

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



**Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek
aan verpleeghuis Oosterhof te 's Hertogenbosch
op 13 juli 2006**

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
2	Resultaten inspectiebezoek	4
2.1	Inleiding.....	4
2.2	Registraties	4
2.3	Cliëntgerichtheid	5
2.4	Cyclisch volgen van de zorgvraag	5
2.5	Deskundigheid	6
2.6	Organisatieomstandigheden.....	6
3	Beschouwing.....	7
3.1	Inleiding.....	7
3.2	Eerste verbeteringen kwaliteit van zorg zichtbaar binnen verpleeghuis Oosterhof.....	7
3.3	Cliëntenraad niet tevreden over wijze van veranderingstraject.....	7
3.4	Cliëntgerichtheid duidelijk verbeterd, maar er moet ook nog veel gebeuren	8
3.5	Op de afdelingen wordt anders gewerkt.....	8
3.6	Situatie blijft kwetsbaar	8
4	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 intensivering van het toezicht op verpleeghuiszorg heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 18 januari 2006 een bezoek gebracht aan verpleeghuis Oosterhof. Doel van dit bezoek was een oordeel te geven over de aanwezigheid van essentiële kwaliteitseisen in verpleeghuis Oosterhof en hierover te rapporteren. Naar aanleiding van dit bezoek is u verzocht om een plan van aanpak op te stellen. Het plan van aanpak is ontvangen en hierop heeft u een reactie ontvangen. Om te beoordelen of de implementatie van het plan van aanpak inmiddels heeft geleid tot verbeteringen is op 13 juli 2006 opnieuw een bezoek gebracht aan verpleeghuis Oosterhof.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie gebruik gemaakt van het Instrument 'Inspectiebezoek tweede fase gelaagd en gefaseerd toezicht 2005/2006'. Hierin staan de criteria op basis waarvan de inspectie toetst. Het instrument is gebaseerd op de wet en de daarvan afgeleide veldnormen die de koepelorganisaties en beroepsverenigingen hebben ontwikkeld.

Het gaat om de volgende wetten:

- *Kwaliteitswet zorginstellingen;*
- *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;*
- *Wet geneeskundige behandelovereenkomst;*
- *Wet klachtrecht;*
- *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.*

De volgende veldnormen en rapporten zijn gebruikt:

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

De criteria, de herkomst van de criteria en de algemene toelichting op de scores kunt u vinden in bijlagen 2 en 3.

Tijdens het bezoek zijn uitsluitend de criteria getoetst die bij het bezoek op 18 januari 2006 niet op het niveau operationeel of geborgd zijn beoordeeld.

In dit rapport leest u de resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit van de zorg.

Achtereenvolgens worden drie vragen beantwoord:

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

2 Resultaten inspectiebezoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe verpleeghuis Oosterhof scoort op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg die opnieuw zijn getoetst en zijn vastgelegd in het inspectie-instrument 'Inspectiebezoek tweede fase 2005/2006'. Per aandachtsgebied vindt u een tabel met scores. In de tabel vindt u de score van het bezoek op 18 januari 2006 en de score van het bezoek op 13 juli 2006. De scores zijn beoordeeld op kwalificatieniveaus 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, verpleeghuisartsen en 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	Beoordeling bezoek 18 januari 2006	Beoordeling bezoek 13 juli 2006
Zorgzwaartemeting	aanwezig	aanwezig
Veiligheid materiaal	aanwezig	aanwezig
Tevredenheid cliënten	afwezig	operationeel

Toelichting:

- De zorgzwaarte meting is in volle voorbereiding en na de zomervakantie gaat er gestart worden met de ZOZ-meting.
- De veiligheid van het materiaal is verbeterd. Er zijn nieuwe tilliften aangeschaft. Tijdens de rondgang bleek dat verschillende liften voorzien waren van een onderhoudssticker 2006 en andere een sticker hadden van 2005. Hoe dit komt werd niet duidelijk. De medewerkers hebben instructies ontvangen voor de controle op de tilbanden. Er is aangegeven dat bij het aanbrengen van de band, deze moet "klikken" en dat onleesbare etiketten mogelijk duiden op een versleten band. Toch trof de inspectie banden aan met verwassen etiketten. Registraties en een onderhoudsschema zijn inmiddels wel aanwezig. Omdat het schema nog niet helemaal operationeel is aanwezig gescoord.
- Daarnaast heeft een uitgebreide audit plaatsgevonden op het gebied van allerlei hulpmiddelen, bedden en fixatiematerialen.
- Het cliëntentevredenheidsonderzoek is recent uitgevoerd. De uitkomsten worden in augustus 2006 verwacht.

2.3 Cliëntgerichtheid

Indicator	Beoordeling bezoek	Beoordeling bezoek
	18 januari 2006	13 juli 2006
Algemene informatievoorziening aan cliënten	afwezig	operationeel
Passende hulp bij eten en drinken	aanwezig	aanwezig
Adequaat toezicht en permanente alertheid	aanwezig	aanwezig
Klachtenregeling	aanwezig	operationeel

Toelichting:

- De algemene informatievoorziening is op praktisch alle onderdelen operationeel. Een woord van waardering is op zijn plaats. Een folder van de cliëntenraad is nog niet aanwezig, over de exacte inhoud wordt nu nog discussie gevoerd. Er zijn inmiddels voorlopige huisregels opgesteld.
- In de praktijk is er voldoende informatie bekend bij de medewerkers op welke wijze het toezicht en hulp bij eten en drinken geregeld is. De locatiemanager ad interim geeft aan dat de schriftelijke richtlijn op dit onderdeel geen prioriteit heeft gehad het afgelopen half jaar.
- De klachtenregeling is inmiddels operationeel.

2.4 Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Beoordeling bezoek	Beoordeling bezoek
	18 januari 2006	13 juli 2006
Systematisch werken met zorgplannen	aanwezig	aanwezig
Registratie afwijkingen individueel zorgplan	afwezig	aanwezig
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan	afwezig	aanwezig
Scholing zorgplan	afwezig	aanwezig

Toelichting:

- Alle medewerkers zijn opnieuw geattendeerd op de geldende afspraken in het systematisch werken met de zorgplannen. Het komt volgens de verpleeghuisartsen nog regelmatig voor dat medewerkers zich niet aan deze afspraken houden maar nog steeds vanuit de oude cultuur werken "dat regelen wij zelf wel". Aan de andere kant is er ook duidelijk verbetering waarneembaar. Er is een strikt beleid uitgezet om medewerkers conform de regels te laten werken.
- De registratie van afwijkingen in het zorgplan is een onderdeel van bovenstaande hernieuwde afspraken.
- De cliëntenrechten zijn onderzocht aan de hand van casuïstiek met betrekking tot de wilsbekwaamheid. Op dit onderwerp zijn duidelijk inspanningen gepleegd. Aan de hand van ingeziene dossiers blijkt dat er conform wet, regelgeving en procedures wordt gewerkt. Met betrekking tot cliëntenrechten in algemene zin worden zaken wel vastgelegd in dossier maar er wordt nog niet in alle gevallen getekend voor behandelingsplannen.

- Er is nog niet echt sprake van een gerichte scholing in het werken met zorgplannen, maar het opnieuw attenderen van medewerkers op oude afspraken en regels kan wel zo worden opgevat, daarom is "aanwezig" gescoord om de progressie op dit onderdeel zichtbaar te maken.

2.5 Deskundigheid

Indicator	Beoordeling bezoek 18 januari 2006	Beoordeling bezoek 13 juli 2006
Scholingsplan	aanwezig	operationeel
Professioneel handelen	aanwezig	aanwezig

Toelichting:

- Er is op grote schaal geschoold het afgelopen half jaar. Op alle afdelingen zijn medewerkers geschoold in elementaire basiscommunicatie, "hoe gaan wij met elkaar om", "hoe gaan we om met familie en cliënten". Er is gezien de specifieke casuïstiek op enkele afdelingen zeer veel aandacht besteed aan het omgaan met agressie. Medewerkers geven wel aan dat er echt jarenlang niets is gebeurd en nu moet in een keer op alle gebieden worden geschoold. Scholing maakt ook duidelijk dat diverse medewerkers niet langer geschikt zijn voor hun functie. Dit punt valt te constateren op elk niveau in de organisatie, bij wisselingen van functies. In sommige gevallen is ontslag dan ook aan de orde. In het kader van een zorgvuldig personeelsbeleid heeft verpleeghuis Oosterhof hier dan ook een beleid op uitgezet.

2.6 Organisatieomstandigheden

Indicator	Beoordeling bezoek 18 januari 2006	Beoordeling bezoek 13 juli 2006
Jaarwerkplan	aanwezig	operationeel
Systeem bewaken verantwoord zorgniveau	aanwezig	aanwezig

Toelichting:

- Het werkplan van de interim locatiedirecteur heeft gefunctioneerd als jaarwerkplan. De nieuwe directeur die per 1 augustus 2006 begint heeft de opdracht een jaarwerkplan voor 2006 en 2007 te concipiëren.
- Het systeem voor het bewaken van de ondergrenzen van de zorg is nog niet verder uitgewerkt. De oude "alarmbellen" gelden nog.

3 Beschouwing

3.1 Inleiding

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

3.2 Eerste verbeteringen kwaliteit van zorg zichtbaar binnen verpleeghuis Oosterhof

Verpleeghuis Oosterhof heeft het afgelopen jaar gekozen om veel te investeren in de communicatie en coaching van het personeel. Jarenlange achterstanden op dit terrein maakten deze prioritering noodzakelijk volgens de locatiedirecteur. De exceptionele complexe cliëntenproblematiek, waarmee verpleeghuis Oosterhof het afgelopen jaar vervolgens mee is geconfronteerd, heeft dit extra noodzakelijk gemaakt. Het afgelopen half jaar heeft ook duidelijk gemaakt dat personele wisselingen in het middenkader noodzakelijk zijn, hiervoor zijn door de Raad van Bestuur beleidslijnen uigestippeld, daarbij rekening houdend met een zorgvuldig personeelsbeleid en met verantwoorde zorg. Met betrekking tot dit laatste punt geven verpleeghuisartsen aan dat de zorg beter moet, maar beslist verantwoord te noemen is.

Veel aandacht is uitgegaan naar basale communicatie en het creëren van een situatie waarbij medewerkers zelf verantwoordelijkheid (durven) nemen.

3.3 Cliëntenraad niet tevreden over wijze van veranderingstraject

De twee leden van de cliëntenraad geven aan niet tevreden te zijn over de wijze waarop de veranderingen worden doorgevoerd. Volgens hen moet het hele middenkader zonder aarzeling direct worden vervangen en gaan zaken te traag. Zij geven aan van mening te verschillen over de wijze waarop de van Neynselgroep en in het bijzonder verpleeghuis Oosterhof wordt aangestuurd. Volgens de cliëntenraad wordt er in onvoldoende mate gereageerd op hun signalen. Desgevraagd geeft de locatiemanager ad interim aan dat er altijd ruimte is voor gesprek maar dat dergelijke gesprekken niet ad hoc kunnen plaatsvinden en dat afspraken maken noodzakelijk is. Duidelijk is in ieder geval dat de huidige wijze van samenwerken tussen cliëntenraad, directie en de Raad van Bestuur de nodige spanning met zich meebrengt, welke niet positief bijdraagt aan het gehele veranderingproces. De inspectie is van oordeel dat er een werkbare situatie moet ontstaan tussen cliëntenraad, directie en de Raad van Bestuur van de van Neynselgroep en roept beide partijen op zich daarvoor in te spannen en te komen tot duidelijke afspraken, zonodig met hulp van buitenaf.

3.4 Cliëntgerichtheid duidelijk verbeterd, maar er moet ook nog veel gebeuren

Op de genoemde onderdelen met betrekking tot de cliëntgerichtheid scoort verpleeghuis Oosterhof nu beslist operationeel. Dat wil niet zeggen dat op alle gebieden de cliëntgerichtheid optimaal is. Verschillende kleine voorbeelden, genoemd tijdens gesprekken, maken dat duidelijk. Voorbeelden komen zowel van de cliëntenraad, van management, middenkader en verzorgenden. Maar, zo zeggen verzorgenden, wij leren wel. De komende periode zullen de attitude en cultuur nog belangrijke speerpunten blijven binnen verpleeghuis Oosterhof. Verpleeghuisartsen en middenkader geven aan er ook "bovenop" te zitten.

3.5 Op de afdelingen wordt anders gewerkt

Er zijn op verschillende punten verbeteringen aangebracht; nieuwe wijze van roosteren, er is een werkgroep personele bezetting in het leven geroepen. Op alle afdelingen vinden bijeenkomsten plaats met de naam "zorgen in de kring", waarin allerlei onderwerpen besproken kunnen worden. EVV-ers zijn een speerpunt van de organisatie als spil in de zorg rondom de bewoner.

Er gaat een traject starten rondom pg-zorg, Een begroting wordt momenteel daarvoor gemaakt en is een nieuwe dienstenstructuur opgezet.

3.6 Situatie blijft kwetsbaar

Hoewel er al verschillende zaken zijn verbeterd in verpleeghuis Oosterhof blijft de situatie kwetsbaar, zeker gezien de geschiedenis van het afgelopen half jaar. Medewerkers hebben zich in ernstige mate aantoonbaar bedreigd gevoeld door familie van bewoners en dit heeft de hele situatie extra gecompliceerd gemaakt. De directie is zich daar terdege van bewust. Gezien deze kwetsbare positie zal de inspectie het proces nauwlettend blijven volgen.

4 Opstellen plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 15 oktober 2006 een plan van aanpak waarin u aangeeft hoe u de kwaliteit van de zorg bij verpleeghuis Oosterhof(verder) gaat verbeteren. Dit plan van aanpak zal besproken worden door de inspectie met de nieuwe lokatiemanager van verpleeghuis Oosterhof en de Raad van bestuur.

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).

Tevens verwacht de inspectie van u een voortgangsrapportage uiterlijk 1 december 2006. In januari 2007 zal een follow-up bezoek plaats vinden. Doel van het bezoek is om na te gaan op welke wijze u zich heeft ingespannen om de onderwerpen die nu aan afwezig scoren te verbeteren en wat de resultaten zijn van uw plan van aanpak.

BIJLAGE 1 Overzicht gebruikte documenten

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

- Voorlopige huis/gedragsregels verpleeghuis Oosterhof;
- Klachtenregeling Oosterhof, april 2006;
- Stukken met betrekking tot het inspectiebezoek op 18-01-2006;
- Stukken met betrekking tot voortgang na het inspectiebezoek.

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. Tijdens dit bezoek zijn niet alle onderstaande normen getoetst. Aan de hand van hoofdstuk 2 kunt u nagaan welke normen zijn getoetst.

Registraties		
Indicator	Norm	Bron van de norm
Zorgzwaartemeting	De organisatie hanteert een registratiesysteem voor de zorgzwaarte.	HKZ 4.8
	De relatie tussen enerzijds de cliëntenpopulatie, hun zorgbehoefte en zorgzwaarte en anderzijds de daarvoor benodigde omvang, aard en deskundigheid van de personeelsformatie wordt in een methode van capaciteitsplanning opgenomen en verantwoord.	Normen voor Verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz.20
Decubitus	De instelling heeft een protocol voor de preventie en behandeling en registratie van decubitus. Het protocol voldoet aan de CBO richtlijn. Het protocol en de methodiek van registratie wordt systematisch geëvalueerd en bijgesteld.	CBO- richtlijn
	Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professioneel algemeen aanvaarde standaarden.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 18
MIC	De organisatie hanteert procedures voor het registreren en evalueren van incidenten en ongevallen Op basis van deze registratie worden zonodig corrigerende en preventieve maatregelen genomen.	HKZ 4.16.1 en 4.16.2
	Er is een systeem aanwezig binnen de organisatie voor het registreren en behandelen van meldingen van incidenten in de zorg- en dienstverlening.	MIK-V 2.10
	Van het kwaliteitssysteem maakt in ieder geval de incidentenregistratie onderdeel uit.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 23
Veiligheid materiaal	De organisatie beschikt over een onderhoudsplan voor de inventaris van gebouwen en appartementen inclusief de aanwezige gebruiksvoorwerpen en materialen en test- en beproevingsapparatuur ¹ .	MIK-V 8-9 HKZ 7.2.1

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

	De zorgorganisatie heeft maatregelen getroffen om de veiligheid van hulpmiddelen als bedden, bedekken, tilliften en veiligheid bij het gebruik hiervan te waarborgen. Bij aanschaf, gebruik en onderhoud van hulpmiddelen wordt uitgegaan van de randvoorwaarden en aanbevelingen, zoals beschreven in het 'Werkpakket aanpak fysieke belasting voor verpleeg- en verzorgingshuizen'.	Normen voor Verantwoorde Zorg, versie juni 2005, blz. 22
Tevredenheid cliënten	De cliënten worden periodiek gevraagd hoe hij/zij de zorg- en dienstverlening, het wonen en het leefklimaat in het verzorgingshuis waardeert. Op basis daarvan vinden, in overleg met de cliëntenraad, beleidsveranderingen plaats.	HKZ 3.1
	Het kwaliteitssysteem bevat in ieder geval een onafhankelijke cliëntenraadpleging. Voor dit onderwerp geldt dat de uitkomsten besproken worden met de relevante onderdelen van de organisatie (waaronder de cliëntenraad) en waar nodig vertaald naar kwaliteitsverbetering. Tweejaarlijks vindt een onafhankelijke cliëntenraadpleging plaats, uitgevoerd door een onafhankelijk bureau.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 8,23
Cliëntgerichtheid		
Indicator	Norm	Bron van de norm
Cliëntenraad	Op basis van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, dienen de zorgorganisaties een cliëntenraad in te stellen. Bij de totstandkoming van het (kwaliteits)beleid is de cliëntenraad betrokken.	WMCZ
Algemene informatie voorziening naar cliënten	De organisatie dient PR activiteiten te realiseren gericht op cliënten/familie/relaties. Deze PR activiteiten betreffen in ieder geval het verstrekken van informatie over: <ul style="list-style-type: none"> - de opnameprocedure; - het aanbod aan zorg, diensten en service (de leveringsvoorwaarden); - de zorgovereenkomst, rechten en plichten; - financiën (waaronder de kosten die voor eigen rekening zijn); - het zorg(behandel-/leef)plansysteem en de keuzevrijheid en autonomie van de cliënt daarbij; - de communicatie; - de cliëntenraad; - de huisregel, waaronder regels over huisdieren; - de veiligheid; - de klachtenprocedure, patiëntenvertrouwenspersoon; - regelingen betreffende belangenbehartiging voor wilsonbekwame cliënten; - de besluitvormingsprocedures inzake ethische aangelegenheden, in ieder geval met betrekking tot vragen rond levensbeëindiging; - ontslag en overplaatsing. 	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 12
Passende hulp bij eten en drinken	Met het oog op smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes is er sprake van onder meer passende hulp bij en voldoende tijd voor eten en drinken.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 14

Adequaat toezicht en permanente alertheid	Er is permanente aanwezigheid van een geïnstrueerd persoon voor toezicht t.b.v. psychogeriatrisch geïndiceerde cliënten in huiskamers.	Ondergrens zorg, Arcares, 2001
	In de woon- en leefruimte van psychogeriatrische cliënten, de gangen en de liften heerst een adequate vorm van toezicht en permanente alertheid op eventuele onveilige situaties. Er wordt 7 maal 24-uur toezicht geboden door gekwalificeerd personeel of geïnstrueerde personen; in overleg met de cliëntenraad zijn alternatieve vormen van toezicht mogelijk.	Normen voor Verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 22
Klachten regeling	De organisatie beschikt over een klachtenregeling, conform de Wet Klachtrecht.	HKZ 4.13
	De klachtenregeling voorziet ook in een laagdrempelige klachtenopvang. De organisatie houdt een registratie bij van de klachten en de afhandeling daarvan (de registratie voldoet aan de wettelijke normen). Naar aanleiding van de klachten worden zonodig structurele verbeteringen aangebracht en worden corrigerende en preventieve maatregelen genomen.	
	Het kwaliteitssysteem bevat in ieder geval een onafhankelijke klachtenregeling en een vertrouwenspersoon voor cliënten.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 23

Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Norm	Bron van de norm
Systematisch werken met zorgplannen	Elke geïndiceerde cliënt heeft een zorgplan. Een zorgplan bevat de afspraken die met de cliënt zijn gemaakt over de te verlenen zorg.	HKZ vzh 2.2
	De zorgorganisatie voorziet in een cyclisch geborgd zorg(behandel-)/leefplansysteem. De zorgorganisatie bewerkstelligt dat het zorg(behandel-)/leefplan tot stand komt waarin de onderwerpen uit de kwaliteit van leven domeinen concreet vertaald zijn naar de zorgbehoeften, wensen en voorkeuren van de cliënt	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 20
Registratie afwijkingen individueel zorgplan	De zorgorganisatie voorziet in een aantoonbare bespreking en vastlegging van (structurele) afwijkingen van het zorgplan en kwaliteitsverbeteringen binnen het team, die voortvloeien uit zorg(behandel-/leef)planbesprekingen.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 20
Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan.	De organisatie waarborgt de kwaliteit van het aanbod van geïntegreerde zorgverlening ten minste door een goede regeling van de inhoudelijke regie enerzijds en praktische coördinatie anderzijds, van ieder individueel zorg- en dienstverleningsproces.	MIK-V 7-2
	Het systeem ten aanzien van zorgplannen bevat richtlijnen ten aanzien van verantwoordelijkheden en coördinatie ten aanzien van het opstellen, het gebruiken en het wijzigen van een zorgplan.	HKZ vzh 4.11.1
	De zorgorganisatie voorziet in een passende verantwoordelijkheidstoedeling	Normen voor Verantwoorde Zorg, versie juni 2005

Regeling multidisciplinaire cliëntbespreking	De zorgorganisatie voorziet in cliëntenbesprekingen en/of multidisciplinair overleg tussen relevante disciplines die deel uitmaken van het cyclisch geborgd zorgplan(behandel-)/leefplansysteem	Normen voor verantwoorde zorg, versie, juni 2005, blz. 21
Cliëntenrechten m.b.t. het zorgplan	<p><i>Informatie</i></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><i>Zorgplan en toestemming</i></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 (be)handelingen, die deel uitmaken van het zorgplan.</p> <p><i>Inzage</i></p> <p>De cliënt heeft het recht op inzage in en een afschrift van zijn gegevens. Voor het geven van inzage in of het verstrekken van persoonsgegevens aan een ieder die niet rechtstreeks bij de zorgverlening is betrokken, heeft het verpleeghuis de uitdrukkelijke en gerichte toestemming van de cliënt nodig. De cliënt heeft recht op vernietiging van zijn gegevens, behalve wanneer het bewaren van gegevens van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt.</p> <p>De bewaartermijn is minimaal 10 jaar.</p>	WGBO
Scholing zorgplan	De zorgorganisatie voorziet in een zorg(behandel-)/leefplan. De zorgorganisatie voorziet in voldoende en bekwaam personeel. De zorgorganisatie voorziet in interne scholing en deskundigheid.	Norm voor Verantwoorde Zorg, versie juni 2005.
Deskundigheid		
Indicator	Norm	Bron van de norm
Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners	<p>De organisatie heeft voldoende beroepsgroepen en disciplines beschikbaar voor de zorg en dienstverlening aan al de doelgroepen waarop men zich richt.</p> <p>De organisatie heeft deze (noodzakelijke) personeelsformatie per doelgroep vastgelegd.</p>	HKZ 5.1.1 HKZ 4.7.1
	<p>De relatie tussen enerzijds de cliëntpopulatie, hun zorgbehoeften en zorgzwaartes en anderzijds de daarvoor benodigde omvang, aard en deskundigheid van de personeelsformatie wordt in een methode van capaciteitsplanning opgenomen en verantwoord.</p> <p>Ten minste eenmaal per jaar vindt hierover overleg plaats met het medezeggenschapsorgaan. Ontbrekende deskundigheden (aanvullende zorg/dienstverlening) worden van extern betrokken.</p> <p>Over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling worden dan duidelijke werkafspraken gemaakt.</p> <p>Dat alles leidt ertoe dat ondermeer wordt voorzien in een adequaat aanbod van verpleging en (para)medische behandeling voor bijzondere, diagnose gerelateerde zorg, en in revalidatiezorg.</p>	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 20

Scholingsplan	De organisatie heeft (gebaseerd op een inventarisatie van opleidings- en scholingsnoodzaak) een bij- en nascholingsbeleid. Een goed personeelsbeleid houdt ook in dat er functioneringsgesprekken worden gevoerd.	HKZ5.3 1 + 2 MIK V 11-3
	De zorgorganisatie zorgt tevens voor de benodigde scholing en deskundigheidsbevordering. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij opleidingsbehoeften van medewerkers en het vraaggericht werken, de zorgzwaarte, de zorgvraag, problematiek van bewoners en de visie van de zorgorganisatie.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005 blz. 21
Bekwaamheden BIG	In het kader van de Wet BIG zorgt de organisatie ervoor dat medewerkers die voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren bekwaam zijn en blijven. Hiertoe heeft de organisatie een registratiesysteem en bekwaamheidscriteria ontwikkeld (verantwoordelijkheid en toezicht van de arts moet schriftelijk geregeld zijn, evenals het uitvoeringsverzoek van de arts).	Norm: LCVV/ Nu1.6;
	Van iedere medewerker dient te worden vastgelegd wat zijn of haar deskundigheden en vaardigheden in relatie tot voorbehouden en risicovolle handelingen zijn.	Wet BIG
	Voorbehouden en risicovolle handelingen worden uitgevoerd door daartoe bevoegde en bekwaame medewerkers.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005 blz. 21
Professioneel handelen	De organisatie geeft richting aan het professioneel handelen door het toepassen van procedures, richtlijnen en protocollen op kritische punten in het primaire proces. In ieder geval alle in de organisatie voorkomende voorbehouden en risicovolle handelingen en decubitus.	Norm: HKZ WIP- richtlijnen; LCVV/Nu 1.5; LCVV/ Sting 1.6
	Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professioneel algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: <ul style="list-style-type: none"> - Decubitus (richtlijn, registratie) - Vocht en voedsel (richtlijn) - Valpreventie (registratie) - Farmaceutische zorg (richtlijn en farmaceutisch overleg) - Infectiepreventie en behandeling (richtlijn) - Toiletgang en incontinentie - Gedragsproblemen en agressie (richtlijn). 	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 18
Bejegening cliënten	De bejegening van cliënten is correct en respectvol en vindt plaats conform de zorgvisie van de organisatie.	HKZ/vzh 2.5.1
	Medewerkers respecteren de eigen levenssfeer van cliënten en dragen zorg voor een goede bejegening; ze hebben de verantwoordelijkheid voor een goede communicatie en dialoog met cliënten over hun ervaringen, wensen en voorkeuren. Aanspreekbaarheid op houding en onderlinge verhoudingen is onderdeel van de organisatiecultuur. De zorgorganisatie kent een gedragscode inzake de omgang tussen medewerker en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerker en wordt nageleefd.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 17

Organisatieomstandigheden

Indicator	Norm	Bron van de norm
-----------	------	------------------

Meerjarenbeleidplan	In het meerjarenbeleidplan is opgenomen: de visie op de toekomst, de visie op toekomstige doelgroepen, de (toekomstige)samenwerking met derden, het LTHP (zie relatie met bestaan van meerbedskamers), de verkenning van de omgeving(markt). Dat wil zeggen is er enige strategische planning/strategisch besef in de instelling.	HKZ 4.1,4.5.1; MIK V 1.1 en 5.1,4/5/1.; 4.1
Jaarwerkplan	Het jaarwerkplan is de praktische uitwerking per jaar van het meerjarenbeleidplan. In dit plan wordt het beleidsvoornemen geconcretiseerd in actiepunten met streefdata en voor de uitvoering verantwoordelijke personen of groepen binnen de organisatie. In het jaarwerkplan is o.a. opgenomen: de omschrijving van de huidige producten en diensten in relatie tot de gemeten zorgzwaarte en de benodigde personeelsinzet gebaseerd op de behoefte van de cliënt.	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
	De zorgorganisatie stelt, afgestemd met de cliëntenraad, jaarlijks prioriteiten vast ten aanzien van kwaliteitsverbeteringen en rapporteert daarover in het kwaliteitsjaarverslag.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 9, 21
Organisatiestructuur	De instelling heeft een beschreven organisatiestructuur. De organisatiestructuur houdt in een: <ul style="list-style-type: none"> - organogram - communicatiestructuur - besluitvormingsstructuur - overzicht (eind)verantwoordelijkheden en (eind)bevoegdheden onder andere voor het implementeren van het MIS en het kwaliteitsbeleid. 	HKZ 4.18, 4.19 MIK V 9.1, 10.1
	De zorgorganisatie voorziet in een verantwoordelijkheidstoedeling die leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 20
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: <ul style="list-style-type: none"> - Verhouding zorggebonden en niet zorggebonden personeel - MIC - Ziekteverzuim - Financiën - Arbeidstevredenheid - Cliëntraadpleging 	HKZ 6.1.(in relatie met 4.18) MIK V 4.25
Systeem bewaken verantwoord zorgniveau	Een professionele zorgorganisatie levert verantwoorde zorg. De geleverde verantwoorde zorg is gewaarborgd door een (kwaliteits)systeem.	Normen voor verantwoorde zorg, versie juni 2005, blz. 4

BIJLAGE 3 Toelichting scorekwalificaties

Algemene toelichting:

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

Toelichting per getoetste norm:

Registraties				
Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Zorgzwaarte meting	Er is geen zicht op de zorgzwaarte en/of de zorgzwaarte wordt niet volgens een vaste methodiek geregistreerd.	De zorgzwaarte wordt volgens een vaste methodiek geregistreerd.	De zorgzwaartegegevens worden gebruikt als sturingsinstrument.	Het zorgzwaartegegevens worden gebruikt als sturingsinstrument én het zorgzwaarteregistratiesysteem wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Decubitus	Decubitus wordt niet geregistreerd.	Decubitus wordt geregistreerd en er bestaat een decubitusprotocol.	Decubitus wordt geregistreerd, metingen vinden plaats. Het protocol is bekend en scholing vindt plaats.	De systematiek van de metingen én het protocol worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
MIC	Er worden geen incidenten geregistreerd en geëvalueerd.	Incidenten worden geregistreerd.	Resultaten van incidentenanalyse worden gebruikt t.b.v. verbeteringen.	Het MIC-systeem wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Veiligheid materiaal	Er is geen controlesysteem voor preventief onderhoud.	Er is een controlesysteem voor preventief onderhoud.	Er wordt gewerkt met het preventieve controlesysteem.	Het systeem wordt systematisch geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Tevredenheid cliënten	Cliëntentevredenheidonderzoek vindt niet plaats.	Cliëntentevredenheidonderzoek vindt minimaal éénmaal per drie jaar plaats.	De resultaten van het cliëntentevredenheidonderzoek worden	Het systeem van cliëntentevredenheidonderzoek en het betrekken van

gebruikt bij het opstellen van beleid. 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 wordt consequent geraadpleegd bij beleidsveranderingen.	De werkwijze én het betrekken van de cliëntenraad bij beleidsveranderingen worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Algemene informatievoorziening naar cliënten	Er bestaan geen afspraken over onderwerpen waarover cliënten informatie krijgen.	Er zijn schriftelijke afspraken over de onderwerpen, waarover en de wijze waarop cliënten informatie ontvangen.	De afspraken over de informatievoorziening worden nagekomen.	De informatievoorziening wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken	Er is geen richtlijn over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden/vrijwilligers voor hulp bij eten en drinken van cliënten.	Er is/zijn richtlijnen over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden voor hulp bij eten en drinken van cliënten. De richtlijnen zijn niet bekend bij medewerkers en/of de bezetting voldoet structureel (meer dan 10%) niet aan de richtlijn. Of vrijwilligers/familieleden die betrokken zijn bij het helpen van cliënten bij het eten en drinken krijgen geen instructie.	Er is/zijn bij medewerkers richtlijnen bekend over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden/vrijwilligers voor hulp bij eten en drinken van cliënten. Én er wordt niet of minder dan 10% afgeweken van de richtlijn.	De richtlijnen en de uitvoering van de richtlijn met betrekking tot de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/vrijwilligers/familieleden voor hulp bij eten en drinken van cliënten wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Adequaat toezicht en permanente alertheid	Er is geen richtlijn aanwezig over permanent toezicht op PG geïndiceerde	Er is/zijn richtlijnen aanwezig. Én er is een richtlijn over de instructie aan	Er is/zijn richtlijnen aanwezig. Én deze richtlijn is bekend bij	De richtlijnen zelf én de uitvoering van de richtlijnen worden periodiek

	cliënten in de huiskamers door medewerkers en/of geïnstrueerde personen.	diegenen die toezicht houden. Én deze richtlijn is niet bekend bij medewerkers of van deze richtlijn wordt meerdere keren (meer dan 10% van de tijd) afgeweken. Of vrijwilligers/familieleden die worden belast met het toezicht op cliënten in de huiskamer krijgen geen instructie.	medewerkers of van deze richtlijn wordt zelden (minder dan 10% van de tijd) afgeweken. Én vrijwilligers/familieleden die worden belast met het toezicht op cliënten in de huiskamer krijgen instructie.	geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Klachtenregeling	Er is geen klachtenregeling.	Er is een klachtenregeling.	De klachtenregeling is bekend en wordt conform uitgevoerd.	De klachtenregeling wordt systematisch geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Cyclisch volgen van de zorgvraag

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Systematisch werken met zorgplannen	Er is geen document waarin het systematisch werken met zorgplannen uiteengezet wordt.	Er is een document waarin het systematisch werken met zorgplannen uiteengezet wordt.	Medewerkers kennen het document en werken conform.	De naleving van dit document wordt getoetst en de inhoud wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld
Registratie afwijkingen individueel zorgplan	De zorginstelling voorziet niet in het vastleggen van (structurele) afwijkingen van het zorgplan.	De zorginstelling heeft een schriftelijke regeling m.b.t. vastleggen van (structurele) afwijkingen van het zorgplan.	De regeling m.b.t. het vastleggen van (structurele) afwijkingen van het zorgplan is bekend bij medewerkers en wordt uitgevoerd.	De uitvoering van de regeling wordt getoetst. Én de regeling wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Regeling m.b.t. verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan	Er zijn geen schriftelijk vastgelegde afspraken m.b.t. verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan.	Er zijn schriftelijk vastgelegde afspraken m.b.t. de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan.	De afspraken m.b.t. de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan worden nageleefd.	De afspraken m.b.t. de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Regeling multidisciplinaire cliëntbespreking	Er zijn geen schriftelijk vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's.	Er zijn schriftelijk vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's, waarbij de MDO's	De vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's worden nageleefd.	De vastgelegde afspraken m.b.t. het houden van MDO's worden systematisch

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

Deskundigheid

Indicator	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners	De organisatie heeft de (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines niet beschreven.	De organisatie heeft de (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines schriftelijk vastgelegd, maar in de praktijk niet gerealiseerd.	De benodigde disciplines zijn beschreven en in de praktijk gerealiseerd.	De (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines en de realisatie in de praktijk worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Scholingsplan	De zorgaanbieder heeft niets of nauwelijks iets vastgelegd over een opleidings- en deskundigheidsbeleid.	De zorgaanbieder heeft wel een (meerjaren) opleidings- en deskundigheidsbeleid, dit wordt (nog) niet uitgevoerd.	Het beleid is vastgelegd en wordt uitgevoerd.	Het vastgelegde beleid wordt uitgevoerd, systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Bekwaamheden BIG	De organisatie heeft niet vastgelegd aan	De organisatie heeft vastgelegd aan	Medewerkers kennen de	De noodzakelijke deskundigheden,

	welke deskundigheidseisen de medewerkers moeten voldoen m.b.t. het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen.	welke deskundigheidseisen het personeelsbestand moet voldoen conform de Wet BIG en heeft dit vertaald in taak- en bevoegdheids- en bekwaamheidsregelingen.	vastgelegde deskundigheids-eisen, taak- en bevoegdheids- en bekwaamheids-regelingen inzake voorbehouden en risicovolle handelingen, en werken conform.	taak- en bevoegdheids- en bekwaamheids-regelingen 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. Én de naleving van de protocollen wordt getoetst, én het systeem wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Bejegening cliënten	Er zijn vastgelegde afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en attitude van medewerkers.	Er zijn vastgelegde afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en attitude van medewerkers.	Medewerkers houden zich aan de afspraken m.b.t. bejegening van cliënten en 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
Meerjarenbeleidplan	Er is geen of nauwelijks een actueel meerjaren-beleidplan aanwezig.	Er is een meerjarenbeleidplan dat voldoet aan de norm.	Het meerjaren-beleidplan wordt uitgevoerd.	Het opstellen en uitvoeren van het meerjarenbeleidplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Jaarwerkplan	Er is geen jaarwerkplan aanwezig.	Het jaarwerkplan is op schrift gesteld.	Het jaarwerkplan is bekend bij medewerkers en er wordt naar gehandeld.	Het opstellen en de uitvoering van het jaarwerkplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Organisatiestructuur	De instelling heeft aspecten van structuur niet of onvoldoende geregeld.	Structuuraspecten liggen op schrift vast.	Vastgelegde structuuraspecten van de organisatie zijn bekend bij de medewerkers en richtinggevend voor	Structuuraspecten worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

			het dagelijks handelen.	
Management informatiesysteem	Er is geen MIS aanwezig of er zijn maar 1 of 2 van de 6 onderwerpen in het MIS opgenomen.	Er is een MIS beschreven én er zijn ten minste 3 van de onderwerpen opgenomen.	Het vastgestelde MIS (met daarin ten minste 3 van de 6 onderwerpen) wordt (mede) gebruikt als leidraad voor het aansturen van de organisatie binnen de kaders van het vastgestelde beleidsplan.	Het opstellen en de werking van het MIS wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Systeem bewaken verantwoord zorgniveau	Er is geen beschreven systeem aanwezig dan wel enige vorm van monitoring om het verantwoorde zorgniveau te bewaken.	Er is een vastgelegd systeem om het verantwoorde zorgniveau te bewaken.	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.