiteitenbegeleiding. Op de afdelingen voor uitsluitend langdurig somatisch zieken is dit iets minder, namelijk gemiddeld 21,4 fte. In vergelijking met 1989 is de totale personeelsformatie iets hoger. In 1989 was 21,6 fte ter beschikking. Het absolute aantal ziekenverzorgenden per 30 bewoners is toegenomen van 10,44 fte in 1989 naar 11,83 fte in 2004. Het aantal fte's met een verpleegkundig kwalificatieniveau is licht afgenomen van 1,92 naar 1,87 fte. Er is een vermindering van het aantal leerlingen. Het aantal voedings-

[2] In het vakgebied van verplegenden en verzorgenden wordt onderscheid gemaakt in vijf kwalificatieniveau's, namelijk: niveau 5; HBO-opgeleide verpleegkundigen; niveau 4: MBO-opgeleide verpleegkundigen; niveau 3: MBO-opgeleide verzorgenden :zoals ziekenverzorgenden en Verzorgenden Individuele Gezondheidszorg (VIG'er); niveau 2: LBO-opgeleide verzorgenden/helpenden; niveau 1: geen gekwalificeerde verzorgende beroepsopleiding. Indien in de tekst wordt gesproken over verpleegkundige of verpleegkundige deskundigheid wordt hiermee het kwalificatieniveau 4 of 5 aangeduid. Indien gesproken wordt over ziekenverzorgende wordt hiermee het kwalificatieniveau 3 aangeduid.

assistenten, gastvrouwen en medewerkers met kwalificatieniveau 1 of 2 is flink toegenomen; zij zijn echter niet of beperkt inzetbaar voor verpleging/verzorging.

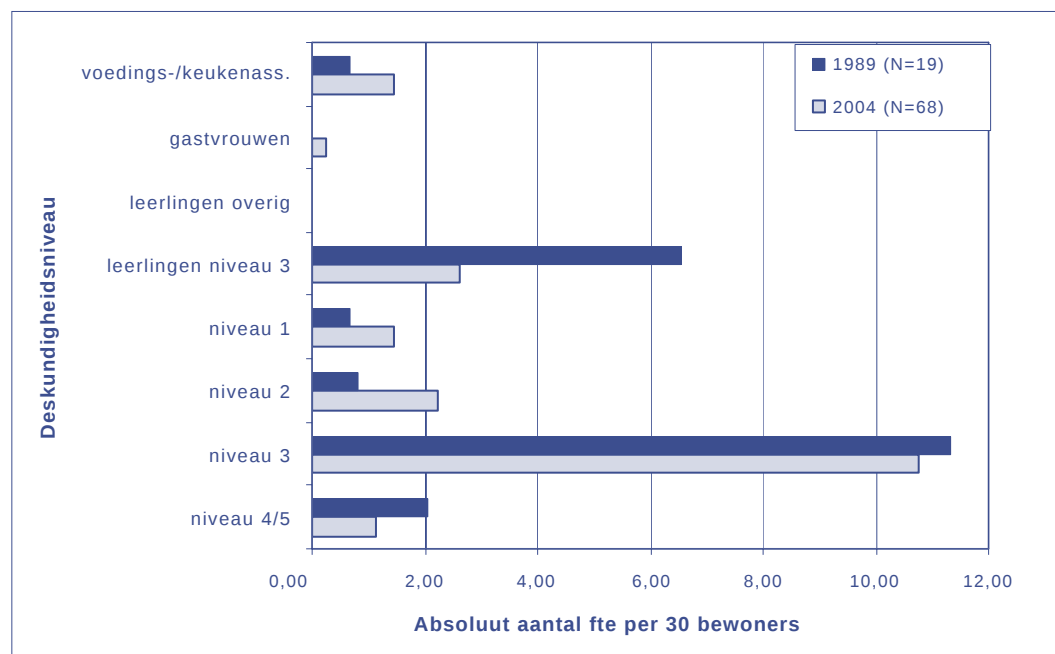
Grafiek 4

Gemiddelde personeelsbezetting op afdelingen voor somatisch zieken



Op psychogeriatrische afdelingen was in 1989 een gemiddelde personeelsbezetting van 22,2 fte, exclusief activiteitenbegeleiding. De huidige formatie per 30 bedden is nu 20,9 fte. Ook het niveau van de personeelsbezetting is verminderd, destijds was dat 13,4 fte verpleegkundige of ziekenverzorgende, nu is dat 11,88 fte. Ook het aantal leerlingen voor kwalificatieniveau 3 is afgenomen. Het aantal medewerkers op kwalificatieniveau 1 of 2 en de voedings-/keukenassistenten is toegenomen.

Grafiek 5

Gemiddelde personeelsbezetting op psychogeriatrische afdelingen

Alles overziend kan geconcludeerd worden dat in de afgelopen 15 jaar geen verbetering is opgetreden in de daadwerkelijk gemiddeld beschikbare personeelsbezetting op de verpleegafdelingen. Met betrekking tot het kwalificatieniveau van de medewerkers is er zelfs een verslechtering opgetreden. Dit geldt vooral voor de psychogeriatrische afdelingen. Er zijn grote verschillen tussen afdelingen en tussen verpleeghuizen. In verpleeghuizen met een krappe bezetting, zoals in sommige verpleeghuizen is gebleken, is het moeilijk voor de medewerkers, zo niet onmogelijk, om voortdurend de minimaal noodzakelijke zorgverlening te leveren.

4.3 Dagelijkse zorg aangepast aan de mogelijkheden van de afdeling

Indicator 1

Structurele (dat wil zeggen geen incidentele) afwijkingen van het, met de bewoner besproken, individuele zorgplan ten aanzien van persoonlijke hygiëne, voeding en vochtvoorziening, toiletgang, dagindeling, therapieën en individuele activiteiten.

Indicator 2

Dreigende concessies ten aanzien van het zorgplan met betrekking tot risicovolle en/of gezondheidsbedreigende situatie (bijvoorbeeld decubitus, incontinentie, mobiliteit).

4.3.1 De dagindeling is aangepast aan de organisatie

In 90 procent van de verpleeghuizen wordt tussen 7.00 en 7.30 uur gestart met het wekken van de bewoners. In een derde van de verpleeghuizen zijn om 10 uur de bewoners uit bed die uit bed willen en kunnen. In ruim een kwart (27 procent) van de verpleeghuizen liggen om 11.00 uur nog één of meer bewoners in bed, die nog geholpen moeten worden. Volgens de zorgverleners kan de bewoner meestal (43 procent) of altijd (38 procent) zelf het tijdstip van opstaan bepalen. Van de bewoners vindt 33 procent meestal en 39 procent dat dit altijd kan. In de gesprekken met de bewoners zijn hierbij opmerkingen gemaakt dat

de keuzemogelijkheden wel beperkt zijn, zoals *“ik vind het fijn om 6.00 uur op te staan maar dat kan niet”* en *“als je een ronde overslaat omdat je nog even wil blijven liggen dan duurt het een uur voor ze weer komen”*.

Volgens zowel de zorgverleners als de bewoners is de keuzevrijheid van de bewoner om zelf het moment van naar bed gaan te bepalen iets groter. De keuze wanneer en hoe vaak men onder de douche wil, is beperkter. Nog afgezien van het feit dat douchen beperkt mogelijk is, gaf bijna een kwart van de bewoners (23 procent) aan dat zij zelf het tijdstip van het douchen niet kunnen bepalen en nog eens 16 procent gaf aan dat dit soms kan.

Op bijna de helft van de verpleegafdelingen (48 procent) worden volgens de zorgverleners altijd afspraken gemaakt met de bewoner (of zijn vertegenwoordiger) over de gewenste dagindeling. Iets minder vaak worden deze afspraken ook vastgelegd in het individuele zorgplan of zorgdossier. Op 20 procent van de verpleegafdelingen worden nooit, zelden of soms afspraken gemaakt over de gewenste dagindeling. Volgens 30 procent van de bewoners zijn met hen geen afspraken gemaakt over de gewenste dagindeling. De afspraken over de dagindeling kunnen volgens een kwart van de bewoners regelmatig niet worden nagekomen. Op de vraag of men altijd op tijd is voor afspraken binnen- of buitenshuis antwoordt 90 procent bevestigend. Van de zorgverleners gaf 64 procent aan dat dit altijd het geval is en 32 procent meestal.

4.3.2 De mogelijkheid om te kunnen douchen is beperkt

In 50 procent van de verpleeghuizen worden alle bewoners dagelijks bij het opstaan volledig gewassen, de overige verpleeghuizen hanteren een lagere frequentie, voornamelijk omdat bewoners in de weekenden niet van top tot teen worden gewassen. In veel verpleeghuizen is volgens de zorgverleners (92 procent) de frequentie van het wassen ook vastgelegd in een norm. Volgens het management bestaat er in 70 procent van de verpleeghuizen een dergelijke schriftelijke richtlijn. Een periodieke toetsing van deze richtlijn vindt volgens het management in 30 procent van de verpleeghuizen plaats met een frequentie van twee à drie keer per jaar.

Het LOC heeft in de nota *Verantwoorde zorg* vastgelegd dat minimaal twee keer douchen per week mogelijk moet zijn. Dit wordt in de bezochte verpleeghuizen niet gehaald. Hierbij kan wel worden opgemerkt dat niet iedere oudere regelmatig douchen of baden op prijs stelt. Op 64 procent van bezochte verpleegafdelingen is maximaal één keer per week douchen of baden de praktijk. Daar staat tegenover dat op 21 procent van de verpleegafdelingen zes tot zeven keer per week douchen mogelijk is. In de gesprekken met bewoners is verschillende keren opgemerkt dat men vaker dan één keer per week zou willen douchen.

Bij krapte in de personeelsbezetting zijn het opschuiven van de douchebeurt of het wassen met swash-doeken (vochtige doeken, waarbij afdrogen niet noodzakelijk is) als voorbeelden genoemd om de werkdruk te verminderen.

4.3.3 Preventie van decubitus heeft prioriteit

In vergelijking met andere onderdelen van de dagelijkse zorg is er vaker een richtlijn over decubituspreventie aanwezig, namelijk in 82 procent van de verpleeghuizen. Het nakomen van de afspraken rond behandeling en preventie van decubitus heeft op de meeste verpleegafdelingen een hoge prioriteit. Volgens 76 procent van de zorgverleners worden de afspraken over decubituspreventie altijd nagekomen, volgens 18 procent meestal. In 4 procent van de verpleeghuizen wordt er meer dan incidenteel van afgeweken.

4.3.4 De hygiëne rond de toiletgang laat te wensen over

Volgens het management en de zorgverleners heeft ruim de helft van de verpleeghuizen een norm waarin vastligt wanneer incontinentiemateriaal gecontroleerd zou moeten worden. In 10 procent van de verpleeghuizen vindt ook een periodieke toetsing (twee tot vier keer per jaar) van de gestelde norm plaats. Bewoners die hulp behoeven bij het naar toilet gaan, kunnen - indien zij dit vragen - doorgaans naar het toilet gebracht worden.

Zowel in gesprekken met de zorgverleners als bewoners zijn hierop ook uitzonderingen genoemd, namelijk niet tijdens de maaltijd en/of 's ochtends voor de koffie. Aan de bewoners en de zorgverleners is ook gevraagd wat de gemiddelde wachttijd is voordat men naar het toilet wordt gebracht. Op een kwart van de afdelingen is volgens de zorgverleners hulp bij de toiletgang binnen 5 minuten aanwezig, op 31 procent van de afdelingen wordt dit gesteld op 5 minuten. Op de overige afdelingen kan het langer duren, met een gemiddelde van 10 minuten.

Van de geïnterviewde bewoners geeft de helft aan dat een bewoner op ieder gewenst moment naar het toilet gebracht kan worden. Een kwart van de bewoners gaf aan dat dit meestal niet het geval is.

Het LOC (2003) stelt dat het incontinentiemateriaal minimaal één keer per twee uur gecontroleerd zou moeten worden. De praktijk is dat dit overdag gemiddeld om de vier uur is. Er zijn ook frequenties van controles genoemd om de zes tot acht uur. Bij deze vragen is veelvuldig door de zorgverleners opgemerkt dat door de huidige kwaliteit van het incontinentiemateriaal geen hoge frequentie van controle noodzakelijk is. De vraag is of dit niet teveel voorbijgaat aan het sociale aspect van het met een vieze luier zitten.

Er is aan de zorgverleners en bewoners gevraagd of incontinente bewoners bij het verschonen worden gewassen. Op bijna de helft van de afdelingen gebeurt dit standaard. Op de overige afdelingen gebeurt dit wel bij incontinentie van faeces maar niet standaard bij incontinentie van urine. Voor een deel van de geïnterviewde bewoners was deze vraag niet te beantwoorden. De wel beantwoorde vragen leverden ongeveer eenzelfde verdeling op. In ruim de helft (53 procent) van de verpleeghuizen worden volgens de zorgverleners de bewoners in de gelegenheid gesteld om hun handen te wassen na toiletbezoek. Op nog eens 20 procent van de afdelingen gebeurt dit meestal en op de overige afdelingen is dit geen algemeen gebruik. De beantwoording van deze vraag door bewoners leverde eenzelfde beeld op.

4.3.5 Op de psychogeriatrische afdelingen zijn er knelpunten met de hulp bij het eten

Indicator 8

Het niet aanwezig zijn van voldoende geïnstrueerde medewerkers of familieleden/vrijwilligers voor de hulp bij het eten en drinken van de bewoners.

Op ruim een kwart (28 procent) van de afdelingen zijn de zorgverleners van mening dat er onvoldoende personeelsleden en eventueel geïnstrueerde familieleden of vrijwilligers beschikbaar zijn bij de maaltijden. In 36 procent van de verpleeghuizen is er wel een dergelijke richtlijn aanwezig. Van de geïnterviewde bewoners, nagenoeg allen afkomstig van de somatische afdelingen, vindt 12 procent dat er soms of meestal onvoldoende hulp is bij de maaltijd.

Het aantal bewoners dat geheel geholpen moet worden met de maaltijden bleek 36 procent. Er is echter een groot verschil tussen de psychogeriatrische afdelingen en de somatische afdelingen. Bij de warme maaltijd heeft 46 procent van de bewoners van de psychogeriatrische afdelingen volledige hulp, op de afdelingen voor somatisch zieken is dit minder, namelijk 15 procent.

Het LOC heeft in *Verantwoorde zorg* als norm opgenomen dat voor hulp bij de maaltijden er per bewoner minimaal 20 minuten ter beschikking zijn. In de praktijk blijkt dat er per bewoner soms maar maximaal 10 minuten ter beschikking zijn voor hulp. Ook komt het voor dat twee bewoners tegelijk geholpen worden. Meermaals is opgemerkt dat doordat er veel mensen hulp behoeven, de bewoners afgekoeld eten krijgen. Op de psychogeriatrische afdelingen is dit probleem groter. In de meeste verpleeghuizen (86 procent) ontbreekt een norm of afspraak wat de minimale tijd dient te zijn voor hulp per bewoner bij een maaltijd. In de meeste verpleeghuizen wordt zonodig het uiterlijk en de kleding van de bewoner na de maaltijd verzorgd. Op 5 procent van de afdelingen schiet volgens de zorgverleners dit er ook nog wel eens bij in; volgens de bewoners ligt dit percentage hoger, namelijk 11 procent. Door zorgverleners is bij dit onderwerp ook diverse keren opgemerkt dat de gebitsverzorging er vaak ook bij inschiet.

4.3.6 Oordeel inspecteurs over de voorwaarden voor een cliëntgerichte dagelijkse zorg

De inspecteurs hebben beoordeeld dat in 13 procent van de verpleeghuizen de norm dat de dagindeling voldoet aan de wensen van de bewoner afwezig is; in 20 procent van de verpleeghuizen wordt structureel afgeweken van de norm.

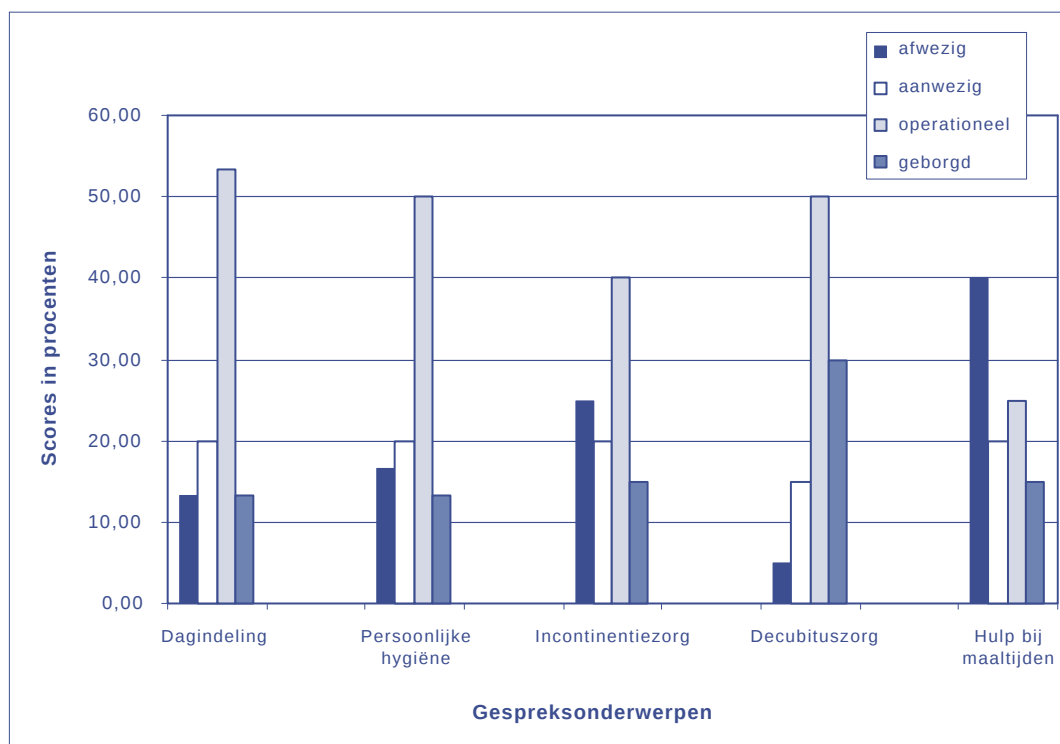
De inspecteurs hebben beoordeeld dat in 16 procent van de verpleeghuizen een richtlijn over de persoonlijke hygiëne afwezig is; in 23 procent van de verpleeghuizen is de norm wel aanwezig, maar wordt meer dan incidenteel niet gehaald.

De afspraken rond de preventie en behandeling van decubitus is in 50 procent van de verpleeghuizen operationeel en in 30 procent ook geborgd. In 5 procent van de verpleeghuizen ontbreken afspraken, in de overigen (15 procent) komt het meer dan incidenteel voor dat de richtlijnen/afspraken niet nagekomen worden.

In een kwart van de verpleeghuizen zijn afspraken over incontinentiezorg en toiletgang geheel afwezig en in 20 procent worden de afspraken volgens de inspecteurs niet consequent nagekomen. In de overige verpleeghuizen (55 procent) zijn naar het oordeel van de inspecteurs afspraken en richtlijnen operationeel; in 15 procent van deze verpleeghuizen ook sprake is van borging van de richtlijnen.

In 40 procent van de verpleeghuizen ontbreekt een richtlijn of afspraak over hulp bij en tijd voor de maaltijden. In nog eens 20 procent zijn er wel afspraken, maar worden ze niet consequent nageleefd. In 25 procent zijn er richtlijnen die operationeel zijn. In de overige 15 procent zijn de richtlijnen/afspraken operationeel en vindt er een systematische toetsing en zo nodig bijstelling plaats.

Grafiek 6

Beoordeling inspecteurs van de regelingen/afspraken over de dagelijkse zorg**4.3.7 Systematisch onderzoek naar de wachttijd na een beloproep ontbreekt**

In 45 procent van de verpleeghuizen is een norm aanwezig over de maximale wachttijd na een beloproep, dit varieert van 3 tot 15 minuten. In ruim de helft betreft de norm 5 minuten. In slechts één bezocht verpleeghuis wordt volgens de zorgverleners ook periodiek onderzocht wat de wachttijden zijn, volgens het management wordt dit in vijf verpleeghuizen (8 procent) gedaan. Er zijn in sommige verpleeghuizen wel belsystemen in gebruik die na uitblijven van een reactie na een aantal minuten overschakelen op een centrale pieper. Ruim de helft van de bewoners geeft een wachttijd van gemiddeld 5 minuten of minder aan. Bijna een kwart van de bewoners (21 procent) geeft echter aan dat de wachttijd 10 minuten of langer (tot een half uur) kan duren. Een bewoner zei *“het is een kansberekening wanneer je het beste kan bellen”*.

4.3.8 Er is onvoldoende tijd tussen de maaltijden

In opeenvolgende inspectieonderzoeken in 1989 naar de basiszorg en in 1995 en 1998 naar vocht en voeding werd geconstateerd dat er geen drie uur tijd zat tussen het ontbijt en de middagmaaltijd. Daarnaast was de tijd tussen avondeten en ontbijt erg lang. Het LOC heeft in *Verantwoorde zorg* als norm opgenomen dat er tenminste drie uur zit tussen de maaltijden. Dit komt overeen met de eerdere aanbevelingen van de inspectie. Inmiddels lijkt er nauwelijks sprake van verbetering. Vóór 9.30 uur hebben in 32 procent van de verpleeghuizen de bewoners het ontbijt gehad, waarvan een deel van de bewoners dit op bed krijgt. In de helft van de verpleeghuizen is het ontbijt afgelopen rond 10.00 uur. Het tijdstip van de aanvang van de middagmaaltijd is in de helft van de verpleeghuizen 12.00 uur of vroeger. De gemiddelde duur van de middagmaaltijd is 45 minuten tot ruim een uur, maar de beschikbare tijd per bewoner die geholpen moet worden is veel minder. Op sommige afdelingen heeft 80 procent van de bewoners volledige hulp nodig bij de maaltijd.

Als 4 of 5 medewerkers in zo'n geval 24 bewoners moeten helpen, is het duidelijk dat de tijd per bewoner te beperkt is.

De aanvang van de avondmaaltijd is in 72 procent van de verpleeghuizen 17.00 uur of vroeger.

4.4 Activiteiten en therapieën meestal volgens afspraak

Indicator 1

Structurele (dat wil zeggen geen incidentele) afwijkingen van het, met de bewoner besproken, individuele zorgplan ten aanzien van therapieën en individuele activiteiten.

Indicator 9

Het niet tenminste 1 keer per week aanbieden van groepsgewijze recreatieve activiteiten aan bewoners.

Volgens 50 procent van de bewoners wordt het activiteitenaanbod altijd aangeboden zoals afgesproken, volgens 40 procent meestal en voor de overigen (9 procent) soms of meestal niet. Volgens 59 procent van de zorgverleners van de verpleegafdeling worden de afspraken met de bewoners over de activiteiten schriftelijk vastgelegd, volgens 26 procent meestal en voor de overige 15 procent soms of niet.

Op de psychogeriatrische afdelingen is diverse keren opgemerkt dat het activiteitenaanbod voor ernstig dementerenden zeer beperkt of niet passend is. Een ander genoemd knelpunt is het halen en brengen van de bewoners naar de activiteiten. Dit knelpunt doet zich vooral voor in de middag en avond.

In vijf verpleeghuizen (8 procent) is opgemerkt dat door ziekte of vacatures van activiteitenbegeleiders geen of zeer beperkt activiteitenbegeleiding aanwezig is.

De individueel gemaakte afspraken voor individuele (paramedische) therapieën wordt volgens driekwart van de bewoners altijd nagekomen. Voor de overigen, enkele uitzonderingen daargelaten, geldt dat dit meestal is. Enkele bewoners gaven aan dat structureel de afspraken niet nagekomen worden. De beantwoording van deze vraag aan de zorgverleners leverde eenzelfde beeld op. Op de verpleegafdelingen is ook gevraagd of er voldoende tijd is om door de arts en paramedici afgesproken mobiliserende activiteiten (wandelen met ondersteuning, bewegen bij bedlegerigheid of spasmen) op de afdeling uit te voeren. Volgens ruim een kwart van de zorgverleners kan dit door de verzorgenden op de afdeling niet of onvoldoende worden uitgevoerd, volgens 30 procent meestal en volgens 42 procent altijd. Bij dit onderwerp is veelvuldig opgemerkt door de zorgverleners dat er geen tijd is voor een wandeling of een boodschap doen met een bewoner.

Een norm of richtlijn voor het aanbod aan activiteiten is volgens 63 procent van de zorgverleners en 68 procent van het management in de verpleeghuizen aanwezig. Volgens het management vindt in ruim een kwart van de verpleeghuizen ook een periodieke toetsing van de richtlijn plaats met een frequentie van één tot vier keer per jaar. Op 15 procent van de verpleegafdelingen is geen of maximaal één keer per week een activiteit op de huiskamer. Volgens een kwart van de bewoners van de somatische afdelingen is dit het geval. Op 65 procent van de verpleegafdelingen is tenminste twee keer per week een activiteit in de huiskamer. Het aantal groepsgewijze recreatieve activiteiten buiten de huiskamer laat een gevarieerd beeld zien. Bijna de helft van de bewoners zegt dat er nul tot twee keer per week een dergelijke activiteit is. Daar tegenover staat dat een kwart van de bewoners heeft verteld dat er tenminste vijf keer per week een recreatieve activiteit is.

4.4.1 Oordeel inspecteurs over de voorwaarden voor cliëntgerichte therapieën en activiteiten

In 5 procent van de verpleeghuizen ontbreekt een norm of richtlijn waarin staat dat het activiteitenaanbod en de therapieën worden aangeboden zoals afgesproken met de bewoner. Afspraken niet kunnen nakomen blijkt voor 16 procent van de verpleeghuizen te gelden voor het activiteitenaanbod en voor 21 procent met betrekking tot het uitvoeren van afgesproken individuele therapieën.

In 63 procent van de verpleeghuizen zijn richtlijnen operationeel over het aanbod aan recreatieve activiteiten, in een derde van deze verpleeghuizen (20 procent van totaal) zijn de richtlijnen ook geborgd. In 20 procent ontbreken richtlijnen over recreatieve activiteiten en in de overige 17 procent zijn er wel richtlijnen, maar kunnen deze niet consequent worden nagekomen.

4.5 De verpleeghuisarts is voor de bewoner bereikbaar

Indicator 6

Het bereikbaar en oproepbaar zijn van een verpleeghuisarts voor de functie verpleeghuiszorg gedurende 24 uur per dag 7 dagen per week.

De indicator is weliswaar niet in ieder verpleeghuis vastgelegd in een interne norm, maar deze norm wordt met uitzondering van 3 procent van de verpleeghuizen wel gerealiseerd. In drie verpleeghuizen (5 procent) is aangegeven dat er problemen zijn met het vervullen van een vacature voor verpleeghuisarts.

Nagenoeg alle bewoners en zorgverleners geven aan dat contact met de verpleeghuisarts altijd mogelijk is. In een derde van de verpleeghuizen ontbreekt een schriftelijke richtlijn over individueel contact met een verpleeghuisarts.

Indicator 7

Het bereikbaar en oproepbaar zijn van een verpleeghuisarts in acute situaties.

Een richtlijn over het dag en nacht bereikbaar en oproepbaar zijn van een verpleeghuisarts ontbreekt of kan niet worden nagekomen in 20 procent van de verpleeghuizen. In ruim de helft van de verpleeghuizen ligt vast dat binnen 20 minuten in acute situaties medische zorg beschikbaar is. In ruim 20 procent is de norm voor de beschikbaarheid gesteld op maximaal 30 minuten. Bijna de helft van de geïnterviewde zorgverleners was niet op de hoogte van het bestaan van een richtlijn over de beschikbaarheid van de medische zorg in acute situaties.

4.5.1 Oordeel inspecteurs over de voorwaarden voor de medische zorg

In 85 procent van de verpleeghuizen is een regeling operationeel over het oproepbaar en bereikbaar zijn van de verpleeghuisarts voor de functie verpleeghuiszorg en in acute situaties. In 3 procent ontbreekt een regeling. In de overige verpleeghuizen (11 procent) is er wel een regeling van het oproepbaar en beschikbaar zijn van de verpleeghuisarts, maar wordt de regeling volgens de inspecteurs niet consequent nageleefd.

4.6 Wat te doen als de zorg door de bodem zakt

Volgens 42 procent van de zorgverleners komt het voor dat de minimaal noodzakelijke zorg niet geleverd kan worden, volgens het management ligt dit percentage lager. Er is een grote

variëteit aan oplossingen naar voren gebracht als men op de verpleegafdelingen de zorg niet meer kan leveren. Doorgaans komt dit neer op 'ietsje minder van alles'. Daarnaast is ook sluiten van bedden, inzet van andere disciplines op de verpleegafdeling, extra personeel aantrekken en extra inzet van vrijwilligers en familieleden genoemd.

Van de verpleeghuizen heeft 38 procent vastgelegd dat zij de inspectie op de hoogte zullen stellen als niet meer voldaan kan worden aan het kwaliteitsniveau van de minimaal noodzakelijke zorg. Blijkbaar is dit niet uitgevoerd op het moment dat de zorg door de bodem zakte, gezien het geringe aantal meldingen bij de inspectie en de resultaten van de bezoeken.

In de meeste gesprekken met de zorgverleners is naar voren gebracht dat men een verschraving in de zorg constateert. Men kan niet aan de wensen van een dagindeling voldoen, men zou meer mogelijkheden moeten hebben om bewoners vaker te douchen, een prachtig nieuw bad wordt niet gebruikt omdat het baden teveel tijd kost en er is onvoldoende tijd voor een praatje met de bewoner. Dit laatste is ook veel keren opgemerkt door geïnterviewde bewoners.

Voor extra's, zoals een wandeling of een uitgebreidere verzorging van haren en nagels, is er geen tijd meer. Zorgverleners ervaren een hoge werkdruk, de onderlinge collegialiteit en de bereidheid van het team om wat extra's te doen buiten de werktijden maakt dat men het volhoudt.

4.7 Toename zorgzwaarte en andere zorgvragen

Uit de zorgregistratiesystemen en onderzoeken blijkt dat de zorgzwaarte in verpleeghuizen toeneemt. Dit past ook bij de beleidsontwikkelingen van de afgelopen jaren.

De toename van de zorgzwaarte blijkt ook op basis van enkele vergelijkingen met eerdere inspectieonderzoeken. Een tweetal voorbeelden:

In 1989 was het aantal bewoners dat zich zelfstandig of met beperkte hulp kan wassen en kleden op de somatische afdeling 41 procent ($N = 15$) en op de psychogeriatrische afdeling ($N = 19$) was dit 21 procent. In 2004 is in dit onderzoek gebleken dat nog 13 procent van de psychogeriatrische of somatisch zieke bewoners op de bezochte afdelingen ($N = 102$) zich zelfstandig of met beperkte hulp kan wassen en kleden.

In 1998 is een uitgebreid onderzoek gedaan naar de vocht- en voedselvoorziening in verpleeghuizen. In 1998 is het percentage bewoners op de psychogeriatrische afdelingen ($N = 133$) die volledig geholpen moet worden met de maaltijden 39 procent. In 2004 is het percentage met 6 procent toegenomen naar 46 procent ($N = 55$). Daarentegen blijkt op de somatische afdelingen (in 1998: $N = 148$ en in 2004: $N = 52$) dat het deel van de bewoners dat volledig geholpen moet worden met de warme maaltijd afgenomen is van 21 procent naar 15 procent. Dit laatste gegeven hangt mogelijk samen met de veranderende doelgroepen op de afdelingen voor somatisch zieken.

In verschillende gesprekken is door de zorgverleners naar voren gebracht dat het verplegen van andere en soms ook verschillende doelgroepen binnen een afdeling tot problemen kan leiden, zowel tussen bewoners als bij medewerkers.

Andere doelgroepen, zoals jongeren met niet-aangeboren hersenletsel, vragen vaak een andere dagindeling, omgangsvormen en wensen aan de omgeving. Voor verpleeghuisbewoners met psychiatrische problematiek zijn het bieden van een vaste structuur en omgangsvormen van belang.

Volgens medewerkers op de verpleegafdeling schiet bij het verplegen en verzorgen van andere en verschillende doelgroepen de organisatie van het verpleeghuis en de eigen deskundigheid hierin soms tekort.

5 Summary

In early 2004, the Health Care Inspectorate carried out a study of long-term residential care facilities ('nursing homes') to establish whether residents are being offered the required minimum standard of care. The study was prompted by a number of reports concerning shortcomings received by the Inspectorate in 2003. The study relied on the ten indicators of minimum care provision, sometimes referred to as the 'alarm bells' or the 'bottom line of care'. These were defined in 2001 by the Inspectorate, in consultation with the organizations representing management, staff and patients of the nursing home sector (Arcares, LOC, AVVV and NVVA). Some aspects of care provision rely on field norms to facilitate the required further operationalization of certain indicators. Where an indicator is not met, this means that the quality of care provision can no longer be regarded as 'responsible', a situation that is considered unacceptable by all concerned. It should be stressed that this approach does not therefore rely on set norms for the definition of responsible care in nursing homes.

The study involved visits to a representative sample of 60 nursing homes in which the level of care provided was assessed using written material and interviews with the staff of 111 departments, 102 residents and management representatives.

The conclusion of the study is that almost 80% of nursing homes are unable to guarantee the minimum required level of care. Only 22% provide care which meets all ten indicators. Given that the field parties have agreed that the care provided by nursing homes must not fall below the level of those indicators, this is a clearly serious situation.

During the summer of 2000, a number of serious shortcomings had been observed, prompting the formulation of the ten indicators. There has indeed been some improvement since then, but one third of the nursing homes have yet to establish a minimum quality of care provision even now, four years later. Half of the nursing homes visited have not implemented the ten indicators in their internal policy with a view to guaranteeing the minimum required level of care and to establishing the critical lower threshold that must not, in any circumstances, be crossed. In the various aspects of day-to-day care examined, at least one quarter of the nursing homes visited fail to meet the required standard. The residents' opportunities to structure their day as they see fit are restricted by the circumstances within the department. In many cases, for example, residents are able to shower no more than once a week. In one quarter of departments visited, notably the psychogeriatric wards, there is insufficient assistance at meal times. In 72% of cases, the minimum level of supervision of the psychogeriatric residents in the day rooms can not be realized on a permanent basis. As a result, almost two thirds of residents must occasionally be restricted in their movements due to lack of proper supervision.

The required round-the-clock availability of medical and nursing expertise is usually well organized, although there are still a number of nursing homes which are unable to meet this indicator. The minimum quality level of staffing is not always achieved in almost one third of the nursing departments.

In recent years, the demand for nursing home facilities has increased, as has the diversity of the care required by nursing home residents. This was confirmed by the study. A comparison with inspection findings from 1989 and subsequent supplementary investigation of staffing levels reveals that both the quality and the quantity of nursing staff

has declined in recent years. In the psychogeriatric departments in particular, there has been a shift towards the deployment of staff with lower qualifications or no qualifications at all. Given the staffing available and the care requirements of the residents, it is clear that a number of nursing departments are operating under circumstances which regularly require both staff and patients to make choices in terms of what care can be offered to the resident.

The structural nature of such shortcomings indicates that the problem goes beyond one of poor management. Accordingly, further independent research is urgently required in order to identify the exact underlying causes of the problems, whether those causes are organizational, professional, financial, etc.

Despite the shortcomings, the residents of somatic departments regard the standard of care as 'good' or 'very good'. This satisfaction is largely engendered by the high level of appreciation for the staff who, according to the residents, devote the maximum possible effort to ensuring that the care provided is the best possible.

All nursing homes visited which do not comply with the minimum requirements of responsible care have been reminded of their responsibility in this regard. Each has been required to produce an Action Plan for improvement. Where the nursing homes continue to fall short of the requirements, the Inspectorate will take enforcement action and will advise the Minister to sanction the care provider further to the provisions of the *Kwaliteitswet zorginstellingen* (Healthcare Institutions Quality Act 1996).

The measures presented in this report are intended to ensure that all nursing home residents are able to enjoy the minimum agreed level of care by the end of 2004 at the very latest.

BIJLAGE 1 Wat is verantwoorde zorg?

Uit *Evaluatierapport Zorgen in de Zomer* (IGZ, 2002)

Wat is verantwoorde zorg?

Kwaliteitswet en verantwoorde zorg:

- Art. 2. De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Hieronder wordt verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.
- Art. 3. De zorgaanbieder zorgt voor voldoende (kwalitatief en kwantitatief) personeel, draagt zorg voor een goede verantwoordelijkheidstoedeling, en organiseert de zorgverlening zo dat het leidt tot verantwoorde zorg.
- Art. 4. De zorgaanbieder zorgt voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de zorgverlening (kwaliteitssysteem).

Stelling 1. Verantwoorde zorg bevindt zich op het continuüm van de kwaliteit tussen optimale zorg en de bovengrens van de kritische fase.

Stelling 2. Verantwoorde zorg is het best te beschrijven vanuit het perspectief van de cliënt.

Stelling 3. Bij verantwoorde zorg zijn geaccepteerde veld- en beroepsnormen noodzakelijk.



BIJLAGE 2 Overzicht getoetste normen

Personeelsbezetting

	<i>Norm</i>	<i>Bron van norm</i>
Regeling aanwezigheid ziekenverzorgende per afdeling.	Aanwezigheid van minimaal 1 ziekenverzorgende per afdeling voor de functie verpleeghuiszorg gedurende 24 uur per dag 7 dagen per week.	Indicator 4 van 'ondergrens van de zorg'.
Regeling van het bereikbaar en oproepbaar zijn van verpleegkundige deskundigheid.	Bereikbaar en oproepbaar zijn van verpleegkundige deskundigheid voor de functie verpleeghuiszorg gedurende 24 uur per dag 7 dagen per week.	Indicator 5 van 'ondergrens van de zorg'.
Regeling toezicht in huiskamers op pg-bewoners.	Permanente aanwezigheid van een geïnstrueerde persoon voor het toezicht ten behoeve van psychogeriatrische bewoners in de huiskamers.	Indicator 10 van 'ondergrens van de zorg'.

Dagelijkse zorg

	<i>Norm</i>	<i>Bron van norm</i>
Een dagindeling die voldoet aan wensen cliënt.	Bewoners/cliënten ontvangen de noodzakelijke zorg op het door hen gewenste moment.	Indicator 1 van 'ondergrens van de zorg'.
	Het verpleeghuis geeft de benodigde zorg opdat een bewoner op tijd klaar is voor zijn/haar afspraak.	Kwaliteitskaart LOC.
	De cliënt bepaalt zelf: – Hoe laat hij/zij opstaat. – Het tijdstip waarop hij/zij naar bed gaat.	Verantwoorde zorg (LOC).
Normen en afspraken over persoonlijke hygiëne.	Persoonlijke hygiëne wordt geboden zoals afgesproken (in het zorgplan).	Indicator 1 van 'ondergrens van de zorg'.
	De cliënt wordt in ieder geval 2 maal per week de gelegenheid geboden te douchen/baden.	Verantwoorde zorg (LOC)
	De bewoner wordt minimaal 5 dagen per week helemaal gewassen.	Verantwoorde zorg (LOC).
Richtlijnen/afspraken over toiletgang en incontinentiezorg	De cliënt kan naar toilet als dat nodig is. Te allen tijden, dus ook 's nachts wordt de cliënt binnen 10 minuten geholpen, als hij/zij er om verzoekt.	Verantwoorde zorg (LOC).
	De controle op het incontinentiemateriaal is afgestemd op het gebruikte materiaal. In ieder geval vindt overdag elke twee uur een controle plaats.	Verantwoorde zorg (LOC)
	Na het toiletbezoek wordt de bewoner de gelegenheid geboden de handen te wassen.	Kwaliteitskaart LOC
Afspraken over preventie en behandeling van decubitus	Geen concessies ten aanzien van nakomen afspraken/maatregelen om decubitus te behandelen of voorkomen.	Signalerings-instrument AVVV/ Indicator 2 'ondergrens van de zorg'.
Richtlijn/normen over reactie op (bel-) oproep of verzoek	Indien een bewoner om hulp verzoekt wordt er binnen 5 minuten gereageerd.	Kwaliteitskaart LOC
	Er bestaat een registratiesysteem met normen voor gemiddelde wachttijd en de maximale wachttijdoverschrijding.	Verantwoorde zorg (LOC)

Dagelijkse zorg (vervolg)

	<i>Norm</i>	<i>Bron van norm</i>
Regeling tussenpozen tussen de maaltijden.	Er zijn minimaal tussenpozen tussen de maaltijden van 3 uur.	Kwaliteitskaart LOC.
Richtlijnen/afspraken over hulp bij en tijd voor de maaltijden.	Het aanwezig zijn van medewerkers en geïnstrueerde familieleden/vrijwilligers voor de hulp bij het eten en drinken van de bewoners.	Indicator 8 van 'ondergrens van de zorg'.
	Voor hulp bij de maaltijden is er per bewoner minimaal 20 minuten ter beschikking.	Kwaliteitskaart LOC.
	Er is voldoende tijd voor de maaltijden (minstens 30 minuten per persoon).	Verantwoorde zorg (LOC).
Richtlijn over persoonlijke verzorging na de maaltijd.	Na iedere maaltijd fatsoeneert het personeel (indien nodig) het gezicht en de kleding van de bewoner.	Kwaliteitskaart LOC.

Activiteiten en therapieën

	<i>Norm</i>	<i>Bron van norm</i>
Richtlijnen en afspraken over aanbod recreatieve activiteiten.	Het verpleeghuis biedt tenminste 2 maal per week activiteiten aan de bewoners in de huiskamer.	Kwaliteitskaart LOC.
	Minimaal 1 keer per week wordt een groeps-gewijze recreatieve activiteit aangeboden aan een bewoner.	Indicator 9 van 'ondergrens aan de zorg'.
Een activiteitenaanbod volgens afspraak met cliënt.	Het activiteitenaanbod wordt geboden zoals afgesproken (in het zorgplan).	Indicator 1 van 'ondergrens van de zorg'.
Therapieën zoals afgesproken met cliënt.	(Individuele)Therapieën worden uitgevoerd zoals afgesproken (in het zorgplan).	Indicator 1 van 'ondergrens aan de zorg'.
	Afspraken over mobiliserende activiteiten (wandelen, bewegen etc.) worden nagekomen.	Indicator 2 van 'ondergrens van de zorg'.

Beschikbaarheid medische zorg

	<i>Norm</i>	<i>Bron van de norm</i>
Regeling van het bereikbaar en oproepbaar zijn van een verpleeghuisarts.	Het bereikbaar en oproepbaar zijn van een verpleeghuisarts voor de functie verpleeghuis zorg gedurende 24 uur per dag 7 dagen per week.	Indicator 6 van 'ondergrens van de zorg'.
	Het bereikbaar en oproepbaar zijn van een verpleeghuisarts in acute situaties.	Indicator 7 van 'ondergrens van de zorg'.
Contact met de verpleeghuisarts.	Het verpleeghuis biedt de bewoners de mogelijkheid minimaal 1 keer per maand contact te hebben met de verpleeghuisarts.	Kwaliteitskaart LOC.

Randvoorwaarden voor basiszorg

	<i>Bron</i>	<i>Bron van norm</i>
De basiszorg is vastgelegd.	Het verpleeghuis heeft vastgelegd welk minimaal kwaliteitsniveau in de zorg- en dienstverlening zij garandeert te leveren aan de cliënten. Dit wordt de basiszorg genoemd. Er vindt een regelmatige toetsing, evaluatie en zo nodig bijstelling plaats.	MIK-V 5.5.1
Regeling multidisciplinaire bewonersbespreking.	Het laten plaatsvinden van geplande multidisciplinaire bewonersbesprekingen.	Indicator 3 van 'ondergrens van de zorg'.
Protocol zorgplannen.	De zorgverleners overleggen met de cliënt (of vertegenwoordiger) over het uitvoeren van de geplande zorg en het tijdstip waarop de zorg wordt verleend.	Verantwoorde zorg (LOC).
	In het zorgplan staat welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip.	Verantwoorde zorg (LOC).
	Minstens twee maal per jaar vindt een zorgplanbespreking plaats in overleg met, en met instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger wordt het zorgplan vastgesteld.	Verantwoorde zorg (LOC).

BIJLAGE 3 Literatuur

- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Zorg in de Egmontshof onder de maat*, IGZ, november 2003
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Vocht- en voedselvoorziening in de Nederlandse verpleeghuizen: beleid en praktijk*, Den Haag, 1999
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Verantwoorde zorg en personele consequenties, Inventariserend onderzoek in ouderenzorg en gehandicaptenzorg bij instellingen die 24 uurs zorg bieden aan mensen met dementie of een autismespectrumstoornis*, Den Haag, januari 2004
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Onderzoek doelmatigheid en kwaliteit verpleeghuizen*, december 2003
- De Geneeskundige Inspecties van de (Geestelijke) Volksgezondheid voor de provincie Utrecht, Basiszorg, minimumzorg? *Een inventariserend onderzoek naar knelpunten in de basiszorg op somatische- en psychogeriatrische afdelingen van de verpleeghuizen in de provincie Utrecht*, augustus 1989.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Zorgen in de zomer. Inventarisatie van de personeelsproblematiek in verpleeghuizen gedurende de zomermaanden 2000*, IGZ 2001.
- *Evaluatierapport Zorgen in de Zomer. Uitkomsten van overleg tussen Arcares, NVVA, AVVV en LOC*, februari 2002. (www.igz.nl)
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden, *Kwaliteitskaart verpleeghuizen*, LOC, 2000
- *Verantwoorde Zorg Verpleeghuizen en verzorgingshuizen vanuit bewonersperspectief*, LOC, augustus 2003 (www.loc.nl)
- AVVV, Trimbosinstituut e.a. *Signaleringsinstrument voor minimale kwaliteit van zorg*, Utrecht, maart 2003
- Brancheorganisatie Arcares, *Model Intern Kwaliteitssysteem-Verpleeghuizen (MIK-V)*, Utrecht 2001
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Decubitus doorgelicht: richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast*, IGZ, Den Haag 2004
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden, *Cliënt en Kwaliteit*, LOC, Utrecht 2004
- Looveren van e.a., *Zorg voor medewerkers*, 2001