

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

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



**Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek  
aan Zorgcentrum Sint Nicolaashof te Volendam  
op 11 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.....	5
2.4	Cyclisch volgen van de zorgvraag.....	5
2.5	Deskundigheid.....	6
2.6	Organisatieomstandigheden.....	6
<b>3</b>	<b>Beschouwing</b> .....	<b>8</b>
3.1	Inleiding.....	8
3.2	Bouwkundige situatie is slecht en biedt onvoldoende privacy.....	8
3.3	Meer systematische aandacht voor kwaliteitsbewaking en cliëntgerichte zorg.....	8
3.4	Zorgvisie en normen voor verantwoorde zorg schriftelijk vastleggen.....	8
<b>4</b>	<b>Te nemen maatregelen</b> .....	<b>10</b>
4.1	Opstellen plan van aanpak.....	10

## Bijlagen:

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

# 1 Inleiding

In het kader van de tweede fase van gelaagd en gefaseerd toezicht heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 11 augustus 2005 een bezoek gebracht aan Zorgcentrum Sint Nicolaashof. Doel van dit bezoek was een oordeel te geven over de aanwezigheid van essentiële kwaliteitseisen in Zorgcentrum Sint Nicolaashof 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 Zorgcentrum Sint Nicolaashof op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg? (hoofdstuk 2);
- Wat wil de inspectie, alle scores overziende, Zorgcentrum Sint Nicolaashof verder meegeven? (hoofdstuk 3);
- Welke acties moet Zorgcentrum Sint Nicolaashof binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

## 2 Resultaten inspectiebezoek

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe Zorgcentrum Sint Nicolaashof 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:

Met de zorgzwaartemeting middels ZOZ is gestart en de zorgminutenregistratie wordt bijgehouden via het elektronisch zorgdossier van VDZ.

Er is een overzicht van bewoners met (beginnende symptomen van) decubitus, er wordt niet deelgenomen aan de landelijke registratie. Twee bewoners hebben een ernstiger vorm van decubitus. Ongeveer bij 15 à 20 bewoners worden anti-decubitus maatregelen genomen i.v.m. roodheid en drukplekken. Op afroep en tenminste een twee-wekelijks consult wordt gebruik gemaakt van de deskundigheid van een wondverpleegkundige van Evean Thuiszorg. Hierover zijn de medewerkers zeer positief.

Er is een meldingsysteem van incidenten met cliënten en meldingen leiden zo nodig tot maatregelen. Terugrapportage naar medewerkers vindt nauwelijks plaats.

Correctief en preventief onderhoud van ondermeer medische hulpmiddelen vindt plaats door de eigen technische dienst en leveranciers. Een onderhoudsplan werd niet aangetroffen. Op tilliften ontbraken stickers van de laatste controles.

In 2005 is een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd onder de cliënten. In de uitgebreide beschrijving van de resultaten zijn aanbevelingen opgenomen. De resultaten zijn ook besproken met de cliëntenraad. Het Zorgkantoor heeft een toetsing door Stichting Cliënt en Kwaliteit geëist, dit zal volgend jaar worden uitgevoerd.

## 2.3 Cliëntgerichtheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Cliëntenraad			√	
Algemene informatievoorziening cliënten			√	
Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken		√		
Permanent toezicht huiskamers (n.v.t.)	nvt	nvt	nvt	nvt
Privacy	√			
Klachtenregeling				√

### Toelichting:

Sinds februari is er een voltallige cliëntenraad met een onafhankelijk ondersteuner. De cliëntenraad wordt om advies gevraagd, betrokken bij besluitvorming en is van mening dat zij voldoende worden geïnformeerd. Er is een informatiepakket voor nieuwe bewoners. Er is volgens de medewerkers en cliëntenraad voldoende hulp bij eten en drinken voor bewoners die dit nodig hebben. Er is een weegbeleid, echter de multidisciplinaire richtlijn voor vocht en voeding voor verpleeghuisgeïndiceerden is niet bekend en er zijn geen schriftelijke interne richtlijnen of protocollen.

Er is geen schriftelijk richtlijn of protocol over hoe omgegaan wordt met de privacy van de cliënt, wel zijn er onder medewerkers gemeenschappelijke opvattingen over hoe hiermee omgegaan dient te worden. Veel bewoners hebben de deur open, dit past in de omgangsvorm die veel Volendamers kenmerkt.

Er is een klachtenregeling die regelmatig wordt geëvalueerd en er is een klachtenvertrouwenspersoon. Recent zijn er geen klachten ingediend.

## 2.4 Cyclisch volgen van de zorgvraag

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

### Toelichting:

Er zijn elektronisch zorgdossiers, met daarin een zorgplan dat gebaseerd is op het verpleegkundig model van Gordon en de SAMPC-indeling volgt. Er wordt over bijzonderheden gerapporteerd, maar nog niet aan de hand van het zorgplan. Er is niet geschoold in methodisch werken. Er is een systeem van bewonerstoewijzing, de verantwoordelijkheid m.b.t. de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan ligt echter niet schriftelijk vast en is in het zorgdossier ook niet terug te vinden. Het zorgplan wordt vastgesteld in het bewonersgangoverleg, de contactverzorgenden schrijven ter voorbereiding een verslag. Er zijn geen aparte besprekingen met de (vertegenwoordiger van de) bewoner over het zorgplan dat wordt opgesteld. Tijdens de verzorging van de bewoner wordt zo nodig geïnformeerd naar de wensen van de bewoner. De inspectie concludeert dat er nog onvoldoende aandacht is voor de rechten van de cliënt, ondermeer het geven van

toestemming voor de uitvoering van het zorgplan. Voor een uitgebreidere toelichting op de cliëntenrechten wordt verwezen naar bijlage 2 van het rapport.

## 2.5 Deskundigheid

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

### Toelichting:

Er is aandacht voor voldoende beschikbaarheid en deskundigheid van personeel. Scholing, o.a. recent over eenzaamheid en depressie, vindt plaats maar is geen onderdeel van een schriftelijk vastgesteld beleid. Per opleidingsniveau zijn de bekwaamheden van medewerkers voor het uitvoeren van risicovolle en voorbehouden handelingen vastgelegd. Voor de bewaking van de kwaliteit en het op peil houden van de deskundigheid zijn een registratiesysteem en bekwaamheidscriteria ook van belang, dit ontbreekt. Verzorgenden bewaken zelf of zij voldoende bekwaam zijn voor het uitvoeren van een handeling. Op onderdelen zijn protocollen aanwezig, die zijn ondergebracht in het systeem van HKZ. Over het onderwerp bejegening is geen richtlijn aanwezig. In de cliëntenraad is hierover naar voren gebracht dat respectvol met bewoners wordt omgegaan, soms maakt men zich wel zorgen over bewoners die vergeetachtig zijn en soms onvoldoende verzorgd rondlopen.

## 2.6 Organisatieomstandigheden

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

### Toelichting:

Op onderdelen is een beleidsplan en jaarwerkplan aanwezig, echter een samenhangend actueel beleidsplan met daaraan gekoppeld een jaarwerkplan ontbreekt. Er is een managementinformatiesysteem op basis waarvan sturing plaatsvindt.

Na een periode van wisseling is er weer stabiliteit in het management. Het verdient aanbeveling om aan de communicatie- en besluitvormingsstructuur extra aandacht te besteden. Dit is nodig om te voorkomen dat uitvoerende medewerkers een te grote afstand ervaren tussen het management en de dagelijkse zorg. Veranderingen in werkwijze en het realiseren van een cliëntgerichte zorg vereist vaak extra inspanningen. Verzorgenden worden voor keuzes gesteld. Het is dan ook van belang om bij veranderingen een groot draagvlak onder medewerkers te hebben en de ervaringen van de uitvoerende medewerkers bij de besluitvorming te betrekken.

Door de zorgmanager is opgemerkt dat een systematische bewaking van de ondergrens van de zorg niet aan de orde is in Sint Nicolaashof omdat er altijd voldoende personeel en zo nodig mantelzorgers en vrijwilligers beschikbaar zijn (geweest). Intern zijn er volgens de zorgmanager voldoende mogelijkheden om de ondergrenzen te bewaken middels ondermeer rapportage, cliëntenraad en overlegvormen. Hierop wordt in paragraaf 3.3. teruggekomen.

## **3 Beschouwing**

### **3.1 Inleiding**

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

### **3.2 Bouwkundige situatie is slecht en biedt onvoldoende privacy**

Al vele jaren zijn er nieuw- en verbouwplannen in voorbereiding die echter nog niet geleid hebben tot daadwerkelijke (ver-)bouw. Gedeeltelijk is de vertraging het gevolg van het overleg over de samenwerking met andere partijen, waarover nog geen volledige overeenstemming is. Voor tijdelijke opnames zijn nog steeds twee 4-persoonskamers in gebruik. De inspectie acht dit niet acceptabel. Daarnaast maakt de oudbouw een verwaarloosde indruk, mede ten gevolge van achterstalligheid in onderhoud. Op korte termijn dienen de 4-persoonskamers buiten gebruik gesteld te worden. Daarnaast dienen de nieuwbouwplannen met voortvarendheid ter hand te worden genomen en ter overbrugging dient een deel van accommodatie opgeknapt te worden of buiten gebruik gesteld te worden.

### **3.3 Meer systematische aandacht voor kwaliteitsbewaking en cliëntgerichte zorg.**

Aanleiding voor het inspectiebezoek was de score op het Inspectieformulier 2003/2004. De hoge score zou mogelijk kunnen wijzen op risico's in de zorg voor bewoners. Tijdens het inspectiebezoek is gebleken dat er op veel punten sprake is van verbetering. Met veel extra inspanningen is er recent voor iedere bewoner een elektronisch zorgdossier tot stand gekomen en er is meer aandacht voor een systematische kwaliteitsbewaking.

### **3.4 Zorgvisie en normen voor verantwoorde zorg schriftelijk vastleggen**

Sint Nicolaashof is een zorgcentrum dat gekenmerkt wordt door een grote onderlinge betrokkenheid van bewoners en familie. Het zorgcentrum (en haar medewerkers) maakt onderdeel uit van de gemeenschap Volendam. De visie op de zorg- en dienstverlening, ondergrenzen van de zorg, normen en waarden, bijv. inzake bejegening en privacy, zijn grotendeels niet schriftelijk vastgelegd. Het is van belang om dit op schrift te stellen en uitgebreid te bespreken met medewerkers en cliënten(raad). Een visie op zorg en vaststellen van normen biedt handvatten voor medewerkers bij het maken van keuzes in de dagelijkse zorg. De recent door Arcares gepresenteerde normen voor "verantwoorde zorg" kunnen hiervoor een goede basis zijn. Mogelijk heeft dit ook een positief effect op de relatie tussen



de werkvloer en het management. De afstand wordt nu soms als te groot ervaren door medewerkers.

## 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 Zorgcentrum Sint Nicolaashof (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 1 maand een reactie.

**BIJLAGE 1      Overzicht gebruikte documenten**

- Beschrijving producten en diensten en doelgroepen (juni 2005)
- Organisationschema.
- Nieuwsbrief cliëntenraad maart-juni 2005.
- Informatiemateriaal voor cliënten.
- Samenvatting METER bewoners Sint Nicolaashof ( mei 2005).
- Overzicht individuele bevoegdheid en bekwaamheid medewerkers
- Professioneel handelen wet Big per kwalificatieniveau (jan. 2005)
- Overzicht Fte van direct zorggebonden personeel en deskundigheidsniveau.
- Plan van aanpak RI&E (jan. 2005)
- Klachtenregeling en klachtenfolder voor cliënten (jan. 2005)
- Informatie en demonstratie op PC van zorgzwaartemetingssysteem, zorgplandossier en bewaking ondergrens van de zorg.
- Interne begroting.
- Ziekteverzuimcijfers
- MIC-meldingen.
- Overzicht van bewoners met decubitus.
- Protocol geneesmiddelendistributie
- Met toestemming van 6 cliënten inzage via de PC in zorgdossiers.

## 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 zonnodig 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, 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 zonnodig 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> <li>- Algemene waarden en normen die de organisatie</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.

	<p>hanteert, zoals die ook zijn verwoord in de mens- en zorgvisie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <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/familieleden/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> (verpleeghuiszorg)</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. verantwoordelijkheid en coördinatie van de</b>	De organisatie waarborgt de kwaliteit van het aanbod van geïntegreerde zorgverlening tenminste door een goede regeling van de inhoudelijke regie enerzijds en praktische	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.

<b>uitvoering van het zorgplan (verpleeghuiszorg)</b>	<p>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>
<b>Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan (verzorgingshuiszorg)</b>	<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>
<b>Regeling multidisciplinaire cliëntbespreking</b>	<p>Het laten plaatsvinden van geplande multidisciplinaire cliëntbesprekingen (minimaal 2 maal per jaar).</p>	<p>Indicator 3 van "ondergrens van de zorg"</p>
<b>Individueel zorgplan</b>	<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>
<b>Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan (verpleeghuiszorg)</b>	<p>Het verpleeghuis informeert de cliënt over het doel van (de onderdelen van) het zorgplan, over gevolgen en risico's van voorgestelde behandeling en verzorging en over eventuele alternatieven. Desgevraagd stelt het verpleeghuis de informatie op schrift.</p> <p>De informatieverstrekking vindt tijdig en in begrijpelijke taal plaats.</p>	<p>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</p>	

	<p>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, 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 zorgverleners	De organisatie heeft voldoende beroepsgroepen en disciplines beschikbaar voor de zorg- en dienstverlening aan al de doelgroepen waarop men zich richt.	HKZ 5.1.1 HKZ 4.7.1

	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 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

<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 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.

<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.



<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>				
<b>Indicator</b>	<b>Afwezig</b>	<b>Aanwezig</b>	<b>Operationeel</b>	<b>Geborgd</b>
<b>Zorgzwaarte meting</b>	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.
<b>Decubitus</b>	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.
<b>MIC</b>	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.
<b>Veiligheid materiaal</b>	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 cliënten-tevredenheids-onderzoek worden gebruikt bij opstellen van beleid.	Het systeem van cliëntentevredenheidsonderzoek en betrokkenheid van resultaten bij beleid wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
<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 wordt 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 hulp bij eten en drinken van cliënten.	Er is/zijn richtlijnen over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/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	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.

		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 zo nodig 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 zo nodig bijgesteld
<b>Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering van het 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 risicovolle	De organisatie heeft vastgelegd aan welke deskundigheidseisen het personeelsbestand moet voldoen conform de Wet BIG en heeft dit vertaald in taak- en bevoegdheids-	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.	regelingen.	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.