



Auditrapport

Rosa Spier Huis van Rosa Spier Stichting

Laren, 13 september 2016

Inhoudsopgave

1	Methodische verantwoording	3
2	Resultaten	5
3	Conclusie	12
3.1	Registratieadvies	12
3.2	Aandachtspunten volgende audits	12
3.3	Overzicht behaalde prestaties	13
Bijlage A	Kerngegevens	15
Bijlage B	Auditprogramma	20
Bijlage C	Indicatoren	23
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	25

1 Methodische verantwoording

Naam organisatie	Rosa Spier Stichting Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
Naam organisatorische eenheid (OE)	Rosa Spier Huis
Scope	Intramuraal: Verblijf
Keurmerkschema	PREZO VV&T 2014 (01/07/14, versie 1)
Soort audit	Initiële audit
Auditdatum	13 september 2016
Auditoren	- mevrouw M.L.L. Bekhuis-Kint MBA-H (voorzitter) - mevrouw drs. F.H. de Veen (secretaris) - mevrouw S. Pauw (auditor) - mevrouw T. Pietersz (boventalig auditor)
Bijzonderheden	geen

Het PREZO VV&T 2014 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (01/07/14, versie 1) bestaat uit de prestatieset van 15 prestaties, het beoordelings- en wegingskader. PREZO VV&T 2014 is het kwaliteitssysteem voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (ouderenzorg), dat gebaseerd is op de landelijke normen voor Verantwoorde zorg en het bijbehorende Kwaliteitsdocument Verantwoorde zorg VVT 2012.

Per prestatie kan een maximale score van 100 punten worden behaald. Voor iedere prestatie dient een minimale score van 70 punten behaald te worden om de prestatie te behalen. Om voor het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zullen alle prestaties behaald moeten zijn. Om voor het PREZO zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking tot komen, is maximaal 1 niet-behaalde prestatie geoorloofd.

Het doel van de audit:

- een onafhankelijke beoordeling van de kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties, zoals geformuleerd in PREZO VV&T 2014 en de Handleiding Audit & Registratie PREZO VV&T 2014;
- het verschaffen van ontwikkelingsgerichte informatie aan de getoetste organisatie;
- erkenning van de organisaties die voldoen aan het wegingskader voor Verantwoorde zorg en Verantwoord ondernemerschap.

De audits vinden plaats onder auspiciën van het College van Belanghebbenden dat bestaat uit vertegenwoordigers van partijen uit de sector. Het College van Belanghebbenden bewaakt de kwaliteit van de audits die door Perspekt verricht worden.

De bevindingen en conclusies in dit rapport zijn gebaseerd op verschillende soorten bronnen: CQ-resultaten, observaties, registraties, gesprekken en instrumenten en conform het vigerend wegingskader tot stand gekomen.

De set toegestuurde instrumenten van Rosa Spier Huis was digitaal en op de website www.rosaspierhuis.nl, terwijl de kerngegevens ook op papier zijn verzonden. In aanvulling op deze set zijn, op verzoek van het auditteam voorafgaand aan de audit, nog 26 aanvullende instrumenten aan het auditteam toegestuurd, waaronder organogram, jaarverslag zorg 2015 en verbeterplan CQi 2015. Ook werden tijdens de auditdag diverse instrumenten geobserveerd of ingezien.

2 Resultaten

Stichting: Rosa Spier Stichting

OE: Rosa Spier Huis

ARI Scoreblad Prestaties INTRAMURALE ZORG: domeinen - pijlers - voorwaarde 1

Prestatie	CQ index	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking	
	uitkomsten indicatoren	P	I	V/B				
DOMEINEN								
Domein 1 Woon- en leefsituatie								
D 1	De cliënt voelt zich thuis in zijn leefomgeving	30	30	20	20	100	ja	De cliënt kan zijn leven als kunstenaar of kunst gerelateerde wetenschapper voortzetten. Het huis is aantoonbaar van de bewoners en er wordt maximaal aangesloten op de vraag en mogelijkheden van de cliënt. Bijvoorbeeld de licht dementerende bewoner noemt de rijkdom van het hebben van een atelier met lichtinval zoals dat de bedoeling is voor een kunstenaar. Een andere cliënt benoemt het kunnen voortzetten van haar zangontwikkeling door ondersteuning van zangpedagoge. Of die kunstenaar die in de middaguren in zijn atelier heerlijk geniet van zijn borreltje na gedane arbeid. Er staan 275 kunstenaars of wetenschappers uit het hele land op de wachtlijst en de belangstelling voor het wonen in een huis met gelijkgestemden is groot. Het is duidelijk dat hier kunst of wetenschap niet met pensioen gaat. De bewoners zijn op hoge leeftijd nog actief bezig met creëren en aan het werk. De bewoners hebben de mogelijkheid zich continu te blijven manifesteren zoals zij dit gewend zijn. De appartementen en ateliers zijn persoonlijk ingericht en de bewoners houdt duidelijk zijn/haar regie. Uit de instrumenten blijkt dat wensen worden onderzocht, vastgelegd en nageleefd en dat er een verbetercyclus plaatsvindt.
Domein 2 Participatie								
D 2	De cliënt ervaart voldoende mogelijkheden en ondersteuning in zijn sociale zelfredzaamheid	30	30	20	20	100	ja	Er wordt maximaal aangesloten op de vraag en mogelijkheden van de cliënt. Dit vraagt veel flexibiliteit van de medewerker en die flexibiliteit is ook aanwezig. Er zijn geen "looproutes", maar afspraken zoals "als de schoenen buiten staan", is de bewoner klaar om ondersteuning te ontvangen. Bewoners zijn gewend om directe feedback te geven. De doelgroep 'dwingt' persoonsgerichte zorg af en schikken zich niet zomaar in veranderingen. Bijv. de wijziging van apotheek. Voor cliënten met een grote zorgbehoefte bestaat de mogelijkheid om gezamenlijk

							de maaltijd te gebruiken. Hiervan wordt veel gebruik gemaakt. Het kleinschalige wordt gewaardeerd, ieder kent elkaar. Uit de instrumenten blijkt dat behoeften en afspraken worden geïnventariseerd en vastgelegd en er voldoende mogelijkheden en ondersteuning daarbij is. Ook blijkt er structureel te worden verbeterd en de kwaliteit wordt geborgd.
Domein 3 Mentaal welbevinden							
D 3	De cliënt ervaart ondersteuning bij zijn levensinvulling gebaseerd op eigen identiteit, persoonlijke ontwikkeling, waarden en levenskeuzen	30	30	20	20	100	ja Er is maximale ondersteuning bij het voortzetten van het leven in de kunst / wetenschap. Er zijn gebouwgebonden faciliteiten zoals eigen studio of atelier, maar ook de verschillende bibliotheken en de concertzaal. Er is een cultureel programma. In 2015 zijn er in het Rosa Spier Huis 6 tentoonstellingen, 22 concerten, 8 theatervoorstellingen en 7 lezingen georganiseerd. In de nieuwe locatie zal nog meer ruimte voor kunst-, theater-, en muzikliefhebbers worden geboden en een ontmoetingsplek zijn voor jonge kunstenaars en bewoners. Er zijn activiteiten voor de bewoners waar de invulling van het werk niet meer mogelijk is. Er is een muzikbegeleider en er zijn vrijwilligers die ondersteunen bij beeldende activiteiten. In alles staat de autonomie van de cliënt bovenaan.
Domein 4 Lichamelijk welbevinden & gezondheid							
D 4	De cliënt ervaart een goed lichamelijk welbevinden	28	30	20	20	98	ja In de praktijk is veel aandacht voor de lichamelijke zorg, waarbij wordt aangesloten bij de behoefte van deze specifieke doelgroep. De eigen regie van de bewoner, mits de groep geen overlast ondervindt, is leidend. De zorgkaart wordt in de praktijk gebruikt om op terug te vallen of bij nieuwe medewerkers. Vaste medewerkers weten alles uit hun hoofd. De zorg rondom het levenseinde is goed en persoonlijk. De wilsverklaringen (euthanasie, niet reanimeren) zijn bekend bij de zorg en staan genoteerd met paraaf huisarts. De vroegsignaleringslijst is een overzichtelijk 'eigen' document. De drie vragen van de SNAQ zijn bijvoorbeeld een onderdeel van dit document. Zo nodig worden de externe disciplines ingeschakeld en er wordt nauw samen gewerkt met de eerste lijn fysiotherapie. Het contact met de huisartsen is transparant en de samenwerking wordt als goed ervaren. Registraties en instrumenten tonen goede zorg voor het lichamelijk welbevinden en actief werken aan continue verbetering van deze zorg.

PIJLERS

Pijler 1 Zorgleefplan

P 1	De cliënt beschikt over een eigen zorgleefplan dat in samenspraak en met zijn instemming tot stand is gekomen	30	30	10	10	80	ja	Voor 2015 en 2016 is er een jaarplanning Multidisciplinair Overleg opgesteld en de werkwijze gestructureerd . Door meer systematisch te werken en vroegtijdig de bespreekdata door te geven zijn deelnemers en dus ook de familie meer in de gelegenheid het overleg bij te wonen. Ook hier wordt eigen verantwoordelijkheid voor alle partijen gestimuleerd. Er is net een paar maanden gestart met het elektronisch zorgdossier. Met overzichtelijke werkprocessen wordt de medewerker ondersteund zodat op zo kort mogelijke termijn over kan worden gegaan op uitsluitend een digitaal systeem. Op dit moment is het zorgleefplan nog verdeeld over het elektronisch cliëntendossier, de papieren dossiermap en op zorgkaarten of in hangmappen in een ander kantoor. Er is daardoor risico op dubbele of juist onvolledige informatie, waarbij niet altijd duidelijk is wat actueler is, papier of computer. De gevraagde informatie is over het algemeen wel beschikbaar, maar niet alles is even goed ingevuld. Wel sluiten de doelen aan op wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Evaluatie met reflectie op het zorgplan staat niet op papier. De in de evaluatie besproken actiepunten worden direct verwerkt in een nieuw zorgplan. Dat beperkt de groei van inzicht en het leereffect.
-----	---	----	----	----	----	----	----	---

Pijler 2 Informatie en communicatie

P 2	De cliënt ervaart een goede en passende informatie over de voor hem belangrijke zaken en met de cliënt wordt adequaat gecommuniceerd	30	30	10	20	90	ja	In het Rosa Spier Huis wordt nog gewerkt met een intercom. Het geluid kan in de appartementen worden uitgezet, dat wordt minimaal toegepast. Naast de nieuwsbrief wordt deze dagelijkse wijze van informatieverstrekking gewaardeerd. De informatie en communicatie is vanuit goede overtuigingen geregeld en geschiedt transparant. De website toont vele documenten, bijvoorbeeld de tevredenheidsonderzoeken en het vorige auditrapport. De communicatielijnen zijn kort en direct, waardoor veel mondeling wordt afgehandeld. Vanwege de voorgenomen nieuwbouw en verhuizing worden geen nieuwe brochures meer gedrukt. Dit beperkt heldere informatievoorziening. De informatiemap voor nieuwe bewoners is matig toegankelijk en mist een logische opbouw. Informatie en communicatie met cliëntenraad en OR verloopt plezierig en open. Tevredenheidsonderzoek en veel mogelijkheden voor inspraak en suggesties ondersteunen een goede verbetercyclus. De deur van raad van bestuur en adjunct directeur staat daadwerkelijk open en het is voor bewoners gewoon met een vraag binnen te lopen. Dit vond ook plaats tijdens de audit.
-----	--	----	----	----	----	----	----	--

Pijler 3 Cliëntveiligheid

P 3	De cliënt voelt zich veilig	30	30	10	20	90	ja	Het nakomen van afspraken is een vanzelfsprekendheid binnen de
-----	-----------------------------	----	----	----	----	----	----	--

							<p>organisatie. De agenda van de bewoner is hierbij leidend. In de werkbespreking is een vaste plaats ingeruimd voor het bespreken van incidenten. Risicosignalering en opvolging wordt gedaan aan de hand van de vroegsignalering, waarbij er wel meer aandacht besteed kan worden aan objectief in beeld brengen van de risico's. Er is aandacht voor hygiëne. Het is wel nodig regelmatig aandacht te geven hygiëneregels, bijvoorbeeld het niet dragen van ringen. Het is van belang dat dit niet alleen een zaak is van het leidinggevend kader, doch dat men elkaar als medewerker ook op aanspreekt. Er is aantoonbaar aandacht voor medicatieveiligheid, waarbij de verpleegkundige zorg draagt voor heldere werkprocessen. Het medicijn distributiesysteem is een goedlopend proces dat dagelijks bewaakt door een van de verpleegkundigen. De samenwerking met de apotheek verloopt naar tevredenheid. In samenspraak met de adjunct-directeur worden de incidenten geanalyseerd en teruggekoppeld in de werkbespreking. Ten dele is hierop helder beleid geformuleerd en er wordt gebruik gemaakt van de Vilans protocollen. De aanwezige instrumenten voor structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging worden wisselend ingevuld en benut. Opvolging van incidenten wordt matig geregistreerd. Opgesteld beleid wordt goed geborgd en geëvalueerd. Voor het ontwikkelplan WLZ 2017 met het zorgkantoor is een plan ingediend voor het vergroten van de medicatieveiligheid. Het betreft het voortzetten van het ingezette beleid uit 2016 met als doel dat er geen medicatie incidenten meer plaatsvinden. Een tweede onderdeel van dit plan is het verbeteren van het hygiënisch werken met als doel het terugdringen van infecties. Het derde onderdeel is invoeren van het Elektronisch dossier en effectieve verslaglegging. Het vierde onderdeel is het verbeteren van de palliatieve zorg en nazorg.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

VOORWAARDEN

Voorwaarde 1 Professionele medewerkers

V 1	De medewerker is deskundig en levert op een cliëntgerichte wijze, doeltreffend en doelmatig, een bijdrage aan kwaliteit van leven van de cliënt	28	15	20	20	83	ja	<p>Het Rosa Spier Huis heeft relatief hoog gekwalificeerde medewerkers in dienst en zij worden regelmatig geschoold in o.a. voorbehouden handelingen en geven en ontvangen van feedback. Er is een scholingsplan 2016 beschikbaar. Bewoners worden correct en zorgvuldig bejegend, waarbij veel aandacht is voor de eigen regie en onderlinge verhoudingen. De gedragscode is bekend en wordt nageleefd. Er is voldoende aandacht voor de privacy voor bewoners en hun gegevens. Binnen het Rosa Spier Huis worden medewerkers gestimuleerd tot zelf goed waarnemen en afwegen. Door de forse toename van de zorgzwaarte zijn ook de activiteiten aangepast aan de wensen en mogelijkheden van de bewoners. Er zijn met name activiteiten voor dementerende bewoners ontwikkeld. Hiervoor heeft een activiteitenbegeleider uitbreiding van uren</p>
-----	---	----	----	----	----	----	----	---

							<p>gekregen. Er wordt meer en anders gewerkt door de activiteitenbegeleiding met muziek en kunst, er wordt meer gezamenlijk gegeten en er worden meer bewoners gehaald en gebracht als zij niet meer zelfstandig kunnen komen. Daarnaast wordt ook voor hen, die niet aan dementie lijden, een volwaardig programma geboden. Inzage in de formatie en weekplanning is gegeven. Medewerkers worden bijvoorbeeld vrij gepland om rapportage (blauwe dagen) te verzorgen of om medicatie te delen en te controleren. De zorgcoördinatoren zijn HBO-verpleegkundigen. Alle medewerkers worden regelmatig geschoold, bijvoorbeeld in tiltechnieken en het maken van het veilig verplaatsen van bewoners (in en uit bed, uit de stoel). Zij tonen een hoge mate van betrokkenheid en kennen hun bewoners goed. Vooral de rol van de huishoudelijk medewerker wordt gewaardeerd. Cliënten geven aan dat de medewerkers werken in hun huis en niet andersom. Medewerkers zijn door de korte lijnen en het dagelijkse contact goed op de hoogte van veranderende wensen en behoeften, waarbij de bewoners sterk de eigen regie houden. Opvallend is het eigenaarschap dat door de medewerkers ten toon wordt gespreid. Ook in de gesprekken werd duidelijk dat de medewerker de verantwoordelijkheid neemt en niet afschuift naar een ander. Als er zich een calamiteit voordoet onderzoekt men het hoe en waarom en tracht met dit de volgende maal te voorkomen. Een van de kenmerken van een lerende organisatie wordt hiermee waargemaakt. De professionaliteit van de medewerkers wordt door diverse instrumenten en registraties ondersteund, deze worden goed toegepast. Dat geldt ook voor vrijwilligers. Gespreksverslagen met medewerkers (functioneringsgesprek, jaargesprek, ontwikkelplan) ontbreken in de personeelsdossiers of zijn heel oud (2011).</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

Stichting: Rosa Spier Stichting
 OE: Rosa Spier Huis

ARI Scoreblad Prestaties INTRA- EN EXTRAMURALE ZORG: Voorwaarde 2

Prestatie	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking
	P	I	V/B			
Voorwaarde 2.1 tot en met 2.7 professionele organisatie						
V 2.1 De organisatie draagt zorg voor samenhang en continuïteit in zorg en ondersteuning aan de cliënt zowel binnen als buiten de eigen organisatie	40	30	30	100	ja	Voor een deel van de culturele activiteiten worden ook inwoners van Laren en omliggende gemeenten uitgenodigd. Ook de exposities brengt de buitenwereld binnen. De receptie heeft nog echt een spilfunctie in het huis. Zij verzorgt onder andere de informatie over nieuwe bewoners aan de bewoners en is de dagelijkse vraagbaak. Tijdens de audit was deze informatierol aantoonbaar. De samenwerking met de eerstelijns fysiotherapie vindt plaats met korte lijnen en heldere terugkoppeling. De samenhang en continuïteit blijkt uit overdracht, afsprakenlijsten, verslagen en de samenwerkingsovereenkomsten. Uit de stukken blijkt steeds te worden geëvalueerd en bijgesteld.
V 2.2 De organisatie biedt veilige zorg en ondersteuning in een veilige omgeving, door vakbekwame medewerkers en gericht op het ondersteunen van het algehele welbevinden van de cliënt	40	30	30	100	ja	Veiligheid is een belangrijk onderdeel in het Rosa Spier Huis. De vakbekwaamheid van medewerkers is op orde en worden geroemd door de bewoners. Afspraken en controles worden tijdig gepland en vastgelegd. Er zijn goede bedrijfshulpverleningsorganisatie, bedrijfsnoodplannen en scholing. Ook de onderhoud- en keuringsrapporten zijn in orde. Arbo en RIE is up to date en wordt regelmatig geëvalueerd. De infectiepreventie is in een helder beleid neergezet. De scholing van medewerkers is ingezien en op orde. Voor Melding Incidenten Cliënten en Melding Incidenten Medewerkers is een jaarverslag 2015 aangetroffen en de commissie rapporteert hun analyse in 2016 in de werkbespreking.
V 2.3 De organisatie bereikt haar prestaties op basis van een strategie met een daaruit afgeleid beleidsplan	40	30	30	100	ja	Er is een meerjarenbeleidplan en een activiteitenplan. Aan het nieuwe meerjarenbeleidplan, waarvan de nieuwbouw het belangrijkste onderdeel is, wordt een Excel-overzicht toegevoegd waarin de activiteiten opgenomen zijn. Gekoppeld aan de nieuwbouw zal het Rosa Spier Huis meer terug gaan naar oorspronkelijke visie van leef- en werkgemeenschap van kunstenaars. De bedoeling hiervan is om het belang van het voortzetten van het werk maximaal invulling te kunnen geven. Er zal nog meer aandacht komen voor de invulling van het culturele programma. De verwachting is dat dit ook een positieve invloed zal hebben op bewoners met een grote zorgbehoefte.
V 2.4 De organisatie betreft op actieve wijze cliënten/verwanten en medewerkers bij de totstandkoming van besluiten (tenminste zoals in de wet benoemd)	40	30	30	100	ja	De ondernemingsraad bestaat uit vijf leden en er wordt een goed overleg met de bestuurder ervaren. Zij werkt preventief door haar advies en instemmingsrecht bij wijziging van protocollen en personele aangelegenheden. De vijf leden van de cliëntenraad houden tweemaal per jaar een bewonersvergadering en er is sprake van het gebruikelijke overleg met de bestuurder en adjunct. Tevens zijn twee leden van de

						raad bij een deel van de vergadering van de Raad van Toezicht. Men is tevreden over hun communicatie.	
V 2.5	De organisatie heeft een werkend kwaliteitssysteem	40	15	30	85	ja	Het kwaliteitshandboek is voor de afdelingen nog een papieren ordner terwijl het ook digitaal beschikbaar is. Voor alle onderdelen vindt verbeteren/ borgen plaats aan de hand van evaluatie van het kwaliteitshandboek. Dit wordt maandelijks geagendeerd voor het diensthoofdenoverleg en vastgelegd in de notulen. Ten aanzien van de instrumenten is het "dubbele systeem" een aandachtspunt. Het risico hiervan is inefficiëntie en het risico dat er oude documenten worden gebruikt.
V 2.6	De organisatie heeft bestuur en toezicht en het afleggen van verantwoording adequaat geregeld conform de Zorgbrede Governancecode en handelt hiernaar	40	30	30	100	ja	De organisatie heeft voor beide stichtingen het Raad van Bestuur / Raad van Toezicht model ingevoerd en werkt conform de Governancecode. Er zijn notulen van het overleg van de Raad van Toezicht. Deze Raad functioneert steeds meer op afstand. Vanwege de grote verandering door de nieuwbouw blijft de voorzitter van de Raad van Toezicht een jaar langer in functie. Met de nieuwe bestuurder heeft een evaluatie plaatsgevonden.
V 2.7	De bedrijfsvoering van de organisatie ondersteunt het leveren van en sturen op de vooraf door de organisatie geformuleerde prestaties en is gericht op het doeltreffend en doelmatig inzetten van middelen	40	30	30	100	ja	De kwartaalrapportage geeft inzicht in de resultaten en maakt zichtbaar of er bijsturing nodig is. De accountant stelde vast (dit werd ook door de bestuurder onderschreven), dat de processen uitgaan van de mogelijkheden van een kleine zorginstelling. Door deze kleinschaligheid is het niet mogelijk bepaalde taken door een andere medewerker of afdeling te laten doen in het Rosa Spier Huis. Daarom is gekozen voor structurele controlemomenten door de bestuurder, zodat er toch voldoende toetsing plaats vindt. De AO/ IC controle wordt 3 keer per jaar uitgevoerd door een externe partij.

3 Conclusie

3.1 Registratieadvies

Wanneer in zijn totaliteit wordt voldaan aan het wegingskader van het PREZO VV&T 2014 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (01/07/14, versie 1) komt de organisatie in aanmerking voor het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg. Hiervoor zullen alle 15 prestaties behaald moeten zijn. Om voor het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, mag maximaal 1 prestatie niet behaald zijn.

Rosa Spier Huis heeft intramuraal 15 van de 15 prestaties behaald. Hiermee voldoet Rosa Spier Huis aan het wegingskader van PREZO VV&T 2014 voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (01/07/14, versie 1). De scope van de audit is Intramuraal: Verblijf. De voorzitter verklaart namens het auditteam dat op basis van de genomen steekproef er met voldoende diepgang is getoetst. Derhalve adviseert het auditteam de directeur/bestuurder van Perspekt om Rosa Spier Huis te voorzien van het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg.

3.2 Aandachtspunten voor volgende audit

Tijdens de volgende audit wordt op basis van deze audit specifiek aandacht besteed aan:

- Op dit moment is het zorgleefplan nog verdeeld over het elektronisch cliëntendossier, de papieren dossiermap en op zorgkaarten of in hangmappen in een ander kantoor. Er is daardoor risico op dubbele of juist onvolledige informatie, waarbij niet altijd duidelijk is wat actueel is, papier of computer (P1)
- Evaluatie met reflectie op het zorgplan staat niet op papier (P1)
- Vanwege de voorgenomen nieuwbouw en verhuizing worden geen nieuwe brochures meer gedrukt. Dit beperkt heldere informatievoorziening. De informatiemap voor nieuwe bewoners is matig toegankelijk en mist een logische opbouw (P2)
- Er dient meer aandacht besteed kan worden aan objectief in beeld brengen van de risico's (P3)
- Het is wel nodig regelmatig aandacht te geven hygiëneregels, bijvoorbeeld het niet dragen van ringen (P3)

- Gespreksverslagen met medewerkers (functioneringsgesprek, jaargesprek, ontwikkelplan) ontbreken in de personeelsdossiers of zijn heel oud (2011) (V1)
- Ten aanzien van de instrumenten is het "dubbele systeem" een aandachtspunt. Het risico hiervan is inefficiëntie en het risico dat er oude documenten worden gebruikt (V2.5)

Hier wordt door de auditor(en) ook naar gekeken als de desbetreffende prestatie niet standaard op het programma staat van de eerstvolgende audit.

3.3 Overzicht behaalde prestaties

Onderwerpen	Intramuraal: wel/niet behaald	Extramuraal: wel/niet behaald
Domeinen		
D 1. Domein woon- leefsituatie	behaald	behaald / niet behaald
D 2. Domein participatie	behaald	behaald / niet behaald
D 3. Domein mentaal welbevinden	behaald	behaald / niet behaald
D 4. Domein lichamelijk welbevinden & gezondheid	behaald	behaald / niet behaald
Pijlers		
P 1. Pijler zorgleefplan	behaald	behaald / niet behaald
P 2. Pijler communicatie en informatie	behaald	behaald / niet behaald
P 3. Pijler cliëntveiligheid	behaald	behaald / niet behaald
Voorwaarden		
V 1. Voorwaarde professionele medewerkers	behaald	behaald / niet behaald
V 2. Voorwaarde professionele organisatie	7 prestaties behaald	7 prestaties behaald / niet behaald
Totaal aantal prestaties getoetst en behaald	Getoetst: 15 prestaties Behaald: 15 prestaties	Getoetst: 15 prestaties Behaald: <<>> prestaties

Bijlage A Formulier kerngegevens

Organisatorische eenheid	
Naam organisatorische eenheid	Rosa Spier Huis
Indien relevant: onderdeel van stichting	
Verslagjaar	
Op welke peildatum en/of verslagjaar zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	01-06-2016
Wet langdurige zorg / Zorgverzekeringswet / WMO (gefinancierde zorg en diensten)	
Persoonlijke verzorging	Nee
Verpleging	Nee
Begeleiding	Nee
Behandeling	Nee
Verblijf	Ja
Dagactiviteiten/ behandeling	Nee
VPT (volledig pakket Thuis)	Ja
Somatische aandoening / beperking	Ja
Psychogeriatrische aandoening / beperking	Ja
Psychiatrische aandoening / beperking	Nee
Lichamelijke handicap	Nee
Verstandelijke handicap	Nee
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	Nee
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening	

Zijn er diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Nee
Indien van toepassing, graag toelichting geven	
Cliënten	
Aantal cliënten op basis van een ZZP per peildatum	Differentiëren naar ZZP: ZZP 0: 1 bewoner ZZP 1: 4 bewoners ZZP 2: 3 bewoners ZZP 3: 4 bewoners ZZP 4: 13 bewoners ZZP 5: 9 bewoners ZZP 6: 12 bewoners
Aantal cliënten met verblijf op basis van volledig pakket thuis (VPT) per peildatum	VPT 4: 2 bewoners VPT 5: 1 bewoner
Afdelingen	
Aantal afdelingen	Aantal: 1 Namen en zorgvormen:
BOPZ-aanmerking	
Heeft de organisatorische eenheid een BOPZ aanmerking?	Nee
Opname	
Hoeveel cliënten zijn gedurende het verslagjaar opgenomen?	Met CIZ indicatie: 12 bewoners Particulier: 3 bewoners
Overleden	
Hoeveel cliënten zijn gedurende het verslagjaar	7 bewoners

overleden?	
Lengte wachtlijst	
Hoeveel cliënten staan op de wachtlijst (per peildatum)?	275
Verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	
Is er sprake van verscherpt toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg?	Nee
Laatste verslagjaar IGZ?	26-08-2014
Leveringsvoorwaarden	
Hanteert de organisatorische eenheid de Algemene Voorwaarden voor zorg (met verblijf en/of zonder verblijf) van ActiZ en BTN?	Ja
Gebouw	
Bouwjaar	Jaartal: 1969
Renovaties	Jaartal: 1992
Ligging (bijv. woonwijk, centrum):	Villawijk
Identiteit	
Identiteit	Zelfstandige organisatie (stand alone)
Samenwerkingsverbanden	
Welke samenwerkingsverbanden heeft de organisatorische eenheid?	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgkantoor 't Gooi Zilveren Kruis • Gemeente Laren • Verpleeghuis Theodotion (Amaris zorggroep) • Vivium Zorggroep: Ambulant Expertise

	<p>Centrum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivium Zorggroep: advisering en cursussen • Julianaoord (instelling voor GGZ) • Gooische Zorgacademie: opleiding niveau 3 en 4 • MBO Utrecht: stagiaires zorgopleidingen • Bureau Zorgbemiddeling • SDB groep (salarisadministratie en verwerking) • Brandweer Laren • Maetis Arbodienst • C.I.Z. • GOHR Gooi en Vechtstreek • Diverse media
Personeel	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst per verslagjaar	Personen: 67 FTE: 41,1
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst per verslagjaar	Personen: 12 FTE: 3,62
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst per verslagjaar	Personen: 2 FTE: 2
Verzuim van de personeelsleden in loondienst per verslagjaar	Percentage incl. zwangerschap: Percentage excl. zwangerschap: 4,1 % in 2015
Totaal aantal vacatures per verslagjaar	2 FTE
Totaal aantal moeilijk vervulbare vacatures per verslagjaar	0

Diensten die zijn uitbesteed	0
Aantal vrijwilligers per verslagjaar	48
Bestuursstructuur	
Welke bestuursstructuur is op de organisatorische eenheid van toepassing?	Bestuurder en Raad van Toezicht
Hanteert de organisatorische eenheid de zorgbrede Governance Code?	Ja
Innovatie	
Besteding van de organisatorische eenheid aan innovatie (% van de bedrijfsopbrengsten)	Percentage: 0
Medezeggenschap	
Heeft de organisatorische eenheid een (wettelijke) cliëntenraad?	Ja
Heeft de organisatorische eenheid een OR/ MR?	Ja
Heeft de organisatie op andere wijze medezeggenschap geregeld?	Nee
Klachten	
Heeft de organisatorische eenheid een klachtenfunctionaris?	Ja
Heeft de organisatorische eenheid een onafhankelijke klachtencommissie?	Ja
Dit formulier is ingevuld door:	
Naam en functie	Jan Philips, adjunct directeur
Datum	28-7-2016

Bijlage B Auditprogramma PREZO VV&T 2014 - enkele scope

Scope : Intramuraal, verblijf
Naam locatie: Rosa Spier Huis
Datum : 13 september 2016

Tijd	Programma en prestatie(s)	Auditee	Auditor
08.30 – 09.00	Voorbespreking auditteam		Allen
09.00 – 09.15	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Mevrouw K. Annaert (bestuurder), De heer J. Philips (adjunct-directeur) , Mevrouw F. Uhlenbeck (zorg coördinator) , Mevrouw. R. Portengen (zorg coördinator), de heer J. Verhagen (cliëntenraad)	Allen
09.15 – 11.45	Beoordelen praktijk: D1 Woon- leefsituatie D2 Participatie D3 Mentaal welbevinden	Contactpersoon auditblok: Mevrouw J. Spiering (verpleegkundige) Overige auditees: Mevrouw J. Spiering (verpleegkundige), en de heer J. Philips (adjunct directeur) Observatie praktijk: meelopen medewerker(s) / bezoeken en gesprek cliënt(en) / bezoek afdelingen en werkplekken / bijwonen (deel van) MDO (optie, niet ingepland)	Mevrouw M.L.L. Bekhuis-Kint en mevrouw T. Pietersz
09.15 – 11.45	Beoordelen praktijk: D4 Lichamelijk welbevinden P1 Zorgleefplan P3 Cliëntveiligheid	Contactpersoon auditblok: Mevrouw F. Uhlenbeck (zorg coördinator) Overige auditees: Mevrouw. R. Portengen (zorg coördinator) en mevrouw W. Griffioen (verpleegkundige)	Mevrouw F.H. de Veen
09.15 – 11.45	Beoordelen registraties, instrumenten en	Contactpersoon auditblok: Mevrouw R. Portengen	Mevrouw S. Pauw

Tijd	Programma en prestatie(s)	Auditee	Auditor
	verbetercyclus: D1 Woon- leefsituatie D2 Participatie D3 Mentaal welbevinden D4 Lichamelijk welbevinden P1 Zorgleefplan P3 Cliëntveiligheid	(zorgcoördinator) Overige auditees: Mevrouw R. Portengen (zorgcoördinator) en Mevrouw I. Burgstede (verzorgende IG).	
11.45 – 12.15	(voorlopige) Score en toelichting per auditor		Individuele auditor
12.15 – 13.15	Bespreking auditteam/ voorlopige scores/ werklunch		Allen
13.15– 15.00	Beoordelen praktijk: P2 Informatie en communicatie V1 Kwaliteit medewerkers V2.1 Samenhang in zorg en ondersteuning V2.2 Veiligheid	Contactpersoon auditblok: de heer J.Philips (adjunct directeur) Overige auditees: De heer J. Philips (adjunct-directeur) , Mevrouw F. Uhlenbeck (zorg coördinator)	Mevrouw F.H. de Veen en Mevrouw T. Pietersz
13.15– 15.00	Beoordelen praktijk, registraties, instrumenten en verbetercyclus V2.4 Medezeggenschap Beoordelen registraties, instrumenten en verbetercyclus: P2 Informatie en communicatie V1 Kwaliteit medewerkers V2.1 Samenhang in zorg en ondersteuning V2.2 Veiligheid	Contactpersoon auditblok: Mevrouw R. Portengen (zorgcoördinator) Overige auditees: Mevrouw S. Dierks (Verzorgende en OR lid), Mevrouw M. Hooghiemstra (voorzitter OR) Mevrouw F. Bekker (wachtlijstbeheer). De heer M. Binnendijk (hoofd TD en ploegleider BHV)	Mevrouw S. Pauw
13.15– 15.00	Beoordelen praktijk, registraties, instrumenten en verbetercyclus:	Contactpersoon auditblok: Mevrouw K.Annaert (bestuurder)	Mevrouw M.L.L. Bekhuis-Kint

Tijd	Programma en prestatie(s)	Auditee	Auditor
	V2.3 Strategie en beleid V2.5 Kwaliteitssysteem V2.6 Good Governance V2.7 Bedrijfsresultaten	Overige auditees: Mevrouw K.Annaert (bestuurder),	
15.00 – 15.30	(voorlopige) Score en toelichting per auditor		Individuele auditor
15.30 – 16.30	Evaluatie, beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Allen
16.30 – 16.45	Eindgesprek		Allen
16.45 – 17.00	Evaluatie auditteam		Allen

Bijlage C Indicatoren

Stichting: Rosa Spier Stichting

OE: Rosa Spier Huis

ARI Indicatoren Verantwoorde zorg

Op dit blad vult u de (ruwe) CQ score in uit het overzicht van het meetbureau. De scores worden ingevuld in de vet omlijnde cellen, de andere velden zijn beveiligd. S.v.p. invullen met twee decimalen achter de komma. Bij de CQ-indicatoren wordt direct het aantal bijbehorende punten (= PREZO score) getoond en evt. het gemiddelde. Om de inhoud van een cel te wissen gebruikt u de delete toets.

			Intramuraal				Extramuraal		
			Score VV		Score PG		gemiddeld	Score ZT	
CQI			score prestatie-overzicht	PREZO punten	score prestatie-overzicht	PREZO punten		score prestatie-overzicht	PREZO punten
Kwaliteit van leven									
1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid									
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Smaak	3	20	-	-	20	-	-
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Sfeer		GEEN	3,65	30	30	-	-
2. Woon- en leefsituatie									
CQI	2.1	Omgaan met elkaar	3,75	30	3,27	30	30	-	-
CQI	2.2	Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken	3,7	30	3,36	30	30	-	-
CQI	2.3	Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	4	30	4	30	30	-	-
CQI	2.4	Gastvrijheid: Ervaren privacy	3,91	30	3,82	30	30	-	-
3. Participatie									
CQI	3.1	Zinvolle dag	3,94	30	3,33	30	30	-	-
4. Mentaal welbevinden									
CQI	4.3	Respect voor mensen: Ervaren bejegening	3,31	30	3,29	30	30		GEEN
CQI	4.5	Effect van zorg op iemands leven: Ervaringen met (lichamelijke) verzorging	-	-	-	-	-		GEEN
Kwaliteit van de zorgverleners									
5. Kwaliteit van de zorgverleners									
CQI	5.1	Ervaren beschikbaarheid personeel	3,11	20	3,6	30	25	-	-
CQI	5.4	Ervaren kwaliteit personeel	3,74	30	3,48	30	30		GEEN
Kwaliteit van de zorgorganisatie									
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie									
CQI	6.1	Ervaren inspraak	3,72	30	3,52	30	30		GEEN

CQI	6.2	Ervaren informatie	3,41	30	3,64	30	30		GEEN
CQI	6.3	Pliot aanbevelingsvraag	-	-	-	-	-	-	-
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid									
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid									
CQI	7.5	Ervaren veiligheid	3,97	30	-	-	30	-	-

Bijlage D Instrumentenoverzicht

Rosa Spier Stichting	
Onderdeel (OE): Rosa Spier Huis	

Algemeen

Registraties en/of instrumenten 5 weken voor de audit aan iedere auditor verstrekt.	Organisatie beschikbaar	Auditor aangetroffen
Ingevuld formulier kerngegevens	x	x
Inge vulde ARI	x	x
Inzicht in de wijze van Verbeteren en borgen/ resultaten m.b.t. de prestaties	x	x
Jaarplan/activiteitenplan	x	x
Organogram	x	x
Registratie en opvolging van uitkomsten (geldige en gevalideerd) cliëntervaringsonderzoek	x	x
Maatschappelijke verantwoording (conform vigerende eisen)	x	x
Informatiemateriaal (flyers, brochures e.d.) voor (potentiële) cliënten	x	x
Registratie en opvolging van klachten/complimenten en ongenoegens cliënten	0	0
Registratie en opvolging van incidenten (cliënten en medewerkers)	x	x
Inspectierapport en opvolging (actueel = niet ouder dan 3 jaar)	x	x
Afspraken en opvolging m.b.t. veiligheid: - periodieke veiligheidscontrole - brandpreventie (inclusief periodieke oefening)	x	x

Rosa Spier Stichting	
Onderdeel (OE): Rosa Spier Huis	

Domeinen

Registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar
Verplichte registraties & instrumenten

Organisatie:
beschikbaar **Auditor:**
aangetroffen

10 % (minimaal 10 en max 50) zorgleefplannen	x	x
Verslaglegging MDO/ cliëntbespreking/ evaluatiegesprekken	x	x

Domein 1 woon- leefsituatie

uitkomsten en opvolging cliëntveringsonderzoek m.b.t. de woon/leefsituatie	x	x
inventarisatie van wensen en behoeften woon/leefsituatie bij individuele cliënten blijkt uit zorgleefplannen	x	x
afspraken en opvolging m.b.t. veiligheid: - legitimatie medewerkers - sleutelbeheer / sleutelafgifte - functioneren alarm/ alarmopvolging - valpreventie (bijv. eisen/suggesties inrichting en afwezigheid drempels)	x	x
privacyafspraken	x	x

Domein 2 Participatie

uitkomsten en opvolging cliëntveringsonderzoek m.b.t. participatie	x	x
inventarisatie van wensen en behoeften participatie- dagbesteding van individuele cliënten blijkt uit zorgleefplannen	x	x
informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten: - inzage zorgleefplan - opstellen, evalueren en bijstellen zorgleefplan - wettelijke vertegenwoordiging / mentorschap / curatele - wilsonbekwaamheid - inspraak en medezeggenschap	x	x
informatie(materiaal), afspraken en communicatie cliënten m.b.t. (dagbesteding- /recreatie)activiteiten (intern en extern)	x	x

Domein 3 Mentaal welbevinden

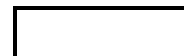
uitkomsten en opvolging cliëntveringsonderzoek m.b.t. mentaal welbevinden	x	x
inventarisatie van wensen en behoeften mentaal welbevinden van individuele cliënten blijkt uit zorgleefplannen	x	x

risicosignalering en –opvolging m.b.t. mentaal welbevinden - depressie - probleemgedrag	x	x
afspraken en opvolging m.b.t. ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken: - wel/niet reanimeren - geestelijke zorg - kerkdiensten	x	x
beschikbaarheid - aandacht geestelijke zorg	x	x
Domein 4 Lichamelijk welbevinden		
uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. lichamelijk welbevinden en gezondheid	x	x
uitkomsten vigerende zorginhoudelijke metingen	x	x
ZLP met inventarisatie en afspraken rondom lichamelijk welbevinden	x	x
risicosignalering en –opvolging op individueel cliëntniveau - medicijnen - mobiliteit, vallen - voeding, SNAQ, - incontinentie - huidletsel - mondzorg	x	x
beschikbaarheid / interactie (interne en/of externe) deskundige(n) zoals: - huisarts/ specialist ouderengeneeskunde - verpleegkundige / verpleegkundig team - vertrouwenspersoon	x	x
psychosociale of gedragsinterventie (voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca)	x	x
beschikbaarheid relevante en actuele verpleegtechnische protocollen	x	x
incidentenregistratie en opvolging (corrigerende en preventieve maatregelen)	x	x

Rosa Spier Stichting

Onderdeel (OE):

Rosa Spier Huis



Pijlers

Registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar
Verplichte registraties & instrumenten

Organisatie:
beschikbaar **Auditor:**
aangetroffen

Pijler 1 Zorgleefplan		
10% van de ZLP met een minimum van 10 dossiers met relevante informatie 4 domeinen	x	x
afspraken m.b.t. zorgleefplan (inhoud en systematiek)	x	x
zorgleefplannen in samenspraak en met instemming van cliënten: - actueel indicatiebesluit - contactpersoon - persoonlijke mogelijkheden en beperking m.b.t. 4 domeinen - prognose gezondheidssituatie - samenhangende risico's - passende professionele inzet en maatregelen - eindverantwoordelijkheid medisch proces - betrokkenheid disciplines - evaluaties en opvolging én indien van toepassing - wettelijke vertegenwoordiging - mate van wils(on)bekwaamheid - opnamegronden (o.a. BOPZ) - toezicht PG cliënt - uitvoeringsverzoeken - wilsverklaringen (zoals niet- reanimatie verklaring)	x	x
structurele en periodiek ZLP besprekingen/ cliëntbesprekingen/ MDO	x	x
ondertekende zorg- dienstverleningsovereenkomst/ leveringsvoorwaarden waaronder - informatie en procedures rondom opname incl. wachttijd - informatie uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit) - communicatie en overleg met cliënt	x	x
beschikbaarheid en afspraken eindverantwoordelijkheid (interne en / of externe) deskundige(n): - huisarts /specialist ouderengeneeskunde	x	x
afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers) - afstemming/ coördinatie inclusief evaluatie zorgverlening en diensten	x	x
Pijler 2 Informatie en communicatie		

uitkomsten en opvolging cliëntvervalsonderzoek m.b.t. informatie en communicatie	x	x
informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/ of digitaal via website) en communicatie met cliënten: - individueel zorgleefplan - zorgverleningsovereenkomst/ leveringsvoorwaarden - bescherming persoonsgegevens - inrichting appartement - procedure indicatie - toegang appartement/ overeenkomst sleutels - opname incl. wachttijd - bereikbaarheid - uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit) - veiligheid (o.a. brand, inbraak, persoonlijke bezittingen) - klachtenprocedure/ vertrouwenspersoon - inspraak en medezeggenschap	x	x
informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten: - inzage zorgleefplan - opstellen, evalueren en bijstellen zorgleefplan - wettelijke vertegenwoordiging / mentorschap / curatele - wilsonbekwaamheid - inspraak en medezeggenschap	0	x
informatievoorziening en afspraken rondom ethische / levensbeschouwelijke vraagstukken (reanimatie, euthanasie, palliatieve sedatie, e.d.)	0	x
Pijler 3 Cliëntveiligheid		
uitkomsten en opvolging cliëntvervalsonderzoek m.b.t. cliëntveiligheid	x	x
structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging - fysieke veiligheid (woon/leefomgeving, inbraak, brandveiligheid, hulpmiddelen, voedselveiligheid) - periodieke veiligheidscontroles - sociale veiligheid (eenzaamheid, ouderen mishandeling, vrijheidsbeperking, grensoverschrijdend gedrag) - emotionele veiligheid (depressie)	x	x

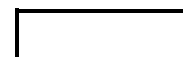
structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging - medicijnen (eigen beheer, polyfarmacie) - mobiliteit, vallen - voeding, SNAQ, - incontinentie - huidletsel - mondzorg	x	x
medicatie/ distributiebeleid incl afspraken apotheek/ veilige principes	x	x
infectiepreventie beleid (o.a. NORO, MRSA, legionella) / opvolging/ middelen/ instructie/ controle persoonlijke hygiëne	x	x
structurele registratie en opvolging van incidenten (preventieve en corrigerende maatregelen)	x	x
structurele registratie en opvolging van klachten	x	x
inventarisatie van wensen en behoeften veiligheid appartement/veilig voelen van individuele cliënten	x	x
beschikbaarheid, afspraken en gebruik relevante (hulp)middelen zoals: - beschermende kleding (schorten, handschoenen e.d.) - formularium geneesmiddelen - incontinentiemateriaal - (goedgekeurde) tilliften - vrijheidsbeperkende hulpmiddelen - hoog-/laagbedden	x	x
registratie afgifte sleutels/ toegangsregistratie	x	x
erkenning BOPZ (indien van toepassing) én afspraken, registratie en opvolging afspraken BOPZ in ZLP	x	x

Stichting:

Rosa Spier Stichting

Onderdeel (OE):

Rosa Spier Huis



Voorwaarden

Registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar
Verplichte registraties & instrumenten

Organisatie:
beschikbaar

Auditor:
aangetroffen

Voorwaarde 1 Professionele medewerker		
afspraken en naleving - aanspreekvorm/bejegening - privacy / toegang appartement - omgaan persoonlijke eigendommen - gegevensbeheer	x	x
informatie en afspraken m.b.t. personeel: - klachtenregistratie & opvolging medewerkers - registratie en opvolging incidenten medewerkers	x	x
afspraken m.b.t. vrijwilligers - rechten en plichten	x	x
personeelsdossiers waaruit blijkt: - opleidingsniveau en deskundigheid medewerkers - functioneringsgesprek / jaargesprek/ persoonlijk ontwikkelingsplan	x	x
kennis en vaardigheden rondom periodieke risicosignalering en -opvolging - medicijnen, vallen e.d.	x	x
capaciteitsplanning aantal en niveau medewerkers op basis van aard en omvang cliëntenpopulatie	x	x
beschikbaar/ oproepbaar (interne en/of externe) deskundige(n)/ disciplines zoals: - huisarts/ specialist ouderengeneeskunde - verpleegkundige / verpleegkundig team - vertrouwenspersoon	x	x
periodieke praktijktoets of scholing/ BIGregister/ inzicht bekwaamheden per eenheid	x	x
raamovereenkomsten met huisartsen/ uitvoeringsverzoeken	x	x
vigerende verpleeg-/ vaktechnische protocollen (beschikbaar/ actueel/ bekend)	x	x
Voorwaarde 2 Professionele organisatie		
Voorwaarde 2.1 De organisatie draagt zorg voor samenhang en continuïteit in zorg en ondersteuning aan de cliënt zowel binnen als buiten de eigen organisatie		
samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, ZH e.d.	x	x

coördinatie en continuïteit van - zorg - beschikbaarheid van arts, verpleegkundige	x	x
Voorwaarde 2.2 De organisatie biedt veilige zorg en ondersteuning in een veilige omgeving, door vakbekwame medewerkers en gericht op het ondersteunen van het algehele welbevinden van de cliënt		
afspraken en opvolging m.b.t. veiligheid: - actueel calamiteitenplan/ -oefening en evaluatie - periodieke veiligheidscontroles - BHV organisatie (scholing en aanwezigheid) - periodieke controle installaties/ onderhouds- of keuringsrapport - periodiek controle van (hulp)middelen (o.a. tillift, rollator) / onderhouds- of keuringsrapport - infectiepreventie: o.a. NORO virus, MRSA en Legionella - Arbo en RI&E (o.a. fysieke en psychische belasting) - informatiebeveiliging (WBP) en ICT - incidentenregistratie en -opvolging	x	x
Voorwaarde 2.3 De organisatie bereikt haar prestaties op basis van een strategie met een daaruit afgeleid beleidsplan		
strategie en beleid - beleidsplan/ kadernota - betrokkenheid medewerkers - overleg en communicatie - sturingsgegevens - verslaglegging	x	x
Voorwaarde V 2.4 De organisatie betreft op actieve wijze cliënten/verwanten en medewerkers bij de totstandkoming van besluiten (tenminste zoals in de wet benoemd)		
afspraken en opvolging m.b.t. medezeggenschap: - cliëntenraad/ klantenpanels - ondernemingsraad/ medezeggenschapsraad	x	x
Voorwaarde V 2.5 De organisatie heeft een werkend kwaliteitssysteem		
beschikbaarheid (interne en/ of externe) deskundige(n): - klachtenfunctionaris - klachtencommissie - vertrouwenspersoon	x	x

kwaliteitssysteem/-cyclus - uitkomsten tevredenheidsonderzoeken- indicatoren - beleid, opvolging en verslaglegging - (gezondheids)risico's - ZLP cyclus - registratie en opvolging klachten - registratie en opvolging incidenten - prestaties verantwoorde zorg en verantwoord ondernemerschap - verbeteren en borgen	x	x
Voorwaarde V 2.6 De organisatie heeft bestuur en toezicht en het afleggen van verantwoording adequaat geregeld conform de Zorgbrede Governancecode en handelt hiernaar		
good Governance - taken en bevoegdheden - statuten/ vertegenwoordiging belangen cliënten - klokkenluidersregeling - verslaglegging gevoerde beleid Good Governance - evaluatiegesprekken RvT en RvB - functioneren RvB en RvT	x	x
Voorwaarde V 2.7 De bedrijfsvoering van de organisatie ondersteunt het leveren van en sturen op de vooraf door de organisatie geformuleerde prestaties en is gericht op het doeltreffend en doelmatig inzetten van middelen		
bedrijfsvoering zorgbeleid - periodieke metingen en opvolging ervan (cliëntervaringsonderzoek) - vigerende indicatie besluiten - zorgovereenkomsten - archivering en bewaartermijnen - wachtlijstbeheer en overbruggingszorg - multidisciplinaire zorg - capaciteitsplanning	x	x

bedrijfsvoering personeelsbeleid: - loopbaanplanning/ leeftijdsbewust personeelsbeleid - doelgroepenbeleid - verzuimbeleid: registraties, register beroepsziektes, re-integratie - functieprofielen - deskundigheidsbevordering - overlegstructuur - organisatiecultuur	x	x
bedrijfsvoering veilige gezonde werkomgeving - onderzoeken waaronder MTO en RIE - afspraken psychische en fysieke belasting - beschikbaarheid til/transferhulpmiddelen - registratie en opvolging van agressie-incidenten - afspraken introductie en inwerken - omgang met gevaarlijke en schadelijke stoffen - persoonlijke beschermingsmiddelen/ naaldencontainers - systeem FG/ exit-interview en onderzoeken van trends - klachtenregistratie- en opvolging van medewerkers - MIM incidenten registratie en opvolging/ melding beroepsongevallen/ register	x	x
financiële bedrijfsvoering - begroting/financiële kaders/ (interne) budgettering/ periodieke financiële sturingsinformatie - leverancierseisen, samenwerkingsovereenkomsten en evaluatie - inkoopbeleid- voorraadbeheer - financiële sturingsinformatie - AO-IC controles	x	x
huisvesting - lange termijn huisvestingsplan - onderhoud gebouw(en) - duurzame investeringen	x	x