



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Rapport  
van het inspectiebezoek aan  
zorgcentrum Groenelaan te Amstelveen  
op 1 oktober 2013

Amsterdam,  
december 2013

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	3
1.4	Toetsingskader	4
1.5	Beschrijving locatie	4
<b>2</b>	<b>Conclusies</b>	<b>6</b>
2.1	Overzicht van de resultaten	6
<b>3</b>	<b>Handhaving</b>	<b>7</b>
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen	7
3.2	Plan van aanpak en interne toetsing	8
3.3	Beoordeling van overige locaties	8
3.4	Vervolgacties inspectie	8
<b>4</b>	<b>Resultaten inspectiebezoek</b>	<b>9</b>
4.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid	9
4.2	Cliëntdossier	10
4.3	Deskundigheid en inzet personeel	12
4.4	Medicatieveiligheid	13
4.5	Mondzorg	15
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten</b>	<b>17</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 1 oktober 2013 een onaangekondigd bezoek gebracht aan zorgcentrum Groenelaan (hierna: Groenelaan) te Amstelveen. In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Vervolgens worden in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens beschreven de conclusie, de handhaving (met daarin de te nemen maatregelen) en de resultaten.

### 1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als doel de risico's op gezondheidsschade bij cliënten te beperken door naleving te bevorderen van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij ondertoezichtstaanden. De inspectie kiest daarbij prioriteiten op basis van mogelijke risico's op gezondheidsschade voor de cliënt. Hierbij gaat extra aandacht uit naar kwetsbare groepen. In dit kader verricht de inspectie binnen de langdurige zorg een groot aantal aangekondigde en onaangekondigde bezoeken.

### 1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan Groenelaan was te beoordelen in hoeverre Groenelaan voldoet aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade voor de cliënt beperken.

### 1.3 Methode

De inspectie gebruikte een bezoekinstrument waarin de te toetsen onderwerpen en de normen zijn vastgelegd. De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

- Cliëntdossier.
- Medicatieveiligheid.
- Mondzorg

De normen zijn gebaseerd op relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden (zie volgende paragraaf).

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:

- Gesprekken gevoerd met cliënten/cliëntvertegenwoordigers.
- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers en het management(team).
- Cliëntdossiers ingezien.
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.
- Een rondgang gemaakt door de locatie. (verwijderen indien niet van toepassing).

#### 1.4 Toetsingskader

De normen zijn gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving en veldnormen:

##### *Wetgeving:*

- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg (2009).
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ; 1996).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz; 1992).
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz; 1995).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz; 1996).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG; 1993).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek (WGBO; 1994).

##### *Veldnormen:*

- Bekkema N; De Veer AJE, Francke AL: *Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIVEL; 2010.
- Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg; 2011.
- Handreiking ondersteuningsplannen; 2013.
- Hingstman TL; Langelaan M, Wagner C: *De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg*. Utrecht: NIVEL; 2012.
- Kwaliteitsdocument Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis; 2012.
- Visiedocument 2.0, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg; 2013.
- Veilige principes in de medicatieketen; 2012.
- Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen; 2007

##### *Inspectierapporten:*

- Extra maatregelen noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen in de langdurige zorg. Utrecht: IGZ; 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2011.

#### 1.5 Beschrijving locatie

Groenelaan is een zorgcentrum, bestaande uit een hoofdgebouw en zes kleinschalige wooneenheden: de hofjes. Het ligt in de wijk Groenelaan, in de nabijheid van het winkelcentrum Groenelaan. De hofjes hebben uitzicht op een parkje, In Groenelaan wonen twee bewonersgroepen:

Mensen die vanwege een lichamelijke aandoening zorg nodig hebben en mensen die dementerend zijn en een beschermde woonomgeving nodig hebben.

##### *Somatische afdelingen*

Bewoners met een lichamelijke aandoening verblijven op twee etages in het hoofdgebouw.

Elke etage bestaat uit twee wooneenheden van acht of negen bewoners. Alle bewoners hebben een eenpersoonskamer en kunnen gebruik maken van een badkamer en een gezamenlijke woon-/huiskamer met keuken.

Achter het hoofdgebouw liggen in totaal 78 woningen, verdeeld over zes hofjes. Dit zijn kleine, huiselijke eenheden waar ouderen met dementie veilig wonen. Zij hebben ieder een eigen zit- en slaapkamer. Daarnaast heeft elk hofje een sfeervolle gemeenschappelijke huiskamer en een keuken. Bovendien hebben de hofjes een tuin of balkon.

### **Aanleiding voor het bezoek**

Groenelaan is in 2011, 2012 en 2013 bezocht. Het bezoek van 1 oktober 2013 was een follow-up bezoek naar aanleiding van het bezoek van januari 2013. Tijdens dat bezoek zijn vooral risico's geconstateerd op de onderwerpen zorgdossiers en medicatieveiligheid. De focus van het bezoek lag dan ook op deze onderwerpen. Daarnaast is het onderwerp mondzorg als nieuw item onderzocht. De andere in het rapport vermelde onderwerpen zijn niet onderzocht en daarvoor is dan ook geen beoordeling gegeven.

### **Groenelaan werkt hard aan verbeteringen met resultaat!**

Groenelaan werkt hard aan de verbetering van de cliëntdossiers en de medicatieveiligheid. De dossiers zijn goed en helder van opzet. De leiding van de locatie voert aantoonbare intensieve audits op de compleetheid van de dossiers. Er wordt systematisch gerapporteerd, zorgplannen en doelen staan helder beschreven evenals opdrachten van paramedici.

Er zijn echter ook een aantal verbeterpunten. De zaken die de inspectie constateerde zijn ook al vanuit de interne audits geconstateerd. In de dossiers die de inspectie inzag waren soms gesignaleerde risico's niet vertaald in een zorgdoel, miste een handtekening van een vertegenwoordiger op het zorgplan of was een bopz-behandeleplan niet opgenomen in het algemeen zorgleefplan. De puntjes moeten op de "i" worden gezet en de organisatie is zich dat terdege bewust.

### **Papieren dossier en elektronisch dossier geeft afstemmingproblemen.**

In een papieren dossier ontbrak het aan aantoonbare medicatiereviews, deze bleken vervolgens wel aanwezig in het elektronisch artsendossier. Ook verslagen van MDO die wel in IRIS aanwezig zijn maar nog moeten worden goedgekeurd door de familie zitten niet in het papieren dossier, zo werken professionals met twee verschillende zorgleefplannen. In een dossier was een zorgleefplan van januari 2013 terwijl de arts van de patiënt een aangepast zorgleefplan op basis van het laatste MDO van 13 september 2012 in haar elektronisch dossier in bezit had.

### **Artsenwisselingen maakt zorg kwetsbaar**

Binnen Groenelaan zijn veel artsenswisselingen geweest en varieert de kwaliteit van de artsen. Volgens medewerkers wisselt de kwaliteit, soms komt een arts de afspraken niet na of worden visites die moeten plaatsvinden verplaatst. Anderzijds geeft de arts ook aan dat de kwaliteit van het signalerend en observerend vermogen van medewerkers sterk varieert en "je er boven op" moet zitten.

De aansturing van de artsen lijkt moeilijk, omdat deze niet valt onder de locatiemanager, een direct leidinggevende taak is zo niet aanwezig en vergt het nodige overleg en afstemming. Binnen een kwetsbare setting zoals Groenelaan is het van belang dat artsen een proactieve rol in nemen en conform strikte richtlijnen werken en er op wordt toegezien dat deze worden nagekomen.

### **Medicatieveiligheid sterk verbeterd**

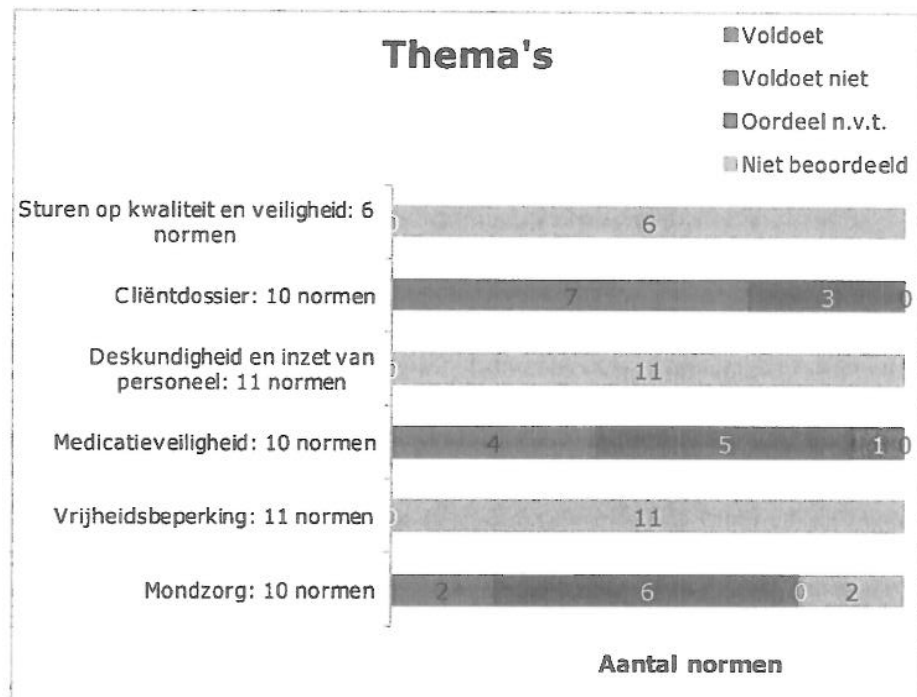
Na audits is de medicatieveiligheid sterk verbeterd. Het aftekenen gebeurt echter nog niet op de juiste wijze, er wordt getekend voor de controle waar de medicatie wordt gegeven. Dat is niet conform de richtlijnen van de "veilige principes". De karren maakte een overzichtelijke indruk, de lijsten waren up to date en nergens waren bijschrijvingen te zien, een compliment is op zijn plaats.

## 2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de bevindingen. In hoofdstuk 4 (resultaten) zijn de bevindingen toegelicht.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

Tabel 1 biedt een overzicht van de beoordeelde normen per thema.



#### **Groenelaan voldoet niet aan alle normen.**

Dit geeft een risico op onverantwoorde zorg en gezondheidsschade voor de cliënt. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u het plan van aanpak zoals u dat tot nu toe volgt conform verder afwerkt inclusief uw plan van aanpak voor de mondzorg zoals u dat nu heeft opgepakt. Verdere maatregelen zijn daarom niet nodig, wel vraagt de inspectie uw aandacht voor het juist aftekenen van de medicatie.

### 3 Handhaving

In dit hoofdstuk staat een overzicht van de normen die als onvoldoende zijn beoordeeld. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat uw plan van aanpak voorziet in het voldoen aan deze normen.

#### 3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen

- 2.2 De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het zorg-/ondersteuningsplan.
- 2.4 Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.
- 2.5 De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.
- 4.4 De procedure rondom uitzetten, toedienen en registreren is beschreven in een procedure farmaceutische zorg.
- 4.5 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actuele medicatieoverzichtlijst en medicatietoedienlijst van de apotheker.
- 4.6 Medewerkers signaleren werking en bijwerking van het toegediende geneesmiddel.
- 4.7 Niet GDS medicatie wordt door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie op de door de apotheek verstrekte toedienlijst.
- 6.1 De zorgaanbieder heeft mondzorg geborgd in het kwaliteitssysteem.
- 6.3 De zorgaanbieder faciliteert de tandarts wanneer behandeling in de instelling plaatsvindt.
- 6.4 Binnen 6 weken na opname is de mondgezondheid geïnventariseerd en in het cliëntdossier vastgelegd.
- 6.5 Het cliëntdossier biedt basis voor de dagelijkse mondzorg.
- 6.6 In het cliëntdossier is relevante informatie over mondzorg van betrokken disciplines vastgelegd en deze informatie is inzichtelijk voor de betrokken disciplines.
- 6.10 Mondzorg wordt in samenhang met relevante betrokken deskundigen besproken.

**3.2 Plan van aanpak en interne toetsing**

De inspectie verwacht dat u een verbeterplan opstelt. Daarnaast verwacht de inspectie dat u de normen waar niet aan wordt voldaan binnen Groenelaan opnieuw toetst/audit in het eerste kwartaal van 2014 en indien van toepassing het verbeterplan aanpast op de uitkomsten. Het verbeterplan en de uitkomsten hoeft u niet toe te sturen aan de inspectie.

**3.3 Beoordeling van overige locaties**

De inspectie verwacht dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties of in ander teams beoordeelt of aan de normen wordt voldaan en zo nodig passende maatregelen neemt.

**3.4 Vervolgacties inspectie**

Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Groenelaan of een van de andere locaties behoort tot de mogelijke vervolgacties.



## 4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk start met een overzicht per thema van de scores op de normen. De inspectie geeft in dit hoofdstuk in principe alleen een toelichting als niet aan de norm is voldaan. Niet van toepassing wordt gescoord als de situatie waarop de norm van toepassing is, in deze locatie of binnen het team nooit voorkomt. Niet beoordeeld betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is, op de locatie wel voorkomt, maar niet aan de orde is geweest tijdens het bezoek. De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen en niet alle normen uit dit bestand worden getoetst.

### 4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

	Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
1.1 De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.				x
1.2 (bijna) Fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties.				x
1.3 De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de wet en maakt deze bekend bij de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.				x
1.4 De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				x
1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.8 De zorgaanbieder zorgt er voor dat zinvolle dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				x

## 4.2 Cliëntdossier

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	Iedere cliënt heeft een zorg-/ondersteuningsplan.	x			
2.2	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het zorg-/ondersteuningsplan.		x		
2.3	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.	x			
2.4	Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.		x		
2.5	De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.		x		
2.6	In het cliëntdossier is informatie van betrokken disciplines op een vaste plaats terug te vinden.	x			
2.7	In het cliëntdossier is de dagelijkse rapportage opgenomen.	x			
2.8	In het cliëntdossier zijn samenvattingen opgenomen van zorghistorie.	x			
2.9	In het zorg-/ondersteuningsplan is vastgelegd welke disciplines met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening.	x			
2.10	De cliënt of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	x			

**Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:**

- 2.2 De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zijn niet of onvoldoende aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorg-/ondersteuningsplan. In de praktijk wordt familie betrokken bij het MDO, zij krijgen de voorbereiding thuisgestuurd en kunnen aanwezig zijn bij de bespreking. Het is jammer dat dit niet direct zichtbaar is in het dossier. Uit het cliëntdossier blijkt niet dat de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger ingestemd heeft. Er is wel een voorblad waarop de cliënt kan tekenen. In een dossier miste de inspectie de instemming met het zorgplan.
- 2.4 Zorg-/ondersteuningsdoelen passen niet of onvoldoende bij de resultaten van de risico-inventarisaties. In een aantal dossiers miste een enkele uitkomst van de risico in een vertaling naar een zorgdoel.
- 2.5 De rapportage en de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties hangen niet of onvoldoende logisch met elkaar samen. In een rapportage missen bijvoorbeeld acties bij een patiënt met een oedematische voet

### 4.3 Deskundigheid en inzet personeel

	Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.				x
3.2 Medewerkers kennen de impact van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.				x
3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van cliënten.				x
3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.				x
3.5 Alleen bevoegde en bekwame medewerkers voeren voorbehouden en risicovolle handelingen uit.				x
3.6 Medewerkers krijgen de benodigde scholing om verantwoord te kunnen werken met de doelgroep en de zorgproblematiek van de cliënten.				x
3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende deskundige medewerkers in ter uitvoering van de dagelijkse zorg.				x
3.8 De zorgaanbieder regelt dat vakinhoudelijk specialisten in voldoende mate beschikbaar zijn.				x
3.9 De zorgaanbieder verzamelt, analyseert en onderneemt zo nodig acties met betrekking tot belangrijke contextuele factoren van inzet van personeel.				x
3.10 Medewerkers en management kennen de grenzen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en schakelen tijdig vakinhoudelijke specialisten in.				x
3.11 Medewerkers werken volgens relevante gedragscodes. (gedrags-, meld)codes.				x

#### 4.4 Medicatieveiligheid

	Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
4.1 De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.	x			
4.2 De medicatie wordt alleen gemalen met schriftelijke instemming per geneesmiddel van de arts of apotheker.	x			
4.3 De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven en legt de gemaakte afspraken daarover vast in het zorg-/ondersteuningsplan.			x	
4.4 De procedure rondom uitzetten, toedienen en registreren is beschreven in een procedure farmaceutische zorg.		x		
4.5 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actuele medicatieoverzichtlijst en medicatietoedienlijst van de apotheker.		x		
4.6 Medewerkers signaleren werking en bijwerking van het toegediende geneesmiddel.		x		
4.7 Niet GDS medicatie wordt door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.		x		
4.8 De medewerker past door de apotheek uitgezette medicatie alleen aan op aantoonbaar voorschrift van de arts.	x			
4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie op de door de apotheek verstrekte toedienlijst.		x		
4.11 Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.	x			
4.4 Er is weliswaar een procedure waarin de aspecten rondom uitzetten, afspraken rondom de tweede controle en wijze van registreren zijn beschreven volgens de veilige principes. De wijze van aftekenen is echter niet juist beschreven en deze wordt niet juist uitgevoerd. Er moet worden afgetekend nadat de medicatie is gegeven. In uw reactie gaf u aan dat er bewust en onderbouwd is afgeweken van deze procedure. De inspectie verwijst u echter naar de veldnormen in deze.				
4.5 Er zijn medicatietoedienlijsten aanwezig maar deze zijn niet compleet. De inspectie trof naast een medicatietoedienlijst een door de verzorging gemaakte aftekenlijst aan. Reden hiervoor was dat de cliënt vanuit het ziekenhuis oogdruppels voorgeschreven had gekregen. Dit stond niet op de				

toedienlijst vermeld. Om dit medicijn toch te kunnen aftekenen had de verzorging zelf een aftekenlijst gemaakt.

- 4.6 Medewerkers kunnen niet of onvoldoende aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen. De arts vertelt dat de deskundigheid per medewerker verschilt.
- 4.7 De tweede controle wordt onvoldoende uitgevoerd. Medewerkers waren onvoldoende op de hoogte welke medicatie door een tweede persoon gecontroleerd dient te worden. Zo waren de opiaten niet structureel door een tweede persoon gecontroleerd.
- 4.9 Er is niet per toegediend middel geparafeerd.

### Vrijheidsbeperking

	Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
5.1 De zorgaanbieder beschrijft visie en beleid over preventie, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
5.2 Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.				x
5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.				x
5.4 In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
5.5 Een arts of een gedragskundige is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
5.6 De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
5.7 Alle vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntdossier.				x
5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregel(en) zorgvuldig toe.				x
5.9 De zorgaanbieder zorgt voor toetsing van besluitvorming en uitvoering, door een niet bij de behandeling betrokken deskundige, als fixatie met onrustband, afzonderen in een daarvoor bestemde ruimte of separatie worden toegepast.				x
5.10 De zorgaanbieder heeft werkinstructies (protocollen) over het toepassen van alle vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
5.11 De zorgaanbieder heeft een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau.				x

#### 4.5 Mondzorg

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De zorgaanbieder heeft mondzorg geborgd in het kwaliteitssysteem.		x		
6.2	De zorgaanbieder voorziet dat er een tandarts beschikbaar is voor de cliënten.	x			
6.3	De zorgaanbieder faciliteert de tandarts wanneer behandeling in de instelling plaatsvindt.		X		
6.4	Binnen 6 weken na opname is de mondgezondheid geïnventariseerd en in het cliëntdossier vastgelegd.		X		
6.5	Het cliëntdossier biedt basis voor de dagelijkse mondzorg.		x		
6.6	In het cliëntdossier is relevante informatie over mondzorg van betrokken disciplines vastgelegd en deze informatie is inzichtelijk voor de betrokken disciplines.		x		
6.7	Medewerkers werken cliëntgericht.	x			
6.8	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden over mondzorg voor de doelgroep van cliënten.				x
6.9	Betrokken zorgverleners worden gesteund door de zorgaanbieder bij de uitvoering van mondzorg en mondverzorging.				x
6.10	Mondzorg wordt in samenhang met relevante betrokken deskundigen besproken.		X		

- 6.1 Er is geen medewerker als aandachtsvelder (coördinerend zorgverlener) mondzorg aangesteld.
- 6.3 De zorgaanbieder voorziet de tandarts niet van een behandelruimte inclusief materiaal en apparatuur. Tijdens het inspectiebezoek heeft de inspectie de behandelruimte van de tandarts bekeken. Sterilisatie-apparatuur en een röntgenapparaat waren niet aanwezig. Deze apparatuur is niet in Groenelaan aanwezig omdat de tandarts gebruikt maakt van deze apparatuur in het tegenoverliggende ziekenhuis. Deze werkwijze komt echter niet overeen met wat in het contract tussen Amstelring en de tandarts is vastgelegd. Hierin staat vermeld dat Amstelring voor zijn eigen rekening ter beschikking stelt: de praktijkruimte en overige personele en materiële praktijkvoorzieningen.
- 6.5. In een enkel dossier was een poetsinstructie aanwezig echter in niet alle zorgplannen was opgenomen welke mondzorg de patiënt nodig heeft. De inspectie heeft wel de indruk dat medewerkers aandacht hebben voor de mondzorg
- 6.4 De mondgezondheid is niet binnen zes weken (eerder indien nodig) na opname door een tandarts geïnventariseerd en is niet vastgelegd in het cliëntdossier.
- 6.6 De bevindingen van de tandarts/tandprotheticus/mondhygiënist die van invloed zijn op de dagelijkse mondzorg van de cliënt worden niet vastgelegd in het cliëntdossier.  
De bevindingen van de tandarts die van invloed zijn op de medische zorg rondom de cliënt worden niet vastgelegd in het cliëntdossier.
- 6.10 Mondzorg is geen onderwerp tijdens het multidisciplinair overleg. Ook dragen medewerkers onvoldoende zorg voor het tijdig inzetten van deskundigheid. De inspectie heeft een cliëntdossier ingezien van een cliënt die een gebitsprothese had. Al enige tijd had deze cliënt op wisselende momenten wondjes in de mond, volgens de medewerker. Ten tijde van het inspectiebezoek was de tandarts nog niet geconsulteerd. Deze was wel gevraagd bij de specialist ouderengeneeskunde



## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- 5 zorgdossiers
- Interne audits medicatieveiligheid 12 augustus 2013
- Diverse audits van verschillende afdelingen inzake de zorgdossiers
- Beheersplan locatie woonzorgcentrum Groenelaan.

