

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



**Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek
aan antroposofisch verpleeghuis Leendert Meeshuis te
Bilthoven op 17 maart 2006**

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Resultaten inspectiebezoek.....	4
2.1	Inleiding.....	4
2.2	Registraties	4
2.3	Cliëntgerichtheid	5
2.4	Cyclisch volgen van de zorgvraag	5
2.5	Deskundigheid	6
2.6	Organisatieomstandigheden.....	7
3	Beschouwing	8
3.1	Inleiding.....	8
3.2	Het Leendert Meeshuis op weg naar certificering	8
3.3	Cliëntgerichtheid en het non-fixatiebeleid en	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 de tweede fase van gelaagd en gefaseerd toezicht heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 17 maart 2006 een bezoek gebracht aan antroposofisch verpleeghuis Leendert Meeshuis, gemakshalve in het rapport aangeduid als Leendert Meeshuis. Doel van dit bezoek was een oordeel te geven over de aanwezigheid van essentiële kwaliteitseisen in Leendert Meeshuis en hierover te rapporteren.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie gebruik gemaakt van het Instrument 'Inspectiebezoek tweede fase gelaagd en gefaseerd toezicht 2005/2006'. 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 behandelovereenkomst;*
- *Wet klachtrecht;*
- *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.*

De volgende veldnormen en rapporten zijn gebruikt:

- *HKZ/verzorgingshuizen;*
- *MIK-V;*
- *CBO richtlijn decubitus;*
- *CBO richtlijn preventie van vallen bij ouderen;*
- *Richtlijnen Werkgroep Infectie Preventie;*
- *'Farmaceutische zorg in verzorgingshuizen' (Arcares, december 2004);*
- *'Farmaceutische zorg in verpleeghuizen' (Arcares, 1998);*
- *Landelijke richtlijn vocht en voedselvoorziening voor verpleeghuiscliënten;*
- *Nota 'Op weg naar normen voor verantwoorde zorg';(Arcares, juni 2005);*
- *'Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken' (IGZ, maart 2005)*

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

2 Resultaten inspectiebezoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe Leendert Meeshuis scoort op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg, zoals vastgelegd in het inspectie-instrument 'Inspectiebezoek tweede fase 2005/2006'. 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 per indicator:

- Door landelijke onduidelijkheid in 2005 over de invoering van de IZA, is in afwachting van het beleid van de brancheorganisatie Arcares een periodieke zorgzwaartemeting in het Leendert Meeshuis nog niet uitgevoerd. Nu invoering van de IZA nog uitblijft, wordt in het tweede kwartaal 2006 gestart met ZOZ.
- Een richtlijn is aanwezig, er is geen registratiesysteem omdat decubitus slechts incidenteel voorkomt. Voor consultatie zijn gespecialiseerde "wondspecialisten" aanwezig.
- Er is een systeem van melden van incidenten, inclusief analyse en rapportage aan medewerkers. In de afgelopen periode hebben valincidenten extra aandacht gekregen in verband met de invoering van een non-fixatiebeleid in 2005
- Preventief periodiek onderhoud vindt zowel intern (4 x per jaar) als via leveranciers (1 x per jaar) plaats aan de hand van overzichten.
- Binnenkort wordt de tevredenheid van cliënten gemeten door "Cliënt en Kwaliteit". Afspraken hiervoor zijn gemaakt.

2.3 Cliëntgerichtheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Cliëntenraad			√	
Algemene informatievoorziening aan cliënten			√	
Passende hulp bij eten en drinken				√
Adequaat toezicht en permanente alertheid			√	
Klachtenregeling			√	

Toelichting per indicator:

- Er is een cliëntenraad, waarin naast familieleden ook een cliënte participeert. Voor de mogelijke rolverwarring van deelname aan de cliëntenraad van de cliëntenvertrouwenspersoon is aandacht gevraagd. De cliëntenraad wordt van voldoende informatie voorzien en er is een goed en regelmatig overleg met het management. Opmerkingen op het gebied van de maaltijdvoorziening hebben geleid tot verberingen. Het passeren van de slagboom met een rolstoel e.d. op het terrein is nog een knelpunt.
- De informatie voor cliënten en familie voldoet aan de norm. Voor het meer expliciet vermelden van de cliëntenrechten wordt nog uw aandacht gevraagd.
- Er is een beleid betreffende vocht en voeding. De voedingsgewoonten van cliënten liggen vast in de zorgdossiers, in de keuken zijn ook lijstjes e.d. aanwezig. De voedingsassistenten die 12 uur per dag in de huiskamers beschikbaar zijn, hebben scholing gevolgd bij het ROC. Op indicatie worden cliënten periodiek gewogen. Voor slikproblemen is een werkgroep slikteam ingesteld. Volgens medewerkers is er voldoende personeel aanwezig voor hulp bij het eten en drinken.
- Er is een richtlijn betreffende adequaat toezicht op de psychogeriatrische bewoners. In de huiskamers is voorzien in aanwezigheid van een personeelslid.
- Er is een klachtenregeling en de medewerkers waarmee gesproken is waren hiervan op de hoogte. Er is een onafhankelijke bewonersvertrouwenspersoon (vrijwilligster) voor cliënten beschikbaar.

2.4 Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Systematisch werken met zorgplannen			√	
Registratie afwijkingen individueel zorgplan		√		
Regeling verantwoordelijkheid m.b.t. inhoud en coördinatie van de uitvoering zorgplan			√	
Multidisciplinaire cliëntbespreking			√	
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan		√		
Scholing zorgplan		√		

Algemeen: in de afgelopen periode is uitgebreid geïnvesteerd in het systematisch werken met zorgplannen. Op de laatste viering met alle medewerkers van de "verjaardag" van het Leendert Meeshuis stond het werken met zorgplannen centraal.

Toelichting per indicator:

- Er wordt systematisch gewerkt met zorgplannen. De integrale zorgdossiers maken een volledige indruk. Het systematisch vermelden van data (incl. jaartal) en evaluatiedata behoeft nog aandacht. Naast het dossier is er een zorgagenda voor bijzonderheden. Er worden door een werkgroep regelmatig informatiebulletins voor alle medewerkers uitgebracht. Voor een vereenvoudiging van de opbouw van het zorgdossier wordt nog aandacht gevraagd
- Er is aandacht voor afwijkingen van het individuele zorgplan. In een dagelijks ochtend-overleg van leidinggevenden worden bij krapte in de personeelsbezetting beslissingen genomen over de inzet van medewerkers. Een systematische registratie van afwijkingen van het individuele zorgplan vindt niet plaats.
- De verantwoordelijkheidstoedeling e.d. betreffende het zorgplan is vastgelegd. Iedere cliënt heeft een persoonlijk begeleider. De persoonlijk begeleider bereidt de zorgplanbespreking met (de vertegenwoordiger van) de cliënt voor en bespreekt de uitkomsten. Na opname en op verzoek of indicatie spreekt de behandelend arts met (de vertegenwoordiger van) de cliënt.
- De cliëntenrechten zijn summier beschreven in de informatiebrochures. Bij de evaluatie en bijstelling van de informatie dient aan de rechtspositie meer expliciet aandacht besteed te worden, o.a. het recht op inzage en het geven van toestemming aan de uitvoering van het zorgplan. Dit neemt niet weg dat in de praktijk gehandeld wordt conform de rechtspositie van de cliënt.
- Er is instituutsbreed geschoold in het systematisch werken met zorgplannen. Het scholen in methodisch werken en rapporteren van alle zorgverleners heeft nog niet plaatsgevonden.

2.5 Deskundigheid

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

Toelichting per indicator:

- De beschikbaarheid en deskundigheid van zorgverleners is vastgelegd. Er is 24-uurs aanwezigheid van deskundigheidsniveau 3 gegarandeerd en 24-uurs deskundigheidsniveau 4/5 bereikbaar. Ook de 24-uurs bereikbaarheid van artsen is in samenwerking met andere verpleeghuizen geregeld.
- Er is regelmatige scholing. Wensen kunnen kenbaar gemaakt worden in functioneringsgesprekken, die inmiddels periodiek met iedere medewerker plaatsvinden. Voor de organisatie en uitvoering van scholing is een scholingsfunctionaris aanwezig.
- Per medewerker is er een overzicht van zijn/haar bekwaamheden, eventuele bij en nascholing en het op peil houden van de vaardigheden vindt plaats in samenwerking met het nabijgelegen verpleeghuis Biltse Hof.
- Voor de diverse voorbehouden en overige risicovolle handelingen zijn protocollen op de afdelingen aanwezig en bekend bij medewerkers.
- Er is een richtlijn "privacy bewoner" en een conceptnotitie "bejegeningpunten" waarin ruim aandacht is voor het respectvol omgaan met cliënten/bewoners. Dit geldt ook voor de bejegening van de cliënten in de dagelijkse zorg.

2.6 Organisatieomstandigheden

Indicator	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Meerjarenbeleidplan			√	
Jaarwerkplan			√	
Management informatiesysteem			√	
Organisatiestructuur			√	
Systeem bewaken verantwoord zorgniveau			√	

Toelichting per indicator:

- Er is een beleidsplan 2005/2006 die naast elementen van een meerjarenbeleidplan het jaarwerkplan van de organisatie is, waarin aandacht voor de termijnen een verantwoordelijkheidstoedeling.
- Er is een managementinformatiesysteem. Daarnaast is er ook dagelijks overleg van management en leidinggevenden waarin zo nodig organisatorische knelpunten, zoals ziekte aan de orde komen. Resultaten van tevredenheidsmetingen e.d. zijn input voor het beleidsplan.
- De organisatiestructuur incl. de verantwoordelijkheidstoedeling ligt vast. Er is sprake van een platte organisatie met korte lijnen.
- Op basis van de 10 indicatoren voor minimaal noodzakelijke zorg is een interne notitie voor het bewaken van de ondergrens van de zorg aanwezig. Er heeft nog geen bespreking of implementatie plaatsgevonden van de Normen voor Verantwoorde Zorg die in juni 2005 zijn vastgesteld door de landelijke branche- en koepelorganisaties. Gezien de afspraken over de implementatie wordt hiervoor uw aandacht gevraagd.

3 Beschouwing

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe Leendert Meeshuis 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 Leendert Meeshuis bij het (verder) verbeteren van de zorg.

3.2 Het Leendert Meeshuis op weg naar certificering

Zoals blijkt uit voorgaand hoofdstuk zijn er op veel terreinen richtlijnen, protocollen etc. aanwezig. In alle richtlijnen is de antroposofische filosofie en zienswijze het uitgangspunt in de zorgverlening. De indruk is dat er in de afgelopen periode veel werk is verzet om tot dit resultaat te komen. Het onderbrengen in een kwaliteitssysteem zodat periodieke evaluatie en bijstelling volgens schema plaatsvindt, is nog een aandachtspunt.

Er is ook aandacht voor het betrekken van medewerkers bij de ontwikkelingen zodat er voldoende draagvlak is en blijft. Het instellen van het slikteam en de informatiebulletins over de zorgplannen zijn hiervan goede voorbeelden. Een HKZ-certificering zal een mooie bekroning zijn op alle verrichtte werkzaamheden.

3.3 Cliëntgerichtheid en het non-fixatiebeleid

In het Leendert Meeshuis wordt gewerkt vanuit het antroposofische mensbeeld. Dit laatste vereist voor cliënten en familieleden die hiermee niet bekend zijn soms uitleg en toelichting. Op basis van de verschillende gesprekken en de rondgang is de indruk overgehouden dat een cliëntgerichte zorgverlening centraal staat.

In 2005 is zeer drastisch besloten tot een non-fixatie beleid. De “Zweedse Band” is symbolisch verbrand. Nauwkeurig wordt bijgehouden welke valincidenten zich voordoen en met welke gevolgen. Op basis van deze analyse blijkt wel een lichte toename van valincidenten, echter geen toename van ernstige gevolgen naar aanleiding van het vallen. Daarnaast is gebleken dat de onrust bij bewoners is afgenomen.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Opstellen plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 15 mei 2006 een plan van aanpak waarin u aangeeft hoe u de kwaliteit van de zorg bij Leendert Meeshuis (verder) gaat verbeteren.

De inspectie gaat er vanuit dat u in het plan van aanpak in ieder geval de onderwerpen die door de inspectie als 'afwezig' of 'aanwezig' (zie tabellen in hoofdstuk 2) zijn gescoord, opneemt in het plan.

Ook de items uit hoofdstuk 3 dienen, voor zover deze vragen om verbetering, in het plan opgenomen te zijn.

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 vier weken) een reactie.

In het rapport 'Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken' (IGZ, maart 2005) is opgenomen dat de maatregelen die het management van de zorginstelling moet treffen, ertoe leiden dat vanaf 2006 alle instellingen de kwaliteitszorg voor de vier onderzochte onderwerpen (zorgplannen; bedden, beddekken, matrassen en fixatiematerialen; vocht- en voedselvoorziening; farmaceutische zorgverlening) aantoonbaar operationeel hebben en vanaf 2007 geborgd. In haar reactie d.d. 22 maart 2005, ondersteunt de Staatssecretaris deze inzet van de inspectie. Voor zover dit in voorgaande hoofdstukken nog niet is gebeurd vraag ik ook hiervoor uw aandacht.

De inspectie maakt u erop attent dat het Steunpunt Verpleeghuiszorg is ingericht. Dit Steunpunt kan praktische ondersteuning bieden voor het verbeteren van de verpleeghuiszorg en worden ingeroepen om onaanvaardbare risico's voor individuele cliënten te voorkomen. Voor meer informatie kunt u terecht op www.zorgvoorbeter.nl. U kunt het Steunpunt op werkdagen telefonisch bereiken: 0900-2424240 (10 ct/min) of via postbus 10152, 3501 DD Utrecht.

BIJLAGE 1 **Overzicht gebruikte documenten**

De onderstaande documenten uit uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De documenten zijn niet in hun totaliteit beoordeeld. Zij zijn alleen op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Beschrijving doelgroepen, producten en diensten, 2006
- Organigram Leendert Meeshuis
- Beleidsplan 2005-2006, april 2005
- Beleidsplan 2006-2007, december 2005
- Non-fixatiebeleid, 2005
- Schema preventief onderhoud intern (4 x per jaar) en onderhoudscontracten met leveranciers
- Correspondentie betreffende meting Cliënt en Kwaliteit, 2006
- Opname procedure, niet gedateerd
- Procedure "ontslag", december
- Zorgverleningovereenkomst, juli 2005
- Informatieboekje en informatiefolder voor cliënten en externen
- Informatie over financiën voor cliënten en externen
- Informatie over cliëntenraad
- huisreglement
- Notitie "taken en verantwoordelijkheden persoonlijk begeleider, incl. verantwoordelijkheidstoedeling, december 2005
- Instructie voor rampen en brand
- Klachtenreglement
- Beleidsnota toepassing wet Bopz, jan. 2006
- Procedure medisch-ethische commissie, febr. 2006
- Zorgdossier-bulletins 1 t/m 4, 2005/2006
- Overzichten personeelsbezetting/formatie per verpleegafdeling, maart 2006
- Protocol "veiligheid in en om het bed"
- Richtlijn decubitus; preventie en behandeling
- Notulen "slikoverleg"
- Beleid niet-fixeren/richtlijn valincidenten, juli 2005
- Handboek apotheekgebruik, juni 2005
- Richtlijn persoonlijke hygiëne, mei 2004
- Procedure Afvalstromen
- Richtlijn "privacy bewoner" en conceptnotitie "bejegeningspunten"
- Privacyreglement m.b.t. WPR,
- Correspondentie over 0-meting HKZ-certificering.
- Notitie "de 10 minimale zorgindicatoren", december 2005.
- Rapport "werk in beeld, 2002
- Registratieformulieren per medewerker bevoegdheidsregeling voorbehouden en overige risicovolle handelingen
- 6 zorgdossiers met instemming (vertegenwoordiger van) cliënt.

BIJLAGE 2 Overzicht criteria en normen

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

Registraties		
Indicator	Norm	Bron van de norm
Zorgzwaartemeting	De organisatie hanteert een registratiesysteem voor de zorgzwaarte.	HKZ 4.8
	De relatie tussen enerzijds de cliëntenpopulatie, hun zorgbehoefte en zorgzwaarte en anderzijds de daarvoor benodigde omvang, aard en deskundigheid van de personeelsformatie wordt in een methode van capaciteitsplanning opgenomen en verantwoord.	Normen voor Verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz.20
Decubitus	De instelling heeft een protocol voor de preventie en behandeling en registratie van decubitus. Het protocol voldoet aan de CBO richtlijn. Het protocol en de methodiek van registratie wordt systematisch geëvalueerd en bijgesteld.	CBO- richtlijn
	Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professioneel algemeen aanvaarde standaarden.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 18
MIC	De organisatie hanteert procedures voor het registreren en evalueren van incidenten en ongevallen Op basis van deze registratie worden zonodig corrigerende en preventieve maatregelen genomen.	HKZ 4.16.1 en 4.16.2
	Er is een systeem aanwezig binnen de organisatie voor het registreren en behandelen van meldingen van incidenten in de zorg- en dienstverlening.	MIK-V 2.10
	Van het kwaliteitssysteem maakt in ieder geval de incidentenregistratie onderdeel uit.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 23
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 ¹ .	MIK-V 8-9 HKZ 7.2.1
	De zorgorganisatie heeft maatregelen getroffen om de veiligheid van hulpmiddelen als bedden, bedekken, tilliften en veiligheid bij het gebruik hiervan te waarborgen. Bij aanschaf, gebruik en onderhoud van hulpmiddelen wordt uitgegaan van de randvoorwaarden en aanbevelingen, zoals beschreven in het 'Werkpakket aanpak fysieke belasting voor verpleeg- en verzorgingshuizen'.	Normen voor Verantwoorde Zorg, versie juni 2005, blz. 22

¹ Hieronder vallen onder meer medische hulpmiddelen, bedekken, katheters, fixatiemiddelen, infuuspompen.

Tevredenheid cliënten	De cliënten worden periodiek gevraagd hoe hij/zij de zorg- en dienstverlening, het wonen en het leefklimaat in het verzorgingshuis waardeert. Op basis daarvan vinden, in overleg met de cliëntenraad, beleidsveranderingen plaats.	HKZ 3.1
	Het kwaliteitssysteem bevat in ieder geval een onafhankelijke cliëntenraadpleging. Voor dit onderwerp geldt dat de uitkomsten besproken worden met de relevante onderdelen van de organisatie (waaronder de cliëntenraad) en waar nodig vertaald naar kwaliteitsverbetering. Tweejaarlijks vindt een onafhankelijke cliëntenraadpleging plaats, uitgevoerd door een onafhankelijk bureau.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 8,23

Cliëntgerichtheid

Indicator	Norm	Bron van de norm
Cliëntenraad	Op basis van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, dienen de zorgorganisaties een cliëntenraad in te stellen. Bij de totstandkoming van het (kwaliteits)beleid is de cliëntenraad betrokken.	WMCZ
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: <ul style="list-style-type: none"> - de opnameprocedure; - het aanbod aan zorg, diensten en service (de leveringsvoorwaarden); - de zorgovereenkomst, rechten en plichten; - financiën (waaronder de kosten die voor eigen rekening zijn); - het zorg(behandel-/leef)plansysteem en de keuzevrijheid en autonomie van de cliënt daarbij; - de communicatie; - de cliëntenraad; - de huisregel, waaronder regels over huisdieren; - de veiligheid; - de klachtenprocedure, patiëntenvertrouwenspersoon; - regelingen betreffende belangenbehartiging voor wilsonbekwame cliënten; - de besluitvormingsprocedures inzake ethische aangelegenheden, in ieder geval met betrekking tot vragen rond levensbeëindiging; - ontslag en overplaatsing. 	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 12
Passende hulp bij eten en drinken	Met het oog op smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes is er sprake van onder meer passende hulp bij en voldoende tijd voor eten en drinken.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 14
Adequaat toezicht en permanente alertheid	Er is permanente aanwezigheid van een geïnstrueerd persoon voor toezicht t.b.v. psychogeriatrisch geïndiceerde cliënten in huiskamers. <p>In de woon- en leefruimte van psychogeriatrische cliënten, de gangen en de liften heerst een adequate vorm van toezicht en permanente alertheid op eventuele onveilige situaties. Er wordt 7 maal 24-uur toezicht geboden door gekwalificeerd personeel of geïnstrueerde personen; in overleg met de cliëntenraad zijn alternatieve vormen van toezicht mogelijk.</p>	Ondergrens zorg, Arcares, 2001 Normen voor Verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 22

Klachten regeling	De organisatie beschikt over een klachtenregeling, conform de Wet Klachtrecht.	HKZ 4.13
	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.	
	Het kwaliteitssysteem bevat in ieder geval een onafhankelijke klachtenregeling en een vertrouwenspersoon voor cliënten.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 23

Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Norm	Bron van de norm
Systematisch werken met zorgplannen	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
	De zorgorganisatie voorziet in een cyclisch geborgd zorg(behandel-)/leefplansysteem.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 20
	De zorgorganisatie bewerkstelligt dat het zorg(behandel-)/leefplan tot stand komt waarin de onderwerpen uit de kwaliteit van leven domeinen concreet vertaald zijn naar de zorgbehoeften, wensen en voorkeuren van de cliënt	
Registratie afwijkingen individueel zorgplan	De zorgorganisatie voorziet in een aantoonbare bespreking en vastlegging van (structurele) afwijkingen van het zorgplan en kwaliteitsverbeteringen binnen het team, die voortvloeien uit zorg(behandel-/leef)planbesprekingen.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 20
Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan.	De organisatie waarborgt de kwaliteit van het aanbod van geïntegreerde zorgverlening ten minste door een goede regeling van de inhoudelijke regie enerzijds en praktische coördinatie anderzijds, van ieder individueel zorg- en dienstverleningsproces.	MIK-V 7-2
	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.	HKZ vzh 4.11.1
	De zorgorganisatie voorziet in een passende verantwoordelijkheidstoedeling	Normen voor Verantwoorde Zorg, versie juni 2005
Regeling multidisciplinaire cliëntbespreking	De zorgorganisatie voorziet in cliëntenbesprekingen en/of multidisciplinair overleg tussen relevante disciplines die deel uitmaken van het cyclisch geborgd zorgplan(behandel-)/leefplansysteem	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 21
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan	<i>Informatie</i> 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.	WGBO

Zorgplan en toestemming

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 (be)handelingen, die deel uitmaken van het zorgplan.

Inzage

De cliënt heeft het recht op inzage in en een 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. De bewaartermijn is minimaal 10 jaar.

Scholing zorgplan	De zorgorganisatie voorziet in een zorg(behandel-)/leefplan. De zorgorganisatie voorziet in voldoende en bekwaam personeel. De zorgorganisatie voorziet in interne scholing en deskundigheid.	Norm voor Verantwoorde Zorg, versie juni 2005.
--------------------------	---	--

Deskundigheid

Indicator	Norm	Bron van de norm
Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners	De organisatie heeft voldoende beroepsgroepen en disciplines beschikbaar voor de zorg en dienstverlening aan al de doelgroepen waarop men zich richt. De organisatie heeft deze (noodzakelijke) personeelsformatie per doelgroep vastgelegd.	HKZ 5.1.1 HKZ 4.7.1

De relatie tussen enerzijds de cliëntpopulatie, hun zorgbehoeften en zorgzwaartes en anderzijds de daarvoor benodigde omvang, aard en deskundigheid van de personeelsformatie wordt in een methode van capaciteitsplanning opgenomen en verantwoord.
Ten minste eenmaal per jaar vindt hierover overleg plaats met het medezeggenschapsorgaan. Ontbrekende deskundigheden (aanvullende zorg/dienstverlening) worden van extern betrokken. Over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling worden dan duidelijke werkafspraken gemaakt.
Dat alles leidt ertoe dat ondermeer wordt voorzien in een adequaat aanbod van verpleging en (para)medische behandeling voor bijzondere, diagnose gerelateerde zorg, en in revalidatiezorg.

Scholingsplan	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. De zorgorganisatie zorgt tevens voor de benodigde scholing en deskundigheidsbevordering. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij opleidingsbehoeften van medewerkers en het vraaggericht werken, de zorgzwaarte, de zorgvraag, problematiek van bewoners en de visie van de zorgorganisatie.	HKZ5.3 1 + 2 MIK V 11-3 Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005 blz. 21
----------------------	---	---

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	Norm: LCVV/ Nu1.6;
-------------------------	---	-----------------------

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.	Wet BIG
	Voorbehouden en risicovolle handelingen worden uitgevoerd door daartoe bevoegde en bekwame medewerkers.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005 blz. 21
Professioneel handelen	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: HKZ WIP- richtlijnen; LCVV/Nu 1.5; LCVV/ Sting 1.6
	Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professioneel algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: <ul style="list-style-type: none"> - Decubitus (richtlijn, registratie) - Vocht en voedsel (richtlijn) - Valpreventie (registratie) - Farmaceutische zorg (richtlijn en farmaceutisch overleg) - Infectiepreventie en behandeling (richtlijn) - Toiletgang en incontinentie - Gedragsproblemen en agressie (richtlijn). 	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 18
Bejegening cliënten	De bejegening van cliënten is correct en respectvol en vindt plaats conform de zorgvisie van de organisatie.	HKZ/vzh 2.5.1
	Medewerkers respecteren de eigen levenssfeer van cliënten en dragen zorg voor een goede bejegening; ze hebben de verantwoordelijkheid voor een goede communicatie en dialoog met cliënten over hun ervaringen, wensen en voorkeuren. Aanspreekbaarheid op houding en onderlinge verhoudingen is onderdeel van de organisatiecultuur. De zorgorganisatie kent een gedragscode inzake de omgang tussen medewerker en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerker en wordt nageleefd.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 17

Organisatieomstandigheden

Indicator	Norm	Bron van de norm
Meerjarenbeleidplan	In het meerjarenbeleidplan 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	<p>Het jaarwerkplan is de praktische uitwerking per jaar van het meerjarenbeleidplan. 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.</p>	<p>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</p>
	<p>De zorgorganisatie stelt, afgestemd met de cliëntenraad, jaarlijks prioriteiten vast ten aanzien van kwaliteitsverbeteringen en rapporteert daarover in het kwaliteitsjaarverslag.</p>	<p>Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 9, 21</p>
Organisatiestructuur	<p>De instelling heeft een beschreven organisatiestructuur. De organisatiestructuur houdt in een:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organogram - communicatiestructuur - besluitvormingsstructuur - overzicht (eind)verantwoordelijkheden en (eind)bevoegdheden onder andere voor het implementeren van het MIS en het kwaliteitsbeleid. 	<p>HKZ 4.18, 4.19 MIK V 9.1, 10.1</p>
	<p>De zorgorganisatie voorziet in een verantwoordelijkheidstoedeling die leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.</p>	<p>Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 20</p>
Managementinformatie systeem	<p>Het managementinformatiesysteem geeft het management voldoende informatie om te sturen.</p> <p>Het management beschikt daardoor over een actueel inzicht in o.a. de volgende gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhouding zorggebonden en niet zorggebonden personeel - MIC - Ziekteverzuim - Financiën - Arbeidstevredenheid - Cliëntraadpleging 	<p>HKZ 6.1.(in relatie met 4.18) MIK V 4.25</p>
Systeem bewaken verantwoord zorgniveau	<p>Een professionele zorgorganisatie levert verantwoorde zorg. De geleverde verantwoorde zorg is gewaarborgd door een (kwaliteits)systeem.</p>	<p>Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 4</p>

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 en/of de zorgzwaarte wordt niet volgens een vaste methodiek geregistreerd.	De zorgzwaarte wordt volgens een vaste methodiek geregistreerd.	De zorgzwaartegegevens worden gebruikt als sturingsinstrument.	Het zorgzwaartegegevens worden gebruikt als sturingsinstrument én het zorgzwaarteregistratiesysteem wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Decubitus	Decubitus wordt niet geregistreerd.	Decubitus wordt geregistreerd en er bestaat een decubitusprotocol.	Decubitus wordt geregistreerd, metingen vinden plaats. Het protocol is bekend en scholing vindt plaats.	De systematiek van de metingen én het protocol worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
MIC	Er worden geen incidenten geregistreerd en geëvalueerd.	Incidenten worden geregistreerd.	Resultaten van incidentenanalyse worden gebruikt t.b.v. verbeteringen.	Het MIC-systeem 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.
Tevredenheid cliënten	Cliëntentevredenheidonderzoek vindt niet plaats.	Cliëntentevredenheidonderzoek vindt minimaal éénmaal per drie jaar plaats.	De resultaten van het cliënten-tevredenheid-onderzoek worden gebruikt bij het opstellen van beleid.	Het systeem van cliëntentevredenheidonderzoek en het betrekken van resultaten bij beleid wordt systematisch geëvalueerd en zo

nodig bijgesteld.

Clïentgerichtheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Clïentenraad	Er is geen cliëntenraad.	Er is een cliëntenraad conform de wet.	De cliëntenraad wordt consequent geraadpleegd bij beleidsveranderingen.	De werkwijze én het betrekken van de cliëntenraad bij beleidsveranderingen worden 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 hulp bij eten en drinken van cliënten.	Er is/zijn richtlijnen over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/ vrijwilligers/ familieleden voor 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 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/ vrijwilligers/ familieleden voor hulp bij eten en drinken van cliënten wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Adequaat toezicht en permanente alertheid	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. Én er is een richtlijn over de instructie aan diegenen die toezicht houden. Én deze richtlijn is niet bekend bij medewerkers of van	Er is/zijn richtlijnen aanwezig. Én deze richtlijn is bekend bij medewerkers of van deze richtlijn wordt zelden (minder dan 10% van de tijd) afgeweken.	De richtlijnen zelf én de uitvoering van de richtlijnen worden periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

		deze richtlijn wordt meerdere keren (meer dan 10% van de tijd) afgeweken. Of vrijwilligers/familieleden die worden belast met het toezicht op cliënten in de huiskamer krijgen geen instructie.	Én vrijwilligers/familieleden die worden belast met het toezicht op cliënten in de huiskamer krijgen instructie.	
Klachtenregeling	Er is geen klachtenregeling.	Er is een klachtenregeling.	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 zo nodig bijgesteld
Registratie afwijkingen individueel zorgplan	De zorginstelling voorziet niet in het vastleggen van (structurele) afwijkingen van het zorgplan.	De zorginstelling heeft een schriftelijke regeling m.b.t. vastleggen van (structurele) afwijkingen van het zorgplan.	De regeling m.b.t. het vastleggen van (structurele) afwijkingen van het zorgplan is bekend bij medewerkers en wordt uitgevoerd.	De uitvoering van de regeling wordt getoetst. Én de regeling wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan	Er zijn geen schriftelijk vastgelegde 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 m.b.t. het houden van MDO's.	Er zijn schriftelijk vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's, waarbij de MDO's per cliënt minimaal tweemaal per jaar plaatsvinden.	De vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's worden nageleefd.	De vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan	Er zijn geen afspraken vastgelegd over cliëntenrechten	Er zijn afspraken vastgelegd over cliëntenrechten	Gemaakte afspraken over cliëntenrechten m.b.t. het	Vastgelegde afspraken over cliëntenrechten m.b.t. het

	m.b.t. het zorgplan.	m.b.t. het zorgplan.	zorgplan worden nageleefd.	zorgplan worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Scholing zorgplan	De zorgorganisatie voorziet niet in een structureel, verplicht scholingsaanbod gericht op het methodisch werken en het werken met het instellingszorg- (behandel-)/ leefplan.	De zorgorganisatie voorziet in een structureel, verplicht scholingsaanbod gericht op het methodisch werken en het werken met het instellingsgebonden zorg(behandel-)/ leefplan. Een scholing m.b.t. dit onderwerp tijdens de inwerkperiode maakt deel uit van het scholingsplan.	Medewerkers maken gebruik van het scholingsaanbod, hun kennis wordt getoetst. Wijzigingen in het zorgplan(-systeem) zijn een verplicht scholingsonderwerp.	Het scholingsplan wordt uitgevoerd, systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Deskundigheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners	De organisatie heeft de (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines niet beschreven.	De organisatie heeft de (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines schriftelijk vastgelegd, maar in de praktijk niet 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 is vastgelegd 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 m.b.t. het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen.	De organisatie heeft vastgelegd aan welke deskundigheidseisen het personeelsbestand moet voldoen conform de Wet BIG en heeft dit vertaald in taak- en bevoegdheids- en bekwaamheidsregelin-	Medewerkers kennen de vastgelegde deskundigheidseisen, taak- en bevoegdheids- en bekwaamheidsregelingen inzake voorbehouden en risicovolle handelingen, en werken conform.	De noodzakelijke deskundigheden, taak- en bevoegdheids- en bekwaamheidsregelingen worden getoetst, systematisch geëvalueerd en bijgesteld.

		gen.		
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. En de naleving van de protocollen wordt getoetst, en het systeem wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Bejegening cliënten	Er zijn 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 werkat-titude.	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
Meerjarenbeleidplan	Er is geen of nauwelijks een actueel meerjaren-beleidplan aanwezig.	Er is een meerjaren-beleid-plan dat voldoet aan de norm.	Het meerjaren-beleidplan wordt uitgevoerd.	Het opstellen en uitvoeren van het meerjarenbeleidplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Jaarwerkplan	Er is geen jaarwerkplan aanwezig.	Het jaarwerkplan is 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.
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.
Management informatiesysteem	Er is geen MIS aanwezig of er zijn maar 1 of 2 van de 6 onderwerpen in het MIS opgenomen.	Er is een MIS beschreven en er zijn ten minste 3 van de onderwerpen opgenomen.	Het vastgestelde MIS (met daarin ten minste 3 van de 6 onderwerpen) wordt (mede) gebruikt als leidraad voor het aansturen van de organisatie binnen de kaders van het	Het opstellen en de werking van het MIS wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

			vastgestelde be- leidsplan.	
Systeem bewaken verantwoord zorg- niveau	Er is geen beschre- ven systeem aan- wezig dan wel enige vorm van monito- ring om het verant- woorde zorgniveau te bewaken.	Er is een vastgelegd systeem om het verantwoorde zorg- niveau te bewaken.	Het systeem is bekend bij betref- fende medewerkers en wordt uitge- voerd.	Het systeem en de indicatoren van het systeem worden systematisch geëva- lueerd en zo nodig bijgesteld.