

Vragenlijst pijler 1

Kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau

Uitvraag 2015

VGN, december 2014

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

1.1 Heeft uw organisatie een regeling opgesteld op het gebied van medezeggenschap voor cliënten en/of verwanten?

Ja/In ontwikkeling/Nee

1.2 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
0 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	0 Ja 0 Nee	0 Centraal niveau 0 Decentraal niveau

1.3 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

2. Klachten

2.1 Beschikt uw organisatie over een klachtenregeling voor cliënten²?

Ja/In ontwikkeling/Nee

Indien Ja, ga door naar vraag 2.2

Indien Nee of in ontwikkeling, ga door naar vraag 2.3

2.2 Ontvangen cliënten en/of hun vertegenwoordigers systematisch³ op een voor hen begrijpelijke wijze, informatie over de klachtenregeling?

Ja/In ontwikkeling/Nee

¹ Indien er het afgelopen jaar door de cliëntenraad geen adviezen zijn gegeven is n.v.t. van toepassing.

² Conform Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.

³ Onder 'systematisch' wordt verstaan dat bij wijziging van de klachtenregeling cliënten en/of hun vertegenwoordigers hierover worden geïnformeerd.

2.3 Heeft uw organisatie voor cliënten een klachtencommissie⁴ 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:
0 met een onafhankelijke⁵ voorzitter? Ja/In ontwikkeling/Nee

2.4b Is de klachtencommissie voor cliënten ingesteld:
0 met merendeels onafhankelijke⁵ leden? Ja/In ontwikkeling/Nee

2.5 Zijn er in 2014 klachten door de klachtencommissie behandeld?

Ja/Nee

Indien u bij vraag 2.5 'Nee' antwoord, ga verder naar vraag 3.

2.6 Heeft uw organisatie de uitspraken en aanbevelingen van de klachtencommissie in
2014 aantoonbaar in behandeling genomen? Ja/In ontwikkeling/Nee

3. Vertrouwensregeling/vertrouwenspersoon

3.1 Beschikt uw organisatie over een vertrouwensregeling voor cliënten?
Ja/In ontwikkeling/Nee

3.2 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.

3.3 Zijn er in 2014 aanbevelingen door de vertrouwenspersoon gedaan?
Ja/Nee

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

3.4 Heeft uw organisatie de bevindingen en aanbevelingen van de
vertrouwenspersoon in 2014 aantoonbaar in behandeling genomen?
Ja/In ontwikkeling/Nee

⁴ Het kan ook zijn dat u bij een externe klachtencommissie bent aangesloten.

⁵ Met onafhankelijk wordt bedoeld, niet in loondienst/werkzaam bij de organisatie.

4. Cliëntervaring/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)

- Wij hebben geen cliënten met een ZZP of een indicatie behandeling groep. Ga naar vraag 5
- Wij hebben wel cliënten met een ZZP of een indicatie behandeling groep, maar waren niet verplicht in 2014 een cliëntenraadpleging uit te voeren. Ga naar vraag 4.3
- Wij hebben wel cliënten met een ZZP of een indicatie behandeling groep en moesten in 2014 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?

Meerdere antwoorden mogelijk

Hoe vaak onderzoeken cliëntervaring	Alle cliënten	Wie voert uit
<input type="radio"/> Meerdere keren per jaar	Ja/Nee	Zelf/extern
<input type="radio"/> Een keer per jaar	Ja/Nee	Zelf/extern
<input type="radio"/> Een keer in de twee jaar	Ja/Nee	Zelf/extern
<input type="radio"/> Een keer in de drie jaar	Ja/Nee	Zelf/extern
<input type="radio"/> Minder dan een keer in de drie jaar	Ja/Nee	Zelf/extern

4.4 Heeft u (al) gekozen voor een instrument uit de waaier?

Ja/nee

Indien Nee, ga door met vraag 4.5 (als je hier NEE antwoord, dan door naar 4.5 en 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?

- Er is geen geschikt instrument voor de doelgroep die wij in huis hebben
- Wij hoeven nog niet te kiezen voor een instrument uit de waaier.
- Andere reden

Ga door naar vraag 5

⁶ Het betreft bij deze vraag de ervaringen van de cliënten en/of verwanten.

4.6 Heeft u alle cliënten met een ZZP en alle cliënten met een indicatie Behandeling Groep in 2014 bevroegd (bedoeld wordt 'cliënten die in 2014 aan de beurt waren')? Ja/Nee

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

Meerdere antwoorden mogelijk

- POS - Arduin
- Quality Qube - Buninx
- Toetsing Cliëntwaardering - Philadelphia
- Dit vind ik ervan! - Siza
- Onze cliënten aan het woord - Ipso Facto
- Ben ik tevreden? - Dichterbij/Van Biene
- Tevredenheidsonderzoek - PSW
- C-toets OBC - VOBC/Stichting Alexander
- Cliënten over kwaliteit - LSR
- Cliëntervaringsonderzoek - Effectory
- MijnMening - De Hondsborg
- C-toets VG - Humanitas DMH

ZORGAFSPRAKEN EN ONDERSTEUNINGSPLAN
--

5. Zorg- en ondersteuningsplan⁷

5.1 Heeft uw organisatie de zorg- en ondersteuningsplansystematiek⁸ 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.

5.2 Wordt deze zorg- en ondersteuningsplansystematiek periodiek (volgens een intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en bijgesteld? Ja/In ontwikkeling/Nee

5.3 Kunt u aantonen dat de zorg- en ondersteuningsafspraken⁹ 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 bijgesteld wordt?

0 >= 95% van de cliënten

0 < 95% en > 75% van de cliënten

0 <= 75% van de cliënten

⁷ Er wordt in de vragenlijst gesproken over een zorg- en ondersteuningsplan, een behandelplan valt hier ook onder.

⁸ 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.

⁹ In het besluit zorgplanbespreking AWBZ wordt het volgende aangegeven:

1. De zorgaanbieder organiseert zo spoedig (binnen 6 weken) mogelijk na aanvang van de zorgverlening een bespreking met de cliënt waarin de volgende onderwerpen aan bod komen:
 - welke doelen worden voor een bepaalde periode gesteld gebaseerd op wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt
 - op welke concrete wijze proberen zorgaanbieder en cliënt gestelde doelen te bereiken
 - wie is voor de verschillende onderdelen verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming plaats en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken?
 - met welke frequentie evalueert en actualiseert de zorgaanbieder de zorgverlening met de cliënt
2. De zorgaanbieder moet binnen 6 weken na aanvang van de zorgverlening het resultaat van de bespreking (zie onderwerpen bij punt 1) vastleggen in het zorgplan.
3. Is de cliënt of zijn vertegenwoordigers niet bereid tot bespreking van hierboven genoemde onderwerpen dan houdt de zorgaanbieder bij vastlegging zoveel mogelijk rekening met veronderstelde wensen en bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

5.5 Hebben alle cliënten¹⁰, 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 \geq 95% van de cliënten

0 < 95% en > 75% van de cliënten

0 \leq 75% van de cliënten

¹⁰ 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 (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ zorg, artikel 2 lid 3).

CLIËNTVEILIGHEID

6. Risico-inventarisatie¹¹

6.1 Heeft uw organisatie beleid opgesteld op het gebied van cliëntveiligheid¹²?
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 bijgesteld?
Ja/In ontwikkeling/Nee

6.3 Maakt het uitvoeren van een risico-inventarisatie op cliëntniveau onderdeel uit van uw beleid?
0 Ja (beantwoord de volgende vragen)
0 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 $\geq 95\%$ van de cliënten
0 $< 95\%$ en $> 75\%$ van de cliënten
0 $\leq 75\%$ van de cliënten

6.6 Worden de uitkomsten van de risico-inventarisatie op cliëntniveau vastgelegd?
Ja/In ontwikkeling/Nee

7. Registratie en evaluatie van incidenten¹³

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 bijgesteld?
Ja/In ontwikkeling/Nee

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ Onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de cliënt heeft geleid, of had kunnen leiden, dan wel (nog) zou kunnen leiden.

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 maatregelen¹⁴

- 8.1 Heeft uw organisatie beleid opgesteld op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen¹⁵? 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 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)
 0 Nee (ga naar vraag 9)

- 8.5 Welk type vrijheidsbeperkende maatregelen zijn binnen uw organisatie in 2014 toegepast?

Maatregel	Wel/Niet Toegepast
0 Afzondering in afzonderingsruimte ¹⁶	Wel/Niet
0 Separeren in separatuieruimte ¹⁷	Wel/Niet
0 Fixatie (beperkingen in bewegingsvrijheid) ¹⁸	Wel/Niet
0 Gedwongen medicatie ¹⁹	Wel/Niet
0 Onder dwang geven van vocht en voeding ²⁰	Wel/Niet

- 8.6 Kunt u aantonen dat u de verantwoordelijkheidstoedeling heeft geregeld bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de BOPZ²¹? Ja/In ontwikkeling/Nee/nvt²²

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ De cliënt wordt voor behandeling ingesloten in een zogenaamde 'prikkelarme' eenpersoonskamer

¹⁷ De cliënt wordt voor behandeling ingesloten in een separeerruimte, een kamer waarin alles waaraan hij zich kan bezeren of verwonden is weggehaald en welke hiervoor door de Minister is goedgekeurd

¹⁸ De cliënt wordt beperkt in zijn bewegingsmogelijkheden; bijvoorbeeld door middel van een onrustband, het plaatsen van bedhekken, plaatsen in een diepe stoel of in een stoel met een plank.

¹⁹ Toediening van medicijnen tegen de (uitdrukkelijke) wil van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Dit geldt voor alle soorten medicatie.

²⁰ Geven van vocht en/of voeding tegen de wil van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger

- 8.7 Kunt u aantonen dat in uw organisatie de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen (volgens intern vastgestelde frequentie) worden geëvalueerd?
Ja/In ontwikkeling/Nee

²¹ 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.

²² NVT kan alleen worden aangevinkt wanneer er geen BOPZ aanwijzing is.

9. Medicatieveiligheid²³

9.1 Is uw organisatie geheel (of gedeeltelijk) verantwoordelijk voor medicatie van uw cliënten?
 0 Ja (beantwoord onderstaande vragen)
 0 Nee (ga naar vraag 10)

9.2 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 9.5.

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

9.4. Is in het beleid, voor het deel waarvoor u verantwoordelijk bent, een vaste werkwijze voor het betreffende onderdeel vastgesteld?

Onderdeel	Verantwoordelijk voor	Vaste werkwijze
Voorschrijven medicatie	Ja/Deel cliënten ²⁴ /Nee	Ja/Nee/Niet van toepassing
uitdelen medicatie	Ja/Deel cliënten/Nee	Ja/Nee/Niet van toepassing
Toezicht	Ja/Deel cliënten/Nee	Ja/Nee/Niet van toepassing
Evaluatie medicatie	Ja/Deel cliënten/Nee	Ja/Nee/Niet van toepassing

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

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

9.7 Worden medicatiefouten²⁵ conform beleid, binnen uw organisatie op cliëntniveau geregistreerd?
 Ja/In ontwikkeling/Nee

9.8 Zijn er in het afgelopen kalenderjaar bij uw organisatie medicatiefouten geweest
 Ja/Nee

Indien u "nee" heeft geantwoord bij vraag 9.8 dan kunt u verder gaan met vraag 10

9.9 Kunt u aantonen dat in uw organisatie de geregistreerde medicatiefouten²² periodiek worden geëvalueerd?
 a. 0 op organisatieniveau Ja/In ontwikkeling/Nee
 b. 0 op cliëntniveau Ja/In ontwikkeling/Nee

²³ Zie voor meer informatie de handreiking medicatieveiligheid van de VGN.

²⁴ Bedoeld wordt: is dit voor alle cliënten geregeld, voor geen enkele cliënt of voor een deel van de cliënten.

²⁵ Vergissingen bij voorschrijven, bereiden, afleveren of toedienen van een geneesmiddel

- 9.10 Kunt u aantonen dat er verbeteracties zijn uitgevoerd naar aanleiding van evaluatie van medicatiefouten?
- a. 0 op organisatieniveau Ja/In ontwikkeling/Nee
- b. 0 op cliëtniveau Ja/In ontwikkeling/Nee

10. (Vermoeden van) Seksueel misbruik²⁶

- 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 periodiek (minimaal eens per 4 jaar) geëvalueerd? Ja/In ontwikkeling/Nee

- 10.3 Heeft uw organisatie in haar beleid opgenomen dat medewerkers, in dienst van uw organisatie, standaard een VOG-verklaring²⁷ moeten overleggen?
- 0 Ja
- 0 In ontwikkeling
- 0 Nee

- 10.4 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 van uw organisatie standaard een VOG-verklaring¹⁸ moeten overleggen²⁸?
- 0 Ja
- 0 In ontwikkeling
- 0 Nee
- 10.6 Heeft uw organisatie in 2014 bij de IGZ²⁹ melding gedaan van (vermoedens van) seksueel misbruik?
- 0 Ja,keer
- 0 Nee

²⁶ 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).

²⁷ 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.

²⁸ Bedoeld worden vrijwilligers die door de organisatie zijn aangetrokken.

²⁹ Ook wanneer de vermoedelijke dader niet betrokken is bij de organisatie, doet u hier melding van bij de IGZ.

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

KWALITEIT VAN MEDEWERKERS EN ORGANISATIE

- 11.0 Heeft uw organisatie medewerkers in loondienst³⁰?
0 Ja
0 Nee (ga door naar vraag 12)

11. Kenmerken medewerkers²⁶

- 11.1 Ziekteverzuim
Kunt u voor uw organisatie het gemiddelde ziekteverzuimcijfer (vernet)³¹ van het jaar 2013 en 2014 voor uw medewerkers in loondienst²⁶ weergeven (**exclusief** zwangerschapsverlof)?

- a. Gemiddeld ziekteverzuim
2013:.....%
- b. Gemiddeld ziekteverzuim
2014:.....%

- 11.2 Leeftijdsverdeling
Geef de verdeling van het personeel in loondienst²⁶, op 31 december 2014, 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 loondienst²⁶ op 31 december 2014?

- g. Aantal personeel in loondienst
- h. Totaal fte in loondienst

³⁰ Hieronder vallen **NIET** de categorieën), ingehuurd personeel en zelfstandigen, stagiaires en vrijwilligers. Oproepkrachten (nul uren contract) tellen wel mee.

³¹ 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%.

11.3 Lengte dienstverband

Geef aan wat de gemiddelde lengte van het dienstverband van medewerkers in loondienst is op 31 december 2014²⁶.

.....jaar gemiddelde lengte dienstverband medewerkers in loondienst

11.4 Parttime factor

Geef aan wat de gemiddelde omvang (in fte!!) is van het dienstverband van uw medewerkers in loondienst op 31 december 2014.

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

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

11.5 Scholing

Is er binnen uw organisatie een scholingsbeleid³² waarin actief wordt ingespeeld op scholingsvragen en -behoeften van medewerkers?

0 Ja

0 Nee

Indien 'Ja':

Kunt u aangeven hoeveel medewerkers in loondienst in 2014 hebben deelgenomen aan

a. 0 Scholing op zorginhoudelijk gebied aantal medewerkers

b. 0 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.

11.6 Besteedt uw organisatie jaarlijks meer of minder dan 2%³³ (conform CAO per 1 januari 2012) van de loonsom³⁴ aan scholing en scholingsactiviteiten³⁵ 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

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

Indien 'Nee', gaat u door naar vraag 11.10.

11.7a Heeft uw organisatie (scholings)beleid opgesteld op het gebied van voorbehouden handelingen? Ja/In ontwikkeling/Nee

11.8 Wordt bovengenoemd (scholings)beleid periodiek (volgens intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en bijgesteld? Ja/In ontwikkeling/Nee

²⁷ Dit kan interne en externe scholing zijn.

³³ Dit is inclusief vervangingsuren

³⁴ Alle loonkosten inclusief sociale lasten en pensioenpremies

³⁵ Dit kunnen interne en externe scholingsactiviteiten zijn.

11.9 Kunt u aantonen dat alle medewerkers die voorbehouden handelingen verrichten bevoegd en bekwaam zijn? Ja/In ontwikkeling/Nee

11.10 Is er bij uw organisatie sprake van risicovolle handelingen? Ja/nee

Indien NEE, ga door met vraag 12

11.11 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 11.11, kunt u doorgaan met vraag 11.13

11.12 Wordt bovengenoemd (scholings)beleid periodiek (volgens intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en bijgesteld? Ja/In ontwikkeling/Nee

11.13 Kunt u aantonen dat alle medewerkers die risicovolle handelingen verrichten bevoegd en bekwaam zijn? Ja/in ontwikkeling/Nee

12. Medewerkersonderzoek

12.1 Wordt in uw organisatie een medewerkersonderzoek³⁶ uitgevoerd? Ja/Nee

Indien 'Nee': ga door naar vraag 13.

12.2 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

12.3 Worden de uitkomsten van het medewerkersonderzoek met de OR besproken? Ja/In ontwikkeling/Nee

13. Klachten

13.1 Beschikt uw organisatie over een klachtenregeling voor medewerkers? Ja/In ontwikkeling/Nee

³⁶ Het betreft dan een medewerkerstevredenheidsonderzoek of een medewerkerservaringsonderzoek. Men kan ook het onderzoek dat tbv de Risico Inventarisatie (RIE) gebruikt wordt als uitgangspunt nemen

13.2 Heeft uw organisatie voor medewerkers een klachtencommissie ingesteld

a. -met een onafhankelijke³⁷ voorzitter?

Ja/In ontwikkeling/Nee

b. -met merendeels onafhankelijke³² leden?

Ja/In ontwikkeling/Nee

14. Vertrouwenspersoon

14.1 Heeft uw organisatie voor medewerkers een vertrouwenspersoon gerealiseerd?

Ja/In ontwikkeling/Nee

³⁷ Met onafhankelijk wordt bedoeld, niet in loondienst/werkzaam bij de organisatie.