



Inspectie
Volksgezondheid
Aruba



Rapport

Als zorg levens kost: calamiteiten in verzorgingshuizen

Documentnummer: GEH-2025/2439

Versie: Definitief |

Datum van uitgave: 24 november 2025

Herzieningsdatum: N.V.T.

Disclaimer

Dit document is eigendom van de Inspectie Volksgezondheid en is uitsluitend bedoeld voor de geadresseerde(n). Het bevat mogelijk vertrouwelijke en/of gevoelige informatie. Ongeautoriseerde verspreiding, openbaarmaking of gebruik van (delen van) de inhoud is niet toegestaan.

Hoewel de grootst mogelijke zorg is besteed aan de juistheid en volledigheid van de informatie in dit document, aanvaardt Inspectie Volksgezondheid Aruba geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden of onvolledigheden. Dit document heeft geen bindende juridische status en er kunnen geen rechten aan worden ontleend. Verspreiding en/of openbaarmaking aan derden is alleen toegestaan met uitdrukkelijke toestemming van de Inspectie Volksgezondheid Aruba.

Auteur(s):	Garcia, J	Romano, L	-
Goedgekeurd door:	Fingal, C	Lopez Penha, D	-
Gebruikswijze:	Extern document		

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
2. Begripsbepaling: Calamiteit	2
3. Uitgevoerde calamiteitenonderzoek 2020-2024	4
Casus 1: Botbreuk bovenarm na valincident	4
Casus 2: Overlijden door bloedvergiftiging na ernstige urineweginfectie	5
Casus 3: Heupbreuk bij oudere cliënt	6
Casus 4: Overlijden na ernstige infecties en verwaarlozing	7
Casus 5: Overlijden aan een dubbele longontsteking	9
Casus 6: Acute verslechtering van de gezondheidstoestand bij een 43- jarige cliënt.....	10
4. Conclusie en aanbevelingen	11
4.1 Conclusie	11
4.2 Aanbevelingen.....	12
5. Slotbeschouwing.....	14

1 Inleiding

In verzorgingshuizen worden dagelijks essentiële zorgactiviteiten uitgevoerd om het welzijn en de veiligheid van cliënten te waarborgen. Ondanks de inzet van zorgverleners kunnen zich incidenten voordoen die de kwaliteit en continuïteit van de zorg in gevaar brengen. Voorbeelden van dergelijke incidenten zijn medische fouten, valincidenten, onjuiste medicatietoediening en onjuiste of ontijdige inschatting van bedreigde vitale functies.

Daarnaast zijn er factoren die de kans op incidenten vergroten, zoals personeelstekorten en onvoldoende deskundigheid. Deze factoren kunnen worden gezien als oorzaken van incidenten of als elementen van slechte bedrijfsvoering (bad governance).

Dergelijke incidenten kunnen leiden tot ernstige schade voor de cliënt, of in sommige gevallen tot overlijden. In dergelijke situaties wordt direct opgeschaald naar een calamiteit. Calamiteiten wijzen vaak op diepere, structurele tekortkomingen binnen de organisatie, zoals gebrekkige governance, een onvoldoende functionerende kwaliteitscyclus of een beperkt lerend en reflectief vermogen. Deze tekortkomingen kunnen zich uiten in ondeskundig personeel, ontbrekende of inadequate protocollen, onvoldoende toezicht of verouderde voorzieningen. Zonder effectieve preventie en snelle interventie kunnen dergelijke risico's zich herhalen, met blijvende negatieve gevolgen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Uit de ervaring van de Inspectie Volksgezondheid Aruba (hierna: de Inspectie) speelt een onderzoek naar een (vermoedelijke) calamiteit een cruciale rol bij het achterhalen van de mogelijke basisoorzaken van incidenten en het formuleren en implementeren van SMART-geformuleerde verbetermaatregelen om herhaling te voorkomen.

De Inspectie beoordeelt de kwaliteit van analyses die door zorgaanbieders zijn uitgevoerd aan de hand van vastgestelde toetsingscriteria. Bij eigen onderzoek naar aanleiding van meldingen hanteert de Inspectie dezelfde criteria. Het onderzoek omvat onder andere inspectiegesprekken met betrokkenen, inspectiebezoeken en dossieranalyses.

Dit rapport biedt een overzicht van de bevindingen uit calamiteitenonderzoeken die door de Inspectie zijn uitgevoerd. Het identificeert de belangrijkste risico's en bevat aanbevelingen om de kwaliteit en veiligheid in de verzorgingshuizen verder te verbeteren. De Inspectie houdt toezicht op 21 verzorgingshuizen, waarvan drie instellingen voor mensen met verstandelijke beperking en één hospice. Iedere instelling wordt afzonderlijk door de Inspectie geregistreerd, ook wanneer meerdere locaties onder één naam vallen.

2 Begripsbepaling: Calamiteit

Volgens de Landverordening kwaliteit in de gezondheidszorg wordt een calamiteit gedefinieerd als *elke onverwachte of niet-beoogde gebeurtenis die verband houdt met de door hem geboden zorg en die tot de dood van of ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid*.

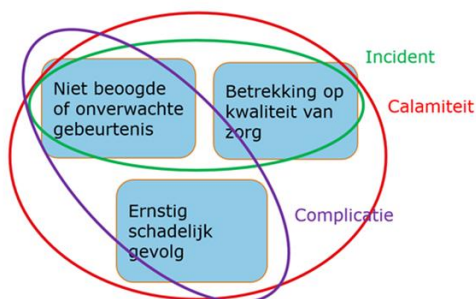
Een calamiteit is een ultieme aanduiding dat het zorgproces niet volgens verwachting is verlopen, met ernstige gevolgen voor de cliënt. Vaak is het een topje van de ijsberg, met structurele systematische mankementen in de basis van de zorgverlening betreffende de continuïteit, kwaliteit en veiligheid.

Een illustratief voorbeeld van een calamiteit is een cliënt in een verzorgingshuis die door een medicatiefout een ernstige allergische reactie ontwikkelt en als gevolg daarvan in het ziekenhuis moet worden opgenomen. Uit onderzoek blijkt dat een dubbele medicatiecontrole ontbrak.

In de praktijk betreft een calamiteit situaties waarin de zorg niet conform professionele standaarden is verleend, het zorgproces is verstoord of daarvan is afgeweken, en de uitkomst ernstige schade of overlijden van de cliënt heeft veroorzaakt. Calamiteiten onderscheiden zich van reguliere incidenten door de ernst van de gevolgen.

Figuur 1 verduidelijkt:

- Een incident is een onverwachte gebeurtenis die invloed heeft op de kwaliteit van zorg.
- Een calamiteit is een incident met ernstig schadelijk gevolg.
- Een complicatie is een ernstig gevolg dat niet altijd het gevolg is van een fout in de zorg.



Figuur 1: een schematische weergave van de definities van incident, complicatie en calamiteit.

Het structureel herkennen, melden en analyseren van (vermoedelijke) calamiteiten is essentieel om onderliggende oorzaken en patronen te identificeren. Op basis hiervan kunnen gerichte verbetermaatregelen worden ontwikkeld, waarmee de kwaliteit en veiligheid van de zorg duurzaam kunnen worden versterkt en herhaling kan worden voorkomen.

Sinds 1 januari 2017 zijn zorgaanbieders op Aruba wettelijk verplicht om calamiteiten te melden bij de Inspectie. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor het uitvoeren van het onderzoek naar de gemelde (vermoedelijke) calamiteit.

Voor verzorgingshuizen geldt echter een uitzondering: vanwege het ontbreken van voldoende onderzoek deskundigheid, voert de Inspectie deze onderzoeken momenteel zelf uit. Enkele verzorgingshuizen doen dit inmiddels zelfstandig. Tegelijkertijd ondersteunt de Inspectie verzorgingshuizen actief bij het opbouwen van de benodigde kennis en vaardigheden, zodat zij in de toekomst zelfstandig onderzoek kunnen verrichten naar (vermoedelijke) calamiteiten.

Bestuurlijke maatregelen door de Inspectie

Wanneer uit een calamiteitenonderzoek blijkt dat de kwaliteit en veiligheid van zorg ernstig tekortschieten, kan de Inspectie bestuurlijke maatregelen opleggen aan het betreffende verzorgingshuis. Deze maatregelen zijn bedoeld om de risico's voor cliënten te beperken en de zorgverlening structureel te verbeteren. De aard en zwaarte van de maatregelen zijn afhankelijk van de ernst van de bevindingen en de mate waarin de instelling bereid en in staat is om verbeteringen door te voeren.

Voorbeelden van bestuurlijke maatregelen zijn:

- **Intensief toezicht:** De Inspectie volgt het verzorgingshuis gedurende een bepaalde periode nauwgezet, met regelmatige (onaangekondigde) inspectiebezoeken en voortgangsrapportages.
- **Aanwijzing:** Indien de aangetroffen risico's door de Inspectie dermate hoog worden ingeschat aan de hand van het toetsingskader, zodanig dat de patiëntenzorg in gevaar is, kan de Inspectie het verzorgingshuis een opname-stop opleggen en onder intensief toezicht stellen.
- **Verbeterplan met deadlines:** Het verzorgingshuis wordt verplicht om binnen een vastgestelde termijn concrete verbetermaatregelen te implementeren, zoals het aannemen van voldoende bevoegd/bekwaam personeel, het opstellen van protocollen, het trainen van personeel of het verbeteren van de meldcultuur.
- **Stilleggen of sluiten:** In uitzonderlijke gevallen kan de Inspectie adviseren om (delen van) de zorgverlening tijdelijk stop te zetten, indien de veiligheid van cliënten niet kan worden gegarandeerd.
- **Rapportage aan het ministerie:** Bij ernstige of herhaaldelijke tekortkomingen kan de Inspectie het ministerie van Volksgezondheid informeren, wat kan leiden tot beleidsmatige of juridische stappen.

Deze maatregelen zijn gericht op het waarborgen van veilige, verantwoorde en kwalitatief goede zorg voor alle cliënten in verzorgingshuizen.

3 Uitgevoerde calamiteitenonderzoek 2020-2024

Tussen 2020 tot en met 2024 heeft de Inspectie zes vermoedelijke calamiteiten in verzorgingshuizen onderzocht. Na uitvoerig onderzoek zijn alle gevallen als *calamiteit* beoordeeld.

Hieronder volgt een overzicht van de onderzochte casussen, inclusief een beknopte samenvatting van de bevindingen, geïdentificeerde oorzaken en opgelegde maatregelen.

3.1 Casus 1: Botbreuk bovenarm na valincident

Beschrijving van de casus

Een 88-jarige cliënte kwam ten val in een verzorgingshuis en klaagde direct over pijn in haar linkerschouder. In plaats van een medische evaluatie, werd besloten haar paracetamol toe te dienen en een mitella aan te leggen. Er werd geen huisarts geraadpleegd. Pas zes dagen na het valincident schakelde de familie van de cliënte een huisarts in. Bij lichamelijk onderzoek stelde de huisarts ernstige afwijkingen vast, waaronder pijn, verkleuring en zwelling van de arm. De cliënt werd vervolgens doorverwezen naar het ziekenhuis, waar na röntgenonderzoek een subcapitale humerusfractuur (botbreuk bovenarm vlak onder de schouder) aan de linkerschouder werd vastgesteld.

Analyse van de oorzaken

Uit het onderzoek van de Inspectie bleek dat er sprake was van meerdere structurele tekortkomingen binnen het verzorgingshuis:

- Tijdens de afwezigheid van de directrice, tevens de enige verpleegkundige in het verzorgingshuis, ontbrak deskundige medische waarneming.
- Medische beslissingen werden genomen door onbevoegd personeel, zonder overleg met een arts.
- Er ontbraken duidelijke protocollen en richtlijnen voor de afhandeling van valincidenten, waardoor het personeel onvoldoende houvast had.
- De personeelsbezetting was structureel onvoldoende, wat leidde tot een gebrek aan bevoegd en bekwaam zorgpersoneel.
- Binnen de organisatie heerste een angstcultuur: medewerkers waren terughoudend in het melden van fouten of tekortkomingen uit vrees voor sancties vanuit de directie. Dit

belemmerde het zelfcorrigerend vermogen van de organisatie en had een negatieve invloed op de cliëntveiligheid.

Opgelegde maatregelen en toezicht

Gezien de ernst van de tekortkomingen heeft de Inspectie besloten het verzorgingshuis onder intensief toezicht te plaatsen. De instelling werd verplicht om binnen korte termijn de door de Inspectie vastgestelde verbetermaatregelen te implementeren, gericht op:

- Het versterken van de deskundigheid van het personeel, zowel kwantitatief als kwalitatief.
- Het ontwikkelen van duidelijke protocollen voor incidentafhandeling.
- Het hebben van duidelijke bevoegdheids-, taak- en rolverdeling tussen de huisarts en de verpleegkundige directrice.
- Het bevorderen van een veilige meldcultuur binnen de organisatie.

3.2 Casus 2: Overlijden door bloedvergiftiging na ernstige urineweginfectie

Beschrijving van de casus

Een 77-jarige cliënte uit een verzorgingshuis werd in ernstig verwaarloosde toestand opgenomen in het ziekenhuis. Bij opname vertoonde zij duidelijke tekenen van een ernstige urineweginfectie (urosepsis). Zorgverleners aldaar troffen drie over elkaar aangebrachte, door ontlasting bevulde lagen incontinentiemateriaal aan, over een diepe decubitus wond op de stuit. Bij het plaatsen van een urinekatheter constateerden ze tekenen van een ernstige ontsteking. Ondanks intensieve medische behandeling overleed de cliënte binnen twaalf uur na opname in het ziekenhuis aan de gevolgen van een bloedvergiftiging.

Analyse van de oorzaken

Uit het calamiteitenonderzoek bleek dat de infectie veel te laat werd herkend door het onbekwame personeel van het verzorgingshuis. Tijdens een toevallige controle door ambulancepersoneel voor een andere cliënt werd ontdekt dat de cliënte naast de patiënt waarvoor de ambulance was gebeld, niet reageerde.

De medewerkers beschikten niet over voldoende kennis en deskundigheid om symptomen van een urineweginfectie tijdig te signaleren en vervolgens daar adequaat op te handelen.

Daarnaast schoot de basiszorg ernstig tekort: de cliënte verkeerde ook in een verwaarloosde hygiënische toestand. Tijdens het onderzoek werd bovendien vastgesteld dat zij leed aan een zeer pijnlijke en ernstige decubituswond, die zich had ontwikkeld tot op de spierlaag, ontstaan tijdens haar 4 maanden verblijf in het verzorgingshuis. Er was tevens geen (adequaat) pijnbeleid hiervoor afgesproken met een huisarts. De medewerkers beschikten niet over de noodzakelijke deskundigheid voor adequate wondzorg en decubituspreventie.

Ook ontbraken binnen de instelling protocollen en richtlijnen voor de verzorging van wonden en het tijdig signaleren van infecties, wat de risico's op complicaties aanzienlijk vergrootte.

Opgelegde maatregelen en toezicht

Gezien de ernst van de tekortkomingen heeft de Inspectie besloten om dit verzorgingshuis onder intensief toezicht te plaatsen. De instelling werd verplicht om binnen een vastgestelde termijn bindende verbetermaatregelen te implementeren, gericht op:

- Het verbeteren van de deskundigheid van het personeel, zowel kwantitatief als kwalitatief.
- Het versterken van de infectiepreventie en hygiënische zorg.
- Het ontwikkelen en implementeren van duidelijke protocollen voor wondzorg, basisverzorging en vroegtijdige herkenning van infecties.

3.3 Casus 3: Heupbreuk bij oudere cliënt

Beschrijving van de casus

De Inspectie ontving een klacht van de familie van een 85-jarige cliënte die verbleef in een verzorgingshuis. De directrice van het verzorgingshuis nam contact op met de dochter met het verzoek haar moeder naar een arts te brengen in verband met een groot hematoom aan haar been, vermoedelijk veroorzaakt door slechte bloedcirculatie.

De cliënte werd onderzocht door de huisarts, die haar met spoed doorverwees naar de röntgenafdeling van het ziekenhuis. Daar werd vastgesteld dat zij een pertrochantaire femurfractuur rechts had opgelopen, dat is een breuk in het dijbeen nabij de heup, doorgaans veroorzaakt door een val of trauma.

De cliënte werd direct opgenomen via de spoedeisende hulp en geopereerd, waarbij een metalen pin werd geplaatst om de heupbreuk vast te zetten. De directrice van het verzorgingshuis verklaarde dat de cliënte niet zou zijn gevallen, en ze niet weet hoe deze cliënte haar heup heeft gebroken. Volgens de huisarts ten tijde zou deze breuk al minstens een week eerder hebben plaatsgevonden.

Analyse van de oorzaken

Uit het calamiteitenonderzoek kwamen verschillende ernstige tekortkomingen in de zorgverlening naar voren:

- Personeelsbezetting: Twee medewerkers waren verantwoordelijk voor de zorg aan de cliënten met een hoge zorgbehoefte. Eén van hen was de hoofdzuster, die tevens als directrice fungeerde en permanent op het terrein verbleef. Binnen het verzorgingshuis

werden alle beslissingen uitsluitend door haar genomen. Haar opleidingsniveau was beperkt tot het niveau van Helpende niveau 2.

- Onvoldoende deskundigheid: Zowel de hoofdzuster/directrice als de andere medewerkster, die oorspronkelijk als kapster werkzaam was en geen zorgachtergrond had, beschikten niet over de vereiste kennis en vaardigheden om verantwoorde zorg te verlenen. Dit leidde tot het niet tijdig herkennen van medische symptomen en het uitblijven van passende medische besluitvorming, met als gevolg vertragingen in diagnostiek en behandeling. Hierdoor verslechterde de gezondheidstoestand van de cliënte aanzienlijk.
- Ontoereikende communicatie en documentatie: belangrijke informatie over de toestand en behandeling van cliënten werd niet adequaat vastgelegd of gedeeld met andere zorgverleners. De afwezigheid van gestructureerde rapportages en protocollen leidde tot een gebrek aan continuïteit in de zorg en verhoogde het risico op fouten.
- Gebrekkige samenwerking met externe zorgverleners: het uitblijven van tijdige communicatie met de huisarts droeg bij aan de tekortkomingen in de geboden zorg.

Opgelegde maatregelen en toezicht

Naar aanleiding van de bevindingen heeft de Inspectie een schriftelijk bevel opgelegd aan het verzorgingshuis. Hierin werd vastgesteld dat per direct de nodige acties moesten worden ondernomen om, in goed overleg met de families, de huidige cliënten over te plaatsen naar andere zorginstellingen.

Daarnaast werd een opnameverbod ingesteld: het verzorgingshuis mocht geen nieuwe cliënten aannemen totdat het bevel zou worden opgeheven.

Het bevel hield verder in dat het verzorgingshuis verplicht werd om te zorgen voor een voldoende kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbezetting. In elke dienst diende minimaal één verpleegkundige (niveau 4) of één verzorgende IG (niveau 3) aanwezig te zijn. Er moest tevens sprake zijn van een duidelijke taakverdeling, bevoegdheids- en verantwoordelijkheidstoedeling, zodat te allen tijde goede en veilige zorg kon worden gegarandeerd. Pas nadat aan deze essentiële randvoorwaarden wordt voldaan, kan het verzorgingshuis weer haar cliënten terug laten plaatsen.

3.4 Casus 4: Overlijden na ernstige infecties en verwaarlozing

Beschrijving van de casus

Een 83-jarige cliënte werd na een verblijf van 24 dagen in een verzorgingshuis opgenomen in het ziekenhuis vanwege een ernstige medische toestand. Bij opname werd een bloedinfectie met een huidbacterie (*Staphylococcus aureus*-bacteriëmie) vastgesteld. Dit in combinatie met een ernstige ontsteking aan de oorspeekselklier (parotitis) aan de rechterzijde. Tevens vermoedelijk een urineweginfectie en een ernstige doorligwond bij de billen, waarbij een deel van de huid en het weefsel is afgestorven (necrotiserende decubituswond). In het algemeen

was de cliënte erg verzwakt met een verlies van kracht en conditie (fysieke deconditionering). Ondanks intensieve behandeling overleed de cliënte tien dagen na opname in het ziekenhuis.

Analyse van de oorzaken

Het calamiteitenonderzoek bracht ernstige tekortkomingen in de zorgverlening aan het licht:

- Opnameprocedure en medische monitoring: Er waren problemen bij de opname van de cliënte, en in het tijdig herkennen van vitale functiestoornissen en het monitoren van haar gezondheidstoestand.
- Decubituspreventie en wondzorg: protocollen voor decubituspreventie en -behandeling werden niet nageleefd, wat leidde tot de ontwikkeling van een necrotiserende wond.
- Medicatiebeheer en voeding: Er waren tekortkomingen in het medicatiebeheer, het voedingspatroon en de algemene verzorging.
- Communicatie: Zowel de communicatie met de huisarts als met de familie was onvoldoende, wat resulteerde in een gebrek aan betrokkenheid en afstemming.
- Personeelskwaliteit: De tekortkomingen wezen op een structureel gebrek aan zowel kwaliteit als kwantiteit van het personeel.

Een belangrijke oorzaak was het ontbreken van effectief leiderschap en coördinatie. De hoofdzuster speelde een centrale rol in besluitvorming en toezicht, maar haar handelen bleek sterk ontoereikend. Zij nam zelfstandig medische beslissingen zonder overleg met een arts, onder andere met betrekking tot pijnbestrijding, wondverzorging en de behandeling van heupproblematiek. Dit overschreed haar bevoegdheden als verpleegkundige en leidde tot vermijdbare fouten in de zorgverlening.

De cliënt heeft tijdens haar verblijf aanzienlijke pijn geleden, mede doordat er niet tijdig en correct werd gehandeld. De aanname van de hoofdzuster dat de cliënte "toch zou komen te sterven" leidde tot een ernstige tekortkoming in het bieden van waardige en professionele palliatieve/comfort zorg. De stervensfase werd bovendien niet besproken met de familie of met een arts, wat strijdig is met de fundamentele eisen van zorgvuldige zorgverlening.

Opgelegde maatregelen en toezicht

Gezien de ernst van de vastgestelde tekortkomingen heeft de Inspectie besloten om het verzorgingshuis onder intensief toezicht te plaatsen. De instelling werd verplicht om binnen korte termijn de door de Inspectie vastgestelde verbetermaatregelen te implementeren, met een specifieke aandacht voor:

- Het versterken van de deskundigheid van het personeel, zowel kwantitatief als kwalitatief.
- Het verbeteren van de communicatie met familie en externe zorgverleners.
- Het borgen van professionele besluitvorming binnen de grenzen van bevoegdheid en verantwoordelijkheid.

3.5 Casus 5: Overlijden aan een dubbele longontsteking

Beschrijving van de casus

Een 71-jarige cliënt werd na zestien dagen verblijf in een verzorgingshuis opgenomen in het ziekenhuis met verdenking van dubbele longontsteking (bilaterale pneumonie). Bij aankomst op de spoedeisende hulp bleek de cliënt sterk vermagerd, erg zwak en lichamelijk heel kwetsbaar (ernstig cachectisch en fysiek zeer fragiel). Ondanks intensieve medische behandeling overleed de cliënt vier dagen na opname in het ziekenhuis.

Analyse van de oorzaken

Het calamiteitenonderzoek bracht diverse ernstige tekortkomingen in de verleende zorg aan het licht:

- Problemen bij opname en communicatie: Er waren duidelijke knelpunten in de opnameprocedure en in de communicatie met de huisarts. Daarbij bestond onduidelijkheid over de rol, taken en bevoegdheden van de huisarts binnen het zorgproces.
- Niet-naleving van protocollen: Protocollen voor decubituspreventie werden niet nageleefd. Ook het systematisch monitoren van vitale functies en het ziektebeloop was ontoereikend.
- Tekortkomingen in basiszorg: Er waren fouten in de medicatietoediening en in het vastleggen en opvolgen van afspraken over het voedingspatroon. De communicatie met de familie van de cliënt was onvoldoende.
- Structureel personeelstekort: De zorg werd ernstig beperkt door een structureel tekort aan bevoegd en bekwaam personeel, wat leidde tot een aantasting van de kwaliteit van de zorg.
- Ontbrekende leiderschap en coördinatie: Een belangrijke bevinding was het ontbreken van effectief leiderschap binnen de organisatie. De hoofdzuster nam regelmatig beslissingen buiten haar deskundigheidsgebied en handelde zonder overleg met een arts. Hierdoor bleef noodzakelijke medische interventie uit, wat bijdroeg aan de verslechtering van de gezondheidstoestand van de cliënt.

Opgelegde maatregelen en toezicht

Het verzorgingshuis werd onder intensief toezicht geplaatst en kreeg een opnamestop opgelegd. Deze maatregel zou pas worden opgeheven na volledige naleving van de door de Inspectie vastgestelde verbetermaatregelen, waaronder:

- Het versterken van de deskundigheid van het personeel door het aannemen van gekwalificeerd personeel en het bieden van bijscholing, evenals het verbeteren van de interne coördinatie en besluitvorming.
- Het naleven van protocollen voor basiszorg, decubituspreventie en monitoring.

- Het versterken van de samenwerking en communicatie met externe zorgverleners en familieleden.

3.6 Casus 6: Acute verslechtering van de gezondheidstoestand bij een 43-jarige cliënt

Beschrijving van de casus

De Inspectie werd telefonisch benaderd door de directrice van een verzorgingshuis over de situatie van een 43-jarige cliënt die bij opname niet aanspreekbaar was en tekenen vertoonde van hematomen, blauwzwarte verkleuringen van de vingers en hoge koorts. Aanvankelijk werd gesproken van een vermoedelijke mishandeling, maar deze melding werd later ingetrokken en nooit schriftelijk bevestigd.

Ondanks het ontbreken van een formele melding beoordeelde de Inspectie de situatie als een vermoedelijke calamiteit. De cliënt verbleef blijkbaar al drie dagen in het verzorgingshuis voordat, op spoed verzoek van de Inspectie, een huisarts werd ingeschakeld. Vervolgens werd de cliënt per ambulance overgebracht naar het ziekenhuis en comateus opgenomen op de intensive care. Uiteindelijk werd vastgesteld dat de cliënt leed aan een "organic mental disorder" en het neuroleptisch maligne syndroom.

Analyse van de oorzaken

Uit het calamiteitenonderzoek kwamen ernstige tekortkomingen in de zorgverlening aan het licht:

- Onvoldoende signalering en handelen: De kwetsbaarheid van de cliënt werd niet tijdig onderkend en er werd onvoldoende adequaat gehandeld.
- Gebrek aan gekwalificeerd personeel: Medische beslissingen werden genomen door de hoofdzuster zonder overleg met een huisarts, terwijl er onvoldoende gekwalificeerd personeel aanwezig was.
- Ontbreken van protocollen en informatieoverdracht: essentiële protocollen ontbraken en de informatieoverdracht tussen betrokken partijen was ontoereikend.
- Complexe juridische en medische situatie: De cliënt had geen geldige verblijfsstatus, wat de toegang tot passende zorg bemoeilijkte en leidde tot het uitblijven van noodzakelijke medische behandeling en medicatie.

Deze factoren hebben gezamenlijk bijgedragen aan een ernstige verslechtering van de gezondheidstoestand van de cliënt.

Opgelegde maatregelen en toezicht

Het verzorgingshuis werd onder intensief toezicht geplaatst en kreeg een opnamestop. Verbetermaatregelen:

- Governance: aantrekken van voldoende gekwalificeerd personeel, duidelijke taken en verantwoordelijkheden, aanstellen van een waarnemend hoofd en beschikbaar stellen van protocollen.
- Personeel: compleet maken van dossiers, aanbieden van scholing en naleven van hygiëne- en kledingvoorschriften.
- Cliënten: bijhouden van volledige zorgdossiers, zorgplan en medicatieoverzicht, organiseren van activiteiten.
- Inrichting & hygiëne: waarborgen van veiligheid en toegankelijkheid van het verzorgingshuis.
- Medicatieveiligheid: inzetten van bevoegd personeel, volgen van protocollen en zorgen voor een schone en ordelijke medicatieruimte

4 Conclusie en aanbevelingen

4.1 Conclusie

Uit de calamiteitenonderzoeken die de Inspectie in de periode 2020- 2024 heeft uitgevoerd, blijkt dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg in meerdere verzorgingshuizen ernstig tekortschieten. Een terugkerend patroon daarbij is het structurele tekort aan bevoegd en bekwaam personeel, waardoor cliënten, vaak met complexe medische en psychische problematiek, niet de vereiste zorg hebben ontvangen.

In vrijwel alle onderzochte casussen werd de kwetsbaarheid van cliënten onvoldoende onderkend. Tijdige medische interventie door de huisarts bleef uit en medewerkers zonder de juiste opleiding of bevoegdheid namen beslissingen die uitsluitend door artsen hadden mogen worden genomen. Er was geen structurele samenwerking met de huisartsen, wat leidde tot uitblijvende of vertraagde medische zorg. Aan de kant van de huisartsen is geconstateerd dat er onduidelijkheid en gebrek aan kennis bestaat over de verdeling van medische verantwoordelijkheden tussen huisarts en verzorgingshuis. Hierdoor hebben huisartsen in meerdere gevallen hun eindverantwoordelijkheid voor de medische zorg niet of onvoldoende opgepakt.

Daarnaast ontbraken in de onderzochte verzorgingshuizen basale protocollen en beleid op essentiële zorggebieden zoals wondzorg, decubituspreventie, infectiepreventie, medicatiebeheer, signalering van acute ziektebeelden en bedreigde vitale parameters en palliatieve zorg. Deze structurele tekortkomingen hebben geleid tot ernstige gezondheidsschade, vermijdbare ziekenhuisopnames en in de helft van deze calamiteiten zelfs tot overlijden van cliënten.

De Inspectie concludeert dat er sprake is van een diepgeworteld en structureel probleem binnen de ouderenzorg op Aruba. In meerdere verzorgingshuizen worden de basisvoorwaarden voor veilige, verantwoorde en respectvolle zorg onvoldoende

gewaarborgd. Zonder fundamentele hervormingen en intensieve verbetertrajecten blijft de continuïteit en veiligheid van de zorg aan deze kwetsbare doelgroep ernstig onder druk staan. De bevindingen uit dit rapport bevestigen het zorgwekkende beeld dat reeds in 2018 door de Inspectie naar voren is gebracht na eerdere inspectierondes. Ook toen stelde de Inspectie vast dat verzorgingshuizen een onevenredige verantwoordelijkheid droegen voor complexe zorgvragen, terwijl zij daar onvoldoende voor waren toegerust. Kenmerken zoals overbevolking, onveilige en onhygiënische huisvesting, een tekort aan bevoegd en bekwaam personeel, en het ontbreken van protocollen en beleid in de verzorgingshuizen zijn sindsdien grotendeels onveranderd gebleven.

Hoewel sommige verzorgingshuizen sinds 2018 stappen hebben gezet richting verbeteringen, blijkt dat deze inspanningen onvoldoende structureel zijn verankerd. De toenemende complexiteit van de zorgvraag, gecombineerd met een chronisch tekort aan goed opgeleid zorgpersoneel, maakt het voor veel instellingen onmogelijk om het minimale kwaliteitsniveau te realiseren of te behouden. Het structureel gebrek aan investeringen in deskundigheidsbevordering, beleidsontwikkeling en professionele ondersteuning vormt daarbij een blijvend knelpunt.

De Inspectie spreekt haar ernstige zorgen uit over het feit dat, ondanks de invoering van de Landsverordening Verzorgingshuizen in 2017 en de inzet op toezicht en handhaving, essentiële voorwaarden voor veilige ouderenzorg nog steeds niet structureel zijn geborgd op Aruba. Dit brengt directe risico's met zich mee voor de gezondheid en het welzijn van cliënten die afhankelijk zijn van langdurige zorg en recht hebben op goede zorg.

4.2 Aanbevelingen

Het is duidelijk: toezicht en handhaving door de Inspectie alleen zijn niet toereikend. De problemen zijn bekend, en de risico's hebben zich inmiddels gemanifesteerd in de beschreven calamiteiten: ernstige incidenten met voorkombare dodelijke afloop, wat de hoge urgentie onderstreept. Daarom is een brede, gecoördineerde en gezamenlijke aanpak noodzakelijk. Alleen door intensieve samenwerking tussen overheid, zorgverzekeraar, verzorgingshuizen, toezichthouders, huisartsen en andere ketenpartners kan de juiste fundament voor langdurige zorg op Aruba met daarbij structurele kwaliteitsverbetering worden gerealiseerd.

Om de kwaliteit en veiligheid van de ouderenzorg op Aruba structureel te verbeteren, doet de Inspectie de volgende aanbevelingen aan beleidsmakers en betrokken partijen:

1. **Stel een wettelijke regeling vast voor de financiering en verzekering van ouderenzorg**

De Inspectie acht het noodzakelijk dat de regering een wettelijke basis creëert die de zorgverzekering en subsidiëring van langdurige zorg (CARE) voor kwetsbare ouderen structureel regelt. Een duidelijke wettelijke verankering van financiering en

verzekering is essentieel om continuïteit, betaalbaarheid en rechtvaardigheid binnen de ouderenzorg op Aruba te garanderen.

2. **Ontwikkel een nationaal beleidskader voor ouderenzorg**

Het is van belang dat dit kader duidelijke kwaliteitseisen bevat op het gebied van infrastructuur, personeelsnormen, zorgzwaarte-indicaties, protocollen, toezicht en financiering. De Directie Ouderenzaken is reeds gestart met de ontwikkeling hiervan en dit proces dient met urgentie te worden voortgezet.

3. **Koppel exploitatievergunningen aan kwaliteitsnormen**

Inspectie stelt voor dat alleen instellingen die aantoonbaar voldoen aan vastgestelde criteria, waaronder inzet van bevoegd en bekwaam personeel en werken volgens actuele protocollen, zorg mogen blijven verlenen.

4. **Veranker personeelsnormen wettelijk**

De Inspectie benadrukt de noodzaak dat de kwaliteit en kwantiteit van bevoegd en bekwaam personeel opgenomen wordt in bijvoorbeeld een landsbesluit op grond van artikel 13, lid 2, sub b van de Landsverordening Verzorgingshuizen. Om zo wettelijk vast te leggen dat minstens in iedere dienst minimaal één bevoegde en bekwame zorgverlener per vastgestelde aantal cliënten aanwezig is (verpleegkundige niveau 4 of verzorgende IG niveau 3). De Inspectie benadrukt de urgentie om alleen gekwalificeerde zorgverleners verantwoordelijk te laten zijn voor de directe cliëntenzorg.

5. **Voer een verplicht zorgzwaarte-indicatiesysteem in**

Een dergelijk systeem zou ervoor moeten zorgen dat cliënten uitsluitend worden geplaatst in instellingen die hun zorgbehoeften verantwoord kunnen vervullen. De Inspectie acht dit een belangrijke stap richting passende en veilige zorgtoewijzing, waarbij gebruik wordt gemaakt van een landelijke indicatiecommissie.

6. **Borg structurele samenwerking met huisartsen wettelijk**

De Inspectie adviseert te voorzien in formele samenwerkingsafspraken tussen de verzorgingshuizen en huisartsen. Dit waarborgt continue medische ondersteuning en is essentieel voor tijdige signalering en behandeling van gezondheidsproblemen.

7. **Verplicht werken volgens actuele protocollen en richtlijnen**

Instellingen zouden moeten beschikken over en handelen naar actuele protocollen voor o.a. valpreventie, wondzorg, infectiepreventie, medicatiebeheer en palliatieve zorg. De Inspectie stelt voor om naleving hiervan jaarlijks te laten toetsen via onafhankelijke audits.

8. **Investeer in structurele bij- en nascholing van personeel**

De Inspectie onderstreept het belang van continue scholing op het herkennen van medische complicaties, klinisch redeneren, acute zorg en palliatieve zorg. Dit verhoogt de deskundigheid en handelingsbekwaamheid van zorgverleners. Daarnaast acht de Inspectie het noodzakelijk dat de toetsing van diploma's door de bevoegde autoriteit wordt versneld en gestroomlijnd.

9. **Versterk het externe toezicht**

De Inspectie adviseert te onderzoeken hoe haar wettelijke bevoegdheden kunnen

worden versterkt, zodat zij bij ernstige tekortkomingen sneller en effectiever handhavend kan optreden. Een robuuster toezichtskader draagt bij aan duurzame kwaliteitsborging in de ouderenzorg. Daarnaast acht de Inspectie het noodzakelijk dat het toezicht ook structureel wordt ondersteund met toereikende personele en financiële middelen, zodat de uitvoering van deze taak duurzaam en effectief kan worden gewaarborgd.

5 Slotbeschouwing

De Inspectie Volksgezondheid Aruba zal de ontwikkelingen binnen de verzorgingshuizen nauwgezet blijven volgen. In haar rol als toezichthouder blijft de Inspectie actief toetsen of de verbetermaatregelen die naar aanleiding van calamiteitenonderzoeken en inspectiebezoeken zijn voorgesteld, daadwerkelijk worden geïmplementeerd en duurzaam verankerd in de dagelijkse zorgpraktijk. Daarbij is het van belang te onderkennen dat de Inspectie doorgaans pas achteraf in beeld komt, wanneer een vermoedelijke calamiteit zich al heeft voorgedaan. Het voorkomen van dergelijke situaties vraagt duidelijk om gezamenlijke verantwoordelijkheid “aan de voorkant” van het systeem.

De bevindingen in dit rapport laten namelijk zien dat de zorg binnen verschillende verzorgingshuizen op fundamentele punten tekortschiet. Dit onderstreept niet alleen de noodzaak van gezamenlijke inzet, maar ook van blijvend en krachtig toezicht, verantwoordelijkheid en doorzettingsvermogen bij alle betrokken partijen.

De Inspectie doet daarom een dringende oproep tot structurele borging van kwaliteitsverbeteringen. Het is niet voldoende om incidenten te analyseren en handhavend op te treden: de onderliggende problemen zijn bekend en vereisen een systematische en beleidsmatige aanpak. Alleen zo kunnen acute risico's voor cliënten worden weggenomen en kan de continuïteit, veiligheid en waardigheid van de zorg op de lange termijn wordt gewaarborgd.

Iedere cliënt die is aangewezen op langdurige zorg binnen een verzorgingshuis moet kunnen rekenen op zorg die:

- veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is;
- tijdig wordt verleend en afgestemd op de reële zorg behoefte van de cliënt;
- professionele en respectvolle wijze wordt uitgevoerd, conform geldende wet- en regelgeving, richtlijnen en protocollen. (Bron: Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg)

De Inspectie benadrukt dat het realiseren van deze zorgstandaarden een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van de overheid, zorginstellingen, toezichthouders, zorgprofessionals en ketenpartners. Alleen door structurele samenwerking en beleidsmatige verankering van kwaliteitsnormen kan een toekomstbestendig zorgsysteem worden opgebouwd, een systeem dat ouderen op Aruba de menswaardige zorg biedt die zij verdienen. *“A society that honors its elders honors its future.”*