

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

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



**Rapport van het inspectiebezoek  
aan Maatzorg Flevoland e.o.  
te Swifterband  
op 12 mei 2009**

Amsterdam, mei 2009

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek.....</b>	<b>5</b>
2.1	Deskundigheid medewerkers .....	5
2.2	Medicatiebeleid.....	6
2.3	Verpleegkundige richtlijnen.....	6
2.4	Zorgdossiers .....	7
<b>3</b>	<b>Beschouwing .....</b>	<b>8</b>
3.1	Maatzorg Flevoland e.o. valt onder de kwaliteitswet.....	8
3.2	Kwaliteitskader verantwoorde zorg uitgangspunt.....	8
<b>4</b>	<b>Te nemen maatregelen .....</b>	<b>9</b>
4.1	Plan van aanpak .....	9
4.2	Programma Zorg voor Beter.....	9

## Bijlagen:

1. Overzicht gebruikte documenten
2. Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten
3. Overzicht normen per thema
4. Toelichting op het inspectieoordeel

# 1 Inleiding

Op 12 mei 2009 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan Maatzorg Flevoland e.o. te Swifterband (hierna: Maatzorg). Maatzorg is een organisatie die zorg thuis levert in Swifterband e.o. en bestaat vanaf 2007. De organisatie is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel in Lelystad als eenmanszaak. Er zijn geen productieafspraken met het zorgkantoor. Maatzorg werkt niet als onderaannemer voor een andere zorginstelling. De eigenaar tevens directeur (hierna directeur) werkt zelf mee in de zorg en is verpleegkundige (niveau 5). De directeur heeft diverse aanvullende opleidingen gevolgd en volgt regelmatig scholingen met het doel deskundig en actueel inzetbaar te zijn op het gebied van de gezondheidszorg. Daarnaast kan de directeur een beroep doen op drie ZZP'ers die ingezet kunnen worden. Op dit moment zijn er drie Zelfstandigen Zonder Personeel (ZZP'ers) die werkzaam zijn voor Maatzorg. Twee ZZP'ers hebben deskundigheidsniveau 3 en de derde is verpleegkundige. Er wordt geen gebruik gemaakt van personeel via een uitzendbureau. Momenteel zijn acht cliënten in zorg.

Maatzorg biedt verpleging, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, terminale zorg en rouwverwerking, en huishoudelijke hulp. Daarnaast biedt Maatzorg trainingen aan mantelzorgers met als doel de zorg zo goed mogelijk te organiseren rond de cliënt. Hulp kan worden aangeboden bij het aanvragen van hulpmiddelen, personenalarmering of bijvoorbeeld voor een pedicure aan huis.

Maatzorg biedt zorg op basis van het persoonsgebonden budget (PGB) en particuliere zorg. De organisatie is lid van V&VN. Maatzorg heeft met de ZZP-ers de afspraak dat klachten eerst met de klant worden besproken en bekend worden gemaakt bij Maatzorg. Een klachtenformulier is aanwezig. Maatzorg beschikt niet over een MIP of MIC regeling. Door Maatzorg is geen kwaliteitsjaarverslag opgemaakt.

Doel van dit bezoek is te beoordelen of er bij Maatzorg randvoorwaarden, praktijken of processen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie:

- gesprekken gevoerd met de directie,
- documenten ingezien die worden genoemd in bijlage 1.

Helaas heeft de inspectie niet kunnen spreken met de uitvoerend verzorgenden of verpleegkundige. Deze waren niet beschikbaar. Bij het bezoek hebben we geen cliëntdossiers ingezien omdat deze altijd bij de cliënt aanwezig blijven. De inspectie heeft wel een voorbeeld zorgdossier ingezien zoals dat gebruikt wordt bij Maatzorg.

De directeur gaf aan dat geen instemming is gevraagd voor inzage in de zorgdossiers. Dit rapport is derhalve gebaseerd op de informatie die ter plekke is ingezien en op het gesprek met de directeur. Om deze reden zijn niet alle onderwerpen aan bod gekomen en valt niet op alle onderdelen van de thema's een uitspraak te doen.

Het instrument van het inspectieonderzoek is gebaseerd op de wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.<sup>1</sup>

Het instrument is opgebouwd rond de volgende thema's:

1. Deskundigheid personeel;
2. Medicatiebeleid;
3. Verpleegkundige richtlijnen.

Achtereenvolgens komt in dit rapport het volgende aan de orde:

- Hoe scoort Maatzorg op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- Beschouwing over de kwaliteit van Maatzorg in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- Welke maatregelen moet Maatzorg binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 2

## 2 Bevindingen inspectiebezoek

De inspectie beoordeelt Maatzorg op drie thema's, te weten: deskundigheid personeel, medicatiebeleid en verpleegkundige richtlijnen. Per thema geeft de inspectie haar oordeel weer in vier risicoscores: geen risico, gering risico, hoog risico en zeer hoog risico<sup>2</sup>. Bij ieder oordeel geeft de inspectie een toelichting.

### 2.1 Deskundigheid medewerkers

#### Aannamebeleid

Er zijn geen medewerkers in loondienst. Het originele diploma van de drie ZZP-ers wordt gecheckt en een kopie opgeslagen in het personeelsdossier. Een verklaring omtrent gedrag wordt niet standaard overlegd. Referenties worden niet standaard opgevraagd bij vorige werkgevers. Van het aannamebeleid is (nog) geen standaard werkwijze of beleid vastgelegd. Eén van de ZZP'ers is verpleegkundige. Het BIG-register wordt niet geraadpleegd. Een schriftelijk inwerkplan is niet aanwezig en hoe het inwerken is vormgegeven is niet te beoordelen, omdat de inspectie geen ZZP'ers heeft gesproken.

#### Werkoverleggen/functioneringsgesprekken

Werkoverleg vindt telefonisch plaats in de regel wekelijks en indien nodig extra per e-mail. De directeur evalueert de zorgafspraken regelmatig telefonisch met de cliënt. Minimaal één keer per zes weken wordt de zorg mondeling met de cliënt geëvalueerd. Indien een familielid betrokken is, b.v. een dochter/ zoon, neemt deze deel aan de zorgplanbespreking. Iedere drie maanden wordt de cliënt gevraagd een schriftelijke evaluatie in te vullen. Het was niet mogelijk om dit te verifiëren in de zorgdossiers of in het gesprek met een medewerker. De in gebruik zijnde zorgdossiers blijven altijd bij de cliënt; een schaduw dossier is niet gebruikelijk. De directeur heeft het voornemen uitgesproken om functioneringsgesprekken te gaan invoeren.

#### Bekwaamheden BIG

Een overzicht van bevoegdheid en bekwaamheid van medewerkers en ZZP'ers ten aanzien van voorbehouden en risicovolle handelingen ontbreekt. Als er een zorgvraag binnenkomt, gaat de directeur bellen om na te gaan of de medewerkers en ZZP'ers deze zorg kunnen bieden. Een toets van bekwaamheid ontbreekt. Ook heeft Maatzorg geen grenzen aangegeven wanneer iemand bekwaam mag worden beschouwd. Als er rond de zorgvraag van de cliënt een klein team gevormd kan worden, wordt de zorgvraag aangenomen. De directeur zegt te weten wie welke handeling mag uitvoeren en wat ze kunnen. Voor de voorbehouden handelingen wordt zonedig het specialistisch team van Thuiszorg Icare of Thuiszorg Allercare gevraagd om dat deel van de zorg of de hele zorg over te nemen. In principe worden wel alle vormen van zorg aangenomen, mits er een team omheen te vormen is. Delen van de zorg worden uitgevoerd door de directeur zelf (verpleegkundige). De directeur raadpleegt het internet om zich te informeren of bepaalde handelingen behoren tot de voorbehouden en risicovolle handelingen. Er wordt indien nodig van uitvoeringsverzoeken gebruik gemaakt.

---

<sup>2</sup> In bijlage 4 staat de toelichting op het inspectieoordeel.

### Scholingsplan

Een scholingsplan is afwezig. De directeur nodigt soms de ZZP'ers uit om samen een casus te bespreken. Een van de drie ZZP'ers volgt scholing voorbehouden en risicovolle handelingen in de instelling waar zij ook werkzaam is. Een kopie van certificaten en dergelijke wordt opgeslagen in het personeelsdossier bij Maatzorg.

### *Conclusie*

Voor wat betreft de bekwaamheid van medewerkers is er sprake van *zeer hoog risico*; er is geen structureel beleid opgesteld, de eventuele afspraken zijn alleen mondeling gemaakt. De organisatie heeft niet voldoende aantoonbare maatregelen om zorg te bieden op verantwoord niveau. Er is geen controle op bekwaamheid. Daartegenover staat dat in principe alle zorg wordt aangenomen, mits een team gevormd kan worden en de deskundigheid aanwezig is. Dit is een eenzijdige verantwoordelijkheid van de ZZP'er. Ook gezien het feit dat de organisatie ook verpleging biedt en concrete plannen in voorbereiding heeft om in de nabije toekomst het zorgaanbod uit te breiden, is het risico op onverantwoorde zorg nu zeer hoog.

## **2.2 Medicatiebeleid**

Een medicatiebeleid is niet aanwezig.

Tijdens het inspectiebezoek was er geen cliënt in zorg waar medicatie wordt uitgezet/ aangereikt. Een protocol ontbreekt, evenals een protocol over het malen van medicatie.

In het zorgdossier is volgens de directeur wel een medicatieoverzicht aanwezig, ook als de cliënt zelf de medicatie verzorgd. Zonodig wordt een actuele aftekenlijst van medicatie gevraagd aan de apotheek.

In toenemende mate geven apothekers in Swifterband en omgeving medicatie uit via het blister of via het zogenaamde Baxtersysteem.

Of de zorg voor de medicatie wordt overgenomen van de cliënt, bepaalt Maatzorg samen met de cliënt of mantelzorger.

### *Conclusie*

Voor wat betreft de medicatieveiligheid is sprake van *zeer hoog risico*.

De directeur heeft een mondelinge visie over medicatieveiligheid gebaseerd op een verwachtingspatroon van het naleven van de professionele verantwoordelijkheid door de zorgverleners. Een schriftelijk beleid ontbreekt. Er wordt nog niet voldoende gebruik gemaakt van voorzieningen die gebruikt kunnen worden om fouten te voorkomen.

## **2.3 Verpleegkundige richtlijnen**

Bij Maatzorg is een klapper met informatie ter voorbereiding van beleid voor richtlijnen, procedures en protocollen aangemaakt. Er staat geen enkel beleid op papier. Tijdens het inspectiebezoek waren er geen in gebruik zijnde protocollen voorhanden. Indien er voor een zorgvraag een protocol nodig is wordt deze via open bronnen van internet gedownload. Door de directeur wordt deze inhoudelijk gecheckt en vervolgens toegevoegd aan het zorgdossier en uitgereikt en zonodig besproken met de ZZP-ers.

De bron van deze opgehaalde protocollen is divers. Het is de directeur niet bekend of deze actueel zijn en/of opgesteld zijn op basis van landelijke multidisciplinaire richtlijnen.

De protocollen die zijn uitgedraaid krijgen geen datum van vaststelling of revisiedatum. Het protocol "steun de steunkous" is enigszins bekend. De richtlijnen omtrent hygiëne zijn onbekend.

#### *Conclusie*

Voor wat betreft protocollen en richtlijnen is er sprake van een *zeer hoog risico*. Er zijn niet voldoende betrouwbare ontwikkelde en geïmplementeerde protocollen voorhanden. Of die bekend zijn in de organisatie en gevolgd worden, is te betwijfelen. Hier wordt ook geen controle op uitgeoefend.

## **2.4 Zorgdossiers**

De zorgdossiers zijn niet ingezien tijdens dit inspectiebezoek omdat deze ondanks een eerder gedaan verzoek daartoe niet voorhanden waren. Maatzorg heeft een verplicht te gebruiken eigen model zorgdossier in gebruik. De inspectie heeft een blanco zorgdossier ingezien waaruit is op te maken dat er wordt gewerkt met een bepaalde methodiek en met te benoemen zorgdoelen en evaluatie. De directeur was niet bekend met het nieuwe model zorg(behandel)leefplan zoals deze onlangs verplicht is gesteld.

De inspectie heeft ondermeer inzage gehad in het standaard intakeformulier, formulier algemene controles, bestellijst hulpmiddelen, formulier medische anamnese, medische registraties, formulier uitvoeringsverzoek, en formulier zorgplan inclusief zorgprobleem en zorgdoel.

Volgens de directeur heeft elke cliënt een zorgdossier.

Aangezien Maatzorg een organisatie is die strekt tot zorg is de directeur verplicht het landelijk model zorg(behandel)leefplan in te voeren en beleid te ontwikkelen voor de systematiek van gebruik van het zorg(behandel)leefplan.

#### *Conclusie*

Adequate zorgplannen vormen het fundament voor verantwoorde zorgverlening. De betrokkenheid van de cliënt, evaluaties en bijstelling, verantwoordelijkheidstoedeling en/of verslaglegging dienen inzichtelijk te worden gemaakt. Om deze reden is hier sprake van *zeer hoog risico*.

## 3 Beschouwing

### 3.1 Maatzorg Flevoland e.o. valt onder de kwaliteitswet

Maatzorg heeft geen WTZi-toelating. Maatzorg is een georganiseerd verband dat strekt tot zorg. Maatzorg levert zorg zoals omschreven in de AWBZ- en Zorgverzekeringswet. Derhalve valt Maatzorg onder het toezicht van de inspectie. Maatzorg dient een kwaliteitsjaarverslag op te maken en jaarlijks in te zenden aan de inspectie zoals de Kwaliteitswet dit voorschrijft.

Maatzorg is een startende onderneming met groeiambities. Om dit waar te kunnen maken dient aan de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg te worden gewerkt voordat verantwoorde groei verantwoord is. De directeur heeft een brede (maatschappelijke) visie op kwaliteit van zorg en heeft de ambitie uitgesproken om dit zo goed mogelijk te willen uitvoeren. De zorg is voor een deel aantoonbaar geregeld echter aan diverse voorwaarden is nog niet voldaan. Dit maakt de situatie bij Maatzorg risicovol. Om verder te groeien als professionele organisatie dienen de ontwikkelingen in het veld goed gevolgd te worden. Er dient dan ook nog het nodige geïmplementeerd te worden. Maatzorg maakt onvoldoende gebruik van de externe deskundigheid die beschikbaar is om die professionele benodigde stap te maken. Een brancheorganisatie kan daarbij een belangrijke adviserende rol spelen. De aansluiting bij een klachtencommissie en invoering van een formeel klachtenreglement zoals de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector vereist kan dan ook plaats vinden.

### 3.2 Kwaliteitskader verantwoorde zorg uitgangspunt

Dit Kwaliteitskader, opgesteld door alle betrokken belangenorganisatie, zorgverzekeraars en overheid vormt inmiddels de basis voor het leveren van verantwoorde zorg in de thuiszorg. De directeur heeft wel eens van het Kwaliteitskader gehoord. Het is van belang op de hoogte te zijn van de inhoud van dit kader. Aan de hand van het Kwaliteitskader dient Maatzorg een kwaliteitslag te maken.

## 4 Te nemen maatregelen

### 4.1 Plan van aanpak

De inspectie verwacht uiterlijk 8 weken na versturen van dit rapport een plan van aanpak voor de thema's waar een oordeel in de categorie hoog of zeer hoog is gegeven.

In een plan van aanpak staat in elk geval per thema helder omschreven:

- welke resultaten u wilt bereiken (doel, beoogde effecten);
- wat hiervoor nodig is (activiteiten);
- hoe u gaat implementeren;
- wie waarvoor verantwoordelijk is;
- wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Nadat de inspectie het plan van aanpak heeft ontvangen, ontvangt u binnen zes weken een reactie. De inspectie zal vervolgens het besluit nemen op welke termijn en in welke frequentie de voortgang van het toezicht zal worden uitgeoefend, waarbij de noodzakelijke verbeteringen zullen worden getoetst.

Indien de verbeterpunten onvoldoende zijn uitgevoerd, kan dit reden zijn voor verscherpt toezicht.

### 4.2 Programma Zorg voor Beter

De inspectie maakt u graag attent op het programma Zorg voor Beter bestemd voor de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Doel is een kwalitatief betere, efficiënte en duurzame zorg met tevreden cliënten. Door te leren en te profiteren van bestaande ervaringen en kennis. Door het creëren van meer samenhang en een betere aansluiting op andere zorgsectoren. En door het slimmer en beter organiseren van het werk. Voor meer informatie zie [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl).

## BIJLAGE 1

### Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport.

De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- blanco zorgdossier
- zorgdiploma,s en getuigschriften eigenaar/directeur
- diverse standaard formulieren zorgdossier
- website en folder Maatzorg
-

## BIJLAGE 2

### Overzicht van wetgeving, veldnormen en rapporten

Het instrument is gebaseerd op wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

#### *Wetgeving:*

- Kwaliteitswet zorginstellingen;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst:Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek;
- Geneesmiddelenwet;
- Wet toelating zorginstellingen.

#### *Veldnormen en rapporten:*

- Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005;
- Normen voor Verantwoorde zorg Thuis, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2006;
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007;
- Landelijke multidisciplinair vastgestelde verpleegkundige richtlijnen;
- DGV Risicoanalyse voor instellingen in de thuiszorg.

## BIJLAGE 3

### Overzicht normen per thema

#### 1. Deskundigheid personeel

##### Norm

De zorgorganisatie voorziet in voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheidstoedeling, passend bij het cliëntenbestand.

Medewerkers zijn bevoegd voor en bekwaam in het uitvoeren van bij hun functie behorende taken. Specifieke aandacht is er voor het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Medewerkers dienen voldoende mogelijkheden voor scholing en deskundigheidsbevordering te krijgen.

De zorgorganisatie zorgt tevens voor de benodigde (interne) scholing en deskundigheidsbevordering. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij opleidingsbehoeften van medewerkers en het vraaggericht werken, de zorgzwaarte, de zorgvraag en problematiek van bewoners, en de visie van de zorgorganisatie. Er kan gebruik worden gemaakt van instrumenten die door de beroepsorganisaties zijn ontwikkeld.

Medewerkers passen richtlijnen/protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden.

#### 2. Medicatiebeleid

##### Norm

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. Dit houdt in dat er sprake is van:

1. tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
2. een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste verantwoord medicijngebruik.

#### 3. Verpleegkundige richtlijnen

##### Norm

Medewerkers passen richtlijnen/protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden.

De dagelijkse zorg wordt verleend op basis van in de organisatie geïmplementeerde zorginhoudelijke richtlijnen.

Relevante (door beroepsorganisatie goedgekeurde) richtlijnen voor het ondersteunen van het professioneel handelen zijn vastgesteld.

De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat deze richtlijnen door het personeel worden nageleefd.

Op welke wijze wordt gecontroleerd of richtlijnen daadwerkelijk worden nageleefd.

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering.

Dit houdt in dat er sprake is van:

- tijdige herkenning van gezondheidsrisico's;
- een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste: decubituspreventie en –behandeling, therapeutische elastische steunkousen, hygiëne.

Per onderwerp worden landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde richtlijnen gebruikt:

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| 1 | decubituspreventie en -behandeling  | - Decubitus, tweede herziening, CBO 2002<br>- Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)   |
| 2 | therapeutische elastische steunkous | - Steun de 'steunkous', convenantpartijen arbeidsomstandigheden thuiszorg 'Gezonde zorgen'   |
| 3 | hygiëne                             | - Handhygiëne, protocol voor verpleeghuis-, woon- en thuiszorg, Werkgroep Infectie Preventie (WIP), maart 2004<br>- Persoonlijke hygiëne medewerkers, protocol voor verpleeghuis-, woon- en thuiszorg, Werkgroep Infectie Preventie (WIP), maart 2004<br>- Lichaamsverzorging van de cliënt, protocol voor verpleeghuis-, woon- en thuiszorg, Werkgroep Infectie Preventie (WIP), maart 2004 |

#### 4. Zorg(behandel)-/leefplan

##### Norm

Ieder cliënt heeft een zorg(behandel)-/leefplan dat:

- in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand is gekomen en zichtbaar de instemming heeft van de cliënt;
- invulling geeft aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden;
- een beeld geeft van de gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen;
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip;
- zichtbaar in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld (ook vaker voor revalidanten);
- duidelijk elke eventuele wijziging vermeldt.

Aanwijsbaar is dat:

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op een dergelijk manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren.

**Bronnen**

- Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005;
- Normen voor Verantwoorde zorg Thuis, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2006;
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007;
- Landelijke multidisciplinair vastgestelde verpleegkundige richtlijnen;
- DGV Risicoanalyse voor instellingen in de thuiszorg.

## BIJLAGE 4

### Toelichting op het inspectieoordeel

oordeel	definitie	mogelijke consequenties	acties	noot
<b>zeer hoog risico</b>	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheidsschade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname.	Een patroon van (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als hoog risico beoordeeld worden, kan als zeer hoog risico beoordeeld worden.
<b>hoog risico</b>	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor de cliënt is reëel of heeft al plaatsgevonden.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is op korte termijn nodig. Inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie volgt, stelt inspectie verscherpt toezicht in.	Een patroon van (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als gering risico beoordeeld worden, kan als hoog risico beoordeeld worden.
<b>gering risico</b>	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor de cliënt.	Actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. Deze geeft de verbetering aan in een plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.	Veel kleine opmerkingen die ieder apart als 'geen risico' beoordeeld worden, kunnen samen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als gering risico beoordeeld worden.
<b>geen risico</b>	De inspectie constateert geen (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.	Geen actie nodig.	Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.