

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



**Rapport naar aanleiding van het algemeen
toezichtbezoek aan zorgcentrum De Heemhaven te
Heemstede op 21 september 2004**

Amsterdam, januari 2005

Inhoudsopgave

1 Inleiding 3

2 Resultaten inspectiebezoek 4

- 2.1 Inleiding 4
- 2.2 Kwaliteitsbeleid 4
- 2.3 Zorgplannen 4
- 2.4 Geneesmiddelen 6
- 2.5 Mondzorg 6
- 2.6 Zorg bij continentiestoornissen 7

3 Beschouwing 8

- 3.1 Inleiding 8
- 3.2 Zorg in ontwikkeling 8

4 Te nemen maatregelen 9

- 4.1 Opstellen plan van aanpak 9

Bijlagen:

- 1 Overzicht gebruikte documenten
- 2 Overzicht criteria en normen
- 3 Toelichting scorekwalificaties

1 Inleiding

In het kader van haar toezichthoudende taak heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 21 september 2004 een bezoek gebracht aan zorgcentrum De Heemhaven te Heemstede. Doel van dit bezoek was te beoordelen of De Heemhaven voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie gebruikgemaakt van het Instrument Algemeen Toezicht Verzorgingshuiszorg. Hierin staan de criteria op basis waarvan de inspectie toetst. Het instrument is gebaseerd op de wet en de daarvan afgeleide veldnormen die de koepelorganisaties en beroepsverenigingen hebben ontwikkeld.

Het gaat om de volgende wetten:

- de *Kwaliteitswet zorginstellingen*,
- de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*,
- de *AWBZ* (tandheelkundige aanspraak)

De volgende onderzoeksrapporten en richtlijnen zijn gebruikt:

- HKZ, verzorgingshuizen
- 'Tandheelkundige zorg in AWBZ verband' (CVZ, 2003)
- 'Mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten' (TNO, 2002)
- 'Richtlijn voor continentiestoornissen' (CBO, 1999)
- 'Urine incontinentie bij volwassenen' (CVZ, 2003)
- 'Aard omvang en behandeling van ongewild urineverlies in verzorgingshuizen; aanzet tot een protocol' (TNO, 1998)

De criteria, de herkomst van de criteria en de algemene toelichting op de scores kunt u vinden in bijlage 2 en 3.

In dit rapport leest u de resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit van de zorg.

Achtereenvolgens worden drie vragen beantwoord:

- Hoe scoort De Heemhaven op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg? (hoofdstuk 2);
- Wat wil de inspectie, alle scores overziende, De Heemhaven verder meegeven? (hoofdstuk 3);
- Welke acties moet De Heemhaven binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

2 Resultaten inspectiebezoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe De Heemhaven scoort op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg, zoals vastgelegd in het Instrument Algemeen Toezicht Verpleeghuiszorg. Er zijn drie aandachtsgebieden en per aandachtsgebied vindt u een tabel met scores. Deze scores zijn weergegeven op een vierpuntsschaal: *afwezig*, *aanwezig*, *operationeel* en *geborgd*. Zie bijlage 2 voor een toelichting op deze vier kwalificaties.

De scores zijn gebaseerd op gesprekken met vertegenwoordigers van het Locatiemanagement, de Cliëntenraad en de uitvoerende teams. Als aanvulling hierop heeft de inspecteur enkele dossiers ingezien gericht op de onderwerpen in dit algemeen toezicht en een relevante rondleiding gehad. Tevens heeft de inspectie enkele documenten bekeken. Een overzicht van deze documenten vindt u in bijlage 1.

2.2 Kwaliteitsbeleid

| | <i>Afwezig</i> | <i>Aanwezig</i> | <i>Operationeel</i> | <i>Geborgd</i> |
|---|----------------|-----------------|---------------------|----------------|
| Kwaliteitsbeleid gericht op de zorginhoud | | √ | | |
| Deskundigheid medewerkers | √ | | | |

De Heemhaven hanteert het MIK-V kwaliteitssysteem als uitgangspunt voor de te leveren zorg. Het kwaliteitssysteem is evenwel nog niet op alle zorgonderdelen van toepassing: protocollen en een richtlijn voor het werken met individuele zorgplannen zijn niet conform het kwaliteitssysteem vormgegeven.

Aan de hand van een Jaarplan worden jaarlijks onderdelen van de zorg nader op kwaliteitsaspecten uitgewerkt.

In 2002 is aan de hand van een kwaliteitsspel de kwaliteit van de zorg samen met de bewoners in kaart gebracht en in 2003 is een tevredenheidsonderzoek gehouden in het kader van Cliënt en Kwaliteit.

Met gerichte deskundigheidsbevordering van medewerkers is recent een aanvang gemaakt. In 2004 zijn voor het eerst structureel functioneringsgesprekken gehouden waarbij ook aandacht wordt besteed aan deskundigheidsbevordering.

2.3 Zorgplannen

| | <i>Afwezig</i> | <i>Aanwezig</i> | <i>Operationeel</i> | <i>Geborgd</i> |
|--|----------------|-----------------|---------------------|----------------|
| Protocol zorgplan | | √ | | |
| Individueel zorgplan | | √ | | |
| Regeling verantwoordelijkheid m.b.t. inhoud zorgplan en coördinatie uitvoering | √ | | | |
| Deskundigheid en bijscholing | | √ | | |
| Informatieverstrekking aan cliënten | | | √ | |

Het werken met individuele zorgplannen waarbij de bewoner centraal staat en uitgegaan wordt van vraaggestuurde zorg, is formeel het uitgangspunt van de verleende zorg, maar dit uitgangspunt is nog niet op alle bewoners van toepassing. Nog niet voor alle bewoners is

een individueel zorgplan beschikbaar. Voor de PG-afdeling is dit wel van toepassing. Opzet is dat binnen afzienbare tijd voor alle bewoners een individueel zorgplan beschikbaar is. De Eerste Contact Verzorgenden zijn geschoold in het werken met individuele zorgplannen. Voor bewoners van de PG-afdeling vinden aan de hand van een vooraf opgesteld schema multidisciplinaire bewonersbesprekingen plaats, waarbij de verpleeghuisarts, coördinator dagbesteding en de teamleider aanwezig zijn, zo nodig aangevuld met deskundigen van extern.

2.4 Geneesmiddelen

| | <i>Afwezig</i> | <i>Aanwezig</i> | <i>Operationeel</i> | <i>Geborgd</i> |
|--|----------------|-----------------|---------------------|----------------|
| Regeling verdeling verantwoordelijkheden | √ | | | |
| Regeling meldingen en registratie van incidenten | | | √ | |
| Regeling geneesmiddelen distributie | | | √ | |
| Regeling geneesmiddelenvoorraad | | | √ | |
| Bevorderen deskundigheid: bijscholing | √ | | | |
| Bevorderen deskundigheid: toetsen bekwaamheid | √ | | | |
| Regeling zelfstandigheid cliënt | √ | | | |
| Protocollen geneesmiddelenvoorziening | | | √ | |

Ten behoeve van het medicijnbeheer van bewoners is een protocol van kracht. Dit protocol is niet opgesteld conform een kwaliteitssysteem. De verdeling van de verantwoordelijkheden is in het protocol niet duidelijk geregeld. Evenmin is de bevordering deskundigheid van de betrokken medewerkers en het toetsen daarvan geregeld. Met de toeleverende apotheek vindt regulier overleg plaats over het te voeren medicatiebeleid,

Melding en registratie van geneesmiddelen-incidenten zijn geregeld via de MIP. Tot voor kort verliep de afhandeling van meldingen in het kader van de MIP via het verpleeghuis Den Weeligenberg. Omdat deze procedure niet voldoet, zal de afhandeling van MIP-meldingen weer door een MIP-commissie in de eigen voorziening plaatsvinden.

2.5 Mondzorg

| | <i>Afwezig</i> | <i>Aanwezig</i> | <i>Operationeel</i> | <i>Geborgd</i> |
|---|----------------|-----------------|---------------------|----------------|
| Regeling met betrekking tot zorgaanbod mondzorg | √ | | | |
| Regeling opnemen mondzorg in zorgplan | √ | | | |
| Regeling bij- en nascholing met betrekking tot mondzorg | √ | | | |
| Regeling samenwerking tandarts | √ | | | |
| Regeling spoedbehandeling | √ | | | |

| | <i>Behandeltkamer aanwezig</i> | | <i>Voldoet</i> | <i>Voldoet</i> |
|-----------------------------|--------------------------------|------------|------------------|--------------------|
| | <i>Ja</i> | <i>Nee</i> | <i>voldoende</i> | <i>onvoldoende</i> |
| Globale toets behandelkamer | | | √ | |

De Heemhaven beschikt (nog) niet over een instructie en/of richtlijnen voor mondzorg. Het direct zorggebonden personeel is wel alert op eventuele problemen in de mondzorg bij bewoners. Een verklaring voor het ontbreken van richtlijnen is dat er bij de huidige bewoners geen zorgvraag naar mondzorg is.

2.6 Zorg bij continentiestoornissen

| | <i>Afwezig</i> | <i>Aanwezig</i> | <i>Operationeel</i> | <i>Geborgd</i> |
|---|----------------|-----------------|---------------------|----------------|
| Regeling ten aanzien van signalering incontinentie en onvrijwillig urineverlies | √ | | | |
| Regeling ten aanzien van medische behandeling incontinentie | √ | | | |
| Regeling ten aanzien van verpleegkundige behandeling/benadering incontinentie | √ | | | |
| Deskundigheidsbevordering ten behoeve van verpleegkundige/verzorgende behandeling/benadering zorg bij continentiestoornissen | √ | | | |

De Heemhaven beschikt (nog) niet over een instructie en/of richtlijnen voor zorg bij continentiestoornissen. Een gericht beleid op dit zorgonderdeel ontbreekt. Reden hiervan is dat continentiestoornissen bij de bewoners nog slechts incidenteel voorkomen. Er is binnen de voorziening een centraal contactpersoon voor vragen over continentiestoornissen en in voorkomende gevallen wordt contact opgenomen met een leverancier van continentiemateriaal voor gerichte adviezen.

3 Beschouwing

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe De Heemhaven scoort op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg. U heeft zich aan de hand van deze informatie een beeld kunnen vormen van de huidige kwaliteit van de zorg en handvatten gekregen voor het verder verbeteren van deze kwaliteit.

Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend karakter. Gezocht is naar verbanden, verklaringen en overeenkomsten in de onderzoeksresultaten zoals beschreven in hoofdstuk 2. Dit heeft geleid tot enkele oordelen die – net als de oordelen uit hoofdstuk 2 - van belang zijn voor De Heemhaven bij het (verder) verbeteren van de zorg.

3.2 Zorg in ontwikkeling

De Heemhaven maakt met ingang van 1 januari 2004 onderdeel uit van de Stichting ZorgBalans.

Het bewonersbestand vertoont nog veel kenmerken van een klassiek verzorgingshuis maar door het toenemen van de zorgzwaarte van zowel de huidige als van nieuwe bewoners bevindt de verleende zorg zich in een overgangsfase. Dit wordt door het management onderkend en met het “herinrichten” van de aard en de kwaliteit van de verleende zorg is inmiddels een aanvang gemaakt. Daarbij kan en moet gebruik worden gemaakt van de deskundigheid en faciliteiten bij ZorgBalans.

Het gehanteerde kwaliteitssysteem is nog onvoldoende uitgewerkt en verkeert feitelijk in de startfase. Protocollen, richtlijnen en het zorgproces dienen conform het kwaliteitssysteem te worden vormgegeven.

De boven- en ondergrens van de zorg zijn nog niet benoemd.

Vraaggestuurde zorg en het werken met individuele zorgplannen, waarbij de bewoner centraal staat en uitgegaan wordt van een multidisciplinaire zorgverlening en een daadwerkelijk betrokkenheid van de bewoner en/of diens vertegenwoordiger, wordt als uitgangspunt van de zorgverlening gehanteerd. Maar een individueel zorgplan is nog niet voor alle bewoners beschikbaar en de ingeziene dossiers zijn onvoldoende inzichtelijk en geven onvoldoende inzicht in het cyclisch verloop van het verleende zorgproces.

Het huidige protocol medicijnbeheer bewoners dient te worden herschreven, waarbij aandacht wordt besteed aan de onder 2.4 genoemde onderdelen. Het huidige medicijnbeheer is te risicovol.

Er dient een beleid voor de mondzorg en zorg bij continentiestoornissen te worden opgesteld.

Bij het uitwerken van bovengenoemde onderwerpen dient aantoonbaar aandacht te worden besteed aan een gestructureerd beleid voor deskundigheidsbevordering van het direct zorggebonden personeel.

Met de Cliëntenraad is een goed regulier overleg. De raad heeft o.a. aandacht gevraagd voor de reactietijd op een beloproep en bij toiletbezoek. De resultaten van het kwaliteitsonderzoek Cliënt en Kwaliteit van 2003 zijn met de raad besproken, waarbij de raad verbeterpunten heeft aangevoerd.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Opstellen plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 1 maart 2005 een plan van aanpak waarin u aangeeft hoe u de kwaliteit van de zorg bij De Heemhaven (verder) gaat verbeteren. De inspectie gaat er vanuit dat zowel hoofdstuk 2 als hoofdstuk 3 u voldoende handvatten biedt om te komen tot verbeteringen en concrete acties.

In dit plan van aanpak staat in elk geval duidelijk omschreven:

- Wat u wilt bereiken (beoogde effecten);
- Wat hiervoor nodig is (acties);
- Wanneer wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Nadat de inspectie het plan van aanpak heeft ontvangen, ontvangt u binnen zes weken een reactie.

BIJLAGE 1 Overzicht gebruikte documenten

- kopie protocol medicijnbeheer bewoners
- kopie zorgdossier

BIJLAGE 2 Overzicht criteria en normen

Kwaliteitsbeleid, gericht op de zorginhoud

| Indicator | Norm | Bron |
|---|---|-----------|
| Kwaliteitsbeleid gericht op de zorginhoud | <p>De zorg- en dienstverlening die de cliënt ontvangt is in overeenstemming met de uitgangspunten die zijn vastgelegd in de zorgvisie van de organisatie. Hierbij is onder andere gewaarborgd dat de medisch verpleegkundige handelingen bij de cliënt worden verricht door daartoe bevoegd personeel en volgens protocollen die voldoen aan de Wet BIG.</p> <p>De organisatie dient te hebben voorzien in een systematiek voor het ontwikkelen, onderhouden, distribueren en toepassen van vaktechnische protocollen. Deze protocollen betreffen zowel verzorging en behandeling als de faciliterende activiteiten.</p> | MIK-V |
| Deskundigheid medewerkers | <p>Om de gehanteerde protocollen worden professionele standaarden van het handelen neergelegd voor de betreffende activiteiten.</p> <p>Op basis van enerzijds de gewenste kwaliteit en kwantiteit en anderzijds de aanwezige kwaliteit en kwantiteit van medewerkers stelt de organisatie een meerjarenopleidingsplan vast. Vervolgens worden jaarlijks opleidingsplannen vastgesteld. In deze plannen wordt ten minste aandacht besteed aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bewustmaking van de medewerkers m.b.t. de kwaliteitsbeleving van cliënten; • ontwikkeling van de gewenste attitude van medewerkers en vrijwilligers t.a.v. in ieder geval de cliënten; • het op peil houden van de vak kennis en - deskundigheid van de medewerkers, bijvoorbeeld door deelname aan intercollegiale toetsing, bij- en nascholing, dit door de beroepsgroepen georganiseerd worden; • kwaliteitsmanagement voor leidinggevend en uitvoerend; • het leren van samenwerken en van diverse communicatiemethoden; • het leren omschrijven en analyseren van problemen; • het leren doorvoeren van verbeteringen; | MIK-V 8-1 |

Mondzorg

| Indicator | Norm | Bron |
|-------------------|---|-----------|
| Regeling mondzorg | <p>De organisatie dient de beschikking te hebben over concrete beschrijvingen van de producten en diensten die zij kan leveren aan cliënten.</p> | MIK-V 6.1 |
| | <p>De organisatie dient te hebben voorzien in een systematiek voor het ontwikkelen onderhouden, distribueren en toepassen van vaktechnische protocollen. Deze protocollen betreffen zowel de verzorging en behandeling als faciliterende activiteiten. In de protocollen worden professionele standaarden van het handelen neergelegd voor de betreffende activiteiten.</p> | MIK-V 8-1 |

| | | |
|---|--|---------------------|
| Regeling opnemen mondzorg in zorgplan | De basis voor de zorg- en dienstverlening aan de cliënt is de uitwerking van een zorgplan. De organisatie dient een multidisciplinair zorgplansysteem te kennen. Een zorgplan omvat tenminste: <ul style="list-style-type: none"> - een brede cliëntgeoriënteerde hulpvraaganalyse; - een probleemstelling, uitgaande van de vraagstelling van de individuele cliënt; - het behandel-, verzorg- en verblijfsdoel; - helder omschreven doelstellingen van de zorg en behandeling; - de wijze waarop men de doelstellingen wil bereiken; - welke disciplines hierbij op welke wijze worden betrokken; - de wijze waarop en de frequentie waarmee men de doelstellingen evalueert en de zorg en behandeling eventueel bijstelt; - de wijze waarop de cliënt direct wordt betrokken bij het opstellen van het individuele zorgplan, waarbij in principe geen zorg- of dienstverlening wordt geboden zonder toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger. | MIK-V 7-1 |
| Regeling bij- en nascholing t.a.v. mondzorg | Op basis van enerzijds de gewenste kwaliteit en kwantiteit en anderzijds de aanwezige kwaliteit en kwantiteit van medewerkers stelt de organisatie een meerjaren opleidingsplan vast. Vervolgens worden jaarlijks opleidingsplannen vastgesteld. In deze plannen wordt ten minste aandacht besteed aan: <ul style="list-style-type: none"> - bewustmaking van de medewerkers met betrekking tot de kwaliteitsbeleving van cliënten; - het op peil houden van vakkennis - deskundigheid van de medewerkers, bijvoorbeeld door deelname aan intercollegiale toetsing, bij- en nascholing, die door de beroepsgroepen georganiseerd worden. (In de tekst aangevuld met andere aspecten, niet van toepassing op deze module) | MIK-V 11-3 |
| Regeling samenwerking tandarts | Om verpleeghuiszorgproducten en –diensten te kunnen leveren, dient de organisatie te beschikken over kennis, ervaring en deskundigheid <ul style="list-style-type: none"> - verpleegkundige en verzorgende beroepen; - op de medische en paramedische beroepen. (Andere beroepen genoemd in MIK-V zijn niet opgenomen in deze tekst) | MIK-V 6-2 |
| Regeling spoed behandeling | De organisatie dient schriftelijk te hebben vastgelegd van welke professies permanent aanwezigheid danwel oproepbaarheid/bereikbaarheid vereist is. Minimale eis is 24-uurs beschikbaarheid van de verpleegkundige discipline en 24-uurs beschikbaarheid van de (para-) medische disciplines. | MIK-V 6-3 |
| Toets behandelkamer | NMT praktijkrichtlijnen | Praktijkrichtlijnen |

Zorg bij continentiestoornissen

| Indicator | Norm | Bron |
|--|---|-----------|
| Schriftelijke regeling t.a.v. signalering incontinentie en onvrijwillig urineverlies | De basis voor de zorg- en dienstverlening aan de cliënt is de uitwerking van een zorgplan. De organisatie dient een multidisciplinair zorgplansysteem te kennen. Een zorgplan omvat tenminste: <ul style="list-style-type: none"> - een brede cliëntgeoriënteerde hulpvraag analyse - een probleemstelling uitgaande van de vraagstelling van de individuele cliënt - het behandel-, verzorg- en verblijfsdoel - helder omschreven doelstellingen van de zorg en behandeling - welke discipline hierbij op welke wijze worden betrokken - de wijze waarop en de frequentie waarmee men de doelstellingen evalueert en de zorg en behandeling eventueel bijstelt - de wijze waarop de cliënt direct wordt betrokken bij het opstellen van het individuele zorgplan, waarbij in principe geen zorg of dienstverlening wordt geboden zonder toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger - de verantwoordelijkheidstoedeling - de afspraken die worden gemaakt. | MIK-V 7-1 |

| | | |
|--|--|------------|
| | De organisatie dient te hebben voorzien in een systematiek voor het ontwikkelen onderhouden, distribueren en toepassen van vaktechnische protocollen. Deze protocollen betreffen zowel de verzorging en behandeling als faciliterende activiteiten. In de protocollen worden professionele standaarden van het handelen neergelegd voor de betreffende activiteiten. | MIK-V 8-1 |
| Schriftelijk regeling t.a.v. diagnosticeren van incontinentie | MIK- V 8-1 De organisatie dient te hebben voorzien in een systematiek voor het ontwikkelen onderhouden, distribueren en toepassen van vaktechnische protocollen. Deze protocollen betreffen zowel de verzorging en behandeling als faciliterende activiteiten. In de protocollen worden professionele standaarden van het handelen neergelegd voor de betreffende activiteiten | MIK-V 8-1 |
| Schriftelijk regeling t.a.v. medische behandeling incontinentie | MIK- V 8-1 De organisatie dient te hebben voorzien in een systematiek voor het ontwikkelen onderhouden, distribueren en toepassen van vaktechnische protocollen. Deze protocollen betreffen zowel de verzorging en behandeling als faciliterende activiteiten. In de protocollen worden professionele standaarden van het handelen neergelegd voor de betreffende activiteiten | MIK-V 8-1 |
| Schriftelijk regeling t.a.v. verpleegkundige behandeling/ benadering incontinentie | De organisatie dient te hebben voorzien in een systematiek voor het ontwikkelen onderhouden, distribueren en toepassen van vaktechnische protocollen. Deze protocollen betreffen zowel de verzorging en behandeling als faciliterende activiteiten. In de protocollen worden professionele standaarden van het handelen neergelegd voor de betreffende activiteiten | MIK-V 8-1 |
| Deskundigheid bevordering t.b.v. verpleging/ verzorging m.b.t. incontinentiezorg | Op basis van enerzijds de gewenste kwaliteit en kwantiteit en anderzijds de aanwezige kwaliteit en kwantiteit van medewerkers stelt de organisatie een (meerjaren)opleidingsplan vast. In dit plan wordt tenminste aandacht besteedt aan (meerdere items waar onder) het op peil houden van de vakkennis en vakdeskundigheid van de medewerkers, bijvoorbeeld door deelname aan intercollegiale toetsing, bij- en nascholing, die door de beroepsgroepen georganiseerd worden. | MIK-V 11-3 |

BIJLAGE 3 Toelichting scorekwalificaties**Algemene toelichting:**

| | |
|--------------|--|
| Afwezig | Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd. |
| Aanwezig | Norm aantoonbaar aanwezig, maar niet consequent nageleefd; schriftelijke procedures zijn niet algemeen bekend. |
| Operationeel | Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd; schriftelijke procedures zijn algemeen bekend. |
| Geborgd | Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en schriftelijke procedures zijn algemeen bekend. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling. |

Toelichting per getoetste norm:**Kwaliteitsbeleid, gericht op de zorginhoud**

| Indicator | Afwezig | Aanwezig | Operationeel | Gewaarborgd |
|--|---|---|--|---|
| Kwaliteitsbeleid, gericht op de zorginhoud | De instelling heeft geen kwaliteitsbeleid m.b.t. zorginhoud vastgelegd. | De instelling heeft een kwaliteitsbeleid, m.b.t. de zorginhoud. | Medewerkers zijn op de hoogte van het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid. | Het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |
| Deskundigheid medewerkers | De instelling heeft geen deskundigheid bevorderingsbeleid. | De instelling heeft een deskundigheids bevorderingsbeleid. | Medewerkers kennen de mogelijkheden voor deskundigheid bevordering. | Het deskundigheid bevorderingsbeleid wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |

Mondzorg

| Indicator | Afwezig | Aanwezig | operationeel | Gewaarborgd |
|---|---|--|---|--|
| Regeling mondzorg | Er is geen schriftelijke regeling waarin is vastgelegd volgens welke eisen de mondzorg moet plaatsvinden. | Er is een schriftelijke regeling waarin is vastgelegd volgens welke eisen de mondzorg moet plaatsvinden. | De vastgestelde procedure wordt nageleefd. | De vastgestelde procedure wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |
| Regeling opnemen mondzorg in zorgplan | Er is geen beschreven werkwijze methodisch handelen / zorgplannen waarin het onderwerp mondzorg is opgenomen. | Er is een beschreven werkwijze methodisch handelen / zorgplannen waarin het onderwerp mondzorg is opgenomen. | De beschreven regeling/werkwijze is bekend bij de medewerkers. Deze medewerkers werken volgens de regeling. | De vastgelegde regeling wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld. |
| Regeling bij- en nascholing t.a.v. mondzorg | Er is geen regeling scholing en deskundigheid waarin het onderwerp mondzorg is opgenomen. | Er is een regeling bij- en nascholing waarin het onderwerp mondzorg is opgenomen. | Relevante medewerkers zijn op de hoogte van de bij- en nascholing-mogelijkheden. Deze medewerkers volgen | De regeling bij- en nascholing waarin het mondzorg is opgenomen wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld. |

| | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|---|
| | | | bijscholingen t.a.v. mondzorg. | |
| Regeling samenwerking tandarts | Er is geen regeling waarbij de samenwerking met een tandarts t.b.v. mond- en tandzorg aan cliënten is vastgelegd. | Er is een regeling waarbij de samenwerking met een tandarts t.b.v. mond- en tandzorg aan cliënten is vastgelegd. | De regeling is bekend bij relevante medewerkers. Deze medewerkers werken volgens de regeling. | De regeling samenwerking tandarts wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |
| Regeling spoedbehandeling | Er is geen schriftelijke regeling waarin spoedbehandeling van mond- en tandzorgproblemen wordt geregeld. | Er is een schriftelijke regeling waarin spoedbehandeling van mond- en tandzorgproblemen wordt geregeld. | De regeling is bekend bij relevante medewerkers. Deze medewerkers handelen conform de regeling. | De regeling spoedbehandeling wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |

| Indicator | Voldoet | Voldoet niet |
|-----------------------------|--|---------------------------|
| Globale toets behandelkamer | De behandelkamer voldoet wanneer alle acht vragen met ja beantwoord zijn. De behandelkamer voldoet wanneer een vraag met nee wordt beantwoord, maar de ondervraagde tandarts een adequaat alternatief aan de inspecteur kan voorleggen. <ul style="list-style-type: none"> - Behandelkamer aanwezig - Toegankelijkheid rolstoelgebruikers - Scheiding behandel- administratief en schoonmaakgedeelte - Tandartsoperatielamp aanwezig - Tandartsbehandelstoel aanwezig - Rontgenapparaat aanwezig - Mogelijkheid tot handenwaas in de ruimte aanwezig - Instrumentarium aanwezig | In alle andere situaties. |

Zorg bij continentiestoornissen

| Indicator | afwezig | aanwezig | Operationeel | Geborgd |
|--|--|--|---|---|
| Schriftelijke regeling t.a.v. signalering incontinentie en onvrijwillig urineverlies | Er is geen schriftelijke regeling t.a.v. signalering en onvrijwillig urineverlies. | Er is een schriftelijke regeling t.a.v. signalering incontinentie en onvrijwillig urineverlies. | Relevante medewerkers kennen de regeling en handelen conform. | De regeling wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |
| Schriftelijk regeling t.a.v. diagnosticeren van incontinentie (bij VPH andere verwachtingen dan bij VZH, i.v.m. acties HA) | Er is geen schriftelijke regeling t.a.v. diagnosticeren van incontinentie. | Er is een schriftelijke regeling waarin vastligt welke verantwoordelijkheid en bij welke functionaris(sen) liggen m.b.t. het diagnosticeren incontinentie. | Relevante medewerkers zijn op de hoogte van de regeling en handelen conform. | De regeling wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |
| Schriftelijk regeling t.a.v. medische behandeling incontinentie | Er is geen schriftelijke regeling t.a.v. medische behandeling incontinentie. | Er is een schriftelijke regeling t.a.v. medische behandeling incontinentie. De regeling is gebaseerd op professionele standaarden. | Verpleeghuisartsen en andere relevante medewerkers zijn op de hoogte van de regeling en handelen conform. | De regeling wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |
| Schriftelijk regeling t.a.v. verpleegkundige behandeling/benadering incontinentie | Er is geen schriftelijke regeling t.a.v. verpleegkundige behandeling/benadering | Er is een schriftelijke regeling t.a.v. verpleegkundige behandeling/benadering | Relevante medewerkers zijn op de hoogte van de regeling en handelen conform. | De regeling wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |

| Indicator | afwezig | aanwezig | Operationeel | Geborgd |
|---|---|---|--|---|
| | incontinentie. | incontinentie. Vast moet liggen welke functionaris welke verantwoordelijkheid en heeft t.a.v. de verpleegkundige behandeling/ benadering. | | |
| Deskundigheidsbevordering t.b.v. verpleging/verzorging m.b.t. incontinentiezorg | Er is geen schriftelijke regeling t.b.v. deskundigheidsbevordering voor verpleging/verzorging m.b.t. incontinentie. | Er is een schriftelijke regeling t.b.v. deskundigheidsbevordering voor verpleging/verzorging m.b.t. incontinentie. | Relevante medewerkers volgen conform de regeling, de na- en bij- scholingen en deskundigheidsbevordering m.b.t. incontinentie. | De regeling wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. |