**Vragenlijst pijler 1**

**Kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau**

De vragenlijst voor pijler 1 wordt ingevuld door zorgorganisaties die WLZ-zorg leveren (ook als die WLZ-zorg maar een onderdeel is van bredere ondersteuning).

Bij het beantwoorden van de vragen telt u de cliënten mee die onder de reikwijdte van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg vallen. Dit zijn WLZ-cliënten met een ZZP-indicatie die bij de organisatie wonen en minimaal 4 dagen per week zorg ontvangen. Ook cliënten met een VPT worden meegenomen. Cliënten met een PGB of een MPT worden niet meegenomen. U kijkt bij het beantwoorden van de vragen niet naar cliënten die onder een ander regime (Jeugdzorg of WMO) vallen.

Bij vragen waarbij het niet mogelijk is een dergelijk onderscheid te maken, kijkt u naar de gehele organisatie (vragen over kwaliteit medewerkers en organisatie)

**Concept 6 juli 2015, inclusief vragen over brandveiligheid**

**Uitvraag 2016**

**VGN**

De gegevens van pijler 1 worden verzameld in de MediQuest portal en door MediQuest doorgeleverd naar het Zorginstituut Nederland. Deze gegevens worden door het Kwaliteitsinstituut gepubliceerd in een openbaar databestand op hun website.

**Invulinstructie**

Bij de meeste vragen wordt onderscheid gemaakt tussen de antwoordcategorieën Ja/In ontwikkeling/Nee. Het gaat er bij de beantwoording van de vragen om dat de zaken waarom wordt gevraagd **aantoonbaar** aanwezig zijn. Als men ‘Ja’ invult bij een vraag dan betekent dit dat dit aantoonbaar aanwezig is, bij ‘In ontwikkeling’ is het aantoonbaar deels aanwezig en bij ‘Nee’ is het niet aanwezig.

Ja Op schrift, bekend, uitgevoerd, en regelmatig bijgesteld/geëvalueerd

In ontwikkeling Op schrift, bekend, maar (met reden) niet uitgevoerd **OF**

Op schrift, bekend, uitgevoerd, maar (met reden) niet regelmatig bijgesteld/geëvalueerd

Nee Niet op schrift of onvoldoende bekend

**Algemeen**

Identificatienummer KvK (conform DigiMV): …………………………..

**BELANGEN**

1. **Medezeggenschap**
   1. Heeft uw organisatie een regeling opgesteld op het gebied van medezeggenschap voor cliënten en/of verwanten?

Ja/In ontwikkeling/Nee

* 1. Hoe heeft de organisatie de medezeggenschap voor cliënten en/of verwanten georganiseerd (meerdere antwoorden mogelijk)?

|  |  |
| --- | --- |
| ***Medezeggenschap*** | ***Wie neemt deel*** |
| 0 Centraal niveau (CCR) | 0 Cliënten |
|  | 0 Verwanten |
| 0 Decentraal niveau (bijvoorbeeld huiskamerberaad, locatieberaad) | 0 Cliënten |
|  | 0 Verwanten |
| 1. Geen medezeggenschap georganiseerd |  |

1.3 Geeft de cliënten- of verwantenraad advies op een voorgenomen besluit van de Raad van Bestuur op de volgende aspecten binnen uw organisatie (meerdere antwoorden mogelijk)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Betrokken*** | ***Welk niveau*** |
| Verbeterplannen | 0 Ja  0 Nee | 0 Centraal niveau  0 Decentraal niveau |
| Uitkomsten cliëntervaringsonderzoek | 0Ja  0 Nee | 0 Centraal niveau  0 Decentraal niveau |

* 1. Kan de organisatie aantonen dat zij op ieder advies van de cliëntenraad heeft gereageerd en gemotiveerd heeft aangegeven als zij daarvan is afgeweken?

Ja/In ontwikkeling/Nee/N.V.T.[[1]](#footnote-1)

**2. Klachten**

* 1. Beschikt uw organisatie over een klachtenregeling voor cliënten[[2]](#footnote-2)?

Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien Ja, ga door naar vraag 2.2

Indien Nee of in ontwikkeling, ga door naar vraag 2.3

* 1. Ontvangen cliënten en/of hun vertegenwoordigers systematisch[[3]](#footnote-3) op een voor hen begrijpelijke wijze, informatie over de klachtenregeling?

Ja/In ontwikkeling/Nee

2.3 Heeft uw organisatie voor cliënten een klachtencommissie[[4]](#footnote-4) ingesteld?

ja/in ontwikkeling/nee

Indien Ja, ga door naar vraag 2.4

Indien Nee of in ontwikkeling, ga door naar vraag 3

2.4a Is de klachtencommissie voor cliënten ingesteld:

1. met een onafhankelijke[[5]](#footnote-5) voorzitter? Ja/In ontwikkeling/Nee

2.4b Is de klachtencommissie voor cliënten ingesteld:

1. met merendeels onafhankelijke5 leden? Ja/In ontwikkeling/Nee

2.5 Zijn er in 2015 klachten door de klachtencommissie behandeld? Ja/Nee

Indien u bij vraag 2.5 ‘Nee’ antwoordt, ga verder naar vraag 3.

2.6 Heeft uw organisatie de uitspraken en aanbevelingen van de klachtencommissie in

2015 aantoonbaar in behandeling genomen?

Ja/In ontwikkeling/Nee

1. **Vertrouwensregeling/vertrouwenspersoon**
   1. Beschikt uw organisatie over een vertrouwensregeling voor cliënten?

Ja/In ontwikkeling/Nee

* 1. Heeft uw organisatie een vertrouwenspersoon voor cliënten?

Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien u ‘In ontwikkeling’ of ‘Nee’ heeft geantwoord bij vraag 3.2 kunt u verder gaan naar vraag 4.

* 1. Zijn er in 2015 aanbevelingen door de vertrouwenspersoon gedaan?

Ja/Nee

Indien u ‘Nee’ heeft geantwoord bij vraag 3.3 kunt u verder gaan naar vraag 4.

* 1. Heeft uw organisatie de bevindingen en aanbevelingen van de vertrouwenspersoon in 2015 aantoonbaar in behandeling genomen?

Ja/In ontwikkeling/Nee

**4. Cliëntervaring[[6]](#footnote-6)**

4.1 Wordt in uw organisatie de cliëntervaring onderzocht?

Ja/nee/in ontwikkeling

Indien JA, ga door naar 4.2

Indien NEE of In ontwikkeling, ga door naar vraag 5

4.2 Kruis één van onderstaande stellingen aan. (schiftingsvraag)

O Wij hebben geen cliënten wij die onder de WLZ vallen en voor wie we de regieverantwoordelijkheid hebben. Ga naar vraag 5

O Wij hebben die cliënten wel, maar waren niet verplicht in 2015 een cliëntenraadpleging uit te voeren. Ga naar vraag 4.3

O Wij hebben die cliënten wel en moesten in 2015 wel een cliëntenraadpleging uitvoeren. Ga naar vraag 4.3

4.3 Kunt u aangeven hoe vaak u dit onderzoekt en door wie wordt het onderzoek uitgevoerd?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Hoe vaak onderzoeken cliëntervaring*** | ***Alle cliënten*** | ***Wie voert uit*** |
| 0 Meerdere keren per jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |
| 0 Een keer per jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |
| 0 Een keer in de twee jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |
| 0 Een keer in de drie jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |
| 0 Minder dan een keer in de drie jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |

4.4 Heeft u (al) gekozen voor een instrument uit de waaier[[7]](#footnote-7)?

Ja/nee

Indien NEE, ga door met vraag 4.5, daarna is de vraag klaar.

Indien JA, ga door met vraag 4.6

4.5 Wat is de reden dat u niet voor een instrument uit de waaier heeft gekozen?

O Er is geen geschikt instrument voor de doelgroep die wij in huis hebben

O Wij hoeven nog niet te kiezen voor een instrument uit de waaier.

O Andere reden

Ga door naar vraag 5

4.6 Heeft u alle cliënten voor wie pijler 2a geldt in 2015 bevraagd (bedoeld wordt ‘cliënten die in 2015 aan de beurt waren’)? Deze vraag alleen stellen als bij vraag 4.2 de derde optie werd aangekruist.

Ja/Nee

4.7 Van welk instrument maakt u gebruik c.q. gaat u gebruik maken?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

O POS - Arduin

O Quality Qube - Buntinx

O ‘Dit vind ik ervan – Ik toon’ – Siza/Cordaan/Philadelphia

O ‘Dit vind ik ervan!’ – Siza

O ‘Dit vind ik ervan! 2.0’ – Siza/Cordaan/Philadelphia

O Onze cliënten aan het woord – Ipso Facto

O Ben ik tevreden? – Dichterbij/Van Biene

O Tevredenheidsonderzoek – PSW

O C-toets OBC – VOBC/Stichting Alexander

O Cliënten over kwaliteit – LSR

O Cliëntervaringsonderzoek – Effectory

O MijnMening – De Hondsberg

O C-toets VG – Humanitas DMH

**ZORGAFSPRAKEN EN ONDERSTEUNINGSPLAN**

1. **Zorg- en ondersteuningsplan[[8]](#footnote-8)**

5.1 Heeft uw organisatie de zorg- en ondersteuningsplansystematiek[[9]](#footnote-9) beschreven?

Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien u ‘Nee’ of ‘In ontwikkeling’ heeft geantwoord bij vraag 5.1 kunt u verder gaan met het beantwoorden van vraag 5.3.

* 1. Wordt deze zorg- en ondersteuningsplansystematiek periodiek (volgens een intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld?

Ja/In ontwikkeling/Nee

* 1. Kunt u aantonen dat de zorg- en ondersteuningsafspraken[[10]](#footnote-10) bij alle cliënten, die langer dan drie maanden in zorg zijn, binnen 6 weken na aanvang zorg in een ondersteuningsplan zijn vastgelegd? 0 100% van de cliënten

0 < 100% en > 75% van de cliënten

0 <= 75% van de cliënten

5.4 Kunt u aantonen dat het ondersteuningsplan bij alle cliënten, die langer dan twaalf maanden in zorg zijn, minimaal een keer per jaar geëvalueerd en zo nodig bijgesteld wordt? 0 >= 95% van de cliënten

0 < 95% en > 75% van de cliënten

0 <= 75% van de cliënten

5.5 Hebben alle cliënten[[11]](#footnote-11), die langer dan 3 maanden in zorg zijn, ingestemd met hun ondersteuningsplan of kunt u aantonen dat u meerdere keren geprobeerd heeft deze instemming te verkrijgen? 0 >= 95% van de cliënten

0 < 95% en > 75% van de cliënten

0 <= 75% van de cliënten

**CLIËNTVEILIGHEID**

**6. Risico-inventarisatie[[12]](#footnote-12)**

6.1 Heeft uw organisatie beleid opgesteld op het gebied van cliëntveiligheid[[13]](#footnote-13)?

Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien u bij vraag 6.1 ‘Ja’ heeft geantwoord gaat u door met vraag 6.2, anders kunt u verder gaan met vraag 6.3.

6.2 Wordt dit beleid periodiek (volgens intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld? Ja/In ontwikkeling/Nee

6.3 Maakt het uitvoeren van een risico-inventarisatie op cliëntniveau onderdeel uit van uw beleid?

1. Ja (beantwoord de volgende vragen)
2. Nee (u kunt verder gaan met vraag 7)

6.4 Maakt de risico-inventarisatie onderdeel uit van uw zorg- en ondersteuningsplansystematiek? Ja/In ontwikkeling/Nee

6.5 Heeft uw organisatie voor alle cliënten een risico-inventarisatie uitgevoerd? 0 >= 95% van de cliënten

1. < 95% en > 75% van de cliënten
2. <= 75% van de cliënten

6.6 Worden de uitkomsten van de risico-inventarisatie op cliëntniveau vastgelegd?

Ja/In ontwikkeling/Nee

**7. Registratie en evaluatie van incidenten[[14]](#footnote-14)**

7.1 Heeft uw organisatie beleid opgesteld voor registratie en evaluatie van incidenten?

Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien u bij vraag 7.1 ‘Ja’ heeft ingevuld moet u ook vraag 7.2 beantwoorden, anders kunt u verder gaan met het beantwoorden van vraag 7.3

7.2 Wordt dit beleid periodiek (volgens intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en

zo nodig bijgesteld? Ja/In ontwikkeling/Nee

7.3 Was er in uw organisatie het afgelopen kalenderjaar sprake van incidenten?

Ja/Nee

Indien u ‘nee’ heeft geantwoord bij vraag 7.3 dient u verder te gaan met vraag 8

7.4 heeft uw organisatie een systeem beschikbaar waarin inzichtelijk is hoe vaak incidenten voorkomen?

Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien u ‘nee” heeft geantwoord bij vraag 7.4 kunt u verdergaan met vraag 7.8.

7.5 Kunt u aantonen dat de geregistreerde incidenten14 op organisatieniveau geanalyseerd worden? Ja/In ontwikkeling/Nee

7.6 Kunt u aantonen dat de geregistreerde incidenten14 op cliëntniveau geanalyseerd worden? Ja/In ontwikkeling/Nee

7.7 Kunt u aantonen dat de analyse leidt tot verbeteracties?

a. 0 op organisatieniveau Ja/In ontwikkeling/Nee

b. 0 op cliëntniveau Ja/In ontwikkeling/Nee

7.8 Maakt uw organisatie (structureel of incidenteel) gebruik van aanvullende methodieken (zoals Prisma of Bowtie) voor nadere analyse van incidenten? Ja/In ontwikkeling/Nee

**8. Vrijheidsbeperkende maatregelen[[15]](#footnote-15)**

8.1 Heeft uw organisatie beleid opgesteld op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen[[16]](#footnote-16)? Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien u bij vraag 8.1 ‘Ja’ heeft geantwoord dient u ook vraag 8.2 in te vullen, anders

kunt u doorgaan met vraag 8.3.

8.2 Wordt dit beleid periodiek (volgens intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld? Ja/In ontwikkeling/Nee

8.3 Heeft uw organisatie beleid opgesteld over het verminderen en voorkómen (preventie) van vrijheidsbeperkende maatregelen?

Ja/In ontwikkeling/Nee

8.4 Past uw organisatie vrijheidsbeperkende maatregelen toe?

0 Ja (beantwoord vraag 8.5 tot en met 8.7)

1. Nee (ga naar vraag 9)

8.5 Welk type vrijheidsbeperkende maatregelen zijn binnen uw organisatie in 2015 toegepast?

|  |  |
| --- | --- |
| ***Maatregel*** | ***Wel/Niet Toegepast*** |
| 0 Afzondering in afzonderingsruimte [[17]](#footnote-17) | Wel/Niet |
| 0 Separeren in separatieruimte[[18]](#footnote-18) | Wel/Niet |
| 0 Fixatie (beperkingen in bewegingsvrijheid)[[19]](#footnote-19) | Wel/Niet |
| 0 Gedwongen medicatie[[20]](#footnote-20) | Wel/Niet |
| 0 Onder dwang geven van vocht en voeding[[21]](#footnote-21) | Wel/Niet |

8.6 Kunt u aantonen dat u de verantwoordelijkheidstoedeling heeft geregeld bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de BOPZ[[22]](#footnote-22)?

Ja/In ontwikkeling/Nee/nvt[[23]](#footnote-23)

8.7 Kunt u aantonen dat in uw organisatie de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen (volgens intern vastgestelde frequentie) worden geëvalueerd?

Ja/In ontwikkeling/Nee

**9. Medicatieveiligheid[[24]](#footnote-24)**

* 1. Is uw organisatie geheel (of gedeeltelijk) verantwoordelijk voor medicatie van uw cliënten? 0 Ja (beantwoord onderstaande vragen)

0 Nee (ga naar vraag 10)

* 1. Heeft uw organisatie beleid opgesteld op het gebied van medicatie?

Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien u ‘Nee’ heeft geantwoord bij vraag 9.2, kunt u verder gaan met het beantwoorden van vraag 9.4

9.3 Wordt dit beleid periodiek (volgens intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld? Ja/In ontwikkeling/Nee

9.4 Heeft uw organisatie een persoon of commissie aangesteld die verantwoordelijk is voor het medicatiebeleid? Ja/In ontwikkeling/Nee

9.5 Heeft u op cliëntniveau in het ondersteuningsplan beschreven voor welke onderdelen van de medicatie u verantwoordelijk bent? Ja/In ontwikkeling/Nee

9.6 Worden medicatiefouten[[25]](#footnote-25) conform beleid, binnen uw organisatie op cliëntniveau

geregistreerd? Ja/In ontwikkeling/Nee

9.7 Zijn er in het afgelopen kalenderjaar bij uw organisatie medicatiefouten geweest?

Ja/Nee

Indien u “NEE” heeft geantwoord bij vraag 9.7 dan kunt u verder gaan met vraag 10

9.8 Kunt u aantonen dat in uw organisatie de geregistreerde medicatiefouten[[26]](#footnote-26) periodiek worden geëvalueerd?

a. 0 op organisatieniveau Ja/In ontwikkeling/Nee

b. 0 op cliëntniveau Ja/In ontwikkeling/Nee

9.9 Kunt u aantonen dat er verbeteracties zijn uitgevoerd naar aanleiding van evaluatie van medicatiefouten?

a. 0 op organisatieniveau Ja/In ontwikkeling/Nee/NVT

b. 0 op cliëntniveau Ja/In ontwikkeling/Nee/NVT

**10. (Vermoeden van) Seksueel misbruik[[27]](#footnote-27)**

10.1 Heeft uw organisatie aantoonbaar beleid opgesteld op het gebied van seksualiteit en seksueel misbruik? Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien ‘Ja’ gaat u verder met vraag 10.2, indien ‘Nee’ of ‘In ontwikkeling’ gaat u verder met vraag 10.3.

10.2 Wordt dit beleid conform intern vastgestelde frequentie geëvalueerd?

Ja/In ontwikkeling/Nee

10.3 Heeft uw organisatie in haar beleid opgenomen dat medewerkers, die vanaf 2008 in dienst zijn van uw organisatie, standaard een VOG-verklaring[[28]](#footnote-28) moeten overleggen?

0 Ja

0 In ontwikkeling

0 Nee

* 1. Werkt uw organisatie met vrijwilligers? 0 Ja

0 Nee

Indien u bij vraag 10.4 ‘Nee’ heeft geantwoord kunt u verder gaan met vraag 10.6.

10.5 Heeft uw organisatie in haar beleid opgenomen dat vrijwilligers die vanaf 2008 bij uw organisatie betrokken zijn standaard een VOG-verklaring moeten overleggen[[29]](#footnote-29)? 0 Ja

0 In ontwikkeling

0 Nee

10.6 Heeft uw organisatie in 2015 bij de IGZ[[30]](#footnote-30) melding gedaan van (vermoedens van) seksueel misbruik? 0 Ja, …...keer

0 Nee

10.7 Is in de zorg- en ondersteuningsplansystematiek van uw organisatie het onderwerp seksualiteit (lichaamsbeleving, intimiteit en seksualiteit) opgenomen?

Ja/In ontwikkeling/Nee

**11. Brandveiligheid**

11.1 Heeft uw organisatie beleid opgesteld op het gebied van brandveiligheid?[[31]](#footnote-31)]

Ja / in ontwikkeling / nee

11.2 Wordt dit beleid periodiek, volgens een intern vastgestelde frequentie, geëvalueerd en bijgesteld?

Ja / in ontwikkeling / nee

11.3    Hebt u in het brandveiligheidbeleid rekening gehouden met risico’s verbonden aan de mate van zelfredzaamheid van de verschillende cliëntgroepen (cliëntkenmerken)?

Ja / in ontwikkeling / nee

11.4 Hebt u in het brandveiligheidbeleid rekening gehouden met risico’s verbonden aan de verscheidenheid in gebouwfuncties (wonen, dagbesteding, etc.)?

Ja / in ontwikkeling / nee

**KWALITEIT VAN MEDEWERKERS EN ORGANISATIE**

**12. Kenmerken medewerkers**

12.0 Heeft uw organisatie medewerkers in loondienst[[32]](#footnote-32)?

1. Ja

0 Nee (ga door naar vraag 13)

12.1 Ziekteverzuim

Kunt u voor uw organisatie het gemiddelde ziekteverzuimcijfer (vernet)[[33]](#footnote-33) van het jaar 2014 en 2015 voor uw medewerkers in loondienst(**exclusief** zwangerschapsverlof)?

* 1. Gemiddeld ziekteverzuim 2014:………………………..%
  2. Gemiddeld ziekteverzuim 2015:………………………..%

12.2 Leeftijdsverdeling

Geef de verdeling van het personeel in loondienst, op 31 december 2015, aan, verdeeld over onderstaande leeftijdsgroepen.

**Let op:** *er wordt hier gevraagd naar het aantal fte, niet naar het aantal werknemers!.*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Leeftijd*** | ***Aantal fte*** |
| Tot en met 24 jaar |  |
| 25 - 34 jaar |  |
| 35 – 44 jaar |  |
| 45 – 54 jaar |  |
| 55 – 64 jaar |  |
| 65 jaar en ouder |  |

Aantal dienstverbanden

Wat is het aantal werkzame personen in loondienst op 31 december 2015?

g. ………… Aantal personeel in loondienst

h. …………. Totaal fte in loondienst

12.3 Lengte dienstverband

Geef aan wat de gemiddelde lengte van het dienstverbandvan medewerkers in loondienst is op 31 december 2015.

……………jaar gemiddelde lengte dienstverband medewerkers in loondienst

12.4 Parttime factor

Geef aan wat de gemiddelde omvang (in fte!!) is van het dienstverband van uw medewerkers in loondienst op 31 december 2015.

**Let op*:*** *Dit is het totaal aantal FTE gedeeld door het totaal aantal medewerkers.*

…………… **fte** gemiddelde omvang dienstverband medewerkers in loondienst

**13 Scholing**

13.0 Is er binnen uw organisatie een scholingsbeleid waarin actief wordt ingespeeld op scholingsvragen en -behoeften van medewerkers? 0 Ja

1. Nee

Indien ‘Ja’:

Kunt u aangeven hoeveel medewerkers in loondienst in 2015 hebben deelgenomen aan

* 1. Scholing op zorginhoudelijk gebied …………… aantal medewerkers
  2. Overige scholing …………… aantal medewerkers

**Let op:** wanneer een medewerker meer dan 1x heeft deelgenomen aan scholing, telt u deze medewerker 1x mee bij het betreffende onderdeel (zorginhoudelijk of overig). Heeft de medewerker zowel deelgenomen aan scholing op zorginhoudelijk gebied als op overig gebied, dan kan deze bij beide categorieën meegeteld worden.

* 1. Besteedt uw organisatie jaarlijks meer of minder dan 2%[[34]](#footnote-34) (conform CAO per 1 januari 2014/2015) van de loonsom[[35]](#footnote-35) aan scholing en scholingsactiviteiten[[36]](#footnote-36) voor uw medewerkers?

0 2% of meer van de loonsom

0 Tussen 1 en 2% van de loonsom

0 Minder dan of gelijk aan 1% van de loonsom

13.2 Is er bij uw organisatie sprake van voorbehouden handelingen? Ja/Nee

Indien ‘Nee’, gaat u door naar vraag 12.4.

13.2a Heeft uw organisatie (scholings)beleid opgesteld op het gebied van voorbehouden handelingen? Ja/In ontwikkeling/Nee

* 1. Wordt bovengenoemd (scholings)beleid periodiek (volgens intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld?

Ja/In ontwikkeling/Nee

13.4 Is er bij uw organisatie sprake van risicovolle handelingen?

Ja/nee

Indien NEE, ga door met vraag 13

13.5 Heeft uw organisatie (scholings) beleid opgesteld op het gebied van risicovolle handelingen? Ja/In ontwikkeling/nee

Indien u Nee of In ontwikkeling heeft geantwoord bij vraag 12.5, kunt u doorgaan met vraag 12.6

13.6 Wordt bovengenoemd (scholings)beleid periodiek (volgens intern vastgestelde

frequentie) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld?

Ja/In ontwikkeling/Nee

**14. Medewerkersonderzoek**

1. Wordt in uw organisatie een medewerkersonderzoek[[37]](#footnote-37) uitgevoerd? Ja/Nee

Indien ‘Nee’: ga door naar vraag 13.

* 1. Hoe vaak voert u dit onderzoek uit? En door wie wordt het onderzoek uitgevoerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Hoe vaak uitvoeren medewerkers onderzoek*** | ***Alle medewerkers krijgen vragenlijst*** | ***Wie voert uit*** |
| 0 Meerdere keren per jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |
| 0 een keer per jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |
| 0 een keer per twee jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |
| 0 een keer per drie jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |
| 0 Minder dan een keer per drie jaar | Ja/Nee | Zelf/extern |

* 1. Worden de uitkomsten van het medewerkersonderzoek met de OR besproken?

Ja/In ontwikkeling/Nee

**15. Klachten**

* 1. Beschikt uw organisatie over een klachtenregeling voor medewerkers?

Ja/In ontwikkeling/Nee

* 1. Heeft uw organisatie voor medewerkers een klachtencommissie ingesteld

a. met een onafhankelijke[[38]](#footnote-38) voorzitter?

Ja/In ontwikkeling/Nee

b. met merendeels onafhankelijke[[39]](#footnote-39) leden?

Ja/In ontwikkeling/Nee

**16. Vertrouwenspersoon**

* 1. Heeft uw organisatie voor medewerkers een vertrouwenspersoon gerealiseerd?

Ja/In ontwikkeling/Nee

1. Indien er het afgelopen jaar door de cliëntenraad geen adviezen zijn gegeven is n.v.t. van toepassing. [↑](#footnote-ref-1)
2. Conform Wet Klachtrecht cliënten zorginstellingen. [↑](#footnote-ref-2)
3. Onder ‘systematisch’ wordt verstaan dat bij wijziging van de klachtenregeling cliënten en/of hun vertegenwoordigers hierover worden geïnformeerd. [↑](#footnote-ref-3)
4. Het kan ook zijn dat u bij een externe klachtencommissie bent aangesloten. [↑](#footnote-ref-4)
5. Met onafhankelijk wordt bedoeld, niet in loondienst/werkzaam bij de organisatie. [↑](#footnote-ref-5)
6. Het betreft bij deze vraag de ervaringen van de cliënten en/of verwanten. [↑](#footnote-ref-6)
7. De waaier is een door een externe onafhankelijke commissie vastgestelde verzameling van instrumenten die verplicht moeten worden ingezet bij het meten van cliëntervaringen van cliënten voor wie pijler 2a geldt. [↑](#footnote-ref-7)
8. Er wordt in de vragenlijst gesproken over een zorg- en ondersteuningsplan, een behandelplan valt hier ook onder. [↑](#footnote-ref-8)
9. Het ondersteuningsplan is de weergave van de afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder over de doelen van de ondersteuning en de wijze waarop getracht wordt deze te bereiken binnen de daarbij horende verantwoordelijkheden. De systematiek is de manier waarop en de frequentie waarmee de ondersteuningsplannen worden op- en bijgesteld. [↑](#footnote-ref-9)
10. In de WLZ wordt het volgende aangegeven (artikel 8.1.1):

    1. De zorgaanbieder organiseert vóór dan wel zo spoedig (binnen 6 weken) mogelijk na aanvang van de zorgverlening een bespreking met de cliënt teneinde afspraken te maken over:
    * De doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;
    * De zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen die zorgverleners plaatsvindt en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;
    * De wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
    * De frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met de verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.

    2. De zorgaanbieder legt binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening, onderscheidenlijk een evaluatie en actualisatie, de uitkomsten van de i partikel 8.1.1 bedoelde bespreking vast in een zorgplan en verstrekt terstond een afschrift van het zorgplan aan de verzekerde of aan een vertegenwoordiger. (artikel 8.1.3, eerste lid).

    3. Is de cliënt of zijn vertegenwoordigers niet bereid tot bespreking van hierboven genoemde onderwerpen dan houdt de zorgaanbieder bij vastlegging en bij evaluatie of actualisering van het zorgplan zoveel mogelijk rekening met veronderstelde wensen en bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt (artikel 8.1.3, lid 6)

    [↑](#footnote-ref-10)
11. Als de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordigers niet tot bespreking van de evaluatie of het actualiseren van het ondersteuningsplan bereid zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging, evaluatie of actualisering van het ondersteuningsplan zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt (WLZ, artikel 8.1.3. lid 6). [↑](#footnote-ref-11)
12. Een gestructureerde en systematische inventarisatie van risico’s die de cliënt loopt, gegeven zijn beperkingen en mogelijkheden. Aangevuld met daarop gebaseerde acties en handreikingen om op een verantwoorde manier om te gaan met deze risico’s. Het gaat niet primair om het voorkomen van risico’s maar om een inventarisatie van risico’s en het maken van een verantwoorde aanpak op basis van deze inventarisatie. [↑](#footnote-ref-12)
13. Definitie cliëntveiligheid: Bij cliëntveiligheid gaat het niet primair om het voorkomen van risico’s maar om een inventarisatie van risico’s en het maken van een verantwoorde afweging op basis van deze inventarisatie. [↑](#footnote-ref-13)
14. Onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de cliënt heeft geleid, of had kunnen leiden, dan wel (nog) zou kunnen leiden. [↑](#footnote-ref-14)
15. Alle maatregelen (fysiek en verbaal) die de vrijheid van cliënten beperken. (IGZ, 2010). Het gaat dus bij deze vraag niet alleen over BOPZ maatregelen. Elke organisatie wordt geacht beleid te hebben op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen (ook als je ze niet toepast). Ook wanneer er toestemming is, kan er sprake zijn van een VBM. [↑](#footnote-ref-15)
16. Elke organisatie wordt geacht visie en beleid te hebben op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen, ook al ben je geen BOPZ instelling. Je moet methodisch en categorisch een plan hebben gemaakt hoe je omgaat met vrijheidsbeperkende maatregelen. Onder vrijheidsbeperking wordt verstaan: alle maatregelen (fysiek en verbaal) die de vrijheid van de cliënt beperken of toediening van medicatie die het gedrag of de bewegingsvrijheid beïnvloeden dan is er ook sprake van een vrijheidsbeperking. [↑](#footnote-ref-16)
17. De cliënt wordt voor behandeling ingesloten in een zogenaamde 'prikkelarme' eenpersoonskamer. Deze moet voldoen aan de veldnorm voor afzonderingsruimten zoals door VGN en IGZ is vastgesteld in 2012. [↑](#footnote-ref-17)
18. De cliënt wordt voor behandeling ingesloten in een [separeerruimte](http://nl.wikipedia.org/wiki/Isoleercel), een kamer waarin alles waaraan hij zich kan bezeren of verwonden is weggehaald en welke hiervoor door de Minister is goedgekeurd. [↑](#footnote-ref-18)
19. Fixatie wil zeggen dat iemand niet meer kan bewegen door hem vast te binden met fixatiemateriaal (zoals een onrustband, elleboogspalken, gewatteerde handschoenen) of door hem vast te houden (holding). [↑](#footnote-ref-19)
20. Toediening van [medicijnen](http://nl.wikipedia.org/wiki/Medicijn) tegen de (uitdrukkelijke) wil van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Dit geldt voor alle soorten medicatie. [↑](#footnote-ref-20)
21. Geven van [vocht](http://nl.wikipedia.org/wiki/Water) en/of [voeding](http://nl.wikipedia.org/wiki/Voedsel) tegen de wil van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger [↑](#footnote-ref-21)
22. De BOPZ-arts (de geneesheer-directeur) is verantwoordelijk voor een eventuele verantwoordelijkheidstoedeling in het kader van de wet BOPZ. Een BOPZ-arts kan zaken delegeren en mandateren maar blijft wel eindverantwoordelijk voor de gang van zaken met betrekking tot de kwaliteit van zorg etc. [↑](#footnote-ref-22)
23. De optie NVT kan alleen worden aangevinkt wanneer er geen BOPZ aanwijzing is. [↑](#footnote-ref-23)
24. Zie voor meer informatie de handreiking medicatieveiligheid van de VGN. [↑](#footnote-ref-24)
25. Fouten bij voorschrijven, bereiden, afleveren of toedienen van een geneesmiddel. [↑](#footnote-ref-25)
26. Fouten bij voorschrijven, bereiden, afleveren of toedienen van een geneesmiddel. [↑](#footnote-ref-26)
27. Seksueel misbruik is grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, relationeel of geestelijk overwicht en waarbij een patiënt of cliënt dan wel een hulpverlener, of derde is betrokken, uitgezonderd hulpverleners onderling. In een hulpverlener-cliënt-relatie is altijd sprake van overwicht en dus van misbruik, in een relatie tussen twee cliënten is natuurlijk lang niet altijd het geval (Kwaliteitswet Zorginstellingen artikel 4a). [↑](#footnote-ref-27)
28. De VGN heeft in 2008 een convenant gesloten met cliëntenorganisaties en werknemersorganisaties. Hier staat in” In dit kader vraagt de werkgever bij een (voortgeschreden) sollicitatie aan betrokkene om een “Verklaring Omtrent Het Gedrag” voor het werken in de gehandicaptenzorg te overleggen”. Het convenant geldt zowel voor medewerkers als vrijwilligers. [↑](#footnote-ref-28)
29. Bedoeld worden vrijwilligers die door de organisatie zijn aangetrokken. [↑](#footnote-ref-29)
30. Ook wanneer de vermoedelijke dader niet betrokken is bij de organisatie, doet u hier melding van bij de IGZ. [↑](#footnote-ref-30)
31. Denk bij het vaststellen van brandveiligheidbeleid aan preventie (wat doen om risico op brand te beperken), aan maatregelen om –in geval van brand- de gevolgen te minimaliseren (zowel qua mensen als gebouwen). Zijn de verantwoordelijkheden duidelijk belegd (management, werkvloer, arbo en bhv) en bekend. Zie: de VGN *Handreiking integrale brandveiligheid* (20 november 2013). [↑](#footnote-ref-31)
32. Hieronder vallen **NIET** de categorieën: ingehuurd personeel en zelfstandigen, stagiaires en vrijwilligers. Oproepkrachten tellen wel mee. [↑](#footnote-ref-32)
33. Definitie ziekteverzuim volgens vernet is: Van alle werknemers wordt elke ziektedag in de periode vermenigvuldigd met de bij die dag behorende parttimefactor en de arbeidsongeschiktheidsfactor, waarna deze worden opgeteld. Van alle werknemers (ziek en niet ziek) wordt elke dienstverbanddag in de periode vermenigvuldigd met de bij die dag behorende parttimefactor, waarna deze worden opgeteld. Het totaal aantal ziektedagen wordt gedeeld door het totaal aantal dienstverbanddagen en vermenigvuldigd met 100%. [↑](#footnote-ref-33)
34. Dit is inclusief vervangingsuren [↑](#footnote-ref-34)
35. Alle loonkosten inclusief sociale lasten en pensioenpremies [↑](#footnote-ref-35)
36. Dit kunnen interne en externe scholingsactiviteiten zijn. [↑](#footnote-ref-36)
37. Het betreft dan een medewerkerstevredenheidsonderzoek of een medewerkerservaringsonderzoek. Men kan ook als uitgangspunt nemen het onderzoek dat t.b.v. de Risico Inventarisatie (RIE) gebruikt wordt. [↑](#footnote-ref-37)
38. Met onafhankelijk wordt bedoeld, niet in loondienst/werkzaam bij de organisatie. [↑](#footnote-ref-38)
39. Met onafhankelijk wordt bedoeld, niet in loondienst/werkzaam bij de organisatie. [↑](#footnote-ref-39)