

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



**Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek op
27 april 2005 aan Huize Valckenbosch te Zeist**

Amsterdam, mei 2005

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Resultaten inspectiebezoek.....	4
2.1	Inleiding.....	4
2.2	Registraties.....	4
2.3	Clïëntgerichtheid.....	5
2.4	Cyclisch volgen van de zorgvraag	6
2.5	Deskundigheid.....	6
2.6	Organisatieomstandigheden.....	7
2.7	Rondgang	8
3	Beschouwing	9
3.1	Inleiding.....	9
3.2	Van 'operationeel' naar 'borging'	9
4	Te nemen maatregelen	10
4.1	Opstellen plan van aanpak.....	10

Bijlagen:

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

1 Inleiding

In het kader van de tweede fase van gelaagd en gefaseerd toezicht heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 27 april 2005 een bezoek gebracht aan Huize Valckenbosch te Zeist. Doel van dit bezoek was een oordeel te geven over de aanwezigheid van een aantal essentiële kwaliteitseisen in Huize Valckenbosch en hierover te rapporteren.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie gebruikgemaakt van het Instrument 'Inspectiebezoek tweede fase gelaagd en gefaseerd toezicht 2004/2005'. 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:

- *Kwaliteitswet zorginstellingen;*
- *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;*
- *Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst.*

De volgende veldnormen zijn gebruikt:

- *HKZ/verzorgingshuizen;*
- *MIK-V;*
- *Modelzorgplan Verpleeghuiszorg;*
- *Modelovereenkomst Verpleeghuis – Cliënt;*
- *LOC Kwaliteitskaart;*
- *CBO richtlijn decubitus;*
- *Nota Verantwoorde zorg en professionele verantwoordelijkheid (Arcares, 2004)*

De criteria, de herkomst van de criteria en de algemene toelichting op de scores kunt u vinden in bijlagen 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 Huize Valckenbosch op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg? (hoofdstuk 2);
- Wat wil de inspectie, alle scores overziende, Huize Valckenbosch verder meegeven? (hoofdstuk 3);
- Welke acties moet Huize Valckenbosch binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

2 Resultaten inspectiebezoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe Huize Valckenbosch scoort op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg, zoals vastgelegd in het inspectie-instrument 'Inspectiebezoek tweede fase 2004/2005'. Er zijn vijf aandachtsgebieden. Per aandachtsgebied vindt u een tabel met scores. Deze scores zijn weergegeven op een vierpuntsschaal: *afwezig*, *aanwezig*, *operationeel* en *geborgd*. Zie bijlage 3 voor een toelichting op deze vier kwalificaties.

De scores zijn gebaseerd op gesprekken met vertegenwoordigers van het locatiemanagement, de cliëntenraad, de uitvoerende teams. Als aanvulling hierop heeft de inspecteur zorgplannen ingezien en een relevante rondleiding gehad. Verder is kennis genomen van schriftelijke stukken, zoals aangegeven in bijlage 1.

2.2 Registraties

Indicator	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Zorgzwaartemeting	✓			
Decubitus			✓	
MIC		✓		
Veiligheid materiaal			✓	
Tevredenheid cliënten			✓	

Toelichting:

Huize Valckenbosch hanteerde de afgelopen periode het SBSS zorgzwaarte meetsysteem. Dit systeem was ontwikkeld voor de verzorgingshuizen met een eigen identiteit. Men is hiermee recentelijk gestopt omdat geen gebruik meer kon worden gemaakt van de uitkomsten. Er is een nieuw systeem (ZOZ en/of IZA) in voorbereiding. Zodra dat mogelijk is zal Huize Valckenbosch dat nieuwe systeem invoeren. Door omstandigheden van buiten vindt er op dit moment derhalve geen zorgzwaartemeting plaats.

De individuele zorgzwaarte wordt door de teamleiding nauwlettend in het oog gehouden. Als die aanzienlijk stijgt volgt er overleg. Huize Valckenbosch beschikt over een aanzienlijk personeelsbestand, zowel kwalitatief als kwantitatief.

Decubitus komt in de praktijk van Huize Valckenbosch heel weinig voor. Er is de nodige aandacht voor preventie (inwrijven, matrassen, wisselgigging, hiel omhoog). Er wordt gewerkt aan de hand van een uitvoeringsprotocol voor de preventie en behandeling van decubitus. Protocollen worden periodiek geëvalueerd door de kwaliteitscommissie. Evaluatiedata (wanneer moet een protocol opnieuw worden geëvalueerd) op de protocollen ontbreken echter.

In geval van decubitus vindt er over te nemen maatregelen c.q. de behandeling zorgvuldig overleg plaats met de arts. Decubitus wordt tot op heden handmatig geregistreerd (niet geheel conform de CBO richtlijn).

Incidenten worden gemeld en (handmatig) geregistreerd en besproken in de MIC commissie (maandelijks). Ad hoc worden er verbeteringen doorgevoerd, maar van een gedegen incidentenanalyse en aan de hand daarvan doorvoeren van structurele verbeteringen in de organisatie is (nog) geen sprake. Men hoopt hier, in het kader van het a.s. automatiseringstraject, verbetering in te kunnen aanbrengen.

De terugkoppeling van adviezen van de commissie naar de melder is voor verbetering vatbaar. Het MIC systeem wordt (nog) niet systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

De technische dienst controleert met enige regelmaat bedden, bedekken, etc. Daarover zijn afspraken gemaakt. Er wordt echter niet gewerkt aan de hand van een (preventief) controlesysteem materiaal op schrift. Een regelmatige evaluatie van het controlesysteem vindt niet plaats.

Met leveranciers zijn contracten gesloten betreffende controle en onderhoud van tilapparatuur.

Bewoners van Huize Valckenbosch beschikken over hun eigen bed. Bij toename van de zorgbehoefte wordt een hoog laag bed geadviseerd. Huize Valckenbosch heeft een aantal hoog laag bedden voor meerzorgbewoners in eigendom en er worden in voorkomende gevallen bedden geleend. De tilliften worden periodiek gecontroleerd door de leverancier. De technische dienst van het huis werkt, volgens betrokkenen, snel en adequaat.

In Huize Valckenbosch is de nodige aandacht voor de tevredenheid van de cliënten. In oktober 2004 is een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd door de Stichting Cliënt en Kwaliteit. Men is voornemens om een dergelijk onderzoek tweejaarlijks te herhalen.

2.3 Cliëntgerichtheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Cliëntenraad			✓	
Algemene informatievoorziening cliënten			✓	
Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken			✓	
Permanent toezicht huiskamers			✓	
Privacy			✓	
Klachtenregeling			✓	

Toelichting:

Er is een cliëntenraad conform de wet. Deze is aangesloten bij de LOC. De raad krijgt de nodige logistieke ondersteuning vanuit het verzorgingshuis en wordt consequent geraadpleegd bij beleidsvraagstukken en veranderingen. De werkwijze met betrekking tot de raad wordt niet systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Er zijn schriftelijke afspraken over de onderwerpen waarover en de wijze waarop cliënten/familie/relaties informatie ontvangen. Zoals de producten en diensten, algemene feiten over de zorg- en dienstverlening, toepassing huisregels, de opname procedure, de klachtenregeling, bezoekfaciliteiten, etc. Deze afspraken worden nagekomen.

Hoewel er is geen richtlijn/procedure vocht- en voedselvoorziening op schrift is vastgelegd, wordt de inname van voldoende eten en drinken van bewoners in Huize Valckenbosch nauwlettend in het oog gehouden. Zo is er een instructie dat de keuken signaleert wanneer eten en drinken van een bewoner onvoldoende wordt genuttigd. In de huiskamers van de meerzorg zijn gastvrouwen geïnstrueerd op de assistentie ten aanzien van eten en drinken, omgang met demente ouderen, etc.

In de praktijk is het personeel alert op eten en drinken. Men heeft zicht op bewoners die slecht eten en drinken. Indien nodig wordt een vochtlijst bijgehouden in het dossier van de betreffende bewoner.

Er is sprake van voldoende formatie van activiteitenbegeleiding en personeel in de 2 huiskamers ten behoeve van de 30 meerzorgbewoners. Bovendien is in de huiskamers de inzet van gastvrouwen (betaalde krachten) die (met een onderbreking tussen de middag als de bewoners rusten) van 8.30 – 21.00 uur in de huiskamers aanwezig zijn. Aldus is er sprake van permanent toezicht op de bewoners in de huiskamers.

Hoewel er geen richtlijnen op papier staan is er in Huize Valckenbosch voldoende aandacht voor het aspect privacy. In het inwerkprogramma van nieuw personeel wordt aandacht besteed aan privacy en bejegening. Ondanks het feit, dat de sociale controle tussen personeel onderling op dit punt aanzienlijk

is, komt het toch nog wel eens voor dat personeel al pratende bij een bewoner binnenkomt of zich via de intercom meldt zonder de eigen naam te noemen. Dit wordt door bewoners als hinderlijk ervaren.

De organisatie beschikt over een klachtenregeling, conform de Wet Klachtrecht.

De klachtenregeling voorziet in een laagdrempelige klachtenopvang. Valckenbosch heeft een klachtvriendelijk klimaat en de bewoners kunnen als 'mondig' worden getypeerd. Klachten worden op de werkvloer opgelost. Er is tevens een vertrouwenspersoon voor bewoners. Deze woont regelmatig de vergaderingen van de cliëntenraad bij. Het is in de afgelopen jaren nog niet voorgekomen dat bij de klachtencommissie een klacht is ingediend.

2.4 Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Systematisch werken met zorgplannen			✓	
Regeling verantwoordelijkheid m.b.t. inhoud en coördinatie van de uitvoering zorgplan			✓	
Individueel zorgplan			✓	
Multidisciplinaire cliëntbespreking			✓	
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan		✓		

Toelichting:

Huize Valckenbosch beschikt over een document waarin het systematisch werken met zorgplannen wordt uiteengezet.

Elke cliënt heeft een individueel zorgplan. Daarin zijn de afspraken, die met de cliënt zijn gemaakt over de te verlenen zorg, vastgelegd.

Huize Valckenbosch hanteert één model zorgplan, voor zowel de bewoners met meerzorg, alsook voor de bewoners basiszorg. Bewoners met meerzorg worden eenmaal per 2 maanden in het MDO besproken. In het MDO (bestaande uit de verpleeghuisarts van het Leendert Meeshuis, het hoofd zorg, de EVVer van de bewoner, de ouderenbegeleider, de muziektherapeute, de kunstzinnig therapeute en de heileuritmiste) wordt het zorgplan vastgesteld en periodiek geëvalueerd.

Het zorgplan van bewoners met basiszorg wordt vastgesteld door de eerstverantwoordelijke verzorgende (EVVer). Deze zorgplannen komen tijdens de tweemaandelijks bewonersbespreking aan bod.

In Valckenbosch wordt gewerkt met EVV-ers die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie en uitvoering van het zorgdossier van 7 à 8 bewoners. Zij worden daarbij, waar nodig, geassisteerd door verpleeghulp.

Bij het doornemen van de zorgdossiers stuitte de inspectie op nog enkele onvolkomenheden c.q. hiaten in de uitvoering, zoals: het ontbreken van de indicatie door het RIO (deze worden centraal bewaard uit oogpunt van privacy van de bewoner), het ontbreken van schriftelijk uitvoeringsverzoeken van de arts, in de onderzochte zorgplannen is niet terug te vinden dat de bewoner dan wel diens vertegenwoordiger instemt met de uitvoering, etc.

2.5 Deskundigheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners			✓	
Scholingsplan				✓
Bekwaamheden BIG				✓
Professioneel handelen			✓	
Bejegening			✓	

Toelichting:

De organisatie heeft voldoende beroepsgroepen en disciplines beschikbaar voor de zorg en dienstverlening aan al de doelgroepen waarop men zich richt. De (noodzakelijke) personeelsformatie ligt schriftelijk vast (FTE verdeling direct zorggebonden personeel).

De (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines en de realisatie in de praktijk kunnen echter niet systematisch worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld, omdat er op dit moment in Valckenbosch noodgedwongen geen zorgzwaartemeting plaatsvindt.

De organisatie heeft (gebaseerd op een inventarisatie van opleidings- en scholingsnoodzaak) een bij- en nascholingsbeleid. Opleiding en training on the job wordt gestimuleerd door de leiding van Huize Valckenbosch.

Er worden jaarlijks functioneringsgesprekken gehouden. Bij die gelegenheid komt ook de wens(elijkheid) met betrekking tot opleiding en bijscholing aan de orde.

De organisatie zorgt ervoor dat medewerkers die voorbehouden- en risicovolle handelingen uitvoeren (BIG wet) bekwaam zijn en blijven. Hiertoe heeft de organisatie een procedure op schrift en een registratiesysteem en bekwaamheidscriteria ontwikkeld.

De verantwoordelijkheid en het toezicht van de huisarts is schriftelijk geregeld middels de afgesloten raamovereenkomst. Normaliter is in dat kader ook de afspraak vastgelegd dat de arts schriftelijke uitvoeringsverzoeken doet. Dit laatste gebeurt in de praktijk niet altijd correct en wordt ook niet altijd goed vastgelegd in het zorgdossier. Dit is een aandachtspunt (zie ook hiervoor onder paragraaf 2.4). Van iedere medewerker is vastgelegd wat zijn of haar deskundigheden en vaardigheden in relatie tot voorbehouden en risicovolle handelingen zijn.

De organisatie beschikt over protocollen en richtlijnen op kritische punten van het primaire proces en de medewerkers kennen de inhoud daarvan en handelen ernaar.

De bejegening van cliënten is over het algemeen correct en respectvol en vindt plaats conform de zorgvisie van de organisatie.

2.6 Organisatieomstandigheden

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Meerjarenbeleidsplan	✓			
Jaarwerkplan				✓
Management informatiesysteem				✓
Organisatiestructuur				✓
Systeem bewaking ondergrenzen zorg		✓		

Toelichting:

Huize Valckenbosch beschikt niet over een meerjarenbeleidsplan, waarin aandacht wordt besteed aan de visie op de toekomst, de visie op toekomstige doelgroepen, de (toekomstige)samenwerking met derden, de verkenning van de omgeving(markt), etc. Uit de schematische overzichten met jaarlijkse activiteiten 2004 en 2005 blijkt dat er wel sprake is van enige strategische planning/strategisch besef in de instelling, maar een samenhangend beleid voor de komende jaren, waarbinnen de activiteiten uit voornoemde schema's in hun onderling verband kunnen worden ingepast, ontbreekt tot op heden.

Het jaarwerkplan 2005 is derhalve geen praktische uitwerking per jaar van het meerjarenbeleidsplan. Dat zou het wel moeten zijn. Het jaarwerkplan is een opsomming van een groot aantal concrete actiepunten met streefdata en voor de uitvoering verantwoordelijke personen of groepen binnen de organisatie.

De inspectie heeft begrepen dat de leiding voornemens is om op korte termijn een dergelijk beleid te ontwikkelen.

Het managementinformatiesysteem (MIS) geeft een actueel inzicht in personeelsbestand, MIC, ziekteverzuim (is laag), financiën en tevredenheid van de cliënt. Arbeidstevredenheid van het personeel is drie jaar geleden voor het laatst uitgevoerd in het kader van een landelijk onderzoek. Dit is een belangrijke graadmeter voor wat betreft arbeidssatisfactie.

Het opstellen en de werking van het MIS wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

De organisatiestructuur ligt op schrift vast en wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Er is een beschreven systeem voor de bewaking van de ondergrenzen van de zorg gedateerd februari 2004 getiteld: 'Ondergrens van de zorg'. Het bestaat uit de bekende 10 aandachtspunten in de zorg waaraan niet mag worden getornd en een noodplan om de minimale zorg te kunnen blijven leveren. De 10 punten zijn echter niet bekend bij de medewerkers op de afdeling.

2.7 Rondgang

Tijdens de rondgang door het huis constateerde de inspectie het volgende:

Het ontbreken van een bedpanspoeler. De aanschaf daarvan zou uit oogpunt van hygiëne moeten worden overwogen

Medicijnen op naam van de bewoner in afgesloten kast/ruimte

Overtollige medicijnen gaan per dag retour apotheek.

Brandveiligheid was in orde

Medicijnkarren goed afgesloten

Zorgdossiers goed achter slot en grendel op de zusterpost

Bedden en beddekken en antidecubitusmateriaal in orde

3 Beschouwing

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe Huize Valckenbosch 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. Ook wordt dit hoofdstuk gebruikt om scores uit hoofdstuk 2 zo nodig toe te lichten.

Dit leidt tot aanvullende oordelen die – net als de oordelen uit hoofdstuk 2 - van belang zijn voor de Valckenbosch bij het (verder) verbeteren van de zorg.

3.2 Van 'operationeel' naar 'borging'

In Huize Valckenbosch moeten enkele onderdelen – zoals de registratie van decubitus (conform de CBO richtlijn), schriftelijke richtlijn vocht en voeding, correcte naleving van gemaakte afspraken in het kader van het zorgplan/dossier (inclusief naleving van de afspraken met de huisartsen, zie hiervoor paragraaf 2.4), ontwikkelen van een meerjarenbeleid en bekendheid geven bij medewerkers aan de ondergrenzen van de zorg – op korte termijn worden verbeterd.

Voor het overige is de kwaliteit van de zorg in Valckenbosch op een zeer aanvaardbaar niveau.

Huize Valckenbosch heeft sinds het laatst ingevulde inspectieformulier 2003 op enkele essentiële punten (zoals bijvoorbeeld de cliëntenraadpleging) een positieve ontwikkeling doorgemaakt.

Heel belangrijk is dat uit de gesprekken met personeel en bewoners van Valckenbosch blijkt, dat men grote waardering heeft voor het arbeids- en leefklimaat in huis.

Voor Huize Valckenbosch is het nu zaak om deze lijn verder door te trekken in de richting van de totstandkoming van een kwaliteitssysteem, waarbij onder meer op alle onderdelen uit dit inspectierapport kan worden gescoord onder de noemer 'borging'. In dat geval zijn op de betreffende onderdelen afspraken gemaakt, op schrift vastgelegd, in de praktijk goed uitgevoerd en regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

In die zin zijn de uitkomsten van het inspectiebezoek ook bruikbaar in het traject zoals Huize Valckenbosch dat, in overleg met het zorgkantoor, voor de komende tijd heeft uitgezet en dat in 2006 moet leiden naar certificering.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Opstellen plan van aanpak

Gaarne ontvangt de Inspectie uiterlijk 15 juni 2005 schriftelijk een plan van aanpak, waarin u aangeeft op welke wijze u verbetering gaat aanbrengen op de onderdelen die 'afwezig' dan wel 'aanwezig' scoorden alsmede de punten die de inspectie tijdens de rondgang heeft geconstateerd.

In dit plan van aanpak staat in elk geval per item, helder omschreven:

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

Nadat de inspectie het plan van aanpak heeft ontvangen, ontvangt u binnen 14 dagen weken een reactie.

BIJLAGE 1 Overzicht gebruikte documenten

- Doelgroepen, producten en diensten Huize valckenbosch
- Ondergrens van de zorg, februari 2004
- Organogram Huize Valckenbosch
- Jaaractiviteitenplan Huize Valckenbosch 2004 en 2005
- Kwaliteitssysteem en het traject tot certificering Huize Valckenbosch en Leendert Meeshuis
- Lijst van voorbehouden handelingen
- Lijst bevoegdheden
- Lijst bekwaamheden
- FTE verdeling deskundigheidsniveau Huize Valckenbosch
- Handboek Stappenplan Medimpex zorgplansysteem t.b.v. verzorgingshuizen, 1998
- Beschrijving zorgzwaarteesysteem Huize valckenbosch, maart 2005
- Onderzoek tevredenheid cliënten door de Stichting Cliënt en Kwaliteit, oktober 2004
- Decubitus inventarisatie (formulier)
- Valckenvlucht, pasen 2005 (huisorgaan Valckenbosch)
- Overzicht incidenten MIP november 2004 – maart 2005 (handgeschreven)
- Meldingen ongevallen en incidenten (formulier)
- Klachtenreglement/klachtenopvang/klachtenregistratie (model IVVU) + informatieboekje

BIJLAGE 2 Overzicht criteria en normen

Een zeer beperkt aantal indicator kent een eigen norm voor verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg. Als dit het geval is, wordt dit bij de indicator vermeld.

Registraties		
Indicator	Norm m.b.t. titel onderwerp	Bron van norm
Zorgzwaartemeting	De organisatie hanteert een registratiesysteem voor de zorgzwaarte ¹ .	HKZ 4.8
Decubitus	De instelling heeft een protocol voor de preventie en behandeling van decubitus. Het protocol voldoet aan de CBO richtlijn. Het protocol wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld.	CBO- richtlijn
MIC	De organisatie hanteert procedures voor het registreren en evalueren van incidenten en ongevallen Op basis van deze registratie worden zonedig corrigerende en preventieve maatregelen genomen Er is een systeem aanwezig binnen de organisatie voor het registreren en behandelen van meldingen van incidenten in de zorg- en dienstverlening	HKZ 4.16.1 en 4.16.2 MIK-V 2.10
Veiligheid materiaal	De organisatie beschikt over een onderhoudsplan voor de inventaris van gebouwen en appartementen inclusief de aanwezige gebruiksvoorwerpen en materialen en test- en beproevingsapparatuur ²³ .	HKZ 7.2.1. MIK-V 8-9
Tevredenheid cliënten	De cliënten worden periodiek gevraagd hoe hij/zij de zorg- en dienstverlening en het wonen en het leefklimaat in het verzorgingshuis waardeert. Op basis daarvan vinden in overleg met de cliëntenraad beleidsveranderingen plaats	HKZ 3.1
Cliëntgerichtheid		
Indicator	Norm m.b.t. titel onderwerp	Bron van norm
Cliëntenraad	Cliënten hebben inspraakmogelijkheden bij het opstellen en bijstellen van het beleid. Bij de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid zijn cliënten betrokken De uitkomsten van bedoelde meningspeilingen leiden voor de organisatie in samenspraak met de cliëntenraad zonedig tot verbeterpunten.	HKZ 4.2.1/4.12.4
Algemene informatie voorziening naar cliënten	De organisatie dient PR activiteiten te realiseren gericht op cliënten/familie/relaties. Deze PR activiteiten betreffen in ieder geval het verstrekken van informatie over: - De producten en diensten die de organisatie biedt; - Algemene feiten over de zorg- en dienstverlening;	MIK-V 4-2

¹Toelichting De zorgzwaarte kan op verschillende wijzen geregistreerd of gemeten worden. Ook door formuleringen van de doelgroepen waar een organisatie zich op richt, waarbij de boven- en ondergrens van de zorg gedefinieerd is. Het is van belang dat de organisatie gekozen heeft voor een zorgzwaarte, waar alle mensen en middelen op afgestemd zijn en in evenwicht kunnen blijven.

³ Hieronder vallen medische hulpmiddelen, bedrekken, katheters, fixatiemiddelen, infuuspompen enz.

	<ul style="list-style-type: none"> - Algemene waarden en normen die de organisatie hanteert zoals die ook zijn verwoord in de mens- en zorgvisie; - Algemene feiten over het woon- leef- en zorgklimaat dat wordt geboden binnen de organisatie en de van toepassing zijnde huisregels; - De opname procedure; - De financiële gevolgen van de zorg- en dienstverlening; - De regeling voor het beheer van de cliëntengelden; - De klachtenregeling; - De inspraakmogelijkheden die worden geboden; - De bezoekfaciliteiten; - Relingen betreffen belangenbehartiging voor wilsonbekwame cliënten; - De besluitvormingsprocedures inzake ethische aangelegenheden, in ieder geval met betrekking tot vragen rond levensbeëindiging. 	
Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken	Er zijn voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieden/vrijwilligers aanwezig voor de hulp bij eten en drinken van cliënten.	Ondergrens zorg, Arcares, 2001
Permanent toezicht huiskamers	Er is permanente aanwezigheid van een geïnstrueerd persoon voor toezicht t.b.v. psychogeriatrisch geïndiceerde cliënten in huiskamers.	Ondergrens zorg, Arcares, 2001
Privacy	De privacy van de cliënt wordt gerespecteerd conform de zorgvisie en volgens de regels die daarover in de huisregels zijn opgenomen.	HKZ 2.4
Klachtenregeling	De organisatie beschikt over een klachtenregeling, conform de Wet Klachtrecht. De klachtenregeling voorziet ook in een laagdrempelige klachtenopvang. De organisatie houdt een registratie bij van de klachten en de afhandeling daarvan (de registratie voldoet aan de wettelijke normen). Naar aanleiding van de klachten worden zonodig structurele verbeteringen aangebracht en worden corrigerende en preventieve maatregelen genomen.	HKZ 4.13

Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Norm	Bron van norm
Systematisch werken met zorgplannen⁴ (verpleeghuiszorg)	De instelling brengt d.m.v. het systematisch werken met zorgplannen alle zorgverleningsactiviteiten rond een cliënt en hun onderlinge samenhang in beeld. Dit in overeenstemming met de methodische stappen van de zorgcyclus.	modelzorgplan Verpleeghuis zorg NVVz, 1993
Systematisch werken met zorgplannen (verzorgingshuiszorg)	Elke geïndiceerde cliënt heeft een zorgplan. Een zorgplan bevat de afspraken die met de cliënt zijn gemaakt over de te verlenen zorg.	HKZ vzh 2.2
Regeling m.b.t.	De organisatie waarborgt de kwaliteit van het aanbod van	MIK-V 7-2

⁴ In het zorgplan zijn alle activiteiten opgenomen die gericht zijn op het welzijn en de zorgverlening aan die individuele cliënt. Dus ook welzijnsactiviteiten horen opgenomen te zijn in het systeem zorgplan.

verantwoorde- Lijkheid en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan. (verpleeghuiszorg)	<p>geïntegreerde zorgverlening tenminste door een goede regeling van de inhoudelijke regie enerzijds en praktische coördinatie anderzijds, van ieder individueel zorg- en dienstverleningsproces.</p> <p>(Bij samenwerking tussen beroepsbeoefenaren is van belang dat duidelijk is geregeld wie waarvoor verantwoordelijk is en dat de verantwoordelijkheidsverdeling ook voor de cliënt duidelijk is.)</p>	<p>Verantwoorde zorg en professionele verantwoordelijkheid (Arcares, jan. 2004)</p>
Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan (verzorgingshuiszorg)	<p>Het systeem ten aanzien van zorgplannen bevat richtlijnen ten aanzien van verantwoordelijkheden en coördinatie ten aanzien van het opstellen, het gebruiken en het wijzigen van een zorgplan.</p>	<p>HKZ vzh 4.11.1</p>
Regeling multidisciplinaire cliëntbespreking	<p>Het laten plaatsvinden van geplande multidisciplinaire cliëntbesprekingen. (minimaal 2 maal per jaar.)</p>	<p>Indicator 3 van "ondergrens van de zorg"</p>
Individueel zorgplan	<p>De organisatie heeft een multidisciplinair zorgplansysteem, dit omvat tenminste:</p> <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 de behandeling; - De wijze waarop men de doelstellingen wil bereiken; - De wijze waarop en de frequentie waarmee men de doelstellingen evalueert en de zorg en behandeling eventueel bijstelt; - De wijze waarop de cliënt betrokken wordt 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. 	<p>MIK V 7-1</p>
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan (verpleeghuiszorg)	<p>Het verpleeghuis informeert de cliënt over het doel van (de onderdelen van) het zorgplan, over gevolgen en risico's van voorgestelde behandeling en verzorging en over eventuele alternatieven. Desgevraagd stelt het verpleeghuis de informatie op schrift.</p> <p>De informatieverstrekking vindt tijdig en in begrijpelijke taal plaats.</p> <p>Zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 9 weken na opname van de cliënt in het verpleeghuis of op de dagbehandeling, wordt een individueel zorgplan opgesteld. De cliënt zal naar vermogen meewerken aan het onderzoek dat nodig is om een adequaat zorgplan te kunnen opstellen. Hij verstrekt de hiervoor benodigde</p>	<p>Modelzorg overeenkomst verpleeghuis - cliënt (NVVz, LOC, 1997)</p> <p>artikel 5: Informatie</p> <p>artikel 6: Zorgplan en toestemming</p> <p>artikel 19: Inzage</p>

	<p>informatie.</p> <p>Het zorgplan komt in overleg met en met instemming van de cliënt tot stand. Door met het zorgplan in te stemmen geeft de cliënt toestemming voor de uitvoering van de handelingen die deel uit maken van het zorgplan.</p> <p>De cliënt werkt naar vermogen mee aan de uitvoering van zijn zorgplan.</p> <p>Het zorgplan wordt geregeld geëvalueerd en in overleg met en met instemming van de cliënt zonodig bijgesteld. Het staat de cliënt vrij om over een behandelingsvoorstel een tweede mening te vragen van een andere hulpverlener. Het verpleeghuis zal hieraan medewerking verlenen. De cliënt is vrij om hiervoor een hulpverlener van zijn keuze te benaderen.</p>	
	<p>De cliënt heeft het recht op inzage in en op afschrift van zijn gegevens.</p> <p>Voor het geven van inzage in of het verstrekken van persoonsgegevens aan een ieder die niet rechtstreeks bij de zorgverlening is betrokken, het verpleeghuis de uitdrukkelijke en gerichte toestemming van de cliënt nodig.</p> <p>De cliënt heeft recht op vernietiging van zijn gegevens, behalve wanneer het bewaren van gegevens van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt.</p>	
<p>Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan (verzorgingshuiszorg)</p>	<p>Informatie</p> <p>De zorgaanbieder informeert de cliënt regelmatig over zowel de algemene gang van zaken m.b.t. de zorgverlening, als over specifieke zaken die in het zorgplan zijn vastgelegd. De informatieverstrekking vindt tijdig en in begrijpelijke taal plaats. De zorgaanbieder informeert de cliënt over het doel van (de onderdelen van) het zorgplan, over gevolgen en risico's van de voorgestelde behandeling en verzorging en over eventuele alternatieven.</p> <p>Zorgplan en toestemming</p> <p>Het zorgplan komt in overleg met en met instemming van de cliënt tot stand. Door instemming met het zorgplan geeft de cliënt toestemming voor uitvoering van de handelingen die deel uitmaken van het zorgplan.</p> <p>Inzage</p> <p>De cliënt heeft het recht op inzage in en op afschrift van zijn gegevens. Voor het geven van inzage in of het verstrekken van persoonsgegevens aan een ieder die niet rechtstreeks bij de zorgverlening is betrokken, heeft het verpleeghuis de uitdrukkelijke en gerichte toestemming van de cliënt nodig. De cliënt heeft recht op vernietiging van zijn gegevens, behalve wanneer het bewaren van gegevens van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt.</p>	<p>WGBO HKZ vzh 4.11.1</p>
Deskundigheid		
Indicator	Norm m.b.t. titel onderwerp	Bron van norm
Beschikbaarheid en	De organisatie heeft voldoende beroepsgroepen en	HKZ 5.1.1 HKZ 4.7.1

deskundigheid zorgverleners	disciplines beschikbaar voor de zorg en dienstverlening aan al de doelgroepen waarop men zich richt. De organisatie heeft deze (noodzakelijke) personeelsformatie per doelgroep vastgelegd.	
Scholingsplan⁵	De organisatie heeft (gebaseerd op een inventarisatie van opleidings- en scholingsnoodzaak) een bij- en nascholingsbeleid. Een goed personeelsbeleid houdt ook in dat er functioneringsgesprekken worden gevoerd.	MIK V 11-3 HKZ5.3 1 + 2
Bekwaamheden BIG	In het kader van de Wet BIG zorgt de organisatie ervoor dat medewerkers die voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren bekwaam zijn en blijven. Hiertoe heeft de organisatie een registratiesysteem en bekwaamheidscriteria ontwikkeld. (verantwoordelijkheid en toezicht van de arts moet schriftelijk geregeld zijn, evenals het uitvoeringsverzoek van de arts) Van iedere medewerker dient te worden vastgelegd wat zijn of haar deskundigheden en vaardigheden in relatie tot voorbehouden en risicovolle handelingen zijn.	Norm: LCVV/ Nu1.6; Wet BIG
Professioneel handelen⁶	De organisatie geeft richting aan het professioneel handelen door het toepassen van procedures, richtlijnen en protocollen op kritische punten in het primaire proces. In ieder geval alle in de organisatie voorkomende voorbehouden en risicovolle handelingen en decubitus.	Norm: NVVA (richtlijn decubitus); WIP-richtlijnen.
Bejegening cliënten	De organisatie heeft een beleid met betrekking tot professioneel handelen, in het bijzonder gericht op bejegening van cliënten en attitude van medewerkers; dit is bekend binnen de organisatie en is besproken met de cliëntenraad. De bejegening van cliënten is correct en respectvol en vindt plaats conform de zorgvisie van de organisatie.	Norm: LOC H1; LOC H2; LOC H3; LOC H4; HKZ/vz 2.5.1
Organisatieomstandigheden		
Indicator	Norm m.b.t. titel onderwerp	Bron van norm

⁵ Op basis van enerzijds de gewenste kwaliteit en kwantiteit en anderzijds de aanwezige kwaliteit en kwantiteit van medewerkers, stelt de zorgaanbieder een meerjaren opleidingsplan vast. In dit plan wordt tenminste aandacht besteed aan:

- Bewustmaking van de medewerkers met betrekking tot de kwaliteitsbeleving van de cliënten;
- Ontwikkeling van de gewenste attitude van medewerkers en vrijwilligers ten aanzien van in ieder geval de cliënten;
- Het op peil houden van de vakkennis en -deskundigheid van de medewerkers, bijvoorbeeld door deelname aan intercollegiale toetsing, bij- en nascholing, die door de beroepsgroepen georganiseerd worden;
- Kwaliteitsmanagement voor leidinggevenden en uitvoerenden;
- Het leren van samenwerken en van diverse communicatiemethoden;
- Het leren van omschrijven en analyseren van problemen;
- Het leren doorvoeren van verbeteringen;
- De opleidingsbehoefte bij vrijwilligers van de organisatie.

⁶ Protocollen op kritische punten in het primaire proces betreffen in ieder geval:

- Hygiëne;
- Voeding- en vochttoediening;
- Decubitus;
- Risicovolle en voorbehouden handelingen.

Er dient een systeem te zijn voor implementatie, evaluatie en bijstellen.

Meerjarenbeleidsplan	In het meerjarenbeleidsplan is opgenomen: de visie op de toekomst, de visie op toekomstige doelgroepen, de (toekomstige)samenwerking met derden, het LTHP (zie relatie met bestaan van meerbedskamers), de verkenning van de omgeving(markt). Dat wil zeggen is er enige strategische planning/strategisch besef in de instelling.	HKZ 4.1,4.5.1; MIK V 1.1 en 5.1,4/5/1.; 4.1
Jaarwerkplan	Het jaarwerkplan is de praktische uitwerking per jaar van het meerjarenbeleidsplan. In dit plan wordt het beleidsvoornemen geconcretiseerd in actiepunten met streefdata en voor de uitvoering verantwoordelijke personen of groepen binnen de organisatie. In het jaarwerkplan is o.a.opgenomen: de omschrijving van de huidige producten en diensten in relatie tot de gemeten zorgzwaarte en de benodigde personeelsinzet gebaseerd op de behoefte van de cliënt.	HKZ 5.1.4 5.1.1,4.6 3n 4.8) ; MIK V 5.1.4,4.8.1,4.7.1., 6.1,6.2,6.3
Managementinformatie systeem	Het managementinformatiesysteem geeft het management voldoende informatie om te sturen. Het management beschikt daardoor over een actueel inzicht in o.a. de volgende gegevens: verhouding zorggebonden en niet zorggebonden personeel - MIC - Ziekteverzuim - Financiën - Arbeidstevredenheid - Cliëntraadpleging/Cliententevredenheidsmeting	HKZ 6.1.(in relatie met 4.18) en MIK V 4.25
Organisatiestructuur	De instelling heeft een beschreven organisatiestructuur. De organisatiestructuur houdt in een: - organogram - communicatiestructuur - besluitvormingsstructuur - overzicht (eind)verantwoordelijkheden en (eind)bevoegdheden onder andere voor het implementeren van het MIS en het kwaliteitsbeleid.	HKZ 4.18, 4.19 MIK V 9.1, 10.1
Systeem bewaken ondergrenzen zorg	De instelling heeft een plan van aanpak heeft of een signaleringsinstrument, opdat tijdig ingegrepen kan worden wanneer de ondergrenzen van de zorg worden overschreden.	10 indicatoren van Arcares

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:

Registraties				
Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Zorgzwaarte meting	Er is geen zicht op de zorgzwaarte.	De zorgzwaarte wordt geregistreerd.	De geregistreerde zorgzwaarte is de basis voor beleid ⁷ .	Het zorgregistratie systeem wordt gebruikt, systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Decubitus	Decubitus wordt niet geregistreerd.	Decubitus wordt geregistreerd én er bestaat een decubitus protocol.	Decubitus wordt geregistreerd, metingen vinden plaats. Het protocol is bekend en scholing vindt plaats.	De systematiek van de metingen én het protocol wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
MIC	Er worden geen incidenten geregistreerd en geëvalueerd.	Incidenten worden geregistreerd.	Resultaten van incidentenanalyse wordt gebruikt t.b.v. verbeteringen.	Het MICsysteem wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Veiligheid materiaal	Er is geen controlesysteem voor preventief onderhoud.	Er is een controlesysteem voor preventief onderhoud.	Er wordt gewerkt met het preventieve controlesysteem.	Het systeem wordt systematisch geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

⁷ Onder beleid wordt verstaan alle handelwijzen die uitgestippeld worden en gericht zijn op effecten die te maken hebben met de ontwikkeling van een organisatie, op personeelsgebied, zorginhoudelijke kwesties, bedrijfsmatige onderwerpen of op het communicatieve gebied.

Tevredenheid cliënten	Clïëntentevredenheidsonderzoek vindt niet plaats.	Clïëntentevredenheidsonderzoek vindt minimaal eenmaal per 3 jaar plaats.	De resultaten van het cliënten-tevredenheids-onderzoek worden gebruikt bij opstellen van beleid.	Het systeem van cliëntentevredenheidsonderzoek en betrokkenheid van resultaten bij beleid wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Clïëntgerichtheid				
Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Clïëntenraad	Er is geen cliëntenraad.	Er is een cliëntenraad conform de wet.	De cliëntenraad worden consequent geraadpleegd bij beleidsveranderingen.	De werkwijze én het betrekken van de cliëntenraad bij beleidsveranderingen wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Algemene informatievoorziening naar cliënten	Er bestaan geen afspraken over onderwerpen waarover cliënten informatie krijgen.	Er zijn schriftelijke afspraken over de onderwerpen waarover en de wijze waarop cliënten informatie ontvangen.	De afspraken over de informatievoorziening worden nagekomen.	De informatievoorziening wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken	Er is geen richtlijn over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden/vrijwilligers voor de hulp bij eten en drinken van cliënten	Er is/zijn richtlijnen over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden voor de hulp bij eten en drinken van cliënten. De richtlijnen zijn niet bekend bij medewerkers en/of de bezetting voldoet structureel (meer dan 10%) niet aan de richtlijn. Of vrijwilligers/familieleden die betrokken zijn bij het helpen van cliënten bij het eten en drinken krijgen geen instructie	Er is/zijn bij medewerkers richtlijnen bekend over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden/vrijwilligers voor de hulp bij eten en drinken van cliënten. Én er wordt niet of minder dan 10% afgeweken van de richtlijn.	De richtlijnen en de uitvoering van de richtlijn met betrekking tot de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden/vrijwilligers voor de hulp bij eten en drinken van cliënten wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Permanent toezicht huiskamers	Er is geen richtlijn* aanwezig over permanent toezicht op PG geïndiceerde cliënten in de huiskamers door medewerkers en/of geïnstrueerde personen.	Er is/zijn richtlijnen aanwezig. En er is een richtlijn over de instructie aan degene die toezicht houdt. En deze richtlijn is niet bekend bij medewerkers en/of van de richtlijn wordt meerdere keren per week afgeweken. Of vrijwilligers/familieleden die belast worden met het toezicht op cliënten in de huiskamer krijgen geen instructie.	Er is/zijn richtlijnen aanwezig. En familieleden/vrijwilligers die belast worden met het toezicht op cliënten in de huiskamer krijgen instructie. En (met uitzondering van bijzondere omstandigheden) wordt niet afgeweken van de het permanent toezicht op cliënten in de huiskamers.	De richtlijnen zelf en de uitvoering van de richtlijn wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Privacy	Er is geen aandacht voor het aspect privacy.	Er zijn schriftelijk vastgestelde regels en afspraken over de privacy en omgang.	De vastgestelde regels en afspraken zijn bekend bij medewerkers en worden uitgevoerd.	De regels en afspraken rond de privacy wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Klachtenregeling	Er is geen klachten Regeling.	Er is een klachten Regeling.	De klachtenregeling is bekend en wordt conform uitgevoerd.	De klachtenregeling wordt systematisch geëvalueerd en zonodig bijgesteld

Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Systematisch werken met zorgplannen	Er is geen document waarin het systematisch werken met zorgplannen uiteengezet wordt.	Er is een document waarin het systematisch werken met zorgplannen uiteengezet wordt.	Medewerkers kennen het document en werken conform.	De naleving van dit document wordt getoetst en de inhoud wordt systematisch geëvalueerd en z.n. bijgesteld.
Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering zorgplan	Er zijn geen schriftelijk vast gelegde afspraken m.b.t. verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan.	Er zijn schriftelijk vastgelegde afspraken m.b.t. de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan.	De afspraken m.b.t. de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan worden nageleefd.	De afspraken m.b.t. de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Regeling multidisciplinaire cliëntbespreking	Er zijn geen schriftelijk vastgelegde afspraken	Er zijn schriftelijk vastgelegde afspraken m.b.t. het	De vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's	De vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's

	m.b.t. het houden van MDO's.	houden van MDO's, w.o. MDO's vinden per cliënt minimaal tweemaal per jaar plaats.	worden nageleefd.	worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Individueel zorgplan	Er wordt geen individueel (multidisciplinair) zorgplan per cliënt opgesteld.	Er wordt per cliënt een (multidisciplinair) zorgplan opgesteld.	Het individuele (multidisciplinaire) zorgplan is de basis voor de hulpverlening.	Het individuele (multidisciplinaire) zorgplan, wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan	Er zijn geen afspraken vastgelegd over cliëntenrechten mbt zorgplan.	Er zijn afspraken vastgelegd over cliëntenrechten mbt het zorgplan.	Gemaakte afspraken over cliëntenrechten mbt het zorgplan worden nageleefd.	Vastgelegde afspraken over cliëntenrechten mbt het zorgplan worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Deskundigheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners	De organisatie heeft de benodigde disciplines niet beschreven.	De organisatie heeft de (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines schriftelijk vastgelegd, maar niet in de praktijk gerealiseerd.	De benodigde disciplines zijn beschreven, en in de praktijk gerealiseerd.	De (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines en de realisatie in de praktijk worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Scholingsplan	De zorgaanbieder heeft niets of nauwelijks iets vastgelegd over een opleidings- en deskundigheidsbeleid	De zorgaanbieder heeft wel een (meerjaren) opleidings- en deskundigheidsbeleid, dit wordt (nog) niet uitgevoerd.	Het beleid ligt vast en wordt uitgevoerd.	Het vastgelegde beleid wordt uitgevoerd, systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Bekwaamheden BIG	De organisatie heeft niet vastgelegd aan welke deskundigheidseisen de medewerkers moeten voldoen met betrekking tot het uitvoeren van risicovolle handelingen.	De organisatie heeft vastgelegd aan welke deskundigheidseisen het personeelsbestand moet voldoen conform de Wet BIG en heeft dit vertaald in taak- en bevoegdheidsregelingen.	Medewerkers kennen de vastgelegde deskundigheids-eisen, taak- en bevoegdheidsregelingen inzake voorbehouden en risicovolle handelingen, en werken conform.	De noodzakelijke deskundigheden, taak- en bevoegdheidsregelingen worden getoetst, systematisch geëvalueerd en bijgesteld.

Professioneel handelen	De organisatie heeft geen of onvoldoende protocollen en richtlijnen op kritische punten van het primaire proces	De organisatie heeft protocollen en richtlijnen op kritische punten van het primaire proces	Medewerkers kennen de inhoud van de protocollen en handelen ernaar.	Er is een operationeel beheerssysteem voor protocollen, richtlijnen en procedures. Dit wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Bejegening cliënten	Er zijn geen vastgelegde afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en attitude van medewerkers	Er zijn vastgelegde afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en attitude van medewerkers	Medewerkers houden zich aan de afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en werkhouding	De afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en attitude van medewerkers worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Organisatieomstandigheden				
Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Meerjarenbeleidsplan	Er is niet of nauwelijks een actueel meerjarenbeleidsplan aanwezig.	Er is een meerjarenbeleidsplan dat voldoet aan de norm.	Het meerjarenbeleidsplan wordt uitgevoerd.	Het opstellen en uitvoeren van het meerjarenbeleidsplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Jaarwerkplan	Er is geen jaarwerkplan aanwezig.	Het jaarwerkplan op schrift gesteld.	Het jaarwerkplan is bekend bij medewerkers en er wordt naar gehandeld.	Het opstellen en de uitvoering van het jaarwerkplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Management informatiesysteem	Er is geen MIS aanwezig of er zijn maar 2 van de 6 items in het MIS opgenomen.	Er is een MIS beschreven én er zijn tenminste 3 van de items opgenomen.	Het vastgestelde MIS (met daarin tenminste 3 van de 6 items) wordt (mede) gebruikt als leidraad voor het aansturen van de organisatie binnen de kaders van het vastgestelde beleidsplan.	Het opstellen en de werking van het MIS wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Organisatiestructuur	De instelling heeft aspecten van structuur niet of onvoldoende geregeld.	Structuuraspecten liggen op schrift vast.	Vastgelegde structuuraspecten van de organisatie zijn bekend bij de medewerkers en richtinggevend voor het dagelijks handelen.	Structuuraspecten worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Systeem bewaken ondergrenzen zorg	Er is geen beschreven systeem aanwezig dan wel enige vorm van monitoring om te bewaken dat de ondergrenzen van zorg niet worden bereikt.	Er is een vastgelegd systeem om te bewaken dat de ondergrenzen van de zorg niet bereikt worden.	Het systeem is bekend bij betreffende medewerkers en wordt uitgevoerd.	Het systeem en de indicatoren van het systeem worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
--	--	---	--	---