

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)



**Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek  
aan Zorg en verpleegcentrum Nieuw Sandenburg te Veere  
op 8 juni 2005**

Rijswijk, augustus 2005

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten inspectiebezoek</b> .....	<b>4</b>
2.1	Inleiding.....	4
2.2	Registraties.....	4
2.3	Cliëntgerichtheid.....	4
2.4	Cyclisch volgen van de zorgvraag.....	5
2.5	Deskundigheid.....	5
2.6	Organisatieomstandigheden.....	5
<b>3</b>	<b>Beschouwing</b> .....	<b>6</b>
3.1	Inleiding.....	6
3.2	Nieuw Sandenburg: van verzorgingshuis naar zorg en verpleegcentrum.....	6
3.3	Kwaliteit.....	6
3.4	Algemeen.....	6
<b>4</b>	<b>Te nemen maatregelen</b> .....	<b>7</b>
4.1	Opstellen plan van aanpak.....	7

## 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 8 juni 2005 een bezoek gebracht aan zorg en verpleegcentrum Nieuw-Sandenburgh. Doel van dit bezoek was een oordeel te geven over de aanwezigheid van essentiële kwaliteitseisen in zorg en verpleegcentrum Nieuw-Sandenburgh 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 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 behandelovereenkomst.*

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

## 2 Resultaten inspectiebezoek

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe zorg en verpleegcentrum Nieuw-Sandenburgh 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:

Een tevredenheidsmeting onder cliënten is nog niet georganiseerd. Op dit moment wordt in samenwerking met de cliëntenraad een enquête voorbereid om de tevredenheid over de voeding te peilen onder de bewoners.

### 2.3 Cliëntgerichtheid

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

Toelichting:

Overdag is het toezicht op de pg-huiskamer geborgd. In de avonduren is dit een probleem. Verzorgenden moeten dan bewoners naar bed brengen, wat resulteert in het alleen laten van in de huiskamer achterblijvende bewoners. Dit is een structureel probleem dat de volle aandacht heeft maar niet gemakkelijk op te lossen is.

## 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			✓	

## 2.5 Deskundigheid

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

## 2.6 Organisatieomstandigheden

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

## **3 Beschouwing**

### **3.1 Inleiding**

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe zorg en verpleegcentrum Nieuw-Sandenburgh 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 Zorg en verpleegcentrum Nieuw Sandenburg bij het (verder) verbeteren van de zorg.

### **3.2 Nieuw Sandenburg: van verzorgingshuis naar zorg en verpleegcentrum**

Nieuw-Sandenburgh maakt deel uit van de Stichting Protestantse Ouderenzorg op Walcheren (Spow). Het verzorgingshuis heeft zich de laatste jaren met succes ontwikkeld van verzorgingshuis tot een volwaardig zorg en verpleegcentrum.

Intramuraal is een verpleegunit gecreëerd ten behoeve van 22 pg- en 8 somatische bewoners. Daarnaast wordt er extramurale zorg geboden aan zelfstandig wonende ouderen.

### **3.3 Kwaliteit**

De Spow heeft gekozen voor het HKZ-model als kwaliteitssysteem. Alle procedures en protocollen worden volgens dit systeem beheerd en zijn voor alle medewerkers digitaal op te vragen in de computer. Het vergt nog veel van de organisatie om alle aspecten van de kwaliteit van de zorgverlening volgens dit cyclische systeem te blijven evalueren en verbeteren. Zo vindt het personeel zelf dat aan het werken met de individuele zorgplannen nog veel zou kunnen verbeteren.

### **3.4 Algemeen**

In algemene zin kan worden gesteld dat, afgezien van een aantal zaken die nog in ontwikkeling zijn, zoals bijvoorbeeld deelname aan de benchmark en het organiseren van een tevredenheidsmeting onder de bewoners, de zorg en verpleging die door Nieuw-Sandenburgh wordt verleend van voldoende kwaliteit is.

## 4 Te nemen maatregelen

### 4.1 Opstellen plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 1 december 2005 een plan van aanpak waarin u aangeeft hoe u de kwaliteit van de zorg bij zorg en verpleegcentrum Nieuw-Sandenburgh (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 6 weken een reactie.

#### BIJLAGE 1 Overzicht gebruikte documenten

- Organisatiestructuur SPOW, inclusief overzicht van de overlegstructuur binnen de stichting
- Opname- en overplaatsingsbeleid ten behoeve van de verpleegunit
- Beleidsnota Aanvullende verpleeghuiszorg
- Productomschrijving SPOW
- Meerjarenplan 2005 - 2006 Spow regio Veere.

## 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.

<b>Registraties</b>		
<b>Indicator</b>	<b>Norm</b>	<b>Bron van de norm</b>
<b>Zorgzwaartemeting</b>	De organisatie hanteert een registratiesysteem voor de zorgzwaarte <sup>1</sup> .	HKZ 4.8
<b>Decubitus</b>	De instelling heeft een protocol voor de preventie, behandeling en registratie van decubitus. Het protocol voldoet aan de CBO richtlijn. Het protocol en de methodiek van registratie wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld.	CBO- richtlijn
<b>MIC</b>	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. 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
<b>Veiligheid materiaal</b>	De organisatie beschikt over een onderhoudsplan voor de inventaris van gebouwen en appartementen inclusief de aanwezige gebruiksvoorwerpen en materialen en test- en beproevingsapparatuur <sup>2</sup> .	HKZ 7.2.1. MIK-V 8-9
<b>Tevredenheid cliënten</b>	De cliënten worden periodiek gevraagd hoe zij de zorg- en dienstverlening, het wonen en het leefklimaat in het verzorgingshuis waarderen. Op basis daarvan vinden in overleg met de cliëntenraad beleidsveranderingen plaats.	HKZ 3.1
<b>Cliëntgerichtheid</b>		
<b>Indicator</b>	<b>Norm</b>	<b>Bron van de norm</b>
<b>Cliëntenraad</b>	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 zonodig tot verbeterpunten.	HKZ 4.2.1/4.12.4
<b>Algemene informatie voorziening naar cliënten</b>	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"> <li>- De producten en diensten die de organisatie biedt;</li> <li>- Algemene feiten over de zorg- en dienstverlening;</li> </ul>	MIK-V 4-2

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup> Hieronder vallen medische hulpmiddelen, bedrekken, katheters, fixatiemiddelen, infuuspompen enz.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algemene waarden en normen die de organisatie hanteert zoals die ook zijn verwoord in de mens- en zorgvisie;</li> <li>- Algemene feiten over het woon-, leef- en zorgklimaat dat wordt geboden binnen de organisatie en de van toepassing zijnde huisregels;</li> <li>- De opnameprocedure;</li> <li>- De financiële gevolgen van de zorg- en dienstverlening;</li> <li>- De regeling voor het beheer van de cliëntengelden;</li> <li>- De klachtenregeling;</li> <li>- De inspraakmogelijkheden die worden geboden;</li> <li>- De bezoekfaciliteiten;</li> <li>- Regelingen betreffende belangenbehartiging voor wilsonbekwame cliënten;</li> <li>- De besluitvormingsprocedures inzake ethische aangelegenheden, in ieder geval met betrekking tot vragen rond levensbeëindiging.</li> </ul>	
<b>Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken</b>	Er zijn voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieden/vrijwilligers aanwezig voor de hulp bij eten en drinken van cliënten.	Ondergrens zorg, Arcares, 2001
<b>Permanente toezicht huiskamers</b>	Er is permanente aanwezigheid van een geïnstrueerd persoon voor toezicht t.b.v. psychogeriatrisch geïndiceerde cliënten in huiskamers.	Ondergrens zorg, Arcares, 2001
<b>Privacy</b>	De privacy van de cliënt wordt gerespecteerd conform de zorgvisie en volgens de regels die daarover in het huisreglement zijn opgenomen.	HKZ 2.4
<b>Klachtenregeling</b>	De organisatie beschikt over een klachtenregeling, conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. 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 zonnodig structurele verbeteringen aangebracht en worden corrigerende en preventieve maatregelen genomen.	HKZ 4.13

### Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Norm	Bron van de norm
<b>Systematisch werken met zorgplannen<sup>3</sup> (vepleeghuiszorg)</b>	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 Verpleeghuiszorg NVVz, 1993
<b>Systematisch werken met zorgplannen (verzorgingshuiszorg)</b>	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
<b>Regeling m.b.t. verantwoorde-</b>	De organisatie waarborgt de kwaliteit van het aanbod van geïntegreerde zorgverlening tenminste door een goede	MIK-V 7-2

<sup>3</sup> In het zorgplan zijn alle activiteiten opgenomen die gericht zijn op het welzijn van en de zorgverlening aan die individuele cliënt. Dus ook welzijnsactiviteiten horen opgenomen te zijn in het systeem zorgplan.

<p>lijkheid en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan (verpleeghuiszorg)</p>	<p>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>
<p>Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan (verzorgingshuiszorg)</p>	<p>Het systeem ten aanzien van zorgplannen bevat richtlijnen over verantwoordelijkheden en coördinatie van het opstellen, het gebruiken en het wijzigen van een zorgplan.</p>	<p>HKZ vzh 4.11.1</p>
<p>Regeling multidisciplinaire cliëntbespreking</p>	<p>Het laten plaatsvinden van geplande multidisciplinaire cliëntbesprekingen. (minimaal 2 maal per jaar.)</p>	<p>Indicator 3 van "ondergrens van de zorg"</p>
<p>Individueel zorgplan</p>	<p>De organisatie heeft een multidisciplinair zorgplansysteem, dit omvat tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een brede cliëntgeoriënteerde hulpvraaganalyse;</li> <li>- Een probleemstelling, uitgaande van de vraagstelling van de individuele cliënt;</li> <li>- Het behandel, verzorg- en verblijfsdoel;</li> <li>- Helder omschreven doelstellingen van de zorg en de behandeling;</li> <li>- De wijze waarop men de doelstellingen wil bereiken;</li> <li>- De wijze waarop en de frequentie waarmee men de doelstellingen evalueert en de zorg en behandeling eventueel bijstelt;</li> <li>- 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;</li> <li>- De verantwoordelijkheidstoedeling;</li> <li>- De afspraken die worden gemaakt.</li> </ul>	<p>MIK V 7-1</p>
<p>Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan (verpleeghuiszorg)</p>	<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. De informatieverstrekking vindt tijdig en in begrijpelijke taal plaats.</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>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 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.</p> <p>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, heeft 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><b>Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan (verzorgingshuiszorg)</b></p>	<p><u>Informatie</u></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><u>Zorgplan en toestemming</u></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><u>Inzage</u></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	Bron van de norm
Beschikbaarheid en deskundigheid	De organisatie heeft voldoende beroepsgroepen en disciplines beschikbaar voor de zorg- en dienstverlening	HKZ 5.1.1 HKZ 4.7.1

<b>zorgverleners</b>	aan al de doelgroepen waarop men zich richt. De organisatie heeft deze (noodzakelijke) personeelsformatie per doelgroep vastgelegd.	
<b>Scholingsplan<sup>4</sup></b>	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 HKZ 5.3 1 + 2
<b>Bekwaamheden BIG</b>	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
<b>Professioneel handelen<sup>5</sup></b>	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.
<b>Bejegening cliënten</b>	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	Bron van de norm
<b>Meerjarenbeleidsplan</b>	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	HKZ 4.1,4.5.1; MIK V 1.1 en 5.1,4/5/1.; 4.1

<sup>4</sup> 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 leidinggevend en uitvoerend;
- 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.

<sup>5</sup> 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.

	strategische planning/strategisch besef in de instelling?	
<b>Jaarwerkplan</b>	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
<b>Managementinformatie systeem</b>	Het managementinformatiesysteem geeft het management voldoende informatie om te sturen. Het management beschikt daardoor over een actueel inzicht in o.a. de volgende gegevens: <ul style="list-style-type: none"> <li>- verhouding zorggebonden en niet zorggebonden personeel</li> <li>- MIC</li> <li>- Ziekteverzuim</li> <li>- Financiën</li> <li>- Arbeidstevredenheid</li> <li>- Cliëntraadpleging/Cliëntentevredenheidsmeting</li> </ul>	HKZ 6.1.(in relatie met 4.18) en MIK V 4.25
<b>Organisatiestructuur</b>	De instelling heeft een beschreven organisatiestructuur. De organisatiestructuur houdt in een: <ul style="list-style-type: none"> <li>- organogram</li> <li>- communicatiestructuur</li> <li>- besluitvormingsstructuur</li> <li>- overzicht (eind-)verantwoordelijkheden en (eind-)bevoegdheden onder andere voor het implementeren van het MIS en het kwaliteitsbeleid.</li> </ul>	HKZ 4.18, 4.19 MIK V 9.1, 10.1
<b>Systeem bewaken ondergrenzen zorg</b>	De instelling heeft een plan van aanpak 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:

<b>Registraties</b>				
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 <sup>6</sup> .	Het zorgregistratie systeem wordt gebruikt, systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Decubitus	Decubitus wordt niet geregistreerd.	Decubitus wordt geregistreerd en 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 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.

<sup>6</sup> 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.

<b>Tevredenheid cliënten</b>	Cliëntentevredenheidsonderzoek vindt niet plaats.	Cliëntentevredenheidsonderzoek vindt minimaal eenmaal per 3 jaar plaats.	De resultaten van het cliëntentevredenheidsonderzoek worden gebruikt bij opstellen van beleid.	Het systeem van cliëntentevredenheids onderzoek en betrokkenheid van resultaten bij beleid wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
<b>Cliëntgerichtheid</b>				
<b>Indicator</b>	<b>Afwezig</b>	<b>Aanwezig</b>	<b>Operationeel</b>	<b>Geborgd</b>
<b>Cliëntenraad</b>	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 worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
<b>Algemene informatievoorziening naar cliënten</b>	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.
<b>Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken</b>	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/vrijwilligers/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	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. En 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 de hulp bij eten en drinken van cliënten wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

		geen instructie		
<b>Permanent toezicht huiskamers</b>	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 degene die toezicht houdt. Én 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. Én familieleden/vrijwilligers die belast worden met het toezicht op cliënten in de huiskamer krijgen instructie. Én (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.
<b>Privacy</b>	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.
<b>Klachtenregeling</b>	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
<b>Systematisch werken met zorgplannen</b>	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.
<b>Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering zorgplan</b>	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.
<b>Regeling multidisciplinaire</b>	Er zijn geen schriftelijk vast-	Er zijn schriftelijk vastgelegde	De vastgelegde afspraken m.b.t. het	De vastgelegde afspraken m.b.t. het



<b>cliëntbespreking</b>	gelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's.	afspraken m.b.t. het houden van MDO's, w.o. MDO's vinden per cliënt minimaal tweemaal per jaar plaats.	houden van MDO's worden nageleefd.	houden van MDO's worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
<b>Individueel zorgplan</b>	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.
<b>Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan</b>	Er zijn geen afspraken vastgelegd over cliëntenrechten m.b.t. zorgplan.	Er zijn afspraken vastgelegd over cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan.	Gemaakte afspraken over cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan worden nageleefd.	Vastgelegde afspraken over cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

## Deskundigheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
<b>Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners</b>	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.
<b>Scholingsplan</b>	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.
<b>Bekwaamheden BIG</b>	De organisatie heeft niet vastgelegd aan welke deskundigheidseisen de medewerkers moeten voldoen met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle	De organisatie heeft vastgelegd aan welke deskundigheidseisen het personeelsbestand moet voldoen conform de Wet BIG en heeft dit vertaald in taak- en	Medewerkers kennen de vastgelegde deskundigheidseisen, taak- en bevoegdheidsregelingen inzake voorbehouden en risicovolle handelingen, en	De noodzakelijke deskundigheden, taak- en bevoegdheidsregelingen worden getoetst, systematisch geëvalueerd en bijgesteld.

	handelingen.	bevoegdheidsregelingen.	werken conform.	
<b>Professioneel handelen</b>	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.
<b>Bejegening cliënten</b>	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 werkattitude .	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
<b>Meerjarenbeleidsplan</b>	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.
<b>Jaarwerkplan</b>	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.
<b>Management informatiesysteem</b>	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.
<b>Organisatiestructuur</b>	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	Structuuraspecten worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

			het dagelijks handelen.	
<b>Systeem bewaken ondergrenzen zorg</b>	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.



adres afzender : SPOW, Nieuw-Sandenburgh  
datum : 14 november 2005  
uw brief d.d. : 18-08-2005  
uw kenmerk : 05-35587/vvt/hr/fe  
ons kenmerk : 08/18/2.10  
behandeld door : Irma Boogaard  
doorkiesnummer : 0118-577000  
e mail : i.boogaard@spow.nl

Staatstoezicht op de Volksgezondheid  
Inspectie voor de gezondheidszorg  
t.a.v: de heer H. Rappard  
Postbus 5837  
2280 HV Rijswijk

Geachte heer Rappard,

Naar aanleiding van uw inspectiebezoek d.d. 8 juni jl. aan Verpleeg en Verzorgingshuis Nieuw-Sandenburgh, Sandenburghlaan 2 te Veere wil ik u op de hoogte brengen van de genomen maatregelen met betrekking tot de volgende punten:

- o Tevredenheid cliënten
- o Permanent toezicht huiskamers verpleegunit.

Met betrekking tot het punt tevredenheid cliënten kan ik u mede delen dat wij in samenspraak met de cliëntenraad de Stichting Cliënt en Kwaliteit te Utrecht de opdracht hebben gegeven om de mening van de cliënten in kaart te brengen.

De invalshoek van cliënt en kwaliteit is het cliëntenperspectief: het onderzoek richt zich op aspecten die cliënten zelf belangrijk vinden. De volgende onderwerpen komen aan bod: opname, wonen, maaltijden, activiteiten/dagbesteding, zorg, (para) medische dienstverlening en zorg en behandeling rond het levenseinde.

7 december zal er een informatiebijeenkomst plaats vinden waarna het enquêteren op 8 en 9 december zal gebeuren.

Het rapport met de bevindingen zal 21 januari 2006 met de zorgaanbieder en cliëntenraad worden besproken en aan de hand van de uitkomst zal dit worden vertaald in actie punten voor de verschillende afdelingen.

Het permanent toezicht huiskamers verpleegunit hebben wij geborgd middels het invoeren van een huiskamerdienst.

Door de aanname van 2 medewerkers welzijn is de continuïteit van aanwezigheid in de huiskamers ingevuld.

De overige punten/uitkomsten in het inspectierapport zijn operationeel en geborgd. Hopend u op deze wijze voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Irma Boogaard  
Regiomanager SPOW Veere

Locaties:

Zorgcentrum Swerf-Rust	Zorg- en verpleegcentrum Nieuw-Sandenburgh	Woonzorgcentrum Hof ter Veste	Woonzorgcentrum De Tienden	Woon- en dienstencentrum Het Bastion
L. Stommesweg 1	Sandenburghlaan 2	Hof ter Veste 7	Borné 12	p/a Hof ter Veste 7
4335 AX Middelburg	4351 RL Veere	4333 HG Middelburg	4374 DB Zoutelande	4333 HG Middelburg
Tel.: 0118-630300	Tel.: 0118-577000	Tel.: 0118-679200	Tel.: 0118-561696	Tel.: 0118-679200
Fax: 0118-640097	Fax: 0118-502171	Fax: 0118-679268	Fax: 0118-563740	Fax: 0118-679268

De SPOW wil de kwaliteit van de diensten Voeding en Winkel weten. Hiertoe heeft de Facilitaire Dienst de mening van de bewoners gevraagd over de maaltijden, de snacks, het assortiment, de dienstverlening en de kwaliteit van producten en medewerkers van de winkel. Een vragenlijst is opgesteld om inzicht te krijgen in de dienstverlening. De enquête is verspreid door de teamleiders zorg.

Van de 80 bewoners hebben er 26 een enquête ingevuld. Dit is 32,5% van de bewoners van Nieuw-Sandenburgh. De resultaten zijn hierdoor niet representatief voor de gehele populatie. Wel kunnen er een paar ingevulde enquêtes uitgefilterd worden voor het verpleeghuis, dit zijn er vier. Wanneer we kijken naar het aantal ingeleverde enquêtes vanuit het verzorgingshuis dan komen we op een percentage van 44% wat wel representatief is voor het verzorgingshuis. De enquêtes en aangegeven suggesties vanuit het verpleeghuis zijn wel meegenomen in de uitwerking en kunnen worden verwerkt in de planvorming.

In de bijlage is de uitwerking van de volledige enquête terug te vinden. Zoals de resultaten uitwijzen zijn de bewoners van Nieuw-Sandenburgh tevreden over de kwaliteit van de maaltijden, de dienstverlening van de medewerkers keuken en de medewerkers winkel. Wel wordt hier en daar een terechte opmerking gegeven. Wat betekend dat de puntjes op de i moeten worden gezet en vooral de communicatie met de bewoners kan verbeteren.

Een voorbeeld is de gemalen voeding wel eens stukjes bevat wat verslikken kan veroorzaken en er wat gemalen voeding betreft niet altijd evenveel keuze is. Dat de laatste op de ronde wel eens een koude maaltijd voorgeschoteld krijgt is ook een punt van aandacht.

Meerder malen wordt aangegeven dat de winkel aan de dure kant is. Daarnaast geven bewoners wensen over het assortiment in de winkel aan.

Aan de hand van de uitkomst van de enquête en de aangegeven suggesties is een plan van aanpak gemaakt.

Carlien Veen

Teamleider facilitair regio Veere  
SPOW

De uitwerking is op basis van de vragengroepen zoals in de enquête is opgesteld.

De onderwerpen zijn met een rapportcijfer van 10 tot 1 beoordeeld.

De cijfers zijn als volgt te omschrijven:

10 = uitmuntend	6 = voldoende	3 = slecht
9 = zeer goed	5 = onvoldoende	2 = zeer slecht
8 = goed	4 = ruim onvoldoende	1 = uitermate slecht
7 = ruim voldoende		

#### Wat is uw geslacht ?

Man	7
Vrouw	19

#### Wat is uw leeftijd ?

60 tot 70 jaar	2
70 tot 80 jaar	6
80 tot 90 jaar	12
90 jaar of ouder	6

#### Hoe lang woont u in Nieuw-Sandenburgh?

Minder dan 1 jaar	12
Langer dan 1 jaar	11
Langer dan 5 jaar	3

## VOEDING

### Heeft u een dieet?

Nee	21
Ja, namelijk	3 diabetes en 2 gemalen

### Hoe beoordeelt u de kwaliteit van DE WARME MAALTIJD

De soepen	7.6
De koude voorgerechten	7.4
De warme voorgerechten	7.5
De vlees- en visgerechten	7.5
De warme groenten	7.3
Rauwkost en salade	7.1
De aardappelgerechten	8.1
Meelstijven ( pasta, rijst, bami)	7.6
Jus en sauzen	7.8
Toelichting en/of opmerkingen: Rauwkost wordt weinig gegeten, dit is moeilijk te kauwen. Van de gemalen soep is vaak te weinig. Pindasoep, paprikasoep en mosterdsoep worden en door 4 mensen niet gewaardeerd. De snack voor gemalen voeding is vaak vruchtenmoes, weinig afwisseling. Voor gemalen maaltijden is bijna nooit keuze uit meerdere componenten. De smaak is niet voor iedereen goed te beoordelen, daar de smaak weg is. Frietjes zijn koud wanneer je als laatste gedeeld krijgt. Graag eens een keer kibbeling, gewone sla. Niet te veel jus over de aardappeltjes. Nasi is erg lekker, kan bami ook eens. Liever geen bami. We krijgen eigenlijk nooit voorgerechten. Graag meer jus. Rauwkost is te zuur.	

### Hoe beoordeelt u de kwaliteit van DE GERECHTEN IN HET ALGEMEEN

Het uiterlijk van de gerechten	7
De smaak van de gerechten	7.1
De gaarheid van de gerechten	7.4
De geur van de gerechten	7.5
De temperatuur warme gerechten	7.7
De temperatuur koude gerechten	7.6
De variatie van de gerechten	7.8
Toelichting en/of opmerkingen: Gemalen voeding graag beter malen, er zitten soms nog stukjes in wat kans op verslikken vergroot. Kiezen uit twee maaltijden is prima. Bloemkool is te gaar. De stelen van bloemkool zijn ook lekker en kunnen worden meegekookt, nu is het voedselverspilling. Vlees is niet altijd goed gaar.	

### Hoe beoordeelt u de variatie van

De soepen	7.5
Koude gerechten	7.5
Warme gerechten	7.3
Snacks	7.3
Toelichting en/of opmerkingen: Graag de gerechten beter op de jaargetijden afstemmen. Meer variatie bij gemalen maaltijden (2 maal aangegeven). Schnitzel is moeilijk te snijden.	

## Hoe beoordeelt u de kwaliteit van DE DIENSTVERLENING & SERVICE

Herkenbaarheid & netheid van het (keuken)personeel	8.4
Hulpvaardigheid & vriendelijkheid van het (keuken)personeel	8.5
Product – en vakkennis van het (keuken)personeel	8.0
Snelheid waarmee u wordt geholpen	8.2
De manier van presentatie (bain mariewagen)	8.1
De presentatie	8.4
De portiegrootte	8.4
Snelle afhandeling van klachten	7.7
Alternatief tijdstip serveren van de snack/soep	8
Alternatief tijdstip serveren van de van de warme maaltijd	8.3
<p>Toelichting en/of opmerkingen:                      Erg wisselend, moeilijk in te vullen. Kan van dag tot dag verschillen. Gemalen voeding is vaak op. Gemalen voeding moet fijner, er zitten soms nog stukjes in wat verslikken kan veroorzaken. De snack is vroeg, graag iets later (2). Geen klachten (3). Route te lang voor de warme maaltijd, wordt koud. Soep is soms wat waterig. De thee is te bleek, niet goed getrokken. Deze vraag is niet in te vullen voor de huiskamers van het verzorgingshuis.</p>	

### Kunt u altijd kiezen uit de aangeboden gerechten?

Ja, eigenlijk altijd	22
Nee, ik krijg regelmatig iets anders	1
Toelichting	Een van de gerechten is er meestal niet meer aan het einde van de route. Keuze is er dan niet meer (2)

### Worden uw vragen, opmerkingen of klachten t.a.v. de maaltijden en de service goed afgehandeld?

Ja	18
nee	1
Toelichting	Nog niet uitprobeerd (2). Geen vragen (3)

### Wordt er gehoor gegeven aan eventuele speciale wensen?

Ja, altijd	11
Ja, soms ( ene keer wel, andere keer niet)	7
Nee, zelden tot nooit	
Toelichting	Geen wensen. Zou wel eens echte sla willen hebben, dit is ook niet te koop in de winkel. Ik geef nooit commentaar



## WINKEL

### Bent u tevreden over het aangeboden assortiment in de winkel?

Ja	15
Nee	4
Toelichting	Ik maak te weinig gebruik van de winkel om te kunnen oordelen (2). Meer lekkers zoals chips, kaaskoekjes. Koekjes van goedkopere merken. Graag een keer iets van schapekaasjes of brie o.i.d. Tomaatjes. Bruine suiker. Gewone zeep: breel

### Bent u tevreden over de prijs – kwaliteitsverhouding van het assortiment in de winkel?

Ja	13
Nee	5
Toelichting	Het toiletpapier is niet zo goed. Te duur (7)

### Worden uw vragen, opmerkingen of klachten t.a.v. de winkel en de service goed afgehandeld?

Ja	15
Nee	
Toelichting	Nog niet zo veel gevraagd.

### Wordt er gehoor gegeven aan eventuele speciale wensen?

Ja, altijd	8
Ja, soms ( ene keer wel, andere keer niet)	6
Nee, zelden tot nooit	2
Toelichting	Nog niet te kennen gegeven. Altijd moeilijk.

### Hoe beoordeelt u de kwaliteit van DE DIENSTVERLENING & SERVICE van de winkel

Herkenbaarheid & netheid van het (winkel)personeel	8.3
Hulpvaardigheid & vriendelijkheid van het (winkel)personeel	8.6
Product – en vakkennis van het (winkel)personeel	8.3
Snelheid waarmee u wordt geholpen	8.4
Toelichting en/of opmerkingen: Niet iedereen maakt gebruik van de winkel en hebben daarom ook deze vragen niet beantwoord.	

### Heeft u de vragenlijst zelf ingevuld?

Ja	12
Nee, samen met familie/vrienden	2
Nee, samen met medewerker afdeling	4
Nee, samen met.....	

**Heeft u suggesties, wensen of andere opmerkingen waarmee wij onze dienstverlening kunnen verhogen?**

Bladgroente graag niet te fijn. In de winkel graag kleine blikjes soep. Nette presentatie van het bestek.  
De messen zijn bos.  
Vraag: Ik heb gehoord dat spinazie, bieten en postelein niet opgewarmd mogen worden. Hoe werkt/ zit dat?  
Over het algemeen alles goed.

WERKGEBIED ZUIDWEST

Bezoekadres Steenvoordelaan 370  
2284 EH Rijswijk  
Postadres Postbus 5837  
2280 HV Rijswijk  
Telefoon (070) 372 31 00  
Telefax (070) 372 -  
Internet www.igz.nl

De Raad van Bestuur van Stichting  
Protestantse Ouderenzorg Op Walcheren  
M.b.t. Verpleeg- en Verzorgingshuis Nieuw-Sandenburgh  
Sandenburghlaan 2  
4351 RL Veere

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Rijswijk,
05-...../VVT/KM	-	(070) 372 31 37	25 november 2005
Onderwerp	Bijlage(n)	Uw brief	Uw kenmerk
Plan van aanpak n.a.v. het toezichtbezoek op 8 juni 2005	-	14 november 2005	198/IB/2.10

Geachte Raad van Bestuur,

Hierbij bevestig ik de ontvangst van uw brief d.d. 14 november jl. waarin het plan van aanpak naar aanleiding van het Inspectiebezoek van 8 juni jl. staat beschreven. Ik moet u zeggen dat ik mij geheel kan vinden in de wijze waarop werk wordt gemaakt van de adviezen en aanbeveling.

Met vriendelijke groet,

de Inspecteur voor de Gezondheidszorg,

Mevrouw K.N. Middendorp