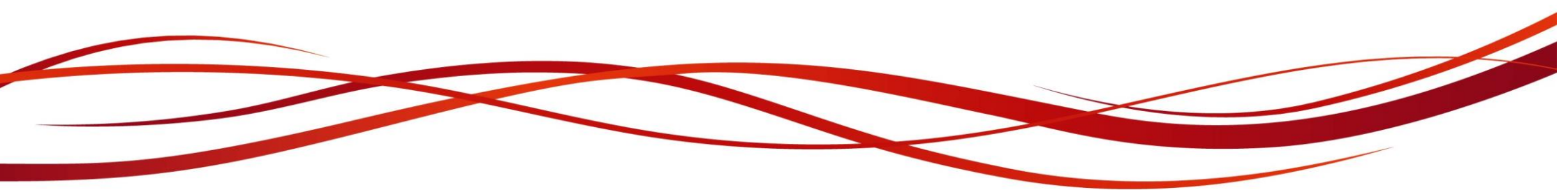


# Auditrapport

Tussentijdse audit

Rosa Spier Huis van Rosa Spier Stichting

Laren, 26 september 2017



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Methodische verantwoording</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Conclusie</b>	<b>9</b>
3.1	Conclusie	9
3.2	Keurmerk- en logogebruik	9
3.3	Registratieadvies	9
Bijlage A	Kerngegevens	10
Bijlage B	Auditprogramma tussentijdse audit of eindaudit	14
Bijlage C	Uitkomsten Pijlers	16
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	18

## 1. Methodische verantwoording

<b>Naam organisatie</b>	Rosa Spier Stichting Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
<b>Naam organisatieonderdeel</b>	Rosa Spier Stichting
<b>Keurmerkschema</b>	PREZO VV&T (01/07/14, versie 1)
<b>Scope</b>	Intramuraal: Verblijf
<b>Soort audit</b>	tussentijdse audit
<b>Auditdatum</b>	26 september 2017
<b>Auditor</b>	M.L.L. Bekhuis-Kint (voorzitter/secretaris)
<b>Bijzonderheden</b>	geen
<b>Wijze van aanlevering set toegestuurde instrumenten</b>	via mail aangeleverd. Ook werden tijdens de auditdag diverse instrumenten geobserveerd of ingezien.

Alle Perspekt keurmerken hebben een geldigheidsduur van 3 jaar. Perspekt voert na verlening van een keurmerk jaarlijks een tussentijdse audit uit om te beoordelen of de keurmerkhouders op dat moment (nog steeds) voldoet aan de kwaliteitseisen op grond van het Auditreglement. Na één jaar is dit een tussentijdse audit en na twee jaar is dat een eindaudit.

Tijdens de tussentijdse- en eindaudit beoordeelt de auditor de volgende onderdelen:

1. De drie prestaties vallend onder de Pijlers (Zorgleefplan/Communicatie en Informatie/Cliëntveiligheid);
2. De niet behaalde prestatie (indien er sprake is van een PREZO VV&T zilveren keurmerk);
3. De in het initiële rapport geformuleerde aandachtspunten;
4. Het logo- en keurmerkgebruik;
5. De voortgang van de verbetercyclus.

Het doel van de tussentijdse- en eindaudit is om te beoordelen:

- of het betreffende PREZO keurmerk gecontinueerd kan worden zoals dit ten tijde van de initiële audit is getoetst;
- het verschaffen van ontwikkelingsgerichte informatie aan de getoetste organisatie.

Ook de tussentijdse- en eindaudit vinden plaats onder auspiciën van het College van Belanghebbenden dat bestaat uit vertegenwoordigers van belanghebbende partijen uit de sector. Het College van Belanghebbenden bewaakt de kwaliteit van de audit die door Perspekt verricht worden.

## **1.2 Beoordelings- en wegingskader**

Het PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (01/07/14, versie 1) is gebaseerd op PREZO, Prestatiemodel verpleging, verzorging en thuiszorg, PREZO VV&T. Het PREZO keurmerkschema bestaat uit een set van 15 prestaties en een beoordelings- en een wegingskader.

Om het PREZO VV&T zilveren/gouden keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse en de eindaudit de drie pijlers hebben behaald: P1. Zorgleefplan, P2. Informatie en Communicatie en P3. Cliëntveiligheid.

Het beoordelingskader- en wegingskader voor de tussentijdse en eindaudit is gelijk aan het beoordelingskader- en wegingskader van de initiële audit. 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 VV&T zilveren keurmerk in de zorg* in aanmerking tot komen, is maximaal 1 niet-behaalde prestaties geoorloofd.

Voor het logo- en keurmerkgebruik geldt dat aan alle aspecten zoals weergegeven in de auditovereenkomst c.q. algemene voorwaarden moet worden voldaan.

De voortgang van de verbetercyclus wordt beoordeeld tijdens de tussentijdse audit, maar maakt geen onderdeel uit van het wegingskader.

Rosa Spier Stichting is in bezit van het PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg gouden keurmerk in de zorg.

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

## 2. Resultaten

### 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			<i>binnen een cel naar een nieuwe regel met alt/enter</i>	
<b>Pijlers</b>								
<b>Pijler 1 Zorgleefplan</b>								
P 1	De cliënt beschikt over een eigen zorgleefplan dat in samenspraak en met zijn instemming tot stand is gekomen	30	30	20	20	100	ja	Het zorgleefplan wordt goed gebruikt: er zijn geen papieren dossiers meer. Er is een zorgkaart (dagelijkse zorgbehoefte), een ziekenhuismap(overdrachtsdocument) en een archief in hangmappen wat in beheer is bij de EVV'er en actueel wordt gehouden. De EVV'er heeft zogenaamde 'blauwe dagen' in het rooster om op die momenten tijd om aan dossiers te werken. Ten aanzien van verbeteren en borgen zijn er nog een aantal zaken in de fine tuning die in overleg met de leverancier opgepakt worden. Het C.V. dat de cliënt ten behoeve van de aanmelding heeft geschreven wordt toegevoegd aan het dossier als de cliënt daarmee instemt. Aan cliënten wordt ook gevraagd om hun levensloop te beschrijven die dan ook aan het dossier wordt toegevoegd. De vertaling naar het zorgleefplan vindt plaats als er een probleem is op een bepaald gebied. In MDO komt dit 1x per jaar aan de orde. Er wordt dan 1 uur gepland met bewoner en familie. De centrale vraag in het MDO is 'voelt u zich gelukkig?' Autonomie, uniciteit en het voortzetten van het leven als kunstenaar of wetenschapper staat daarbij voorop. Cliënten geven aan dat zij soms verbaasd zijn dat ze de ruimte krijgen om zichzelf te zijn. Bijvoorbeeld het dragen van "oude" kleding in verband met het schilderen of het gebruik van ruimte in de gang voor eigen levensstijl.
<b>Pijler 2 Informatie en communicatie</b>								

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	20	20	100	ja	De nieuwe website is helder en volledig. De vertaling naar informatie op papier zal plaatsvinden in relatie tot de realisatie van de nieuwbouw. Bewoners geven aan geïnformeerd te zijn over de nieuwbouwplannen. CR en OR zijn nauw betrokken. Er zijn ook bezwaren en weerstand: soms ingegeven door acceptatie en bezorgdheid. Cliënten nemen de ruimte om deze vragen te blijven stellen en ervaren dat dit invloed heeft op de uitwerking van de plannen.
<b>Pijler 3 Cliëntveiligheid</b>								
P 3	De cliënt voelt zich veilig	30	30	10	20	90	ja	Er is stevig ingezet op de verbetering van medicatieveiligheid. Naar aanleiding van de MIC wordt er sinds dit jaar direct contact opgenomen met de medewerker en worden er concrete afspraken gemaakt en gemonitord om herhaling te voorkomen. Op de deellijsten ontbreekt in een recente dienst de dubbele paraaf bij risicovolle medicatie. Op dit punt vindt wel periodiek controle plaats door de verpleegkundigen/zorgcoördinatoren. Ten aanzien van verdere verbetering en borging van medicatieveiligheid wordt er binnenkort overgegaan op (het instrument) Medimo waardoor mogelijke tekortkomingen tijdig in beeld komen. De puntenaftrek voor instrumenten wordt daarom nog gehandhaafd. Jaarlijks vindt er medicatiecontrole plaats in het MDO Daarnaast is dit ook onderwerp van bespreking in een separaat overleg tussen door huisarts en apotheker. De noodvoorraad (dokterstas) wordt periodiek gecontroleerd door de apotheker. Het beheer van de koelkast is in orde. De risicosignalering is structureel ingevuld en vertaald in problemen en acties die aantoonbaar geëvalueerd worden. Een cliënt geeft aan dat het gevoel van veiligheid concreet is ervaren tijdens een uitbraak van het Noro-virus omdat medewerkers alles goed in de gaten hielden.

## Aandachtspunten initiële audit

Aandachtspunten initiële audit	Toelichting tussentijdse audit
1. 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 (P1)	Het zorgleefplan wordt goed gebruikt er zijn geen papieren dossiers meer. Er is een zorgkaart (dagelijkse zorgbehoefte), een ziekenhuismap (overdrachtsdocument) en een archief in hangmappen wat in beheer is bij de EVV'er en actueel wordt gehouden. De EVV'er heeft zogenaamde 'blauwe dagen' in het rooster en op die momenten tijd om aan dossiers te werken. Ten aanzien van verbeteren en borgen zijn er nog een aantal zaken in de fine tuning die in overleg met de leverancier opgepakt worden.
2. Evaluatie met reflectie op het zorgplan staat niet op papier (P1)	Evaluatie van de zorgdoelen zijn zichtbaar in het zorgplan.
3. 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)	De nieuwe website is helder en volledig. De vertaling naar informatie op papier zal plaatsvinden in relatie tot de realisatie van de nieuwbouw.
4. Er dient meer aandacht besteed kan worden aan objectief in beeld brengen van de risico's (P3)	De risicosignalering is goed ingevuld en vertaald in problemen en acties die aantoonbaar geëvalueerd worden.
5. Het is wel nodig regelmatig aandacht te geven hygiëneregels, bijvoorbeeld het niet dragen van ringen (P3)	Verpleegkundigen/zorgcoördinatoren toetsen periodiek het naleven van afspraken.
6. Gespreksverslagen met medewerkers (functioneringsgesprek, jaargesprek, ontwikkelplan) ontbreken in de personeelsdossiers of zijn heel oud (2011) (V1)	Met 2/3 van de medewerkers is dit jaar een gesprek gevoerd. De rest staat nog gepland in het laatste kwartaal. De verslagen van de gesprekken zijn in concept gereed.
7. Ten aanzien van de instrumenten is het "dubbele systeem" een aandachtspunt. Het risico hiervan is inefficiëntie en het risico dat	Van het kwaliteitshandboek (op papier) is de ordening aangepast en zijn de evaluaties uitgevoerd. Er is een medewerker aangesteld die

er oude documenten worden gebruikt (V2.5)

verantwoordelijk is voor het beheer van het kwaliteitshandboek en zorgt dat de actuele documenten erin zitten en dat de evaluaties plaatsvinden.



### **3. Conclusie**

#### **3.1 Conclusie**

Tijdens de eerste tussentijdse audit heeft Rosa Spier Huis laten zien dat er zichtbaar gewerkt wordt aan de continue verbetering van de kwaliteit. Alle aandachtspunten uit de vorige audit zijn opgepakt. Daarnaast worden er prioriteiten gesteld vanwege de kleine omvang van de organisatie. De nadruk ligt op de nieuwbouw. Bij het stellen van prioriteiten wordt de vraag gesteld "draagt dit bij aan de behoeften en verlangens van de bewoners".

#### **3.2 Keurmerk- en logogebruik**

Rosa Spier Huis is gerechtigd om gedurende de geldigheidsduur van het keurmerk gebruik te maken van het keurmerk en logo, met dien verstande dat het logo door Rosa Spier Huis uitsluitend gebruikt mag worden voor het organisatieonderdeel en of (deel)producten waarvoor het van toepassing zijnde keurmerk is verstrekt. Het gebruik van het logo is aan enkele voorwaarden verbonden. Zo mag het logo alleen op briefpapier en op de website worden gebruikt, uitsluitend in de originele kleur dan wel in wit/grijs/zwart tinten. Het logo wordt altijd in combinatie met het keurmerk en de naam van de organisatie vermeld en mag hierin niet overheersend zijn. Schriftelijke toestemming van Perspekt is nodig om het logo voor andere doeleinden te gebruiken.

Tijdens de tussentijdse audit is gebleken dat Rosa Spier Huis het keurmerk en het logo wel gebruikt conform de vereisten vermeld in de algemene voorwaarden.

Er is opgemerkt dat het keurmerk uit 2013 ook nog in de openbare ruimte hangt, terwijl in 2016 het nieuwe is behaald.

Er is afgesproken dat het oude keurmerk verwijderd zal worden

#### **3.3 Registratieadvies**

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 VV&T zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, is maximaal één niet-behaalde prestaties geoorloofd.

Tijdens de tussentijdse audit zijn 3 van de 3 prestaties behaald.

Rosa Spier Huis voldoet aan het wegingskader van het PREZO VV&T 2014 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (01/07/14, versie 1). De scope van de audit is intramuraal: Verblijf

De auditor verklaart dat op basis van de genomen steekproef er met voldoende diepgang is getoetst. Derhalve adviseert de auditor de directeur/bestuurder van Perspekt om het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg van Rosa Spier Huis te continueren.

## Bijlage A Kerngegevens

<b>Peildatum</b>	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	01-08-2017
<b>Organisatieonderdeel</b>	
Naam organisatieonderdeel	
Naam concern	
Type, omvang en plaats/wijk organisatieonderdeel	<input checked="" type="checkbox"/> Hoofdlocatie <input type="checkbox"/> Locatie <input type="checkbox"/> Regio <input type="checkbox"/> Team <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
	45
<b>Bestuursstructuur</b>	
Zorgbrede Governance Code <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Ja
<b>Organisatiestructuur</b>	
Hebben zich, ten opzichte van de voorgaande audit, ingrijpende wijzigingen in de organisatiestructuur voorgedaan? Bijv. wijzigingen in leidinggevende posities of juridische structuur, is er sprake van een fusie? <sup>1</sup> <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Nee
<b>Scope</b>	
Individuele zorg ( <i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i> )	<b>Aantal cliënten</b>

<sup>1</sup> Indien van toepassing, het auditteam een voorgaande én de huidige versie van het organogram opsturen.

Ondersteuning en begeleiding (Wmo, hulp bij het huishouden)	
Verblijf (Wlz)	Differentiëren naar ZZP: Partnerindicatie: 3 bewoners ZZP1: 2 bewoners ZZP 2: 1 bewoner ZZP 3: 2 bewoners ZZP 4: 14 bewoners ZZP 5: 4 bewoners ZZP 6: 12 bewoners VPT 4: 2 bewoners VPT 5: 3 bewoners ELV basis: 2 Particulier: 12 bewoners
Verblijf inclusief behandeling (Alleen behandeling wordt niet getoetst)	Differentiëren naar ZZP: 0
Dagbesteding (Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)	
Revalidatie (o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)	
Informele zorg	
<b>Totaal aantal cliënten</b>	<b>Totaal:</b>
Specifieke kenmerken doelgroepen	Omschrijving: kunstenaars en wetenschappers
<b>Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening</b>	
Zijn er diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen? <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Nee Toelichting:
<b>Producten en/of dienstverlening</b>	
Zijn er wijzigingen die van invloed zijn op de (deel)producten en diensten, het vervallen van (deel)producten/diensten of juist een aanvulling	Nee Toelichting:

van (deel)producten/diensten? <sup>2</sup> <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	
BOPZ aanmerking <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Nee
<b>In zorg</b>	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	45
<b>Uit zorg</b>	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden: 13 Ontslag / overig: 2
<b>Verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg</b>	
Onder verscherpt toezicht Inspectie voor de Gezondheidszorg <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Nee
Datum laatste inspectieverslag	26-08-2014 Op 16-8-17 heeft er een onverwachts inspectiebezoek. Rapport nog niet beschikbaar
<b>Identiteit</b>	
Identiteit	
<b>Samenwerkingsverbanden</b>	
Relevante samenwerkingsverbanden	Stichting Nusantara Bussum
Diensten die zijn uitbesteed	Geen
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 79 FTE: 44.83
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar <sup>3</sup>	Personen: 31 FTE: 9.11

<sup>2</sup> Indien van toepassing, het auditteam een voormalig én een actueel overzicht van (deel)producten en diensten inclusief omvang opsturen.

<sup>3</sup> Indien een andere periode dan een volledig jaar wordt aangehouden, deze periode graag specificeren.

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 12 FTE: 1.44
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage: juli 2017 4.35%
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 46 FTE:
Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd? <sup>4</sup> <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Ja: Formatie zorg is in 2017 met 3.27 FTE uitgebreid t.o.v. 2016
<b>Keurmerk- en logogebruik</b>	
Zijn er aanvullende afspraken met Perspekt over keurmerk- en logogebruik? <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Nee Toelichting:
<b>Overige</b>	
Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang? <i>Graag doorhalen wat niet van toepassing is</i>	Nee Toelichting:
<b>Dit formulier is ingevuld door:</b>	
Naam en functie	Jan Philips, adjunct directeur
Datum	21-08-2017

<sup>4</sup> Indien van toepassing, het auditteam een voormalig én een actueel formatieoverzicht opsturen.

## Bijlage B Auditprogramma eindaudit

**Naam locatie:** Rosa Spier Huis

**Weeknummer:** 39

**Scope:** Verblijf

Tijd <sup>5</sup>	Programma en prestatie(s)	Auditee	Wat
	Half uur tevoren telefonisch contact met afgesproken contactpersoon organisatie	Via telefoonnummer: 035 5386797	Auditor
30 min	Vorbereidingstijd organisatie Regelen van observaties en auditees Beschikking van registraties organiseren	Jan Philips, adj directeur	
30 min	Observatie algemene ruimte	Floor Uhlenbeck Rianna Portengen (zorgcoördinatoren)	Veiligheid algemene ruimtes Leestafel/ prikboarden Bewegwijzering Toegankelijkheid Logo en keurmerkgebruik
Ongeveer 5 – 10 min	Kennismakingsgesprek	Karin Annaert (bestuurder), Jan Philips, Floor Uhlenbeck	Auditor
2 uur en 40 min	<b>Beoordelen praktijk, Instrumenten en V/B</b> <b>P1 Zorgleefplan</b> <b>P2 Informatie en Communicatie</b> <b>P3 Cliëntveiligheid</b> <b>Aandachtspunten initiële audit</b>	Floor Uhlenbeck/Rianna Portengen Karin Annaert Floor Uhlenbeck/Rianna Portengen V1 Jan Philips V2.5 Floor Uhlenbeck/Rianna Portengen	Observatie praktijk; inzien ZLP meelopen medewerker(s) / bezoeken cliënten, bezoek afdelingen en werkplekken; bijwonen (deel van) MDO (optie)

<sup>5</sup> Tijden zijn indicatief, hier kan in praktijk door de auditor van worden afgeweken.

Tijd <sup>5</sup>	Programma en prestatie(s)	Auditee	Wat
30 min	<b>Vastleggen bevindingen</b>		Auditor
15 min	Terugkoppeling audit/ registratieadvies	Karin Annaert, Jan Philips, Floor Uhlenbeck	

## Bijlage C Indicatoren

Stichting: Rosa Spier Stichting

OO: Rosa Spier Huis

### ARI Indicatoren Verantwoorde zorg

			Intramuraal				Extramuraal		
			Score VV		Score PG		Score ZT		
Op dit blad vult u de (ruwe) CQ score in uit het overzicht van het meetbureau. De scores worden ingevuld in de vet omliggende 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.			Score prestatie-overzicht	PREZO punten	Score prestatie-overzicht	PREZO punten	Gemiddeld	Score prestatie-overzicht	PREZO punten
<b>Kwaliteit van leven</b>									
<b>1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid</b>									
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Smaak	3	20	-	-	20	-	-
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Sfeer		GEEN	3,65	30	30	-	-
<b>2. Woon- en leefsituatie</b>									
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	-	-
<b>3. Participatie</b>									
CQI	3.1	Zinvolle dag	3,94	30	3,33	30	30	-	-
<b>4. Mentaal welbevinden</b>									
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
<b>Kwaliteit van de zorgverleners</b>									
<b>5. Kwaliteit van de zorgverleners</b>									
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



<b>Kwaliteit van de zorgorganisatie</b>								
<b>6. Kwaliteit van de zorgorganisatie</b>								
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	-	-	-	-	-	-
<b>Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid</b>								
<b>7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid</b>								
CQI	7.5	Ervaren veiligheid	3,97	30	-	-	30	-

## Bijlage D Instrumentenoverzicht

### Algemeen

Verplichte registraties en/of instrumenten 5 weken voor de audit aan iedere auditor verstrekt.

	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
Ingevuld formulier kerngegevens	x	x
Ingevoerde 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)	0	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

### Pijlers

Verplichte 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
<b>Pijler 2 Informatie en communicatie</b>		
Uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. informatie en communicatie	x	x

informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/of digitaal via website) en communicatie met cliënten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- individueel zorgleefplan,</li> <li>- zorgverleningsovereenkomst/leveringsvoorwaarden,</li> <li>- bescherming persoonsgegevens,</li> <li>- inrichting appartement,</li> <li>- procedure indicatie,</li> <li>- toegang appartement/overeenkomst sleutels,</li> <li>- opname incl. wachttijd,</li> <li>- bereikbaarheid,</li> <li>- uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit),</li> <li>- veiligheid (o.a. brand, inbraak, persoonlijke bezittingen),</li> <li>- klachtenprocedure/ vertrouwenspersoon,</li> <li>- inspraak en medezeggenschap.</li> </ul>	x	x
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- inzage zorgleefplan</li> <li>- opstellen, evalueren en bijstellen zorgleefplan</li> <li>- wettelijke vertegenwoordiging / mentorschap / curatele</li> <li>- wilsonbekwaamheid</li> <li>- inspraak en medezeggenschap</li> </ul>	x	x
Informatievoorziening en afspraken rondom ethische / levensbeschouwelijke vraagstukken (reanimatie, euthanasie, palliatieve sedatie, e.d.)	x	x
<b>Pijler 3 Cliëntveiligheid</b>		
Uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. cliëntveiligheid	x	x
Structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging <ul style="list-style-type: none"> <li>- fysieke veiligheid (woon/leefomgeving, inbraak, brandveiligheid, hulpmiddelen, voedselveiligheid)</li> <li>- periodieke veiligheidscontroles</li> <li>- sociale veiligheid (eenzaamheid, ouderenmishandeling, vrijheidsbeperking, grensoverschrijdend gedrag)</li> <li>- emotionele veiligheid (depressie)</li> </ul>	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	0	0

Aanvullende instrumenten tijdens auditdag:

Het document maatschappelijke verantwoording is wel beschikbaar.