



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Definitief rapport
van het inspectiebezoek aan
stichting Internationale Zorg aan Huis
te Dordrecht
op 10 oktober 2013

Amsterdam, oktober 2013

Inleiding

Op 10 oktober 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan Stichting Internationale Zorg Aan Huis (hierna: IZAH) te Dordrecht. Dit inspectiebezoek maakt onderdeel uit van het toezicht op nieuwe toetreders, die vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Uw organisatie is een zorginstelling zoals bedoeld in deze wet.

Het doel van dit inspectiebezoek is om nader kennis te maken met IZAH en na te gaan of voldoende voorwaardenscheppende maatregelen zijn getroffen die moeten leiden tot het bieden van verantwoorde zorg.

Korte beschrijving van de organisatie

IZAH is opgericht op 14 april 2008 als eenmanszaak. IZAH is per 1 juli 2011 voortgezet vanuit Stichting IZAH (Internationale Zorg Aan Huis) voor de doelgroep allochtone cliënten met een Persoonsgebonden budget (PGB). Er zijn inmiddels twee vestigingen, namelijk in Dordrecht en in Rotterdam. Een WTZi toelating is verkregen voor de functies: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf voor de aandoeningen somatische e/o psychogeriatrische aandoening of beperking en bijkomende psychosociale problemen. Vijfennegentig procent van de cliënten is van Turkse of van Marokkaanse achtergrond. IZAH heeft een Raad van Bestuur die bestaat uit drie leden en een Raad van Toezicht. De dagelijkse leiding is in handen van de bestuursvoorzitter en de algemeen directeur. IZAH is lid van de brancheorganisatie BTN. In 2011 heeft de thuiszorgorganisatie een HKZ versie 2010 certificaat behaald voor het leveren van interculturele thuiszorg. In het handelsregister staat er naast de stichting ook een B.V. ingeschreven onder de naam IZAH Internationale Zorg B.V. voor thuiszorg en het opleiden en trainen van thuiszorgpersoneel zowel in Nederland als in het buitenland.

Er wordt zorg geleverd in de vorm van Zorg in Natura (ZIN), PGB, particuliere zorg en huishoudelijk hulp middels de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De soorten zorg zijn persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding zowel individueel als in groepsverband. Daarnaast wordt zorg geleverd op somatische, psychogeriatrische, verstandelijke en zintuiglijke grondslag.

IZAH heeft 58 medewerkers in dienst waarvan 20 medewerkers werkzaam in de zorg en 27 medewerkers in de hulp bij het huishouden. De enige zelfstandige zonder personeel (ZZP-er) is inzetbaar in de huishouding. De formatie direct zorggebonden personeel zijn allen in loondienst. De medewerkers hebben diverse deskundigheidsniveaus zoals helpende niveau twee, verzorgenden niveau drie, verpleegkundige niveau vier en vijf. Daarnaast werken sociaal pedagogische medewerkers, zowel op niveau drie als vier. Het aantal cliënten bedroeg in 2012 ruim 250 en is in 2013 afgebouwd tot ongeveer 160 wegens het uitbannen van ziekte winst en selectiever aannemen van cliënten. Waarvan een derde deel Wmo-hulp en twee derde gedeelte AWBZ-zorg ontvangt.

IZAH heeft geen volledig jaardocument maatschappelijke verantwoording ingediend maar een verklaring beperkte verantwoording omdat er nog geen rechtstreekse productieafspraken waren met zorgkantoren. Voor 2013 heeft IZAH productieafspraken met VGZ voor het leveren van Zorg in Natura en vanaf 2014 ook met Achmea.

IZAH levert zorg als onderaannemer voor Stichting Humanitas in de regio Rotterdam en in 2012 voor de Stichting Internos thuiszorg in de regio Waardenland.

Bevindingen

De inspectie beoordeelt IZAH op 24 onderwerpen. Per onderwerp staat aangegeven of documentatie is aangetroffen en of deze documenten operationeel zijn/in de praktijk worden toegepast. De inspectie heeft gesproken met het management en er zijn documenten en zorgdossiers ingezien. Indien noodzakelijk wordt de score toegelicht in de kolom 'toelichting'.

De onderwerpen die niet aan bod komen binnen de 24 onderwerpen, en naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de kwaliteit van zorg binnen uw organisatie, benoemt de inspectie onder het kopje 'overige opmerkingen'.

	Document ¹	Aanwezig Ja/deels/nee/nvt	Toelichting
1	Zorgplan	ja	
2	Klachtenregeling/klachtencommissie	ja	Intern en externe (BTN) klachtencommissie
3	Medezeggenschap	deels	Zie toelichting medezeggenschap
4	Afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer	ja	Er wordt gewerkt met twee hoofdaannemers.
5	Samenwerkingsafspraken met ketenpartners	deels	
6	Personeelsopbouw: beschikbaarheid deskundigheid in relatie tot de doelgroep	nee	Zie toelichting Personeelsopbouw
7	Kopie van relevante diploma's van medewerkers en/of zelfstandigen	ja	
8	Kopie verklaring omtrent gedrag van medewerkers en/of zelfstandigen *	nee	
9	Kopie BIG-register van medewerkers en/of zelfstandigen die BIG-geregistreerd dienen te zijn	ja	3 copies ingezien
10	Gedragscode	deels	Niet conform geldende beroepscode (onvolledig)
11	Inschrijving bij het kwaliteitsregister of keurmerk van de medewerkers en/of zelfstandigen *	nee	
12	Opleidingsplan	deels	Zie toelichting Opleidingsplan
13	Kwaliteitscertificaat	HKZ 2011	
14	Lidmaatschap brancheorganisatie *	btn	
15	Uitsluitingscriteria cliënten	ja	Iedere zorgvraag wordt aangenomen.
16	Meldingen incidenten patiënten (MIP)	deels	Zie toelichting MIC
17	Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen	ja	Vilans
18	Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen	deels	Zie toelichting Bekwaamheid
19	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	ja	Er worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast
20	Medicatiebeleid	nee	Zie toelichting medicatiebeleid
21	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling *	ja	
22	Gebruikersvergunning	nvt	Voornemen om in toekomst dagbesteding op te starten.
23	Notulen van de laatste drie werkoverleggen	deels	Excel bestand met actiepunten, besluiten en mededelingen
24	Kopie van een aantal functioneringsgesprekken	ja	1 ingezien

* Geen verplichte voorwaarde, maar wel aanbevelingswaardig

1 Zie bijlage 1

Toelichting van onderwerpen

Medezeggenschap

De in 2011 opgerichte cliëntenraad is per 4 september 2013 vernieuwd wegens passiviteit van de eerdere samenstelling van de cliëntenraad. Met de nieuwe cliëntenraad is er overleg geweest en zijn nieuwe afspraken gemaakt o.a. over de telefonische bereikbaarheid en mantelzorgtraining.

Personeelsopbouw

De thuiszorgplanners van IZAH maken gebruik van het digitale systeem Thuiszorgplanner (TZP) van Coolweb om de deskundigheid van de medewerkers af te stemmen op de specifieke zorgvragen van de cliënten. In de praktijk blijkt dat dit systeem 'overruled' kan worden en dat een medewerker die niet gecertificeerd is, ingepland kan worden voor een cliënt met een specifieke zorgvraag.

Opleidingsplan

Een summier opleidingsplan 2013 is aanwezig waarvan de namen van medewerkers op het opleidingsplan niet overeenkomen met de namen van medewerkers in loondienst. Er is geen budget vastgesteld om het grote aantal medewerkers voldoende te kunnen scholen op zorginhoudelijke aspecten.

In functioneringsgesprekken inventariseert de teamleider welke scholingsbehoefte de medewerker heeft. Het management licht toe dat scholing niet is verplicht. Momenteel heeft 25% van de medewerkers een functioneringsgesprek gehad.

Bekwaamheid

In het opleidingsplan is scholing over ouderenmishandeling en bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen slechts opgenomen voor een zeer beperkt aantal medewerkers. Er wordt echter geen scholing aangeboden op onderwerpen zoals medicatieveiligheid en andere zorginhoudelijke aspecten.

Procedure Meldingen Incidenten Cliënten

Er is een procedure voor het melden van (bijna-)ongevallen met een bijbehorend registratieformulier. De inspectie heeft vastgesteld dat de procedure niet volledig is geïmplementeerd. Ook blijkt uit notulen dat er sprake is van ondermelding van (bijna-)incidenten.

Medicatiebeleid

In juni 2013 is een schriftelijk medicatiebeleid opgesteld. De veldnorm 'Veilige principes in de medicatieketen' is niet geïmplementeerd. De inspectie heeft ondermeer het volgende vastgesteld:

- Bij het starten van de zorg rond medicatie is niet binnen 24 uur een actueel en volledig medicatieoverzicht inclusief doseertijden aanwezig; aftekenlijsten van de apotheek ontbreken.
- Er zijn handmatige zelfontworpen IZAH medicatielijsten aanwezig.
- Bij het starten van een voorbehouden handeling is geen uitvoeringsverzoek van de voorschrijvend arts aanwezig.
- Het uitzetten en toedienen van medicatie wordt niet door twee verschillende personen uitgevoerd.
- Er wordt niet geparafeerd bij het toedienen van een medicatie waardoor het niet identificeerbaar is of een geneesmiddel is toegediend/verstrekt.
- Een tweede controle is niet aantoonbaar bij risicovolle medicatie zoals insuline of morfine. Uit een melding blijkt dat tweemaal dezelfde dosering insuline is gespoten omdat er niet geparafeerd was. Vervolgens is er door de medewerker geen actie ondernomen, zoals contact opnemen met de huisarts of extra bloedsuikercontroles. Het blijkt dat medewerkers niet op de hoogte zijn van elkaars rooster en werkzaamheden.
- Medicatiehistorie komt niet overeen met het uitvoeringsverzoek van de voorschrijver. Het is het management onduidelijk wie de medicatie, beschreven op de medicatielijst, heeft gestopt. Cliënt kreeg de injecties wekenlang na de stopdatum op de apotheeklijst nog toegediend.

- Er is geen Beoordeling Eigen Medicatie (BEM) in welke mate een client zelfstandig is om de medicatie op een verantwoorde wijze te beheren.
De inspectie trof in een zorgdossier aan dat een medewerker een afbouwschema noteert. Het is niet duidelijk welke medicatie wordt afgebouwd en wie de opdracht heeft gegeven. In deze casus gaat het over risicovolle medicatie.

De inspectie constateert dat er sprake is van zeer hoge risico's op het gebied van medicatieveiligheid.

Overige onderwerpen

Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

IZAH heeft een raad van bestuur die bestaat uit drie leden. Voor zover de inspectie heeft kunnen vaststellen hebben de bestuurders geen bestuurlijke ervaring en/of zorgachtergrond. De algemeen directeur belast met de algehele coördinatie van alle activiteiten legt eindverantwoording af aan de voorzitter van de Raad van Bestuur. De voorzitter is dagelijks aanwezig bij IZAH. De overige leden zijn slechts een aantal malen per maand aanwezig. Binnen de Raad van Toezicht is nu 1 lid aangewezen met de portefeuille kwaliteitsmanagement. In de beleidsplannen van IZAH is terug te lezen dat de samenstelling van de Raad van Bestuur en Toezicht al langer onderwerp van gesprek is. De opzet is om op termijn de samenstelling te wijzigen.

Uitvoeringsverzoeken

IZAH kan beschikken over alle protocollen van Vilans. Voor het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen worden deze protocollen en de bepalingen van de Wet BIG echter niet nageleefd. Zo constateerde de inspectie dat medewerkers voorbehouden BIG handelingen verrichten bij cliënten zonder een uitvoeringsverzoek. Een aantal van deze medewerkers blijkt niet bevoegd en bekwaam te zijn en dubbele controles vinden niet plaats. Deze handelingen vinden al langere tijd plaats zonder dat er door de bestuurder op eigen initiatief corrigerende maatregelen zijn genomen.

Ontwikkeling IZAH

IZAH is zich na de overgang naar een stichting steeds verder gaan professionaliseren. Het management is de trekker geweest van veranderingen binnen IZAH. Door verlies van cliënten en omzet door het voeren van een streng regime is er in alle lagen van de organisatie weerstand ontstaan waardoor verandering tot stilstand leek te komen. In augustus 2013 zijn alle veranderingen met het zelfde elan hervat en is dit expliciet besproken in het management overleg van 10 september 2013. Er was verschil van inzicht tussen het nieuwe management en het oude team in alle lagen. Uit beleidsnotities is op te maken dat dit intern een item was. Binnen bestuur en managementteam was er verschil van inzicht op welke wijze de aansturing van IZAH verder moet. Door deze ontwikkelingen zijn voorgenomen verbetertrajecten en verdere professionalisering vertraagd.

Rol hoofdaannemer

De inspectie heeft nog niet kunnen vaststellen op welke wijze de hoofdaannemer tussentijds heeft getoetst of er voldoende waarborgen aanwezig zijn voor het leveren van verantwoorde zorg.

Conclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen heeft de inspectie tijdens de afsluiting van het inspectiebezoek de conclusies getrokken dat IZAH onverantwoorde zorg levert en dat er direct maatregelen noodzakelijk zijn om de patiëntveiligheid te borgen.

De inspectie heeft de bestuurder van IZAH op de hoogte gebracht dat er een handhavingsmaatregel zal worden ingezet omdat er sprake is van het leveren van onverantwoorde zorg met hoge tot zeer hoge risico's voor de patiëntveiligheid.

Te nemen maatregelen

IZAH is verzocht om binnen twee dagen corrigerende en preventieve maatregelen te nemen om verantwoorde zorg te kunnen leveren. Zo is verzocht om een risicoanalyse uit te voeren bij alle cliënten waarbij sprake is van ondersteuning bij medicatie en waarbij voorbehouden en risicovolle handelingen plaatsvinden, en om hierop eerste maatregelen te nemen.

IZAH heeft hier in eerste aanleg als noodmaatregel aan voldaan en een SWOT-analyse uitgevoerd. IZAH toont zelfinzicht en heeft goed in beeld gebracht dat een verbetertraject noodzakelijk is. Een verbetertraject gericht op de wijze van aansturing alsmede op inhoudelijke aspecten zoals het versneld opleiden van het personeel.

Op basis van het bovengenoemde verbetertraject heeft de inspectie besloten af te zien van de aangezegde handhavingsmaatregel, maar acht de inspectie het gezien de bevindingen van het inspectieonderzoek noodzakelijk om IZAH onder verscherpt toezicht te stellen om het noodzakelijk geachte verbetertraject te monitoren.

De uitwerking hiervan vindt in een afzonderlijke procedure plaats. Na het doorlopen van deze procedure worden er met de bestuurder afspraken gemaakt over alle nog te nemen maatregelen in het kader van het in te zetten verbetertraject.

Bijlage 1 Toelichting

1. Het zorgplan (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg; maart 2009)

Het zorgplan (ook wel behandelplan, leefplan, ondersteuningsplan of begeleidingsplan genoemd) is een onderdeel van het zorgdossier. Aan de inhoud worden eisen gesteld:

De zorgaanbieder is verplicht in samenspraak met de cliënt een zorgplan te maken. Binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening moet de zorgaanbieder een zorgplan opgesteld hebben waarin in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod komen:

- a. welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- b. op welke concrete wijze zullen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- c. wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming tussen meerdere zorgverleners plaats, en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken;
- d. met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.

Voor 'Bopz-aangemerkte' instellingen moet het zorgplan tevens voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

Het zorgdossier bevat voorts alle informatie die voor de zorg aan en de begeleiding en eventuele behandeling van de cliënt relevant is:

- persoonsgegevens cliënt;
- zorgovereenkomst;
- diagnose(s);
- toestemming voor uitvoering zorgplan;
- naam en toestemming cliëntvertegenwoordiger voor uitvoering zorgplan (indien van toepassing);
- verslag evaluatiegesprekken;

Het zorgplan wordt minimaal een keer per jaar met alle relevante betrokkenen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

- rapportage;
Verslaglegging ten behoeve van de continuïteit van de dagelijkse zorg en uitvoering van het zorgplan;
- naam behandelend (huis)arts en eventueel andere behandelaars;
- actueel medicatieoverzicht, indien zorgaanbieder (een deel van) het medicatieproces overneemt;

Een actueel medicatieoverzicht met soort medicatie, dosering en tijdstippen van medicatieverstrekking, naam voorschrijvend arts en leverend apotheker. Bij voorkeur wordt dit overzicht door de apotheker geleverd.

Wanneer de instelling ook kraamzorg levert dient tevens in het dossier aanwezig te zijn:

- temperatuurlijst moeder;
- temperatuurlijst kind;
- LIP-formulier;
- overdracht naar de jeugdgezondheidszorg;
- vochtbalans kind;
- voedingsgerelateerde gegevens;
- informatie over overleg met de verloskundige(n).

2. Klachtenregeling/ klachtencommissie (Wet Klachtrecht cliënten zorgsector)

Elke cliënt heeft de mogelijkheid om over de geboden zorg een klacht in te dienen bij de klachtencommissie van de instelling. Een klacht kan door de cliënt zelf of zijn vertegenwoordiger worden ingediend en heeft betrekking op "een gedraging van de zorgaanbieder of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt".

Tijdens het bezoek worden de volgende criteria gehanteerd:

- Er is een klachtenregeling conform bovengenoemde wetgeving en deze is onder de aandacht van cliënten gebracht.
- De zorgaanbieder heeft een klachtencommissie conform bovengenoemde wetgeving. Deze bestaat uit ten minste drie leden waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder.
- Zowel de cliënt als iemand die hem vertegenwoordigt, kan rechtstreeks bij de klachtencommissie een klacht indienen tegen de zorgaanbieder of diens personeel.

3. Medezeggenschap (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen)

Medezeggenschap betekent dat zowel cliënten als cliëntvertegenwoordigers als collectief invloed kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten.

De instelling heeft vastgelegd hoe zij deze medezeggenschap heeft geregeld en op welke onderwerpen zij advies inwint bij cliënt(vertegenwoordigers).

De cliënten en hun vertegenwoordigers worden op een voor hen begrijpelijke manier en tijdig geïnformeerd over belangrijke wijzigingen in de organisatie.

Tijdens het bezoek wordt gelet op de volgende zaken:

- Is er een regeling waarin vastligt hoe de medezeggenschap binnen de instelling is geregeld?
- Hebben cliënten aantoonbaar inspraak op het niveau van de eigen woon/zorglocatie (bijvoorbeeld in de vorm van een periodiek overleg met schriftelijke vastlegging)?
- Worden relevante beleidsbeslissingen tijdig besproken en heeft de mening van de cliënten een zichtbare invloed op het gevoerde beleid?

4. Deskundigheid personeel

Deskundig personeel is in staat om de noodzakelijke en gevraagde zorgverlening en ondersteuning aan cliënten te bieden. Het personeel voldoet aan de eisen die aan de functie(s) worden gesteld en is waar nodig bekwaam en bevoegd om specifieke functie(s) uit te oefenen.

Tijdens het bezoek wordt o.a. gelet op de volgende zaken:

- relevante diploma's van medewerkers/zelfstandigen, de aanwezigheid van verklaringen omtrent gedrag, gedragscode, BIG-registraties en functioneringsgesprekken;
- kwalitatief en kwantitatief voldoende aandacht voor (bij)scholing gericht op de ondersteuningsvragen van de cliëntgroepen (scholingsplan);
- uitsluitingscriteria cliënten; zijn de grenzen aan zorg duidelijk beschreven;
- bekwaamheid en bevoegdheid van medewerkers om voorbehouden en risicovolle handelingen uit te voeren.

5. Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP)

De zorgaanbieder draagt zorg voor een interne meldingsprocedure voor fouten en (bijna-)ongevallen. De zorgaanbieder is van deze fouten en (bijna-) ongevallen op de hoogte en neemt corrigerende en preventieve maatregelen ter verbetering van de zorgverlening en ter voorkoming van herhaling.

Bij het bezoek wordt o.a. gelet op:

- de aanwezigheid van een MIP-procedure en een MIP-commissie;
- de beschikbaarheid voor personeel van een meldformulier voor (bijna)incidenten.

6. Vrijheidsbeperkende maatregelen (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen)

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen gaat het om die maatregelen waardoor de cliënt in zijn vrijheid wordt beperkt. Mogelijke maatregelen zijn: gesloten kamer of afdeling, bedhekken, fixatie, afzondering, separatie, gecamouflerde medicatie en gedwongen medicatie, vocht- en voedinginname.

Indien er cliënten verblijven met een Bopz-status, dient de instelling te voldoen aan de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Tijdens het bezoek wordt o.a. gelet op de volgende zaken:

- heeft de instelling beleid ten aanzien van vrijheidsbeperking;
- wordt vrijheidsbeperking toegepast en zo ja, vindt dit verantwoord en conform wet- en regelgeving plaats.

7. Medicatiebeleid

Het medicatiebeleid van de organisatie bevat tenminste de beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en afspraken omtrent het gehele medicatieproces. Dit beleid is besproken met eventuele externe betrokkenen: de huisarts(en) en apotheker(s).

Bij het bezoek wordt gelet op:

- deskundigheid personeel op gebied van medicatieverstrekking;
- aanwezigheid van medicatiebeleid.

Bijlage 2 Wetgeving en veldnormen

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

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen;
- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG);
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO);
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (wet Bopz).

Veldnormen:

- Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005;
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007;
- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, visiedocument 2007;
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2010;
- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, 2010.

Bijlage 3 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.

- Klachtenregeling cliënten IZAH thuiszorg, 1 mei 2013
- Klachtenprocedure medewerkers IZAH thuiszorg, 8 oktober 2012
- Meldcode huiselijk geweld en/of kindermishandeling IZAH thuiszorg, 5 juni 2012
- Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg IZAH thuiszorg, 11 juni 2013
- Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen IZAH thuiszorg, 12 juni 2013
- Opleidingsplan 2013, 3 september 2013
- Overzicht medewerkers met functie en diploma, op 10 oktober 2013 overhandigd.
- Beroepsuitvoering, gedragscode, ongedateerd
- Cliëntenraad IZAH thuiszorg, 1 mei 2013
- Procedure Melding, registratie & onderzoek (bijna) ongevallen, 3 januari 2013
- Registratieformulier (bijna) ongevallen, 9 januari 2013
- Commissie (bijna)ongevallen overleg agenda, 21 januari, 22 april, 8 juli, 30 september 2013
- Zo werkt IZAH , gids voor medewerkers die thuiszorg leveren, ongedateerd
- Medicatieveiligheid IZAH thuiszorg, 11 juni 2013
- Samenwerkingsovereenkomst tussen Stichting Humanitas en IZAH, 12 januari 2012
- Zorgvergadering actiepunten 27 juni 2013, 12 september 2013, 3 oktober 2013