

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



**Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek aan
Zorgcentrum Kennemerduin te Heemstede
op 13 september 2005.**

Amsterdam, april 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	6
2.5	Deskundigheid	6
2.6	Organisatieomstandigheden.....	7
3	Beschouwing.....	8
3.1	Inleiding.....	8
3.2	Kennemerduin in perspectief.	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 13 september 2005 een bezoek gebracht aan Zorgcentrum Kennemerduin te Heemstede (hierna: Kennemerduin). Doel van dit bezoek was een oordeel te geven over de aanwezigheid van een aantal essentiële kwaliteitseisen in Kennemerduin en hierover te rapporteren.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie gebruikgemaakt van het Instrument 'Inspectiebezoek tweede fase gelaagd en gefaseerd toezicht 2004/2005'. Hierin staan de criteria op basis waarvan de inspectie toetst. Het instrument is gebaseerd op de wet en de daarvan afgeleide veldnormen die de koepelorganisaties en beroepsverenigingen hebben ontwikkeld.

Het gaat om de volgende wetten:

- *Kwaliteitswet zorginstellingen;*
- *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;*
- *Wet Geneeskundige 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 Kennemerduin op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg? (hoofdstuk 2);
- Wat wil de inspectie, alle scores overziende, Kennemerduin verder meegeven? (hoofdstuk 3);
- Welke acties moet Kennemerduin binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

2 Resultaten inspectiebezoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe Kennemerduin 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			√	

Algemeen: De instelling is niet gecertificeerd. MIK-V wordt gehanteerd als uitgangspunt bij het kwaliteitsbeleid. De instelling streeft naar certificering conform het Bronzen Keurmerk.

Zorgzwaartemeting: Feitelijk vindt er momenteel geen meting meer plaats. Tot recent geschiedde dit aan de hand van de EBIS-score. In verband met de onduidelijkheden over de ontwikkeling van het IZA-model, beraadt de beherende stichting ZorgBalans Groep zich over een nieuw in te voeren geautomatiseerd systeem voor alle onder haar beheer staande voorzieningen. De kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbezetting per afdeling geschiedt momenteel plaats op basis van recente, historische gegevens, waarbij de zorgzwaarte een belangrijk uitgangspunt is, zoals neergelegd in de nota "Visie op Zorg- en Dienstverlening inclusief personeelsbezetting uitgewerkt naar functie en niveau." De bovengrens van de zorg is niet omschreven, maar in de praktijk wordt niet behandelbare psychiatrische problematiek als bovengrens gehanteerd.

Veiligheid materiaal: De beherende stichting heeft voor alle vestigingen een contract afgesloten voor onderhoud en reparatie van medische hulpmiddelen. Reparatie vindt binnen 24 uur plaats.

Decubitus: Kennemerduin beschikt over een protocol voor preventie en behandeling van decubitus. Registratie van het voorkomen van decubitus vindt plaats. Het direct zorggebonden personeel acht zich in voldoende mate bekwaam in het waarnemen en de behandeling van decubitus en draagt kennis van het protocol. Bij de behandeling wordt gewerkt op voorschrift en aanwijzingen van de verpleeghuisarts. De instelling kan evenwel niet aantonen dat de medewerkers daadwerkelijk werken conform het protocol.

Tevredenheid cliënten: Na meting door middel van een eigen systeem in 2003, is in 2005 gebruik gemaakt van het instrument van de Stichting Cliënt & Kwaliteit. De cliëntenraad wordt betrokken bij het opstellen van plan van aanpak voor verbeterpunten.

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	n.v.t.			
Privacy			√	
Klachtenregeling			√	

Cliëntenraad: In de cliëntenraad hebben bewoners en vertegenwoordigers van bewoners zitting. De voorzitter is tevens lid van de centrale cliëntenraad van ZorgBalans. De raad acht zich als gesprekspartner en belangenbehartiger geaccepteerd en gewaardeerd door het management en de bewoners. De raad wordt thans vroegtijdig bij beleidsontwikkelingen betrokken en in de gelegenheid gesteld daarover een standpunt in te nemen. De raad wordt actief betrokken bij verbeteracties op basis van de bevindingen van de meting van de cliënttevredenheid.

Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken: Voor de verpleegafdeling is een op schrift gestelde regeling beschikbaar. Zowel management als het direct zorggebonden personeel zijn van mening dat door de kleinschaligheid van de somatische verpleegafdeling en de ingebouwde controle mogelijkheden, er te allen tijde adequaat inzicht is welke bewoners hulp bij eten en drinken nodig hebben. Voor registratie wordt een logboek bijgehouden. Voor hulp is altijd voldoende en geschoold personeel beschikbaar. Bewoners krijgen uitsluitend begeleiding bij het eten en drinken van daarin geschoold personeel.

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			√	

Regeling verantwoordelijkheid m.b.t. inhoud en coördinatie van de uitvoering zorgplan/cliëntenrechten: Deze onderdelen zijn schriftelijk uitgewerkt in een afzonderlijke nota.

Individueel zorgplan: Vooralsnog is alleen voor bewoners die in zorg zijn een individueel zorgplan opgesteld. Het in gebruik zijnde model is onduidelijk van opzet en geeft geen inzage in het cyclisch verloop van het zorgproces. De resultaten van de multidisciplinaire bewonersbespreking zijn onvoldoende duidelijk verwerkt in het zorgplan. Uit de ingeziene zorgplannen kan niet worden opgemaakt of de bewoner of diens vertegenwoordiger heeft ingestemd met het zorgplan. De indruk bestaat dat niet door alle medewerkers conform de afspraken betreffende het werken met zorgplannen wordt gehandeld. Er is geen registratie van structurele afwijkingen van de afspraken zoals neergelegd in het zorgplan. De instelling werkt met contact verzorgenden. Per zeven bewoners functioneert één contact verzorgende.

Multidisciplinaire cliëntbespreking: Besprekingen vinden wel plaats maar zijn niet gebaseerd op een schriftelijke regeling.

2.5 Deskundigheid

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

Scholingsplan: Op stichtingsniveau wordt jaarlijks een scholingsaanbod uitgebracht. Op voorzieningenniveau is ruimte voor individuele wensen voor deskundigheidsbevordering.

Professioneel handelen: Bij de medicijndistributie hanteert de instelling het Baxtersysteem. Het daarop betrekking hebbende protocol is opgesteld door de toeleverende apotheker.

2.6 Organisatieomstandigheden

Indicator	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Meerjarenbeleidsplan			√	
Jaarwerkplan			√	
Management informatiesysteem			√	
Organisatiestructuur			√	
Systeem bewaking ondergrenzen zorg			√	

Meerjarenbeleidsplan: Op stichtingsniveau wordt het meerjarenbeleid vastgelegd in een kadernota, die op voorzieningenniveau wordt uitgewerkt in jaarplannen.

Systeem bewaking ondergrenzen zorg: De basiszorg is inhoudelijk omschreven inclusief de daarbij behorende personeelsformatie. Uitgangspunten hiervan zijn de voormalige 10 indicatoren minimale zorg. De teamleiders vervullen een centrale rol bij het monitoren van de verleende zorg.

3 Beschouwing

3.1 Inleiding

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

3.2 Kennemerduin in perspectief.

Uit een vergelijking van de gegevens van de Inspectieformulieren 2003 en 2005 blijkt een vermindering van de risicoscore: het ziekteverzuim is gedaald, beleid is ingezet dat moet leiden naar certificering en de bewonerstevredenheid wordt gemeten aan de hand van een extern instrument. Op kritische onderdelen van de zorg wordt gewerkt aan de hand van protocollen en het zorggebonden personeel is op deze zorgonderdelen geschoold. Voor de zorg aan bewoners met psychiatrische problematiek is een goede samenwerking met GGZ De Geestgronden.

De verbouw van een gedeelte van Kennemerduin tot somatische verpleegafdeling met 30 bewoners en de ingebruikname daarvan in april 2004, heeft een zware wissel getrokken op het functioneren van management en het uitvoerend personeel. Het werken voor en met somatische bewoners betekende een fundamentele omslag vergeleken met de verzorgingshuiszorg. Achteraf kan geconcludeerd worden dat de voorbereiding en gevolgen van deze operatie onderschat zijn.

Op twee fundamentele onderdelen schiet de verleende zorg nog tekort. Het management dient zich ervan te vergewissen dat de verleende zorg op kritische en risicovolle onderdelen, zoals omschreven in de diverse protocollen, in alle gevallen ook daadwerkelijk conform de voorgeschreven werkwijze wordt uitgevoerd.

Daarnaast verdient het werken met individuele zorgplannen aandacht. De in gebruik zijnde zorgplannen voldoen niet aan de criteria die daaraan gesteld mogen worden. Dit verhoogt het risico van inadequate en/of onvoldoende zorg aan de bewoner. De zorgvraag, het te bereiken doel, het daarop geënte zorgaanbod en de resultaten van de multidisciplinaire bewonersbespreking dienen duidelijk te worden verwoord, opdat het cyclische verloop van het zorgproces inzichtelijk wordt gemaakt. Dat impliceert de noodzaak van een document waarin het systematisch werken met zorgplannen wordt uiteengezet. Voor de onderwerpen die in dit kader schriftelijk dienen te worden vastgelegd, wordt verwezen naar de onderwerpen genoemd onder 2.4 van dit rapport. Uiteraard dient dit te worden gekoppeld aan gerichte scholing van het direct zorggebonden personeel.

4 Te nemen maatregelen

4.1 Opstellen plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 1 november 2005 een plan van aanpak waarin u aangeeft hoe u de kwaliteit van de zorg bij Kennemerduin (verder) gaat verbeteren.

De inspectie gaat er vanuit dat u in het plan van aanpak in ieder geval de onderwerpen die door de inspecteur 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).

BIJLAGE 1 Overzicht gebruikte documenten

- organogram
- zorgaanbod/productomschrijving Kennemerduin
- idem verpleeghuiszorg somatiek
- jaarplan 2005
- idem 2004
- jaarplan/activiteitenoverzicht
- vrijwilligersbeleid
- handboek procedures verzorgingshuizen ZorgBalans
- MIC procedure met uitwerking valincidenten
- bekwaamheid voorbehouden handelingen inclusief individuele uitwerking 2005
- decubitus procedure inclusief uitwerking landelijk onderzoek LODP Universiteit Maastricht april 2004
- landelijke prevalentie meting decubitus en andere zorgproblemen 2004 ZorgBalans Universiteit Maastricht november 2004
- procedure mondhygiëne
- tilprotocollen
- handboek verpleegkundige vaardigheden
- handboek calamiteiten
- visie op Zorg- en Dienstverlening inclusief personeelsbezetting uitgewerkt naar functie en niveau
- map met gebruiksaanwijzingen medische hulpmiddelen
- map legionella
- handboek P&O
- infomap voeding
- infomap ten behoeve individuele bewoners

BIJLAGE 2 Overzicht criteria en normen

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

Registraties		
Indicator	Norm m.b.t. titel onderwerp	Bron van norm
Zorgzwaartemeting	De zorgorganisatie hanteert een registratiesysteem voor de zorgzwaarte ¹ .	HKZ 4.8
Decubitus	De instelling heeft een protocol voor de preventie en behandeling van decubitus. Het protocol voldoet aan de CBO richtlijn. Het protocol wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld.	CBO- richtlijn
MIC	De organisatie hanteert procedures voor het registreren en evalueren van incidenten en ongevallen Op basis van deze registratie worden 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
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 ^{2,3} .	HKZ 7.2.1. MIK-V 8-9
Tevredenheid cliënten	De cliënten worden periodiek gevraagd hoe hij/zij de zorg- en dienstverlening en het wonen en het leefklimaat in het verzorgingshuis waardeert. Op basis daarvan vinden in overleg met de cliëntenraad beleidsveranderingen plaats	HKZ 3.1
Cliëntgerichtheid		
Indicator	Norm m.b.t. titel onderwerp	Bron van norm
Cliëntenraad	Cliënten hebben inspraakmogelijkheden bij het opstellen en bijstellen van het beleid. Bij de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid zijn cliënten betrokken De uitkomsten van bedoelde meningspeilingen leiden voor de organisatie in samenspraak met de cliëntenraad zonodig tot verbeterpunten.	HKZ 4.2.1/4.12.4
Algemene informatie voorziening naar cliënten	De organisatie dient PR activiteiten te realiseren gericht op cliënten/familie/relaties. Deze PR activiteiten betreffen in ieder geval het verstrekken van informatie over: <ul style="list-style-type: none"> - De producten en diensten die de organisatie biedt; - Algemene feiten over de zorg- en dienstverlening; - Algemene waarden en normen die de organisatie 	MIK-V 4-2

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

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

	<p>hanteert zoals die ook zijn verwoord in de mens- en zorgvisie;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algemene feiten over het woon- leef- en zorgklimaat dat wordt geboden binnen de organisatie en de van toepassing zijnde huisregels; - De opname procedure; - De financiële gevolgen van de zorg- en dienstverlening; - De regeling voor het beheer van de cliëntengelden; - De klachtenregeling; - De inspraakmogelijkheden die worden geboden; - De bezoekfaciliteiten; - Relingen betreffen belangenbehartiging voor wilsonbekwame cliënten; - De besluitvormingsprocedures inzake ethische aangelegenheden, in ieder geval met betrekking tot vragen rond levensbeëindiging. 	
Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken	Er zijn voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden/vrijwilligers aanwezig voor de hulp bij eten en drinken van cliënten.	Ondergrens zorg, Arcares, 2001
Permanente toezicht huiskamers	Er is permanente aanwezigheid van een geïnstrueerd persoon voor toezicht t.b.v. psychogeriatrisch geïndiceerde cliënten in huiskamers.	Ondergrens zorg, Arcares, 2001
Privacy	De privacy van de cliënt wordt gerespecteerd conform de zorgvisie en volgens de regels die daarover in de huisregels zijn opgenomen.	HKZ 2.4
Klachtenregeling	De organisatie beschikt over een klachtenregeling, conform de Wet Klachtrecht. De klachtenregeling voorziet ook in een laagdrempelige klachtenopvang. De organisatie houdt een registratie bij van de klachten en de afhandeling daarvan (de registratie voldoet aan de wettelijke normen). Naar aanleiding van de klachten worden zonedig structurele verbeteringen aangebracht en worden corrigerende en preventieve maatregelen genomen.	HKZ 4.13
Cyclisch volgen van de zorgvraag		
Indicator	Norm	Bron van norm
Systematisch werken met zorgplannen⁴ (vepleeghuiszorg)	De instelling brengt d.m.v. het systematisch werken met zorgplannen alle zorgverleningsactiviteiten rond een cliënt en hun onderlinge samenhang in beeld. Dit in overeenstemming met de methodische stappen van de zorgcyclus.	modelzorgplan Verpleeghuis zorg NVVz, 1993
Systematisch werken met zorgplannen (verzorgingshuiszorg)	Elke geïndiceerde cliënt heeft een zorgplan. Een zorgplan bevat de afspraken die met de cliënt zijn gemaakt over de te verlenen zorg.	HKZ vzh 2.2
Regeling m.b.t. verantwoorde-	De organisatie waarborgt de kwaliteit van het aanbod van geïntegreerde zorgverlening tenminste door een goede	MIK-V 7-2

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

Lijkheid en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan. (verpleeghuiszorg)	<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>
Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan (verzorgingshuiszorg)	<p>Het systeem ten aanzien van zorgplannen bevat richtlijnen ten aanzien van verantwoordelijkheden en coördinatie ten aanzien van het opstellen, het gebruiken en het wijzigen van een zorgplan.</p>	<p>HKZ vzh 4.11.1</p>
Regeling multidisciplinaire cliëntbespreking	<p>Het laten plaatsvinden van geplande multidisciplinaire cliëntbesprekingen. (minimaal 2 maal per jaar.)</p>	<p>Indicator 3 van "ondergrens van de zorg"</p>
Individueel zorgplan	<p>De organisatie heeft een multidisciplinair zorgplansysteem, dit omvat tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een brede cliëntgeoriënteerde hulpvraaganalyse; - Een probleemstelling, uitgaande van de vraagstelling van de individuele cliënt; - Het behandel, verzorg- en verblijfsdoel; - Helder omschreven doelstellingen van de zorg en de behandeling; - De wijze waarop men de doelstellingen wil bereiken; - De wijze waarop en de frequentie waarmee men de doelstellingen evalueert en de zorg en behandeling eventueel bijstelt; - De wijze waarop de cliënt betrokken wordt bij het opstellen van het individuele zorgplan, waarbij in principe geen zorg- of dienstverlening wordt geboden zonder toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger; - De verantwoordelijkheidstoedeling; - De afspraken die worden gemaakt. 	<p>MIK V 7-1</p>
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan (verpleeghuiszorg)	<p>Het verpleeghuis informeert de cliënt over het doel van (de onderdelen van) het zorgplan, over gevolgen en risico's van voorgestelde behandeling en verzorging en over eventuele alternatieven. Desgevraagd stelt het verpleeghuis de informatie op schrift. 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. Het staat de cliënt vrij om over een behandelingsvoorstel een tweede mening te vragen van een andere hulpverlener. Het verpleeghuis zal hieraan medewerking verlenen. De cliënt is vrij om hiervoor een hulpverlener van zijn keuze te benaderen.</p>	
	<p>De cliënt heeft het recht op inzage in en op afschrift van zijn gegevens.</p> <p>Voor het geven van inzage in of het verstrekken van persoonsgegevens aan een ieder die niet rechtstreeks bij de zorgverlening is betrokken, het verpleeghuis de uitdrukkelijke en gerichte toestemming van de cliënt nodig.</p> <p>De cliënt heeft recht op vernietiging van zijn gegevens, behalve wanneer het bewaren van gegevens van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt.</p>	
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan (verzorgingshuiszorg)	<p>Informatie</p> <p>De zorgaanbieder informeert de cliënt regelmatig over zowel de algemene gang van zaken m.b.t. de zorgverlening, als over specifieke zaken die in het zorgplan zijn vastgelegd. De informatieverstrekking vindt tijdig en in begrijpelijke taal plaats. De zorgaanbieder informeert de cliënt over het doel van (de onderdelen van) het zorgplan, over gevolgen en risico's van de voorgestelde behandeling en verzorging en over eventuele alternatieven.</p> <p>Zorgplan en toestemming</p> <p>Het zorgplan komt in overleg met en met instemming van de cliënt tot stand. Door instemming met het zorgplan geeft de cliënt toestemming voor uitvoering van de handelingen die deel uitmaken van het zorgplan.</p> <p>Inzage</p> <p>De cliënt heeft het recht op inzage in en op afschrift van zijn gegevens. Voor het geven van inzage in of het verstrekken van persoonsgegevens aan een ieder die niet rechtstreeks bij de zorgverlening is betrokken, heeft het verpleeghuis de uitdrukkelijke en gerichte toestemming van de cliënt nodig. De cliënt heeft recht op vernietiging van zijn gegevens, behalve wanneer het bewaren van gegevens van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt.</p>	<p>WGBO HKZ vzh 4.11.1</p>

Deskundigheid

Indicator	Norm m.b.t. titel onderwerp	Bron van norm
Beschikbaarheid en deskundigheid	De organisatie heeft voldoende beroepsgroepen en disciplines beschikbaar voor de zorg en dienstverlening	HKZ 5.1.1 HKZ 4.7.1

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

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

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

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

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

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

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

BIJLAGE 3 Toelichting scorekwalificaties

Algemene toelichting:

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

Toelichting per getoetste norm:

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

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

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

Permanent toezicht huiskamers	Er is geen richtlijn* aanwezig over permanent toezicht op PG geïndiceerde cliënten in de huiskamers door medewerkers en/of geïnstrueerde personen.	Er is/zijn richtlijnen aanwezig. 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.
Privacy	Er is geen aandacht voor het aspect privacy.	Er zijn schriftelijk vastgestelde regels en afspraken over de privacy en omgang.	De vastgestelde regels en afspraken zijn bekend bij medewerkers en worden uitgevoerd.	De regels en afspraken rond de privacy wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Klachtenregeling	Er is geen klachten Regeling.	Er is een klachten Regeling.	De klachtenregeling is bekend en wordt conform uitgevoerd.	De klachtenregeling wordt systematisch geëvalueerd en zondig bijgesteld

Cyclisch volgen van de zorgvraag

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

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

Deskundigheid

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

Professioneel handelen	De organisatie heeft geen of onvoldoende protocollen en richtlijnen op kritische punten van het primaire proces	De organisatie heeft protocollen en richtlijnen op kritische punten van het primaire proces	Medewerkers kennen de inhoud van de protocollen en handelen ernaar.	Er is een operationeel beheerssysteem voor protocollen, richtlijnen en procedures. Dit wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Bejegening cliënten	Er zijn geen vastgelegde afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en attitude van medewerkers	Er zijn vastgelegde afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en attitude van medewerkers	Medewerkers houden zich aan de afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en werkatteitute	De afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en attitude van medewerkers worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Organisatieomstandigheden

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Meerjarenbeleidsplan	Er is niet of nauwelijks een actueel meerjaren-beleidsplan aanwezig.	Er is een meerjarenbeleidsplan dat voldoet aan de norm.	Het meerjaren-beleidsplan wordt uitgevoerd.	Het opstellen en uitvoeren van het meerjaren-beleidsplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Jaarwerkplan	Er is geen jaarwerkplan aanwezig.	Het jaarwerkplan op schrift gesteld.	Het jaarwerkplan is bekend bij medewerkers en er wordt naar gehandeld.	Het opstellen en de uitvoering van het jaarwerkplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Management informatiesysteem	Er is geen MIS aanwezig of er zijn maar 2 van de 6 items in het MIS opgenomen.	Er is een MIS beschreven én er zijn tenminste 3 van de items opgenomen.	Het vastgestelde MIS (met daarin tenminste 3 van de 6 items) wordt (mede) gebruikt als leidraad voor het aansturen van de organisatie binnen de kaders van het vastgestelde beleidsplan.	Het opstellen en de werking van het MIS wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Organisatiestructuur	De instelling heeft aspecten van structuur niet of onvoldoende geregeld.	Structuuraspecten liggen op schrift vast.	Vastgelegde structuuraspecten van de organisatie zijn bekend bij de medewerkers en richtinggevend voor het dagelijks handelen.	Structuuraspecten worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

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