

## **Verpleeghuiszorg op de goede weg**

Resultaten van vervolfbezoeken aan de 149 meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg in 2006/2007



Aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Begin 2005 heeft de toenmalige staatssecretaris verzocht om een intensivering van het toezicht op de verpleeghuiszorg. In 2005-2006 heeft de inspectie 640 instellingen voor verpleeghuiszorg beoordeeld. In 2006-2007 zijn de meest risicovolle zorginstellingen opnieuw bezocht en is de conclusie dat de plannen van aanpak daadwerkelijk hebben geleid tot verbeteringen in de kwaliteit van zorg. Het risico op onverantwoorde zorg voor de cliënt is ten opzichte van 2006 verder gedaald.

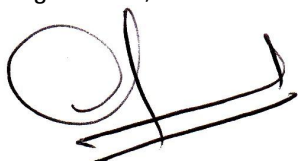
In de afgelopen jaren is veel bereikt in de verpleeghuiszorg. De meeste zorgaanbieders nemen de beoordelingen door de inspecteurs serieus en voeren de noodzakelijke verbeteringen uit. De presentatie van het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg* in oktober 2007 door de samenwerkende branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties beschouw ik als een mijlpaal. Het model zorgleefplan, de multidisciplinaire richtlijn Incontinentiezorg, het programma Zorg voor Beter en het ambitieuze programma *Veiligheid Verpleging, Verzorging en Thuiszorg* ondersteunen het management bij het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het implementeren van beleid in de dagelijkse zorg kost tijd en extra inspanningen. Hierdoor zijn resultaten soms niet direct zichtbaar in de zorg voor de cliënt.

Kwaliteitsgegevens over uitkomsten van de zorg kunnen toekomstige cliënten en familieleden helpen in het maken van keuzes voor een bepaalde zorgaanbieder. Een ontwerp voor de inpassing van de oordelen van de inspectie op de kwaliteitskaart over verpleeg- en verzorgingshuiszorg komt in 2008 op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl) beschikbaar.

Toch heb ik ook nog zorgen. De inzet van personeel op basis van de individuele zorgvraag en zorgzwaarte van cliënten is nog geen gemeengoed in de verpleeg- en verzorgingshuizen. De kwalitatieve en kwantitatieve inzet van personeel moet binnen de instelling zodanig zijn dat adequaat op de individuele zorgvraag en zorgzwaarte van cliënten kan worden ingespeeld. Bij de zorgaanbieders was na de invoering van de zorgzwaarte-bekostiging begin 2007 veel onduidelijkheid over de financiering. Ook zorgelijk zijn signalen in de Randstad dat het werven van voldoende gekwalificeerd verzorgend en verplegend personeel moeizaam is.

Medio 2008 zijn de resultaten bekend van de eerste landelijke metingen op basis van het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*. Dan zal duidelijk worden of de inspanningen van de sector en de intensivering van het toezicht voldoende zichtbaar resultaat voor de cliënten hebben gehad. De inspectie gebruikt de resultaten van de metingen om de toezichtbezoeken in het kader van het gefaseerde toezicht te prioriteren en de instellingen te bezoeken met de hoogste risico's op onverantwoorde zorg. De komende periode krijgt de veiligheid voor cliënten in deze sector extra aandacht met het thematisch onderzoek Medicatieveiligheid.

Hoogachtend,



Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, mei 2008



## Samenvatting

Begin 2005 besloot de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), na aanhoudende signalen over misstanden in verpleeghuizen, tot een pakket van maatregelen om te komen tot betere verpleeghuiszorg. Eén van de maatregelen was een intensivering van het toezicht door de inspectie.

In 2005/2006 zijn 640 instellingen voor verpleeghuiszorg bezocht en beoordeeld. De resultaten staan in het rapport *Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande* (IGZ, 2006). Bijna 600 instellingen moesten een plan van aanpak opstellen om tot verdere verbetering te komen. De meest risicovolle instellingen zijn opnieuw bezocht. De 149 geselecteerde instellingen voldeden bij het eerste bezoek in 2005/2006 op meer dan de helft (55 procent) niet aan de normen van de getoetste onderdelen van de zorgverlening.

De centrale vraag in het voorliggende onderzoek was of deze 149 meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg in 2006/2007 de kwaliteit van zorg voldoende hadden verbeterd. Onderdelen van de zorgverlening die tijdens het eerste bezoek als voldoende zijn beoordeeld, zijn tijdens het vervolfbezoek niet opnieuw getoetst.

Cliënten in instellingen voor verpleeghuiszorg kunnen in vergelijking met voorgaande jaren steeds vaker rekenen op verantwoorde zorg. De overheidsmaatregelen, waaronder de intensivering van het toezicht op de verpleeghuiszorg en de inspanningen van de instellingen hebben tot gevolg gehad dat steeds meer instellingen voldoen aan de normen van verantwoorde kwaliteit van zorg. De meeste instellingen die in 2006/2007 opnieuw zijn bezocht, zijn ver gevorderd met het uitvoeren van het plan van aanpak. Op belangrijke onderdelen van de zorgverlening was in de bezochte instellingen inmiddels beleid aanwezig, bij 4 procent van de getoetste onderdelen ontbrak dit nog. Bij 18 procent van de getoetste onderdelen werd nog niet aan de norm voldaan, omdat regelingen en procedures die inmiddels wel aanwezig waren, naar het oordeel van de inspecteur nog onvoldoende waren geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk.

Bij 21 instellingen (14 procent) was intensiever toezicht nodig, bestaande uit voortgangsgesprekken en/of extra bezoeken. De eerste helft van 2008 staan nog 8 bezoeken gepland, omdat de verbeteringen bij het vervolfbezoek onvoldoende waren. In de bezoekperiode stonden 6 instellingen voor verpleeghuiszorg een periode onder verscherpt toezicht van de inspectie. Na voldoende verbetering kon het verscherpt toezicht op de instellingen in de loop van 2007/2008 weer worden opgeheven. Het ultimatum remedium, namelijk een aanwijzing van de minister van VWS op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen, was niet nodig.

Het inzetten van personeel op basis van systematisch meten van zorgzwaarte vond in de helft van de bezochte instellingen nog niet plaats. De invoering en onduidelijkheid van de nieuwe systematiek van zorgzwaartebekostiging tijdens de bezoekperiode was hieraan mede debet. Het systematisch meten en analyseren van decubitus, meldingen van incidenten, cliënttevredenheid en het periodiek onderhoud van medische hulpmiddelen was in 20 procent van bezochte instellingen op één of meer onderdelen nog niet geheel op orde, omdat implementatie en uitvoering nog gedeeltelijk moest plaatsvinden.

Het professioneel handelen behoort gebaseerd te zijn op actuele richtlijnen en protocollen afgeleid van 'good practices' en 'evidence based' veldnormen. Bij het eerste

bezoek in 2005/2006 was dit in 80 procent van de 149 instellingen onvoldoende, bij het vervolfbezoek ontbraken bij 7 procent van de bezochte instellingen nog steeds actuele protocollen op kritische punten van het zorgproces. Een derde van de bezochte instellingen had wel actuele protocollen en richtlijnen, maar medewerkers bleken hiervan nog onvoldoende op de hoogte. Een gedragscode voor medewerkers over bejegening van cliënten en attitude van medewerkers was in 31 procent van de instellingen nog niet aanwezig of onvoldoende bekend bij medewerkers. De aandacht voor bekwaam en deskundig personeel liet meer verbetering zien. Een meerderheid (71 procent) van de getoetste instellingen waar een regeling voor het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen ontbrak, beschikte inmiddels over een regeling en toetsten de medewerkers periodiek op de noodzakelijke deskundigheid en bekwaamheid.

De klachtenregeling en algemene informatievoorziening voor cliënten waren in bijna alle bezochte instellingen in orde. Het was soms nog wel nodig om hieraan meer bekendheid te geven bij medewerkers. In het rapport *Kwaliteitsslag is gaande* werd eind 2006 door de inspectie geconstateerd dat op de onderdelen passende hulp bij eten en drinken en het voorzien in adequaat toezicht op psychogeriatrische patiënten nog te weinig vooruitgang werd gezien. Bijna een derde van de bezochte instellingen had dit bij het vervolfbezoek nog steeds niet geheel op orde. Door controle op de uitvoering van de plannen van aanpak ziet de inspectie er op toe dat ook de achterblijvers dit op korte termijn goed regelen en uitvoeren.

De inspectie ziet een toename van kleinschalige woonvormen en zorgverlening op de psychogeriatrische afdelingen op basis van 'belevingsgerichte zorg'. Deze ontwikkelingen zullen volgens de inspectie positief bijdragen aan een meer cliëntgerichte zorg.

De basis voor de zorgverlening in de verpleeghuiszorg is het multidisciplinair opgestelde individuele zorgleefplan waarover overeenstemming is met (de vertegenwoordiger van) de cliënt. Het systematisch werken met individuele zorgleefplannen, het multidisciplinair overleg, de cliëntenrechten en verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot het zorgplan waren inmiddels nagenoeg overal op papier geregeld. De uitvoering van de betreffende regelingen was bij ruim een derde van de bezochte instellingen naar het oordeel van de inspecteur nog onvoldoende. Ook een regelmatige de scholing in het systematisch werken met zorgplannen ontbrak nog in ruim een derde van de instellingen. Bijna de helft (47 procent) van de bezochte instellingen registreerde niet systematisch de afwijkingen van het met de cliënt overeengekomen zorgplan. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat instellingen soms andersoortige regelingen hadden om veranderingen in de zorgverlening te signaleren en op te lossen, zoals een dagelijks hoofdenoverleg en een andere indeling van de werkzaamheden bij ziekte van medewerkers.

In het model zorgleefplan dat eind 2006 is gepresenteerd door ActiZ is ruim aandacht voor een aantrekkelijke dagbesteding, het mentaal welbevinden en de woon- en leefomstandigheden van de cliënt. Uitgangspunt is dat de regie over het eigen leven en de kwaliteit van bestaan van de cliënt centraal staan. Uit de vervolfbezoeken bleek dat invoering van het model zorgleefplan nog in de kinderschoenen staat.

Er is ook een overgang naar een elektronisch cliëntendossier (ECD) gaande. Een overgang naar een nieuwe werkwijze vereist een gedegen voorbereiding, scholing en organisatorische voorwaarden. Dit kost tijd en verklaart deels de trage voortgang in de verbeteringen bij het onderdeel cyclisch volgen van de individuele zorgvraag.

De organisatorische randvoorwaarden, zoals een meerjarenbeleidsplan, jaarwerkplan en management informatiesysteem waren in de meeste bezochte instellingen in orde. In het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg* is vastgelegd dat de instelling een verantwoord niveau van de zorg systematisch bewaakt. Dit was in een meerderheid van de bezochte instellingen nog niet op orde. In 127 van de 149 bezochte instellingen ontbrak in het eerste bezoek een dergelijk beleid. Bij het tweede bezoek had 30 procent hierin voorzien, 54 procent was er mee bezig en bij de overige 16 procent was een systematische bewaking van een verantwoord zorgniveau nog geheel of grotendeels afwezig.

De instellingen die op één of meer onderdelen van de zorgverlening nog steeds niet voldeden aan de normen is wederom gevraagd om een plan van aanpak en/of periodieke voortgangsrapportage over de uitvoering van het plan van aanpak. Bij 8 instellingen is in de eerste helft van 2008 nog een vervolfbezoek gepland. Bij onvoldoende voortgang in het uitvoeren van het plan van aanpak volgt er zo nodig ook in deze instellingen verscherpt toezicht.

De inspectie zal de resultaten van de vervolfbezoeken medio 2008 vergelijken met de resultaten van de eerste landelijke metingen gebaseerd op het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*. De inspectie zal de meest risicovolle instellingen op basis van analyses van de resultaten van de metingen en de eerder afgelegde toezichtbezoeken als eerste bezoeken. Bij een groot risico op verantwoorde zorg stelt ze verscherpt toezicht in. Omdat instellingen in de afgelopen periode ruim de tijd kregen om verbeteringen te realiseren, zal de inspectie bij onvoldoende verbetering sneller overgaan tot het instellen van verscherpt toezicht.





# Inhoudsopgave

## Samenvatting 5

### 1 Inleiding 11

- 1.1 Aanleiding 11
- 1.2 Belang en doelstelling van het inspectieonderzoek 11
- 1.3 Centrale vraagstelling 12
- 1.4 Onderzoeksmethode 12
- 1.5 Toetsingskader 13
- 1.6 Data analyse 13

### 2 Conclusies en maatregelen 14

- 2.1 De plannen van aanpak leiden tot verbetering 14
- 2.2 Verpleeghuiszorg op de goede weg, maar moet nog beter 14
- 2.3 De zorgvraag van de cliënt heeft meer aandacht nodig 16
- 2.4 Professioneel handelen onvoldoende ingebed 16
- 2.5 De basis voor veiligheidsmanagement is aanwezig 17
- 2.6 Stabiliteit in de organisatie een belangrijke succesfactor 17
- 2.7 De intensivering van het toezicht en het pakket van maatregelen van de staatssecretaris is effectief 18

### 3 Bevindingen 19

- 3.1 Registraties laten lichte verbetering zien 19
  - 3.1.1 Systematische inzet van personeel op basis van zorgzwaarte moeizaam proces 20
  - 3.1.2 Decubitus en het voorkomen ervan krijgt de aandacht die nodig is 20
  - 3.1.3 Incidenten met cliënten krijgen structureel aandacht 21
  - 3.1.4 Veiligheid van materiaal blijft een aandachtspunt 21
  - 3.1.5 Tevredenheid cliënten in de verpleeghuiszorg bijna overal gemeten 22
  - 3.1.6 Samenvatting registraties 22
- 3.2 Cliëntgerichtheid in dagelijkse zorg nog niet voldoende 23
  - 3.2.1 Cliëntenraden zijn in de verpleeghuiszorg aanwezig 23
  - 3.2.2 Algemene informatievoorziening naar cliënten steeds beter 24
  - 3.2.3 Nog steeds te weinig aandacht voor hulp bij eten en drinken 24
  - 3.2.4 Adequaat toezicht op psychogeriatrische cliënten nog niet goed geregeld 25
  - 3.2.5 Klachtenregeling niet bij iedere medewerker bekend 25
  - 3.2.6 Samenvatting cliëntgerichtheid 26
  - 3.2.7 Zorgleefplan is er, maar scholing en registratie van afwijkingen van het zorgleefplan moet beter 27
  - 3.2.8 Systematisch werken met zorgleefplannen goed implementeren 27
  - 3.2.9 Registratie van afwijkingen van het individuele zorgleefplan ontbreekt nog vaak 27
  - 3.2.10 Verantwoordelijkheidstoedeling bij de uitvoering van het zorgleefplan soms onduidelijk 28
  - 3.2.11 Multidisciplinaire cliëntbespreking vindt meestal plaats 28
  - 3.2.12 Medewerkers vaker scholen in cliëntenrechten 29
  - 3.2.13 Regelmatige scholing in het werken met zorgleefplannen ontbreekt 29
  - 3.2.14 Samenvatting cyclisch volgen van de zorgvraag 30

3.3	Deskundigheid personeel op peil brengen en houden	31
3.3.1	Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners	31
3.3.2	Scholingsplan meestal aanwezig	31
3.3.3	Bekwaamheden uitvoering Wet BIG meestal geregeld	32
3.3.4	Handelen van medewerkers onvoldoende gebaseerd op actuele protocollen	32
3.3.5	Omgangs- en gedragsregels schriftelijk vastleggen	33
3.3.6	Samenvatting deskundigheid	34
3.4	Beleid op orde, maar bewaken verantwoord zorgniveau nog onvoldoende	34
3.4.1	Meerjarenbeleidplannen aanwezig	35
3.4.2	Verbeteringen aan de hand van jaarwerkplannen goed geregeld	35
3.4.3	Managementinformatiesystemen komen van de grond	36
3.4.4	Organisatiestructuur ligt vast	36
3.4.5	Systematisch bewaken van een verantwoord zorgniveau gaat niet snel	37
3.4.6	Samenvatting organisatieomstandigheden	37
3.5	Farmaceutische zorg heeft aandacht nodig	38
<b>4</b>	<b>Beschouwing</b>	<b>39</b>
4.1	Bevindingen in perspectief	39
4.2	Een terugblik; er viel het nodige te verbeteren	39
4.3	Er is hard gewerkt, maar nog steeds verbetering nodig	40
4.4	Op belangrijke onderdelen gaan ontwikkelingen langzaam	41
4.5	Vooruitblik	42
<b>5</b>	<b>Summary</b>	<b>43</b>

## **Bijlage**

Toelichting scorekwalificaties	46
--------------------------------	----

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In 2005/2006 heeft de inspectie 640 instellingen voor verpleeghuiszorg<sup>[1]</sup> bezocht en beoordeeld. Dit geïntensiveerde toezicht was één van de maatregelen die de toenmalige staatssecretaris van VWS in februari 2005 heeft genomen om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren<sup>[2]</sup>. De resultaten staan in het rapport *Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande* (IGZ, 2006). Eén van de maatregelen in het inspectierapport betrof het afleggen van vervolfbezoeken om te beoordelen of de plannen van aanpak ook voldoende uitgevoerd werden in de meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg.

## 1.2 Belang en doelstelling van het inspectieonderzoek

De intensivering van het toezicht op de verpleeghuiszorg had tot doel om te komen tot betere verpleeghuiszorg. Op basis van de resultaten van de 640 toezichtbezoeken in 2005/2006 besloot de inspectie dat de instellingen voor verpleeghuiszorg, die op een meerderheid van belangrijke onderwerpen niet voldeden aan de norm, een vervolfbezoek kregen.

De vervolfbezoeken hadden twee doelstellingen:

- Inzicht krijgen in de verbeteringen in de kwaliteit van de verpleeghuiszorg door het nogmaals systematisch bezoeken van verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een verpleegunit<sup>[3]</sup>.
- Door actief inspectietoezicht stimuleren tot verdere verbetering van de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Zo nodig maatregelen treffen of handhavend optreden.

### Waarde van dit onderzoek in perspectief

Gedurende het inspectieonderzoek is veel gebeurd in de verpleeghuiszorg, zoals de presentatie van het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg* door de veldpartijen<sup>[4]</sup> en het model zorgleefplan. Deze ontwikkelingen maken het noodzakelijk om de bevindingen van dit onderzoek in perspectief te plaatsen. De vervolfbezoeken vonden plaats in 2006/2007. De resultaten in dit rapport geven een beeld van de situatie op het moment van het bezoek. Ontwikkelingen gaan door, mogelijk is het gepresenteerde beeld anders dan de werkelijkheid op dit moment.

---

[1] Instellingen voor verpleeghuiszorg zijn zowel verpleeghuizen als verzorgingshuizen met een verpleegunit/-afdeling. Totaal betrof het 384 verpleeghuizen en 256 verzorgingshuizen met verpleegunit.

[2] Brief aan de Tweede Kamer 'Betere verpleeghuiszorg', Staatssecretaris VWS, 10 februari 2005.

[3] Het begrip 'verpleegunit' is verouderd sinds de AWBZ ingrijpend is gewijzigd en een onderscheid wordt gemaakt in functies. Niet iedere bezochte verpleegunit beschikt over de 7 AWBZ-functies die behoren bij intramurale verpleeghuiszorg.

[4] Vereniging van zorgondernemers (ActiZ), Landelijke Organisatie van Cliëntenraden (LOC), Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters (NVVA), Landelijke beroepsvereniging van verzorgenden en zorgprojecten (Sting) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN, Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Adviseur: ministerie VWS. Voorzitter: IGZ.

### 1.3 Centrale vraagstelling

Dit rapport geeft antwoord op de vraag hoe de kwaliteit in de 149 meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg is verbeterd in de periode 2006-2007.

### 1.4 Onderzoeksmethode

Een instelling is geselecteerd voor het afleggen van een vervolfbezoek als de instelling op meer dan de helft van de meest belangrijke onderwerpen (15 van de 26 onderwerpen) beoordeeld was op kwaliteitsniveau 1 of 2 (afwezigheid van de norm of wel aanwezigheid van de norm, maar niet consequent naleven van de norm). De meest belangrijke onderwerpen voor de kwaliteit van zorg aan de cliënt betroffen:

- Decubitus.
- Veiligheid materialen.
- Hulp bij eten en drinken.
- Toezicht op psychogeriatrische cliënten.
- Systematische werken met zorgleefplannen.
- Verantwoordelijkheidstoedeling met betrekking tot zorgleefplan.
- Multidisciplinair overleg.
- Cliëntenrechten.
- Scholing zorgleefplan.
- Beschikbaarheid en deskundigheid medewerkers.
- Scholingsplan.
- Bekwaamheden Wet BIG.
- Professioneel handelen.
- Bejegening cliënten.
- Systeem bewaken verantwoord zorgniveau.

Bij zorgaanbieders met drie of meer locaties voor verpleeghuiszorg en een organisatiebreed plan van aanpak zijn in eerste instantie één of twee locaties bezocht. Indien de gerealiseerde verbeteringen bij de vervolfbezoeken onvoldoende bleken, zijn ook andere locaties bezocht.

Aan de hand van gesprekken met diverse geledingen van de zorginstelling (verzorgenden, teamleiders, locatiemanagement en cliëntenraad<sup>[5]</sup>), schriftelijke informatie, waaronder het zorgdossier en aandachtspunten voor de rondgang geeft de inspecteur een integrale beoordeling van ieder getoetst onderwerp. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in vier kwaliteitsniveaus: afwezig, aanwezig, operationeel en geborgd (zie bijlage 1). Naast een beoordeling per onderwerp geeft de inspecteur in een beschouwing ook verbanden, verklaringen en overeenkomsten in de onderzoeksresultaten aan. Hiermee kan de instelling de kwaliteit van zorg verder verbeteren. De rapporten van de vervolfbezoeken zijn in te zien op ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)).

---

[5] Bij de vervolfbezoeken is niet standaard gesproken met de cliëntenraad, ook het inzien van zorgdossiers is achterwege gelaten als bij het eerste bezoek voldaan was aan de normen van het risicogebied.

## 1.5 Toetsingskader

De inspectie gebruikt een gestandaardiseerd instrument om tot een verantwoord oordeel te komen. Voor de bezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen is dit het instrument *Inspectiebezoek tweede fase gefaseerd toezicht 2005/2006* (zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl)). De focus in het toezicht ligt op vijf risicogebieden:

- 1 Uitvoeren van registraties op basis waarvan systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg plaatsvindt.
- 2 Voorwaarden voor cliëntgerichte zorg.
- 3 Systematisch en verantwoord zorg verlenen op basis van de individuele zorgvraag van cliënten.
- 4 Voorwaarden voor professioneel en deskundig handelen in de zorgverlening.
- 5 Essentiële criteria van de organisatieomstandigheden.

Ieder risicogebied heeft vijf of zes onderwerpen met bijbehorende normen. De normen zijn ontleend aan relevante wetgeving en veldnormen van branche-, koepel- en beroepsorganisaties.

Getoetste normen die de inspecteur beoordeelt op afwezig of aanwezig, kwalificeert de inspectie als onvoldoende. De instelling bevindt zich dan in de gevarenzone van verantwoorde zorgverlening. Een plan van aanpak ter verbetering is noodzakelijk. Als er sprake is van risicovolle situaties of onveilige zorg voor de cliënten geeft de inspecteur opdracht direct maatregelen te treffen.

De inspectie stelt verscherpt toezicht in als er gegronde vermoedens zijn dat er ernstige risico's zijn voor de kwaliteit van zorg en er onvoldoende vertrouwen is dat er op korte termijn verbetering optreedt. Verscherpt toezicht betekent frequenter (onaangekondigd) bezoek, het hanteren van strakkere termijnen voor de uitvoering van het plan ter verbetering en frequent overleg met Raad van Bestuur/directie over de resultaten van het plan van aanpak. De Raad van Toezicht van de instelling, de staatsecretaris en beleidsafdeling van het ministerie van VWS en de zorgverzekeraar worden over het instellen van verscherpt toezicht geïnformeerd<sup>[6]</sup>. Op [www.igz.nl](http://www.igz.nl) staan de instellingen die onder verscherpt toezicht staan. In het uiterste geval kan onvoldoende verbetering leiden tot het inzetten van handhavingmiddelen, zoals een verzoek aan de minister van VWS om een aanwijzing op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

## 1.6 Data analyse

De resultaten zijn zowel kwantitatief als kwalitatief beoordeeld. De beoordelingen van de getoetste onderwerpen zijn kwantitatief geanalyseerd. De beschouwingen en toelichtingen bij de beoordelingen zijn kwalitatief geanalyseerd. Voor instellingen die meer keren zijn bezocht, is de beoordeling van het laatste bezoek verwerkt. Het aantal getoetste onderwerpen per bezochte instelling verschilt, omdat uitsluitend de onderwerpen zijn getoetst die bij het eerste bezoek onvoldoende waren. De bevindingen in hoofdstuk 3 betreffen dus geen landelijk of gemiddeld beeld van de verpleeghuiszorg, maar de relatieve verbeteringen in de instellingen voor verpleeghuiszorg die in 2005/2006 ook zijn bezocht.

---

[6] Een uitgebreide beschrijving van het instellen van verscherpt toezicht staat ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)).

## 2 Conclusies en maatregelen

### 2.1 De plannen van aanpak leiden tot verbetering

De 149 instellingen voor verpleeghuiszorg die onder de maat scoorden bij het toezichtbezoek in 2005/2006, hebben hard gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. In de meeste instellingen die in 2006/2007 opnieuw zijn bezocht, hebben de plannen van aanpak daadwerkelijk geleid tot aanzienlijke verbetering. Tweederde van de instellingen die een vervolfbezoek in 2006/2007 kregen, is wederom gevraagd om een plan van aanpak en/of een periodieke voortgangsrapportage aan de inspecteur, grotendeels omdat de implementatie van richtlijnen en procedures in de praktijk nog onvoldoende was gerealiseerd. Van de bezochte instellingen had 15 procent aan de hand van een plan van aanpak zoveel verbeterd dat op alle of nagenoeg alle onderdelen voldaan werd aan de normen en geen verbeterplan meer nodig was. Bij 21 instellingen was het nodig om meer dan één vervolfbezoek af te leggen, soms onaangekondigd, om op deze manier druk te houden op het noodzakelijke verbetertraject. Er staan voor 8 instellingen in 2008 nog vervolfbezoeken gepland omdat bij het vervolfbezoek in 2007 nog onvoldoende verbetering zichtbaar was of verscherpt toezicht was ingesteld. In 2006/begin 2008 hebben 6 instellingen ten gevolge van onvoldoende verbetering en risico's op onverantwoorde zorg een periode onder verscherpt toezicht van de inspectie gestaan. In alle gevallen is dit door de inspectie beëindigd na voldoende verbeteringen in de kwaliteit van zorg.

Bij het tot stand komen van het visiedocument *Normen voor verantwoorde zorg* in 2005 hebben de veldpartijen zich geconformeerd aan de doelstelling dat in 2008 alle instellingen voor verpleeghuiszorg zouden voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg. De inspectie stelt vast dat de overeengekomen doelstelling nog niet is gehaald. De inspectie vindt dat de instellingen voor verpleeghuiszorg in de afgelopen periode voldoende gelegenheid hebben gekregen om tot verbetering te komen en zij zal bij hoog risico dan ook sneller overgaan tot het inzetten van handhavinginstrumenten.

#### **Maatregelen voor individuele zorgaanbieders en brancheorganisatie**

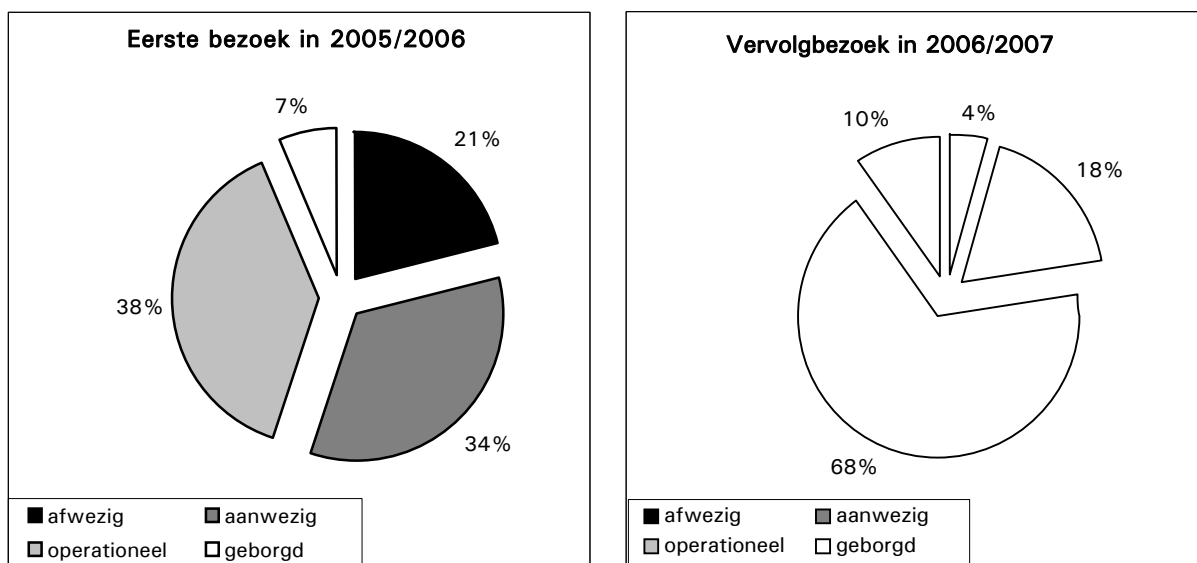
- Alle onderdelen van de verpleeghuiszorg voldoen eind 2008 aan het niveau van verantwoorde zorg, zoals vastgelegd in het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*. Bij tekortschietende zorgaanbieders zal de inspectie verscherpt toezicht instellen. Als verbetering uitblijft, zal de minister verzocht worden om een aanwijzing op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Structureel uitwisselen van bestaande kennis en ervaring en genereren van nieuwe kennis.
- Best practices ontwikkelen voor implementatietrajecten en managementstijlen die een cliëntgerichte organisatie mogelijk maken en optimaliseren.

### 2.2 Verpleeghuiszorg op de goede weg, maar moet nog beter

Bij het eerste bezoek aan de 149 meest risicovolle instellingen was het percentage onderwerpen dat voldeed aan de norm 45 procent, na de vervolfbezoeken was dit

percentage toegenomen tot 78 procent<sup>[7]</sup>. Bij het eerste bezoek ontbraken interne regelingen of richtlijnen bij 21 procent van de getoetste normen. Bij het vervolfbezoek betrof dat nog 4 procent. Ondanks dat nog niet op alle getoetste onderwerpen werd voldaan aan de norm, grotendeels omdat de interne richtlijnen en regelingen nog onvoldoende zijn geïmplementeerd, is een duidelijke verbetering te constateren. In figuur 1 en 2 zijn de verbeteringen in de bezochte instellingen grafisch weergegeven.

Figuur 1  
**Beoordeling normen eerste en vervolfbezoek in meest risicovolle instellingen (149) voor verpleeghuiszorg**



De meest voorkomende onderwerpen waarover nog schriftelijke regelingen/richtlijnen ontbraken waren:

- Registratie van afwijkingen van het zorgleefplan<sup>[8]</sup>.
- Passende hulp bij eten en drinken.
- Bejegening cliënten.
- Scholing zorgleefplan.
- Systeem bewaken verantwoord zorgniveau.

Bij de drie eerstgenoemde onderwerpen is meer keren opgemerkt dat men een schriftelijke regeling niet zinvol vond, omdat dit in de praktijk goed geregeld was. Volgens de inspectie is dit juist een reden om de goede praktijk vast te leggen in een interne regeling of richtlijn.

[7] Bij het berekenen van deze percentages is er van uitgegaan dat de niet getoetste normen op operationeel of geborgd kwaliteitsniveau zijn gebleven

[8] In dit rapport wordt het begrip 'zorgleefplan' gebruikt, dit betreft ook zorgplannen en behandelplannen.

### **Maatregelen voor individuele zorgaanbieders en brancheorganisatie**

- Aan de hand van de metingen met de instrumenten gebaseerd op het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg* en met ondersteuning van het programma 'Zorg voor beter' prioriteren van cliëntgerichte verbeterprojecten.
- Het structureel en systematisch aanbieden van scholing en deskundigheidsbevordering, zodat alle uitvoerende medewerkers voldoende op de hoogte zijn van ontwikkelingen in de zorgverlening en de professionele standaarden.

## **2.3 De zorgvraag van de cliënt heeft meer aandacht nodig**

De basis voor het werken met zorgleefplannen was aanwezig, de uitvoering liet vaak nog te wensen over. Dit betreft ondermeer onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van het zorgleefplan, het ontbreken van acties en evaluatiedata in het zorgleefplan en het registreren van afwijkingen van het zorgleefplan. Het ontbrak in een derde van de bezochte instellingen ook aan regelmatige scholing van medewerkers in het werken met zorgleefplannen. Veel instellingen maken een overstap naar een elektronisch dossier. Een dergelijke overstap vereist een gedegen voorbereiding, scholing en aanpassingen in de organisatie. Drie van de vier domeinen uit het model zorgleefplan, namelijk woon-/leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden bleken in de vervolfbezoeken nog te summier aan de orde te komen in de zorgleefplannen.

### **Maatregelen voor individuele zorgaanbieders en brancheorganisatie**

- Waarborgen dat in de dagelijkse zorg adequate multidisciplinaire zorgleefplannen worden gebruikt op basis van de zorgvraag en situatie van de cliënt en gebaseerd op de visie dat de cliënt de regie heeft over het eigen leven. Om dit te garanderen is continue aandacht en actieve betrokkenheid van het management nodig.

## **2.4 Professioneel handelen onvoldoende ingebed**

De verbeteringen in het professioneel handelen gaan te langzaam. Het grootste knelpunt is dat richtlijnen en uitvoeringsprotocollen onvoldoende bekend waren bij medewerkers. In een klein aantal instellingen ontbraken op onderdelen richtlijnen en protocollen op kritische punten in de dagelijkse zorg, zoals omgaan met agressie. Ook bleken protocollen soms niet gebaseerd op de meest recente landelijke richtlijnen, bijvoorbeeld voor incontinentiezorg. De inspectie vindt het van groot belang dat er binnen de instellingen ruim aandacht is voor implementatie van richtlijnen en regelmatige (bij-)scholing van medewerkers, zodat de zorgverlening plaatsvindt op basis van de richtlijnen. Scholing is ook nodig bij een overstap naar geautomatiseerde systemen voor de opslag van procedures, richtlijnen etc. Naast regelmatige storingsen in het geautomatiseerde systeem bleken de aanwezige verzorgenden soms onvoldoende bekend of vaardig in het werken met het systeem. De papieren versies die vervolgens op de verpleegposten werden aangetroffen, bleken niet altijd actueel.



### **Maatregel voor individuele beroepsbeoefenaren en beroepsorganisaties**

- Onder de aandacht brengen bij het management als de kwaliteit van de geleverde zorg niet voldoet aan de professionele standaarden en de zorgverlening onvoldoende is gebaseerd op actuele ‘evidenced en practice based’ richtlijnen en protocollen.
- Actief bijdragen aan implementatietrajecten ter verbetering van de kwaliteit van zorg en organiseren van scholing, artikelen in vaktijdschriften, voorlichting en symposia, zowel binnen als buiten instellingen.

## **2.5 De basis voor veiligheidsmanagement is aanwezig**

Eén van de speerpunten van het overheidsbeleid is veiligheidsmanagement, gericht op het voorkomen van vermijdbare fouten en risico's in de zorg voor cliënten en vergroten van de deskundigheid van medewerkers. In de eerste bezoekeronde aan de instellingen voor verpleeghuiszorg was in nagenoeg alle instellingen een regeling voor het melden van incidenten in de cliëntenzorg aanwezig. Uit de vervolfbezoeken bleek dat ook de achterblijvers inmiddels beschikten over een dergelijke regeling. Nagenoeg alle bezochte instellingen analyseerden de meldingen en vonden op basis van de analyses verbeteringen plaats. Soms gaan meldingen via de hiërarchische lijn en bestaat de commissie die meldingen analyseert uit leidinggevenden. Dit is voornamelijk het geval in kleinere, zelfstandige instellingen en kan belemmerend werken voor het ‘blamefree’ melden door medewerkers. Systematische analyse van meldingen, adequate maatregelen en verbeterplannen kunnen het aantal incidenten verminderen en daarmee de risico's voor cliënten verkleinen. De inspectie vraagt hierbij in het bijzonder aandacht voor fouten en incidenten in de geneesmiddelendistributie.

### **Maatregelen voor individuele zorgaanbieders en brancheorganisatie**

- Aan de hand van een systematische analyse van de meldingen binnen de instelling en in de sector als geheel het *Veiligheidsprogramma Verpleging, Verzorging en Thuiszorg* bijstellen en bepalen op welke onderdelen verbetertrajecten noodzakelijk zijn.

## **2.6 Stabiliteit in de organisatie een belangrijke succesfactor**

Wisselingen in management en fusietrajecten werken vertragend op het uitvoeren van een verbetertraject. Voor het bewerkstelligen van noodzakelijke verbeteringen is een heldere aansturing en verantwoordelijkheidsverdeling van belang. Ook de visie op de zorg- en dienstverlening moet voor medewerkers duidelijk zijn en door het management worden uitgedragen. Continuïteit in het management is een belangrijke voorwaarde. Verbeterplannen om bijvoorbeeld individuele zorgleefplannen op orde te krijgen, kosten extra inspanningen. Dit is pas goed mogelijk als door medewerkers de meerwaarde wordt gezien, de aansturing adequaat is en er een duidelijke strategie en visie aan ten grondslag ligt.

### Aanbeveling voor cliëntenraden

- Cliëntenraden zijn actief in het onder de aandacht brengen bij het management als niet voldaan wordt aan de normen voor verantwoorde zorg of als verbetertrajecten stagneren.
- Cliëntenraden zijn actief betrokken bij verbetertrajecten gericht op een meer cliëntgerichte zorgverlening.

## 2.7 De intensivering van het toezicht en het pakket van maatregelen van de staatssecretaris is effectief

De intensivering van het toezicht heeft effect gesorteerd. Instellingen die onder de maat presteerden, hebben extra toezicht gekregen. De plannen van aanpak die de instellingen moesten opstellen, hebben tot verbetering geleid. Er is in de meeste instellingen hard gewerkt om tot verbeteringen te komen. Tijdens de vervolfbezoeken werd dit soms terecht met enige trots uitgesproken door medewerkers. De inspectie had de mogelijkheid om instellingen die minder presteerden, aan te zetten tot noodzakelijke verbeteringen. De instellingen die zich in positieve zin onderscheidden, hebben de waardering gekregen die ze toekwam. De andere instellingen zijn met meer of minder drang aangezet tot verbeteringen.

Ook de totstandkoming van het breed gedragen visiedocument in 2005 en het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg* in 2007 zijn belangrijke mijlpalen. Dit heeft ook navolging gekregen in andere sectoren. Projecten van 'Zorg voor Beter' en het Netwerk voor Verantwoorde zorg van de brancheorganisatie (voorheen het Steunpunt Verpleeghuiszorg) hebben instellingen ondersteund om kwaliteitsverbeteringen door te voeren. Bijna drie jaar na het instellen van een uitgebreid pakket maatregelen door de toenmalige staatssecretaris kan gesteld worden dat dit effect heeft gesorteerd op de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en een belangrijke kwaliteitsimpuls heeft gegeven in de sector. De inspectie verwacht dat de resultaten van de inspanningen van de individuele verpleeg- en verzorgingshuizen, de intensivering van het toezicht en de inspanningen van de landelijke organisaties van cliënten, zorgaanbieders en beroepsgroepen in 2008 zichtbaar zullen worden. Dit zal dan moeten blijken uit de scores op de uitkomsten van de kwaliteit van zorg en de metingen naar cliëntwaardering met de CQ-index gebaseerd op het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*.

Naast inspectieonderzoek naar aanleiding van ernstige meldingen en calamiteiten, bepaalt de inspectie de volgorde van bezoeken aan de meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg door analyses van de resultaten van de metingen in 2008 en de resultaten van de intensivering van het toezicht op de verpleeghuiszorg.

## 3 Bevindingen

In dit hoofdstuk staan de bevindingen van de vervolfbezoeken aan 149 meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg. Deze instellingen voldeden bij het eerste bezoek niet aan een meerderheid van de getoetste essentiële normen. Het betrof 71 verpleeghuizen en 78 verzorgingshuizen met verpleegunit. Er kwamen verhoudingsgewijs meer verzorgingshuizen met verpleegunit (30 procent) dan verpleeghuizen (18 procent) in aanmerking voor een vervolfbezoek. 21 instellingen zijn drie of meer keer bezocht omdat de noodzakelijke verbeteringen onvoldoende waren. Bij 4 instellingen betrof dit ook onaangekondigde bezoeken. Er staan voor 2008 nog 9 bezoeken gepland, omdat de verbeteringen bij het vervolfbezoek onvoldoende waren of eerder verscherpt toezicht was ingesteld. In 2006/begin 2008 stonden 6 instellingen voor verpleeghuiszorg een periode onder verscherpt toezicht van de inspectie. Bij alle instellingen is dit op basis van voldoende verbeteringen weer opgeheven. De inspectie heeft zich bij de vervolfbezoeken beperkt tot de onderwerpen die bij het eerste bezoek onvoldoende waren. Dit betekent dat het aantal getoetste normen per instelling verschilt. In de bevindingen staat per norm het aantal getoetste instellingen vermeld. Een groot aantal getoetste instellingen betekent dat tijdens het eerste bezoek relatief veel instellingen niet voldeden aan de getoetste norm. In hoofdstuk 4 worden de bevindingen in perspectief geplaatst en nader beschouwd.

### 3.1 Registraties laten lichte verbetering zien

Periodieke metingen en registraties van uitkomsten van de zorgverlening zijn een belangrijk hulpmiddel om systematisch de kwaliteit van zorg te kunnen bewaken en verbeteren. Een vergelijking met andere instellingen is dan mogelijk. De spiegelinformatie maakt de sterke en zwakke punten van een instelling en afzonderlijke afdelingen duidelijk. Het is belangrijke informatie over mogelijke risico's in de zorgverlening. Het aantal (medische) hulpmiddelen neemt toe in de verpleging en verzorging. Om ongelukken te voorkomen is systematisch preventief en periodiek onderhoud nodig om de veiligheid van materialen en (medische) hulpmiddelen te kunnen waarborgen.

Bij dit risicogebied zijn vijf onderwerpen onderscheiden:

- Systematisch meten van zorgzwaarte.
- Decubitus.
- Meldingen incidenten cliëntenzorg.
- Veiligheid materiaal.
- Tevredenheid cliënten.

### 3.1.1 Systematische inzet van personeel op basis van zorgzwaarte moeizaam proces

#### De norm

De zorgzwaarte wordt volgens een vaste methodiek geregistreerd en is de basis voor beleid.

<b>Resultaten</b>				
<i>Zorgzwaartemeting (N = 122)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	4	70	44	4
Percentage	3	57	36	3

De norm meet of de kwalitatieve en kwantitatieve inzet van personeel gebaseerd zijn op de zorgvraag en zorgzwaarte van de cliënt. In de periode dat de verpleeghuizen en verpleegunits zijn bezocht, was op landelijk niveau de invoering van het systeem van ZZP (Zorg Zwaarte Pakket) en zorgzwaartebekostiging gaande. Bij de eerste vervolfbezoeken in 2006 was het instrument voor de meting met ZZP nog niet voorhanden. Ook ontbrak er een adequate systematiek om de gegevens te benutten als sturingsinstrument voor de kwalitatieve en kwantitatieve inzet van personeel. Dit is zichtbaar in de resultaten, 74 instellingen hadden tijdens het bezoek nog steeds geen operationeel systeem voor zorgzwaartemetingen. Gedurende de bezoekperiode was wel verbetering zichtbaar. Bij 48 instellingen oordeelde de inspecteur dat de zorgzwaarte systematisch werd gemeten en de instellingen de resultaten gebruikten om de kwalitatieve en kwantitatieve inzet van personeel te bepalen.

### 3.1.2 Decubitus en het voorkomen ervan krijgt de aandacht die nodig is

#### De norm

Decubitus wordt geregistreerd en er wordt door de medewerkers gewerkt op basis van een protocol decubitus, gebaseerd op de CBO-richtlijn.

<b>Resultaten</b>				
<i>Decubitus (N = 94)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	3	23	56	12
Percentage	3	23	60	13

Decubitus (doorliggen) is pijnlijk en risicovol voor de cliënt. Bij het vervolfbezoek hadden 68 van de 94 getoetste instellingen een systematische registratie van decubitus op orde en werkte de verzorging met een actueel protocol voor de preventie en behandeling van decubitus. In 12 instellingen vond ook periodieke evaluatie en bijstelling plaats van het protocol en de methodiek van registratie. Een actueel protocol was in alle instellingen aanwezig. In 3 instellingen, allemaal verzorgingshuizen met een verpleegunit, moest de implementatie nog plaatsvinden of ontbrak de regelmatige registratie van decubitus nog.

### 3.1.3 Incidenten met cliënten krijgen structureel aandacht

#### De norm

Incidenten worden geregistreerd en de resultaten van de incidentenanalyse worden gebruikt als verbeteractie.

<b>Resultaten</b>				
<i>Meldingen Incidenten Cliënten (N = 72)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	0	16	50	5
Percentage	0	22	70	7

Incidenten met cliënten registreren en analyseren is nodig om risicovolle situaties voor cliënten te kunnen verminderen. Alle bezochte instellingen hadden een procedure voor het registreren en evalueren van meldingen van incidenten en ongevallen in de zorg- en dienstverlening. In 55 van de 65 getoetste instellingen was de MIC-procedure ook operationeel en vond er een systematische en regelmatige analyse van de meldingen plaats. In 15 instellingen was op deze onderdelen nog verbetering nodig, meestal omdat de terugkoppeling naar medewerkers en de analyse van meldingen nog verbetering behoefde.

In voornamelijk kleinere, zelfstandige instellingen gaan meldingen van incidenten en fouten soms via de hiërarchische lijn en bestaat de commissie die meldingen beoordeelt, uit leidinggevenden. Dit kan belemmerend werken op het 'blame free' melden door medewerkers.

### 3.1.4 Veiligheid van materiaal blijft een aandachtspunt

#### De norm

Er wordt gewerkt met een controlesysteem voor preventief onderhoud van materialen en medische hulpmiddelen.

<b>Resultaten</b>				
<i>Veiligheid materialen (N = 91)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	6	24	56	5
Percentage	7	26	61	6

Voor het toetsen van deze norm hebben de inspecteurs tilliften<sup>[9]</sup>, bedden/bedhekken en matrassen als voorbeeld gebruikt.

Tweederde van de 90 getoetste instellingen had bij het vervolfbezoek een controlesysteem voor preventief onderhoud van materialen en medische hulpmiddelen. In zes

[9] *Tilliften: nog steeds niet zonder risico's* (IGZ, 2004).

instellingen ontbrak dit nog geheel. In de overige 24 instellingen liet de uitvoering van het preventieve onderhoud nog te wensen over.

### 3.1.5 Tevredenheid cliënten in de verpleeghuiszorg bijna overal gemeten

#### De norm

De resultaten van periodiek onderzoek naar cliënttevredenheid worden gebruikt bij het opstellen van beleid in samenspraak met de cliëntenraad.

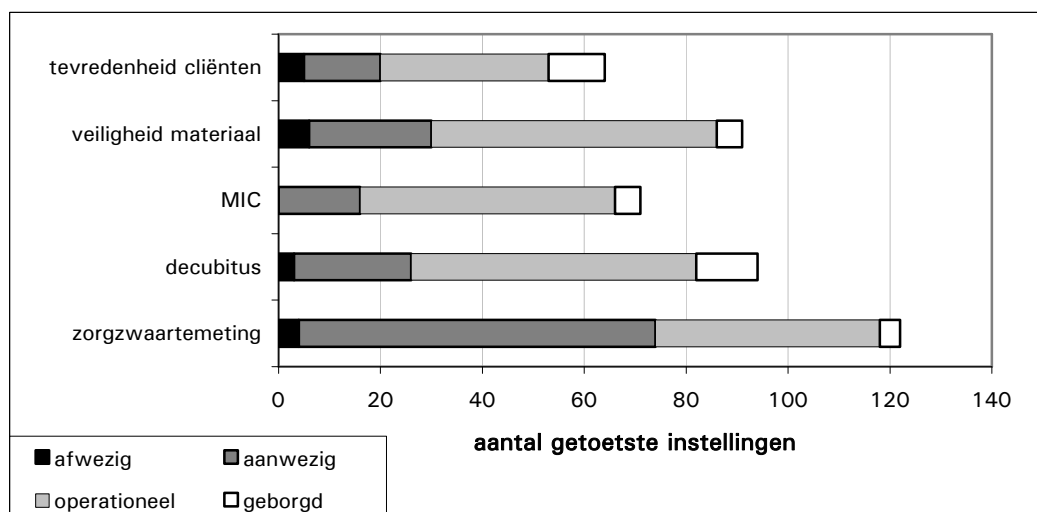
Resultaten				
<i>Meten tevredenheid cliënten (N = 64)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	5	15	33	11
Percentage	8	23	52	17

Een periodieke meting onder cliënten hoe zij de zorg- en dienstverlening, het wonen en het leefklimaat waarderen, geeft belangrijke informatie over gewenste en noodzakelijke verbeteringen in de kwaliteit van zorg. In de meerderheid (44 instellingen) van de instellingen, zijn tussen het eerste en het vervolfbezoek toetsingen naar de tevredenheid van cliënten uitgevoerd en zijn de slechter scorende onderdelen van de meting vertaald in een verbeterplan. In 15 instellingen vond recent een cliënttevredenheidsonderzoek plaats, maar waren de resultaten nog niet vertaald in beleid. Vijf instellingen deden sinds 2005 geen meting onder cliënten.

### 3.1.6 Samenvatting registraties

In figuur 3 zijn de resultaten van het risicogebied registraties weergegeven

Figuur 3  
Beoordeling registraties



Samengevat zijn de regelingen voor registraties in de bezochte instellingen voor verpleeghuiszorg bijna overal aanwezig. Met uitzondering van het systematisch meten van de zorgwaarde van de cliënt, voldeed ongeveer driekwart van de instellingen in het vervolfbezoek inmiddels geheel aan de norm. Het systematisch analyseren van de registraties en daarmee bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg, in het bijzonder het inzetten van personeel op basis van systematische metingen van de zorgwaarde en zorgvraag, moet deels nog plaatsvinden.

### 3.2 Cliëntgerichtheid in dagelijkse zorg nog niet voldoende

Communicatie en informatie zijn pijlers van het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*. Cliëntgerichtheid is te meer van belang in instellingen waar men langdurig verblijft. Het is van belang dat een cliënt geïnformeerd wordt en hij of zij mee kan praten op individueel en instellingsniveau. Cliëntgerichtheid is ook een belangrijk onderdeel van de dagelijkse zorg. Als hulp nodig is, dan moeten de cliënt en zijn familie daarop kunnen rekenen.

Bij dit risicogebied zijn vijf onderwerpen onderscheiden:

- Cliëntenraad.
- Algemene informatievoorziening voor cliënten.
- Voldoende geïnstrueerde hulp bij eten en drinken.
- Adequaat toezicht en permanente alertheid voor psychogeriatrische cliënten.
- Klachtenregeling.

#### 3.2.1 Cliëntenraden zijn in de verpleeghuiszorg aanwezig

##### De norm

In de zorginstelling functioneert een cliëntenraad conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen<sup>[10]</sup>. De cliëntenraad wordt consequent geraadpleegd bij beleidsveranderingen.

Resultaten				
<i>Cliëntenraad (N = 29)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	0	5	22	2
Percentage	0	17	76	7

In 4 instellingen ontbrak bij het eerste bezoek de wettelijk voorgeschreven cliëntenraad. Dit was bij de vervolfbezoeken wel geregeld. Van de 29 instellingen voldeden 5 deels aan de norm. Deels werd dit veroorzaakt door onduidelijkheid in de relatie tussen management, lokale en centrale cliëntenraad. In de overige 24 getoetste instellingen was verbetering opgetreden en raadpleegde het management de cliëntenraad consequent en voorzag ze tijdig van voldoende informatie.

[10] De inspectie heeft geen handhavingstaak in de WMCZ. In de Kwaliteitswet zorginstellingen, waarin voor de inspectie wel een handhavingstaak is vastgelegd, en in veldnormen, wordt er van uitgegaan dat het management regelmatig overlegt met de cliëntenraad en het management de raad om advies vraagt over zorginhoudelijk beleid.

### 3.2.2 Algemene informatievoorziening naar cliënten steeds beter

#### De norm

De cliënten/familie/relaties ontvangen actuele informatie over rechtspositie, zorgaanbod, inspraak en belangrijke procedures.

<b>Resultaten</b>				
<i>Informatie voor cliënten (N = 55)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	3	11	38	3
Percentage	6	20	69	6

Een adequate informatievoorziening is van belang, zodat de cliënt en zijn familie weet wat de rechtspositie is en welke mogelijkheden de instelling heeft. In 3 van de 54 getoetste instellingen ontbrak nog steeds een adequate informatievoorziening voor cliënten. Elf instellingen voldeden gedeeltelijk aan de norm. In dergelijke situaties was de informatie verouderd, ontbrak op onderdelen adequate informatie of bleken medewerkers niet of onvoldoende op de hoogte van het informatiemateriaal voor cliënten en familieleden. Een ruime meerderheid had bij het vervolfbezoek de algemene informatievoorziening aan cliënten in orde.

### 3.2.3 Nog steeds te weinig aandacht voor hulp bij eten en drinken

#### De norm

Er wordt zorg verleend aan de hand van een richtlijn over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/familieleden/vrijwilligers voor de hulp bij eten en drinken van cliënten.

<b>Resultaten</b>				
<i>Hulp bij eten en drinken (N = 118)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	16	32	60	10
Percentage	14	27	51	9

In 2001 is de multidisciplinaire richtlijn 'Vocht en Voeding'<sup>[11]</sup> gepresenteerd op basis waarvan een instelling procedures en richtlijnen rond eten en drinken kan vaststellen. Een onderdeel betreft het beschikbaar zijn van voldoende en deskundige hulp bij eten en drinken. Ruim de helft van de 118 getoetste instellingen volgde een interne richtlijn over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers /familieleden/

[11] Multidisciplinaire richtlijn voor vocht en voeding voor verpleeghuiszorg geïndiceerden, Arcares e.a., 2001.



vrijwilligers voor passende hulp bij eten en drinken van cliënten. Een richtlijn ontbrak nog in 16 instellingen. Het management van verpleegunits merkte hierover diverse keren op dat de bewoners van de verpleegunit alle hulp krijgen die zij nodig hebben. Omdat weinig cliënten bij het eten en drinken hulp nodig hebben, zag het management onvoldoende nut van een dergelijke richtlijn. In de overige 32 instellingen was een richtlijn wel aanwezig maar bleek deze niet bekend op de afdelingen of de verzorgenden voerden de richtlijn (nog) niet uit. Veel bezochte instellingen voor verpleeghuiszorg besteedden aandacht aan de ambiance rond de maaltijden.

### 3.2.4 Adequaat toezicht op psychogeriatrische cliënten nog niet goed geregeld

#### De norm

Er is een richtlijn aanwezig over adequaat toezicht op de psychogeriatrische cliënten die dit nodig hebben en een instructie aan degenen die toezicht houden. Hiervan wordt door de medewerkers zelden (minder dan 10 procent) van afgeweken.

Resultaten				
<i>Toezicht op psychogeriatrische bewoners (N = 112)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	12	31	64	5
Percentage	11	28	57	5

Om het risico op incidenten, zoals vallen en agressie, met psychogeriatrische cliënten te verminderen, is het van belang dat voorzien is in adequaat toezicht. In 111 instellingen is dit onderdeel getoetst. In 12 instellingen ontbrak nog steeds een schriftelijke regeling over het toezicht, dit betrof zowel verpleeghuizen als verpleegunits in verzorgingshuizen. In 31 instellingen was wel een regeling aanwezig, maar werd deze niet geheel uitgevoerd, deels omdat niet op alle momenten van de dag voorzien was in adequaat toezicht op de verpleegafdelingen. Knelpunten in het toezicht kwamen vooral voor in de ochtend en avonden als aanwezig personeel ook bezig is met de verzorging op de kamers en tijdens pauzes van medewerkers. In de overige 68 instellingen was het toezicht op psychogeriatrische cliënten vastgelegd in een richtlijn en medewerkers voerden dit ook uit.

### 3.2.5 Klachtenregeling niet bij iedere medewerker bekend

#### De norm

Er is een klachtenregeling, conform de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. De klachtenregeling is bekend bij medewerkers en er wordt conform de regeling gehandeld.

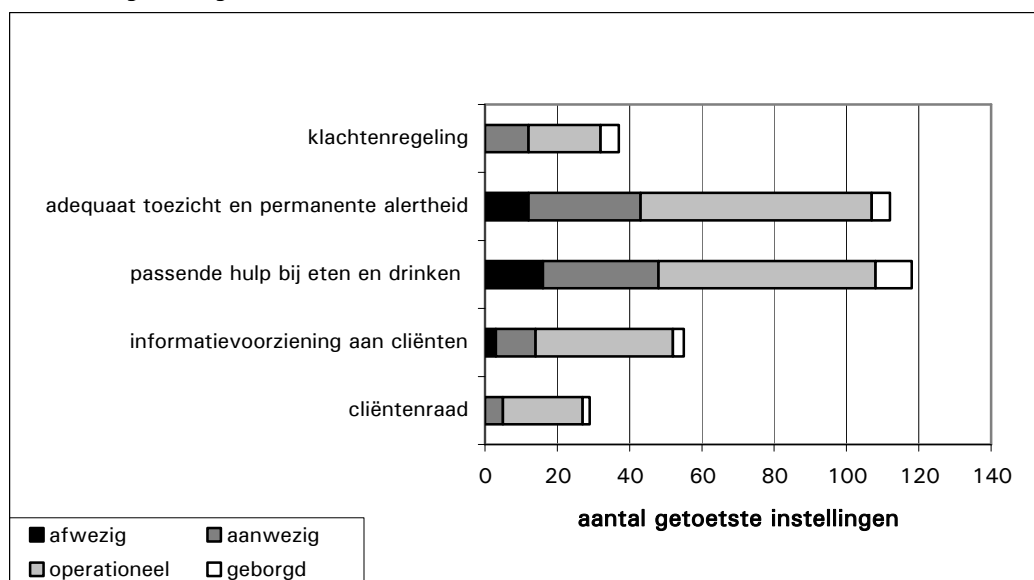
<b>Resultaten</b>				
<i>Klachtenregeling (N = 37)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	0	12	20	5
Percentage	0	31	57	5

Alle bezochte instellingen hebben inmiddels een klachtenregeling. In 12 instellingen (31 procent van de getoetste instellingen) is op één of meer onderdelen geoordeeld dat niet geheel werd voldaan aan de norm. Dit betrof voornamelijk onbekendheid bij medewerkers over het bestaan van een klachtenregeling of het betrof een te hoogdrempelige of niet geheel onafhankelijke klachtenbehandeling. Dit is in strijd met de Wet klacht-recht cliënten zorginstellingen. De overige 25 instellingen voldeden aan de Wet klacht-recht cliënten zorginstellingen en daar was de klachtenregeling ook voldoende bekend bij medewerkers.

### 3.2.6 Samenvatting cliëntgerichtheid

In figuur 4 zijn de resultaten van cliëntgerichtheid samengevat.

Figuur 4  
Beoordeling cliëntgerichtheid



Samengevat kan gesteld worden dat de cliëntgerichtheid op organisatieniveau, namelijk klachtenregeling, cliëntenraad en algemene informatie voor cliënten, nagenoeg in alle bezochte instellingen goed is geregeld. Passende hulp bij eten en drinken en adequaat toezicht op psychogeriatrische patiënten moet nog beter omdat dit in 40 tot 50 instellingen nog onvoldoende was gegarandeerd.

### 3.2.7 Zorgleefplan is er, maar scholing en registratie van afwijkingen van het zorgleefplan moet beter

In het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*, staat de eigen regie van de cliënt op basis van een zorg(behandel-)leefplan centraal. Het individuele zorgleefplan behoort tot stand te komen in overleg met en toestemming van (de vertegenwoordiger van) de cliënt en aan te sluiten bij diens persoonlijke mogelijkheden en beperkingen, behoeften en voorkeuren. Bij het risicogebied cyclisch volgen van de zorgvraag zijn zes onderwerpen onderscheiden:

- Systematisch werken met zorgleefplannen.
- Registratie afwijkingen van individueel zorgleefplan.
- Regeling met betrekking tot verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgleefplan.
- Regeling multidisciplinaire cliëntenbespreking.
- Cliëntenrechten met betrekking tot het zorgleefplan.
- Scholing zorgleefplan.

### 3.2.8 Systematisch werken met zorgleefplannen goed implementeren

#### De norm

Het systematisch werken met zorgleefplannen<sup>[12]</sup> is schriftelijk vastgelegd en medewerkers werken conform de richtlijn.

Resultaten				
<i>Systematisch werken met zorgleefplannen (N = 115)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	3	52	57	3
Percentage	3	46	50	3

In 115 instellingen is dit onderdeel in het vervolfbezoek opnieuw getoetst. Iets meer dan de helft (60 instellingen) is zodanig verbeterd dat de instelling voldeed aan de norm. Nog 3 instellingen hadden geen richtlijn of protocol voor het systematisch werken met zorgleefplannen. In de overige 52 instellingen was er wel een beleid voor het systematisch werken met zorgleefplannen, maar de uitvoering was nog voor verbetering vatbaar. Dit betrof het regelmatig evalueren en bijstellen van het zorgleefplan, het ontbreken van acties en/of evaluatiedata in het zorgleefplan of het ontbreken van regelmatig overleg met de cliënt (en/of de vertegenwoordiger).

### 3.2.9 Registratie van afwijkingen van het individuele zorgleefplan ontbreekt nog vaak

#### De norm

Een schriftelijke regeling over het vastleggen van (structurele) afwijkingen van het zorgleefplan wordt uitgevoerd.

[12] In het toezichtinstrument is nog de inmiddels verouderde term zorgplannen gehanteerd.

<b>Resultaten</b>				
<i>Registratie afwijkingen zorgleefplan (N = 119)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	22	49	45	3
Percentage	19	41	38	3

In de vervolfbezoeken bleek dat 22 van de 118 instellingen nog steeds niet beschikten over een regeling voor het registreren van structurele afwijkingen van het zorgleefplan. Nog eens 49 instellingen hadden wel een dergelijke regeling maar daar liet de uitvoering nog te wensen over. Een minderheid (48 instellingen) beschikte over een regeling. Dit negatieve beeld wil overigens niet zeggen dat in de betreffende instellingen geen aandacht was voor mogelijke knelpunten in de zorgverlening. Soms vond geen registratie plaats, maar waren structurele afwijkingen van het zorgleefplan wel een vast agendapunt op het dagelijkse hoofdenoverleg.

### 3.2.10 Verantwoordelijkheidstoedeling bij de uitvoering van het zorgleefplan soms onduidelijk

#### De norm

De afspraken over de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgleefplan zijn schriftelijk vastgelegd en worden uitgevoerd.

<b>Resultaten</b>				
<i>Verantwoordelijkheden zorgleefplan (N = 81)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	4	24	44	9
Percentage	5	30	54	11

Bij 81 instellingen is dit onderdeel getoetst. Vier instellingen hadden de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgleefplan nog steeds niet schriftelijk vastgelegd. In 24 instellingen was een regeling aanwezig maar werd de regeling nog niet in voldoende mate uitgevoerd. Een meerderheid van de getoetste instellingen (53) voldeed aan de norm.

### 3.2.11 Multidisciplinaire cliëntbespreking vindt meestal plaats

#### De norm

De vastgelegde afspraken over het houden van multidisciplinaire cliëntbesprekingen (per cliënt minimaal twee keer per jaar) worden nageleefd.

<b>Resultaten</b>				
<i>Cliëntbesprekingen (N = 53)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	1	13	37	2
Percentage	2	24	70	4

In 74 procent van de 53 getoetste instellingen was verbetering opgetreden en werden de schriftelijk vastgelegde afspraken over het houden van tenminste halfjaarlijkse (multidisciplinaire) cliëntbesprekingen nagekomen. In één instelling ontbrak nog een regeling. De overige 13 instellingen hadden wel een regeling over het multidisciplinaire overleg, maar deze bleek onbekend bij medewerkers of werd niet uitgevoerd.

### 3.2.12 Medewerkers vaker scholen in cliëntenrechten

#### De norm

De cliëntenrechten zijn schriftelijk vastgelegd en worden nageleefd.

<b>Resultaten</b>				
<i>Cliëntenrechten (N = 101)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	2	44	52	3
Percentage	2	44	52	3

Cliëntenrechten zijn ondermeer vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) zijn nog een aantal verbijzonderingen van het recht van de cliënt opgenomen. Ruim de helft (55) van de 101 getoetste instellingen had zoveel verbeteringen doorgevoerd dat bij het vervolgbezoek voldaan werd aan de norm. In twee instellingen was de schriftelijke informatie over de cliëntenrechten nog onvoldoende in orde. Een document of regeling over de cliëntenrechten was in 44 instellingen wel aanwezig, maar de rechten van de cliënten bleken nog onvoldoende bekend bij de uitvoerende verzorgenden.

### 3.2.13 Regelmatige scholing in het werken met zorgleefplannen ontbreekt

#### De norm

Medewerkers maken gebruik van een structureel, verplicht scholingsaanbod gericht op het methodisch en systematisch werken met zorgleefplannen.

<b>Resultaten</b>				
<i>Scholing medewerkers (N = 121)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	16	36	64	5
Percentage	13	30	53	4

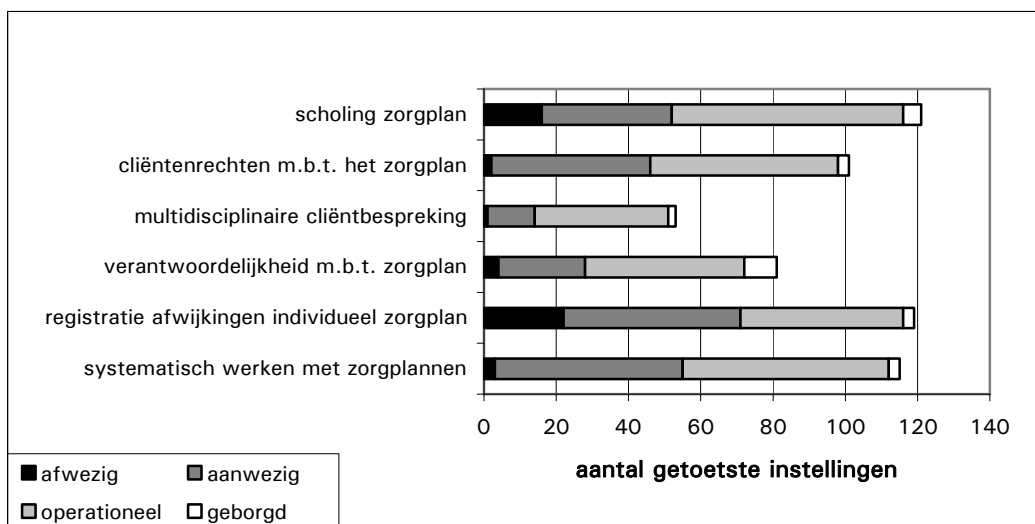
Ruim de helft van de 120 instellingen had in het vervolgbezoek voorzien in een structureel scholingsaanbod in het werken met zorgleefplannen. Een dergelijk scholingsbeleid voor medewerkers ontbrak nog in 16 instellingen. In een aantal gevallen was het scholingsaanbod opgeschort in verband met een overgang naar een andere methodiek voor het opstellen van een zorgleefplan of een overgang naar een elektronisch cliënten dossier. In de overige 30 procent was wel een scholingsbeleid aanwezig maar liet de uitvoering te wensen over.

### 3.2.14 Samenvatting cyclisch volgen van de zorgvraag

In figuur 5 zijn de resultaten van cyclisch volgen van de zorgvraag grafisch weergegeven.

Figuur 5

#### Beoordeling cyclisch volgen van de zorgvraag



Samengevat laat ruim de helft van de getoetste instellingen verbetering zien, maar de uitvoering van het systematisch werken aan de hand van individuele zorgleefplannen moet nog beter. Meer regelmatige scholing van medewerkers is nodig. Ook het systematisch registreren van afwijkingen van het individuele zorgleefplan kreeg nog onvoldoende aandacht.

In de normen voor verantwoorde zorg staan vier domeinen die thuis horen in een zorgleefplan, namelijk lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon-/ leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. De drie laatstgenoemde domeinen kwamen nog

summier aan de orde in de individuele zorgleefplannen die zijn ingezien tijdens de vervolfbezoeken.

### 3.3 Deskundigheid personeel op peil brengen en houden

Goede kwaliteit van zorg vereist voldoende en bekwame medewerkers die toegerust zijn voor hun taak. De cliënt mag verwachten dat de zorg en behandeling professioneel wordt geleverd op basis van actuele richtlijnen en protocollen die gebaseerd zijn op 'good practices' en 'evidence based' veldnormen. Deze aspecten van de zorgverlening zijn ondergebracht bij het risicogebied deskundigheid, te weten:

- Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners.
- Scholingsplan.
- Bekwaamheden BIG.
- Professioneel handelen.
- Bejegening cliënten.

#### 3.3.1 Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners

##### De norm

De organisatie heeft de (voor de zorg aan de doelgroepen) noodzakelijke personeelsbezetting beschreven en in de praktijk gerealiseerd.

<b>Resultaten</b>				
<i>Personeelsbezetting vastgelegd (N = 81)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	9	30	39	3
Percentage	11	37	48	4

Bij 81 instellingen is dit onderdeel opnieuw getoetst. In iets meer dan de helft van deze instellingen was de benodigde deskundigheid van zorgverleners schriftelijk vastgelegd en was deze ook beschikbaar. De overige instellingen voldeden nog niet aan de norm, dit betrof 9 instellingen die de noodzakelijke personeelsbezetting nog niet had vastgelegd en 30 instellingen die de personeelsbezetting wel hadden vastgelegd, maar in de praktijk niet gerealiseerd. Oorzaken hiervoor waren onduidelijkheden rond de zorgzwaarte-bekostiging en soms het niet kunnen invullen van openstaande vacatures.

#### 3.3.2 Scholingsplan meestal aanwezig

##### De norm

De zorgaanbieder heeft een (meerjaren) opleidings- en deskundigheidsbeleid en dit wordt uitgevoerd.

<b>Resultaten</b>				
<i>Scholingsplan (N = 59)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	3	10	42	4
Percentage	5	17	71	7

In 59 instellingen is dit onderdeel opnieuw getoetst omdat zij niet voldeden aan de norm. Een grote meerderheid (78 procent) had een scholings- en deskundigheidsbeleid. In 3 instellingen ontbrak nog steeds een scholingsplan. In 10 instellingen was weliswaar een scholingsbeleid aanwezig, maar schoot de uitvoering op één of meer onderdelen tekort en/of was het opleidings- en deskundigheidsbeleid niet gebaseerd op een inventarisatie van de scholingsbehoefte van medewerkers.

### 3.3.3 Bekwaamheden uitvoering Wet BIG meestal geregeld

#### De norm

De organisatie heeft vastgelegd aan welke deskundigheidseisen de medewerkers moeten voldoen met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. De medewerkers kennen de deskundigheidseisen en werken conform.

<b>Resultaten</b>				
<i>Bekwaamheden medewerkers (N = 70)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	4	16	43	7
Percentage	6	23	61	10

In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is vastgelegd dat voorbehouden en risicovolle handelingen slechts uitgevoerd mogen worden door hulpverleners die hiervoor bekwaam zijn. Naast de eis van bekwaamheid is ook de bevoegdheid op basis van de opleiding van belang. In 70 instellingen is dit onderwerp opnieuw getoetst, hiervan beschikten inmiddels 50 instellingen over regelingen voor het uitvoeren van risicovolle en voorbehouden handelingen en toetste men de noodzakelijke deskundigheid en bekwaamheid van verzorgenden. In 20 instellingen (29 procent) werd nog niet voldaan aan de norm, omdat een regeling ontbrak of de uitvoering van de regeling te wensen overliet.

### 3.3.4 Handelen van medewerkers onvoldoende gebaseerd op actuele protocollen

#### De norm

De organisatie heeft richtlijnen en protocollen op kritische punten in het primaire proces. De medewerkers kennen de inhoud van de protocollen en handelen ernaar.



<b>Resultaten</b>				
<i>Professioneel handelen (N = 120)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	11	52	49	8
Percentage	9	43	41	7

Bij dit onderdeel is in het bijzonder aandacht besteed aan de volgende risicovolle onderwerpen:

- Vocht en voedsel.
- Valpreventie.
- Farmaceutische zorg.
- Infectiepreventie en behandeling.
- Toiletgang en incontinentie.
- Gedragsproblemen en agressie.

In 11 van de 120 getoetste instellingen ontbraken protocollen en richtlijnen op belangrijke onderdelen van de dagelijkse zorgverlening, waren deze verouderd en/of handelden medewerkers niet volgens de protocollen. In 57 instellingen werd voldaan aan de norm. De overige 43 procent voldeed gedeeltelijk aan de norm, omdat op onderdelen protocollen ontbraken of medewerkers onvoldoende op de hoogte bleken van de protocollen of richtlijnen.

### 3.3.5 Omgangs- en gedragsregels schriftelijk vastleggen

#### De norm

Medewerkers houden zich aan de schriftelijk vastgelegde gedragscode over bejegening van de cliënten en attitude van medewerkers.

<b>Resultaten</b>				
<i>Bejegening (N = 102)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	18	29	53	2
Percentage	18	28	53	2

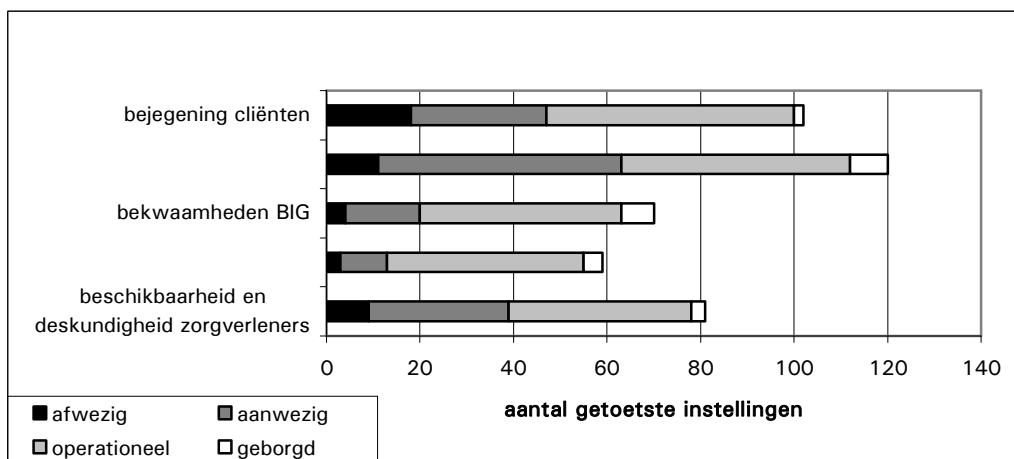
In 102 instellingen is de norm opnieuw getoetst. In 18 instellingen is vastgesteld dat een gedragscode over de bejegening van cliënten en de attitude van medewerkers nog steeds ontbrak. In 29 instellingen was een richtlijn over attitude en bejegening wel aanwezig maar onvoldoende bekend bij medewerkers. Het ontbreken van een beleid of regeling betekent niet dat medewerkers cliënten niet respectvol benaderen. Het is echter van belang om de gedrags- en omgangsregels schriftelijk vast te stellen zodat medewerkers er op aangesproken kunnen worden.

### 3.3.6 Samenvatting deskundigheid

In figuur 6 zijn de resultaten grafisch weergegeven.

Figuur 6

#### Beoordeling deskundigheid



Vastgesteld kan worden dat op het risicogebied deskundigheid verbetering was te constateren, maar het is te weinig. Dit gold in het bijzonder het professioneel handelen, omdat belangrijke actuele richtlijnen en protocollen nog ontbraken of niet bekend waren bij medewerkers. Opmerkelijk en ook ernstig is dat in 19 procent van de getoetste instellingen nog steeds een gedragscode of een schriftelijk beleid over de bejegening van cliënten en de attitude van medewerkers ontbrak. Dat verhoudingsgewijs veel instellingen de personeelsbezetting nog niet op schrift hadden staan, hing deels samen met de invoering van de ZZP in de verpleeghuiszorg. De invoering van de ZZP-metingen en de systematiek om dit om te zetten in een passende personeelsbezetting zijn nog gaande.

### 3.4 Beleid op orde, maar bewaken verantwoord zorgniveau nog onvoldoende

Organisatieomstandigheden kunnen faciliterend of belemmerend werken op het functioneren van de organisatie. Als een organisatie niet doeltreffend werkt, beïnvloedt dit het functioneren van de instelling. Het management dient voorzien te zijn van voldoende en adequate informatie om te kunnen sturen en zo nodig maatregelen te treffen. Dit geldt in het bijzonder voor het bewaken van een verantwoord zorgniveau. Als cliënten en medewerkers weten waaraan de zorg behoort te voldoen en het management dit bewaakt, mag verwacht worden dat iedere dag sprake is van kwalitatief voldoende zorg voor de cliënt.

Het risicogebied organisatieomstandigheden betreft:

- Meerjarenbeleidplan.
- Jaarwerkplan.
- Managementinformatiesysteem.
- Organisatiestructuur.
- Systeem bewaken verantwoord zorgniveau.

### 3.4.1 Meerjarenbeleidplannen aanwezig

#### De norm

Er is een actueel meerjarenbeleidplan dat bekend is en wordt uitgevoerd.

<b>Resultaten</b>				
<i>Meerjarenbeleidplan (N = 47)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	2	12	27	6
Percentage	4	26	57	13

Een actueel meerjarenbeleidplan met een visie op de toekomst, op toekomstige doelgroepen en (toekomstige) samenwerking met derden geeft richting aan het handelen van het management.

In 47 instellingen is dit in het vervolgbezoek getoetst omdat eerder niet werd voldaan aan de norm. Een actueel meerjarenbeleidplan was in het vervolgbezoek in 33 instellingen aanwezig en bekend. In twee instellingen ontbrak nog een actueel beleidsplan. In de overige 12 instellingen was het meerjarenbeleidplan er wel, maar was dit meerjarenbeleid onvoldoende besproken of onbekend bij leidinggevende medewerkers en/of cliëntenraad.

### 3.4.2 Verbeteringen aan de hand van jaarwerkplannen goed geregeld

#### De norm

Er is een jaarwerkplan, dat bekend is bij medewerkers en waarnaar wordt gehandeld.

<b>Resultaten</b>				
<i>Jaarwerkplan (N = 47)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	4	7	34	2
Percentage	9	15	72	4

Voor het uitvoeren van beleid is een jaarwerkplan nodig met daarin de praktische uitwerking van het meerjarenbeleidplan, actiepunten met streefdata en vaststelling wie verantwoordelijk is voor de uitvoering binnen de organisatie.

De 47 instellingen die in de vervolgbezoeken opnieuw zijn getoetst op dit onderdeel, laten een duidelijke verbetering zien. 36 Instellingen beschikten over een jaarwerkplan dat bekend was binnen de organisatie. In drie instellingen werd het jaarwerkplan ook al periodiek geëvalueerd binnen de organisatie en met de cliëntenraad. Elf instellingen hadden dit nog niet of gedeeltelijk op orde.

### 3.4.3 Managementinformatiesystemen komen van de grond

#### De norm

Een vastgesteld Management Informatie Systeem (MIS) wordt (mede) gebruikt als leidraad voor het aansturen van de organisatie binnen de kaders van het vastgestelde beleid.

Resultaten				
<i>Management Informatie Systeem (N = 39)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	1	7	29	2
Percentage	3	18	74	5

Een management informatie systeem (MIS) over tenminste drie van de zes volgende onderdelen (verhouding zorggebonden en niet zorggebonden personeel, MIC, ziekteverzuim, financiën, arbeidstevredenheid en de cliëntraadpleging) is een basis waarop het management het beleid kan vaststellen en aanpassen. In het vervolgbezoek hadden 31 van de 39 instellingen dit in orde. Nog 8 instellingen beschikten niet over een operationeel MIS, al werd hier door de meesten wel aan gewerkt.

### 3.4.4 Organisatiestructuur ligt vast

#### De norm

Vastgelegde structuuraspecten van de organisatie zijn bekend bij de medewerkers en zijn richtinggevend voor het dagelijks handelen.

Resultaten				
<i>Organisatiestructuur (N = 49)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	2	13	31	3
Percentage	4	27	63	6

In de 49 instellingen waar tijdens de eerste bezoeken de organisatiestructuur niet of onvoldoende was geregeld, was dit in 34 instellingen in het vervolgbezoek geregeld en voldoende bekend bij medewerkers.

In 2 instellingen ontbrak nog een vastgelegde organisatiestructuur. In 13 instellingen was de organisatiestructuur wel vastgelegd, maar in de praktijk was de structuur anders, ontbraken onderdelen van de structuuraspecten of was de organisatiestructuur onvoldoende bekend bij medewerkers.

### 3.4.5 Systematisch bewaken van een verantwoord zorgniveau gaat niet snel

#### De norm

Er is een vastgelegd systeem om het verantwoorde zorgniveau te bewaken. Dit is bekend bij medewerkers en wordt uitgevoerd.

Resultaten				
<i>Bewaken verantwoord zorgniveau (N = 127)</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Absoluut aantal	20	69	34	4
Percentage	16	54	27	3

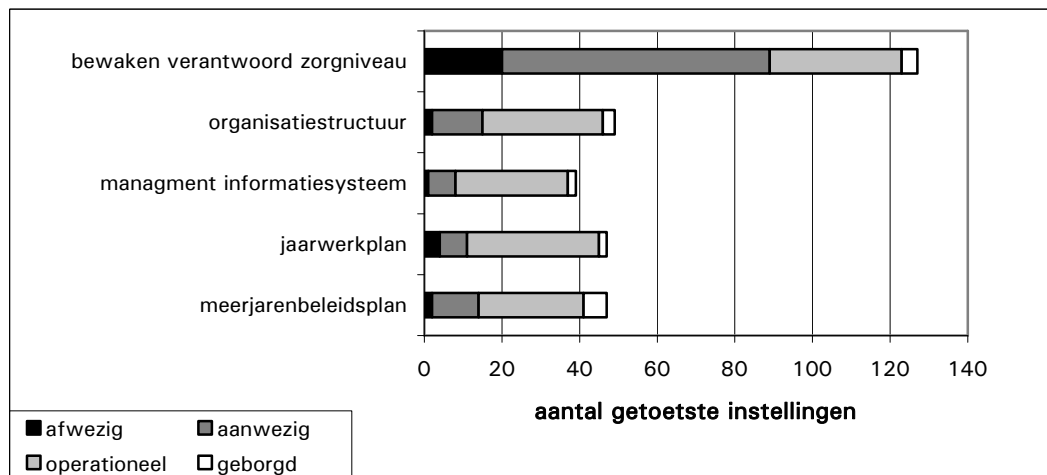
In het visiedocument *Op weg naar normen voor verantwoorde zorg* staat dat verpleeg- en verzorgingshuizen systematisch een verantwoord niveau van de zorg bewaken. In 127 instellingen is dit onderdeel getoetst. Bij het vervolfbezoek had 30 procent voorzien in een beleid voor het systematisch bewaken van een verantwoord niveau van de zorg. Er waren nog 69 instellingen bezig met het opzetten en invoeren van een kwaliteitsbewakend systeem en in 20 instellingen ontbrak een systeem nog geheel of grotendeels.

### 3.4.6 Samenvatting organisatieomstandigheden

In figuur 7 zijn de resultaten van organisatieomstandigheden grafisch weergegeven.

Figuur 7

#### Beoordeling organisatieomstandigheden



Het beleid, de organisatiestructuur en de informatie voor het management was meestal in orde. Het systematisch bewaken van een verantwoord zorgniveau kreeg nog te weinig aandacht.

### **3.5 Farmaceutische zorg heeft aandacht nodig**

Tijdens de rondgang is in een aantal instellingen systematisch aandacht besteed aan de geneesmiddelenopslag en distributie. Nog steeds werden voorraden van niet op naam gestelde geneesmiddelen aangetroffen. Ook zijn er af en toe grote hoeveelheden geneesmiddelen aangetroffen, bijvoorbeeld van overleden cliënten, die al afgevoerd hadden moeten zijn.

## 4 Beschouwing

### 4.1 Bevindingen in perspectief

Op basis van de resultaten van de eerste bezoeken in 2005/2006 aan 640 instellingen voor verpleeghuiszorg en de vervolfbezoeken aan 149 meest risicovolle instellingen in 2006/2007 kan de vraag gesteld worden of deze intensivering van het toezicht heeft bijgedragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast is van belang welke maatregelen getroffen zijn om tot verdere verbetering te komen.

### 4.2 Een terugblik; er viel het nodige te verbeteren

In 2005/2006 is het toezicht op de verpleeghuiszorg geïntensiveerd en zijn 640 instellingen voor verpleeghuiszorg bezocht en beoordeeld op 5 risicogebieden. Nog geen 10 procent van de bezochte instellingen voldeed aan alle getoetste normen. In deze periode was het bij 6 instellingen nodig verscherpt toezicht in te stellen. De 640 bezochte instellingen voldeden gemiddeld aan 69 procent van de getoetste normen. Dat wil zeggen dat een getoetste norm aantoonbaar aanwezig is, bekend bij medewerkers en consequent wordt nageleefd (operationeel of geborgd).

Voor 12 procent gold dat de getoetste norm volledig afwezig was of niet werd nageleefd (afwezig). Bij de overige 10 procent van de getoetste normen was de norm wel aanwezig, maar werd deze niet consequent nageleefd of was de bijbehorende procedure niet bekend bij medewerkers (aanwezig).

Er moesten 598 bezochte instellingen een plan van aanpak opstellen om, binnen een vastgestelde termijn, verbeteringen door te voeren. De inspectie heeft deze plannen beoordeeld en hierop gereageerd. Voor ruim de helft van de plannen van aanpak is beoordeeld dat de voorgestelde verbeteracties naar het oordeel van de inspectie voldoende waren. De overige instellingen kregen een vervolfbezoek of een schriftelijke follow-up in de vorm van voortgangsrapportage en/of het opvragen van interne procedures en richtlijnen.

De meest risicovolle instellingen kwamen in aanmerking voor een vervolfbezoek. Dit waren de instellingen die onder de norm scoorden op een meerderheid van de onderwerpen, die direct van invloed zijn op de zorg voor de cliënten. De 149 instellingen die een vervolgonderzoek kregen, voldeden bij het eerste bezoek gemiddeld voor slechts 45 procent aan de getoetste normen. Bij 21 procent van de normen was de beoordeling afwezig. Bij de overige 34 procent was de norm wel aanwezig, maar waren procedures onvoldoende bekend of werden ze niet consequent nageleefd.

Verhoudingsgewijs kwamen meer verpleegunits dan verpleeghuizen in aanmerking voor een vervolfbezoek. In tabel 1 zijn de resultaten van de eerste bezoeken aan alle instellingen en de meest risicovolle instellingen samengevat.

Tabel 1  
**Resultaten van de eerste bezoeken aan alle instellingen en de meest risicovolle instellingen**

<i>Beoordeling kwaliteitsniveau norm</i>	<i>Eerste bezoek alle instellingen (N = 640)</i>	<i>Eerste bezoek meest risicovolle instellingen (N = 149)</i>
Afwezig	12	21
Aanwezig	10	34
Operationeel/Geborgd	69	45

#### 4.3 Er is hard gewerkt, maar nog steeds verbetering nodig

Uit de bevindingen van de vervolfbezoeken, samengevat in hoofdstuk 3, blijkt dat ten tijde van het vervolfbezoek op belangrijke onderdelen soms nog steeds interne regelingen ontbraken of de implementatie van een regeling onvoldoende was. Feitelijk vindt de inspectie het niet acceptabel dat instellingen op belangrijke onderdelen van de zorgverlening nog steeds niet voldeden aan normen voor verantwoorde zorg, nadat de instellingen meer dan een half jaar de tijd kregen om een plan van aanpak ter verbetering uit te voeren. Desondanks is op veel onderdelen van de zorgverlening een aanzienlijke verbetering gerealiseerd. Bij het vervolfbezoek in 2006/2007, dat ongeveer 6 tot 12 maanden na het eerste bezoek plaatsvond, werd aan 78 procent van de normen voldaan, dit was bij het eerste bezoek in 2005/2006 maar 45 procent. Het implementeren van richtlijnen kost tijd, bij 18 procent van de normen was dit nog niet voldoende gerealiseerd (beoordeling aanwezig). Soms ontbraken op één of meer onderwerpen ook nog normen binnen de instelling (4 procent). In tabel 2 zijn de resultaten van de opeenvolgende bezoeken aan de meest risicovolle instellingen samengevat.

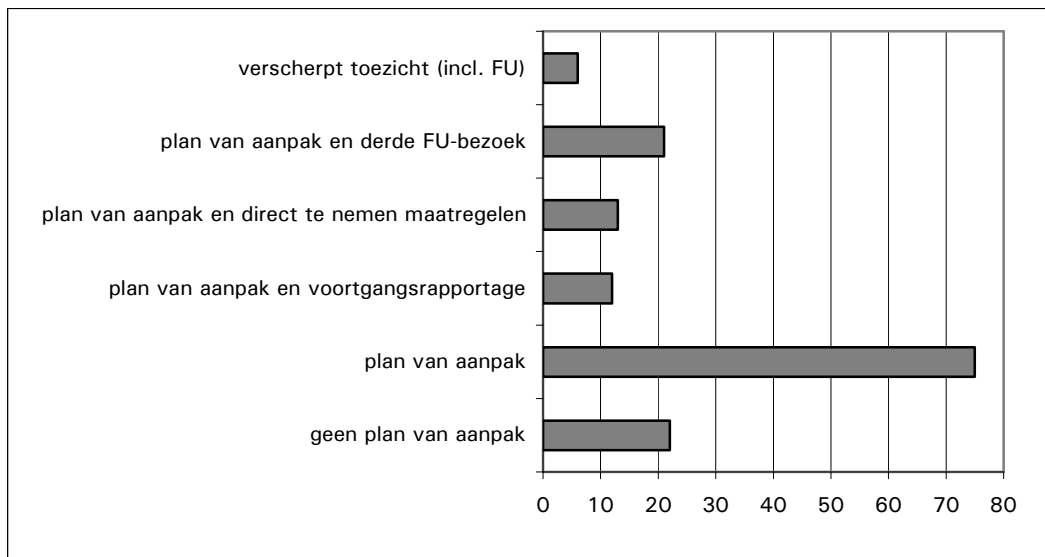
Tabel 2  
**Resultaten van de opeenvolgende bezoeken aan de meest risicovolle instellingen**

<i>Beoordeling kwaliteitsniveau norm</i>	<i>Eerste bezoek 2005/2006 meest risicovolle instellingen (N = 149)</i>	<i>Vervolfbezoek 2006/2007 meest risicovolle instellingen (N = 149)</i>
Afwezig	21	4
Aanwezig	34	18
Operationeel/geborgd	45	78

Bij het vervolfbezoek had 15 procent van de instellingen de getoetste onderwerpen op orde en werd door de medewerkers op alle of nagenoeg alle onderdelen gewerkt volgens de regelingen. Een (bijgesteld) plan van aanpak was dan niet nodig. In de overige bezochte instellingen hebben de bevindingen geleid tot maatregelen van de inspectie, in het uiterste geval instellen van verscherpt toezicht. In figuur 8 is dit samengevat.



Figuur 8  
**Maatregelen na het vervolfbezoek**



Voor een groot deel zijn de genomen maatregelen inmiddels uitgevoerd en zijn de voorgestelde en uitgevoerde verbeteracties naar het oordeel van de inspectie voldoende. Er zijn voor 8 instellingen in de eerste helft van 2008 nog vervolfbezoeken gepland.

#### 4.4 Op belangrijke onderdelen gaan ontwikkelingen langzaam

Zowel tijdens de eerste als vervolfbezoeken blijken relatief veel instellingen niet of onvoldoende te voldoen aan de gestelde normen op bepaalde onderdelen van de zorgverlening. Dit betreft:

- Adequaat toezicht op psychogeriatrische cliënten.
- Passende hulp bij eten en drinken.
- Systematische werken met zorgleefplannen.
- Verantwoordelijkheidstoedeling met betrekking tot zorgleefplan.
- Scholing zorgleefplan.
- Beschikbaarheid en deskundigheid medewerkers.
- Bekwaamheden Wet BIG.
- Professioneel handelen.
- Bejegening cliënten.
- Systeem bewaken verantwoord zorgniveau.
- Systematisch meten van zorgzwaarte.

Bij de vervolfbezoeken betrof het voor een klein deel nog het ontbreken van interne richtlijnen, maar grotendeels ontbrak het aan voldoende implementatie van de richtlijnen in de dagelijkse zorg voor de cliënten.

Dat verhoudingsgewijs veel instellingen de personeelsbezetting nog niet op schrift hadden staan en het toewijzen van personeel op basis van het systematisch meten van zorgzwaarte nog niet plaatsvond, hing deels samen met de invoering van de ZZP in de verpleeghuiszorg. De invoering van de ZZP-metingen en de systematiek om dit om te zetten in een passende personeelsbezetting was nog gaande tijdens de bezoeken.

De overige onderwerpen hebben direct te maken met dagelijkse zorgverlening. Het goed naleven van regelingen vereist ruime aandacht van het management voor implementatie en uitvoering omdat veel medewerkers hierbij betrokken zijn. Het voldoende op orde hebben van het systematisch werken met individuele zorgleefplannen en goed opgebouwde dossiers is omvangrijk en arbeidsintensief in een sector waar de eerste prioriteit ligt bij goede zorg voor de cliënt. Het is echter van groot belang dat de cliënt de zorg krijgt die met hem/haar is besproken en overeengekomen.

Aandacht is ook nog nodig voor de zorgaanbieders die overgaan op geautomatiseerde systemen voor de opslag van procedures, richtlijnen en protocollen. Niet altijd konden de aanwezige verzorgenden met de PC werken of er bleken regelmatig storingen in het geautomatiseerde systeem. De papieren versies van de protocollen die vervolgens op de verpleegposten werden aangetroffen bleken niet altijd volledig en actueel.

Met een goed werkend kwaliteitssysteem kunnen risico's op fouten worden verminderd. Het opzetten van een kwaliteitssysteem, gebaseerd op actueel beleid, procedures, richtlijnen en protocollen, op basis waarvan alle medewerkers in de zorg voor de cliënt handelen, kost tijd. Vooral in kleinere instellingen en organisaties met veel informeel beleid en ongeschreven regels is dit een 'tour de force'.

#### **4.5 Vooruitblik**

Bijna een kwart van de instellingen voor verpleeghuiszorg kwam in 2006/2007 in aanmerking voor een vervolfbezoek. Naar verwachting hebben de niet-bezochte instellingen voor verpleeghuiszorg de gevraagde plannen van aanpak na het eerste bezoek in 2005/2006 ook geheel of grotendeels uitgevoerd. Dit zal binnenkort moeten blijken. De landelijke metingen medio 2008 naar de kwaliteit van zorg op basis van het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg* zullen duidelijk maken of de intensivering van het toezicht voldoende positief effect heeft gehad op de uitkomsten van de kwaliteit van de gehele verpleeghuiszorg. Instellingen die bij de metingen onder de maat scoren worden weer bezocht door de inspectie en zullen met meer of minder drang moeten komen tot een verdere verbetering van de kwaliteit van zorg voor de cliënt. In vergelijking met de afgelopen periode zullen de instellingen minder tijd krijgen om tot noodzakelijke verbeteringen te komen en zal eerder worden overgegaan tot het instellen van verscherpt toezicht. Een cliënt, die meestal langdurig afhankelijk is van zorg, verdient kwalitatief goede zorg.

## 5 Summary

In early 2005, the (then) State Secretary of Health, Welfare and Sport (VWS) announced a series of measures to improve the quality of residential care services in the Netherlands, doing so in response to persistent reports of shortcomings. One of the measures announced would be closer supervision by the Health Care Inspectorate (IGZ).

In 2005/2006, the Inspectorate visited and evaluated 640 residential care locations. Its findings were presented in the report *Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande* (Residential Care in Pursuit of Quality, IGZ, 2006). Almost six hundred institutes were then required to compile an action plan whereby further improvement could be achieved. It was decided that 149 particularly 'high-risk' locations would be subject to re-inspection, having failed to meet the required standard in over half (55%) of the aspects of care which were evaluated during the first visit.

The central question of the current report is therefore whether these 149 high-risk residential institutes had indeed improved the quality of the care they provide by 2006/2007. Only aspects of the services deemed unsatisfactory during the first visit were subject to re-evaluation.

Overall, patients in residential care are now more likely to receive 'responsible care' than in the past. The government's measures, such as closer supervision, together with the efforts of the institutes themselves, have resulted in more locations being able to meet the required standards. The majority of institutes subjected to re-inspection in 2006/2007 have shown significant progress in implementing their action plans. Many vital aspects of care provision are now subject to clear policy; such policy has still to be implemented for 4% of the aspects evaluated. Eighteen per cent of the aspects evaluated remained below the required standard. Although rules and procedures had been put in place, they had not (in the opinion of the inspectors) been implemented to an adequate degree.

In the case of 21 institutes (14%) it was decided that ongoing close supervision was required. This would entail a number of interviews to monitor progress, and/or additional visits. At the time of writing, eight further follow-up inspections are planned, the improvements noted on previous visits having been deemed inadequate.

During the inspection period, six residential care institutes were placed under special supervision by the Inspectorate. By late April 2008, such supervision had been lifted. The *ultimum remedium*, a ministerial sanction further to the *Kwaliteitswet zorginstellingen* (Residential Care (Quality) Act), was not considered necessary.

Approximately half of the institutes visited had not yet implemented a system whereby staffing numbers are based on any systematic assessment of current care requirements. This was due in part to the complexity of the recommended methods for doing so, as announced recently. Systematic registration and analysis of decubitus cases, incident reports, patient satisfaction and the maintenance of medical equipment had not yet been fully implemented in some twenty per cent of the locations visited.

Interventions by medical and paramedical staff should be based on current guidelines and protocols, which in turn are further to good practice and evidence-based norms. During the first round of visits in 2005/2006, some 80% of the 149 high-risk institutes failed to meet the required standards in this respect. During the follow-up visits, 7% of the inspected institutes still lacked up-to-date protocols to cover the critical points of the care process. In approximately one third of cases, up-to-date protocols and guidelines are available but staff remain largely unaware of their existence. Almost one third (31%) of institutes were found to have no formal Code of Conduct relating to personal interaction with patients. Where instructions were in place, staff were not fully aware of their contents.

Greater improvement was noted in terms of efforts to ensure the competence of staff on duty. The majority (71%) of the institutes which lacked formal procedures for reserved and/or high-risk interventions during the first visit were found to have rectified this omission and now regularly evaluate staff in terms of the required skills and formal authority to conduct certain interventions.

Almost all institutes were found to have a satisfactory patient complaint procedure and adequate arrangements for providing information to patients. Nevertheless, in a few isolated cases it remained necessary to bring these arrangements to the attention of staff. In its previous report, the Inspectorate noted that insufficient progress had been made in ensuring that appropriate assistance can be provided to patients who are not able to feed themselves independently, and that there was too little supervision of psychogeriatric patients. During the follow-up inspections, almost one third of the institutes had still not rectified this situation. By monitoring the implementation of the action plans more closely, the Inspectorate now intends to ensure that they do so sooner rather than later.

The Inspectorate notes an increase in small-scale residential care facilities, and in care provision on psychogeriatric wards based on 'patient perceptions'. These developments will, in the opinion of the Inspectorate, help ensure greater patient focus.

Care provision in residential facilities is based on the individual patient care plan, which is produced further to consultation between the professionals in various disciplines and the patient (or his/her representative). In the vast majority of cases, formal protocols were found to be in place to ensure the systematic use of individual care plans and to provide for the required interdisciplinary consultation. Similarly, protocols exist to safeguard patient rights and to ensure an appropriate division of responsibilities between all parties involved. However, the inspectors concluded that these protocols were not being properly observed in approximately one third of the locations visited. Moreover, over one third of the locations failed to provide regular training in the systematic use of care plans. Almost half (47%) do not systematically record instances in which action other than that agreed with the patient is taken, although it should be noted that some institutes have alternative arrangements whereby such irregular situations can be identified and resolved, such as daily staff meetings and the reassignment of responsibilities to cover for staff absences.

The individual patient plan format produced by ActiZ in late 2006 devotes due attention to constructive activities for patients, their mental well-being and the general quality of facilities in terms of comfort and amenity. The basic principle is that patients

should retain the greatest possible control over their own lives, whereby the *quality of life* is central. The follow-up visits suggest that the implementation of the ActiZ patient plan format is still in its infancy.

There is an ongoing trend whereby patient records are kept in digital form. Any transition to new working methods calls for thorough preparation, training and the establishment of clear organisational preconditions. This clearly demands time, which accounts for the slow progress of improvements in terms of the cyclical observance of individual care requirements.

The organisational preconditions, which include a long-term policy and strategy, an annual working plan and a management information system, were found to have been properly implemented in most of the residential facilities visited. The Quality Framework for Responsible Care requires all institutes to actively monitor their care provision to ensure that it remains 'responsible' at all times. This is not yet the case in the majority of locations visited. During the first visit, 127 of the 149 facilities were found to lack formal policy in this regard. By the second visit, some 30% had already rectified this omission, while 54% were in the process of doing so. The remaining 16% had failed to take any significant action to ensure systematic monitoring of the quality of care.

Those institutes which still fail to meet the standards in one or more aspects of care provision have again been requested to produce an action plan and/or a regular progress report on the implementation of any existing action plan. The Inspectorate intends to conduct further visits to nine locations in the spring of 2008. Should inadequate progress once again be noted, these institutes will be placed under close supervision.

The Inspectorate will compare the results of the latest follow-up visits with those of the first national assessment, based on the Quality Framework for Responsible Care. Following an analysis of the results of the assessments and of previous visits, the Inspectorate will once again visit those institutes which are deemed most 'at risk'. Where the threat to fully responsible care is unacceptably great, supervision will be intensified.

## BIJLAGE Toelichting scorekwalificaties

### Algemene toelichting

<i>Afwezig</i>	<i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd.</i>
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

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Zorgzwaartemeting	Er is geen zicht op de zorgzwaarte en/of de zorg 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 zorgzwaarte-registratiesysteem 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. 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 voor 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.

## REGISTRATIES

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Tevredenheid cliënten	Cliëntentevredenheidsonderzoek vindt niet plaats.	Cliëntentevredenheidsonderzoek vindt minimaal éénmaal per drie jaar plaats.	De resultaten van het cliënten-tevredenheids-onderzoek worden gebruikt bij het opstellen van beleid.	Systeem van cliënten-tevredenheidsonderzoek en betrekken van resultaten bij beleid wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

## CLIËNTGERICHTHEID

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
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/ vrijwilligers/ familieleden voor hulp bij eten en drinken van cliënten. De richtlijnen zijn niet bekend bij medewerkers en/of de bezetting voldoet structureel (meer dan 10%) niet aan de richtlijn. Of vrijwilligers/ familieleden die betrokken zijn bij het helpen van cliënten bij het eten en drinken krijgen geen instructie.	Er is/zijn bij medewerkers richtlijnen bekend over de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/ familieleden/ vrijwilligers voor hulp bij eten en drinken van cliënten; én er wordt niet of minder dan 10% afgeweken van de richtlijn.	De richtlijnen en de uitvoering van de richtlijn met betrekking tot de aanwezigheid van voldoende geïnstrueerde medewerkers/ vrijwilligers/ familieleden voor hulp bij eten en drinken van cliënten wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

**CLIËNTGERICHTHEID**

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Adequaat toezicht en permanente alertheid	Er is geen richtlijn aanwezig over permanent toezicht op psychogeriatrisch geïndiceerde cliënten in de huiskamers door medewerkers en/of geïnstrueerde personen.	Er is/zijn richtlijnen aanwezig; én er is een richtlijn over de instructie aan diegenen die toezicht houden; én deze richtlijn is niet bekend bij medewerkers of van 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.	Er is/zijn richtlijnen aanwezig. En deze richtlijn is bekend bij medewerkers of van deze richtlijn wordt zelden (minder dan 10% van de tijd) afgeweken. En vrijwilligers/ familieleden die worden belast met het toezicht op cliënten in de huiskamer krijgen instructie.	De richtlijnen zelf én de uitvoering van de richtlijnen worden periodiek 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 zo nodig bijgesteld.

**CYCLISCH VOLGEN VAN DE ZORGVRAAG**

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
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 met betrekking tot vastleggen van (structurele) afwijkingen van het zorgplan.	De regeling met betrekking tot 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.



---

**CYCLISCH VOLGEN VAN DE ZORGVRAAG**


---

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Regeling met betrekking tot verantwoordelijkheid inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan	Er zijn geen schriftelijk vastgelegde afspraken met betrekking tot verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan.	Er zijn schriftelijk vastgelegde afspraken met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan.	De afspraken met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor de inhoud en coördinatie van de uitvoering van het zorgplan worden nageleefd.	De afspraken met betrekking tot 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 met betrekking tot het houden van MDO's.	Er zijn schriftelijk vastgelegde afspraken met betrekking tot het houden van MDO's, waarbij de MDO's per cliënt minimaal tweemaal per jaar plaatsvinden.	De vastgelegde afspraken met betrekking tot het houden van MDO's worden nageleefd.	De vastgelegde afspraken met betrekking tot het houden van MDO's worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Cliëntenrechten met betrekking tot het zorgplan	Er zijn geen afspraken vastgelegd over cliëntenrechten met betrekking tot het zorgplan.	Er zijn afspraken vastgelegd over cliëntenrechten met betrekking tot het zorgplan.	Gemaakte afspraken over cliëntenrechten met betrekking tot het zorgplan worden nageleefd.	Vastgelegde afspraken over cliëntenrechten met betrekking tot 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 met betrekking tot 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**

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Beschikbaarheid en deskundigheid zorgverleners	De organisatie heeft de (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines niet beschreven.	De organisatie heeft de (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines schriftelijk vastgelegd, maar in de praktijk niet gerealiseerd.	De benodigde disciplines zijn beschreven en in de praktijk gerealiseerd.	De (voor de zorg aan de doelgroepen) benodigde disciplines en de realisatie in de praktijk worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Scholingsplan	De zorgaanbieder heeft niets of nauwelijks iets vastgelegd over een opleidings- en deskundigheidsbeleid.	De zorgaanbieder heeft wel een (meerjaren) opleidings- en deskundigheidsbeleid, dit wordt (nog) niet uitgevoerd.	Het beleid is vastgelegd en wordt uitgevoerd.	Het vastgelegde beleid wordt uitgevoerd, systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Bekwaamheden BIG	De organisatie heeft niet vastgelegd aan welke deskundigheids-eisen 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 bevoegdheids- en bekwaamheidsregelingen.	Medewerkers kennen de vastgelegde deskundigheidseisen, taak- en bevoegdheids- en bekwaamheidsregelingen inzake voorbehouden en risicovolle handelingen, en werken conform.	De noodzakelijke deskundigheden, taak- en bevoegdheids- en bekwaamheidsregelingen worden getoetst, systematisch geëvalueerd en bijgesteld.
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.

**DESKUNDIGHEID**

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Bejegening cliënten	Er zijn vastgelegde afspraken met betrekking tot bejegening van cliënten en attitude van medewerkers.	Er zijn vastgelegde afspraken met betrekking tot bejegening van cliënten en attitude van medewerkers.	Medewerkers houden zich aan de afspraken met betrekking tot bejegening van cliënten en werkattitude.	De afspraken met betrekking tot bejegening van cliënten en attitude van medewerkers worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

**ORGANISATIEOMSTANDIGHEDEN**

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Meerjarenbeleidplan	Er is geen of nauwelijks een actueel meerjarenbeleidplan aanwezig.	Er is een meerjarenbeleidplan dat voldoet aan de norm.	Het meerjarenbeleidplan wordt uitgevoerd.	Het opstellen en uitvoeren van het meerjarenbeleidplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Jaarwerkplan	Er is geen jaarwerkplan aanwezig.	Het jaarwerkplan is op schrift gesteld.	Het jaarwerkplan is bekend bij medewerkers en er wordt naar gehandeld.	Het opstellen en de uitvoering van het jaarwerkplan wordt systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Organisatiestructuur	De instelling heeft aspecten van structuur niet of onvoldoende geregeld.	Structuuraspecten liggen op schrift vast.	Vastgelegde structuuraspecten van de organisatie zijn bekend bij de medewerkers en richtinggevend voor het dagelijks handelen.	Structuuraspecten worden systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Management informatiesysteem	Er is geen MIS aanwezig of er zijn maar 1 of 2 van de 6 onderwerpen in het MIS opgenomen.	Er is een MIS beschreven 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.

**ORGANISATIEOMSTANDIGHEDEN**

<i>Indicator</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
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.