

Auditrapport

Eindaudit

Rosa Spier Huis van Rosa Spier Stichting

Laren, 18-09-2018



Inhoudsopgave

1	Methodische verantwoording	3
2	Resultaten	5
3	Conclusie	7
3.1	Conclusie	7
3.2	Keurmerk- en logogebruik	7
3.3	Registratieadvies	
Bijlage A	Kerngegevens	8
Bijlage B	Auditprogramma eindaudit	11
Bijlage C	Uitkomsten Indicatoren	12
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	14

1. Methodische verantwoording

Naam organisatie	Rosa Spier Stichting
Naam organisatieonderdeel	Rosa Spier Huis
Keurmerkschema	PREZO VV&T (01/07/14, versie 1)
Scope	Intramuraal: verblijf
Soort audit	eindaudit
Auditdatum	18-09-2018
Auditor	M.L.L.Bekhuis-Kint (voorzitter/secretaris)
Bijzonderheden	geen
Wijze van aanlevering set toegestuurde instrumenten	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 wordt.

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: Pijler 1 Zorgleefplan, Pijler 2 Informatie en Communicatie en Pijler 3 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 Huis 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				
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	20	20	100	ja	De auditor heeft gezien dat met name bij cliënten met gedragsproblematiek een omgangsadvies van de psycholoog aanwezig is met praktische handvatten voor de medewerkers. In gesprek met een cliënt heeft de auditor gehoord dat bij discussie over de afspraken dit met de cliënt wordt besproken en er is gezien dat er gespreksverslagen gemaakt worden. Daarnaast is gezien dat in geval van ongewenste intimiteiten door een bewoner dit zorgvuldig wordt opgepakt en vastgelegd met oog voor zowel medewerkers als de bewoner. Complimenten voor de volledigheid van de zorgleefplannen. De organisatie heeft geconstateerd dat de beoogde finetuning van het instrument Digidos onvoldoende door de leverancier ondersteund kan worden. Er is daarom gekozen om over te gaan op ONS Nedap met meer mogelijkheden voor efficiënte toepassing zoals bijvoorbeeld de cliëntagenda, inzage voor cliënt en/ of verwanten en ondersteuning van de PDCA-werkwijze.
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	20	20	100	ja	Bij cliënten is er een positieve ontwikkeling te zien in acceptatie van de verhuizing naar de nieuwe locatie. Er worden naast de nieuwsbrieven nu ook bezoeken aan de nieuwbouw georganiseerd. Complimenten voor de pro-actieve houding van de organisatie om actief op zoek te gaan naar kritische geluiden en vragen. Een cliënt vertelde dat hierover gesproken is (bijvoorbeeld over het sleutelbeheer en de introductie van nieuwe medewerkers) en er een verslag is gemaakt wat teruggekoppeld is. Het verbeterplan naar aanleiding van het klanttevredenheidsonderzoek wordt samen met de Cliëntenraad gemaakt.
Pijler 3 Cliëntveiligheid								

P 3	De cliënt voelt zich veilig	30	30	20	10	90	ja	<p>Bij controle van de koelkast in de eetkamer van de cliënten heeft de auditor gezien dat er geen stickers ten aanzien van de houdbaarheid van voedingsmiddelen werden gebruikt en er onduidelijkheid was over hoe dit dan wel geregeld was. Dit is niet conform de principes van voedselveiligheid. Er is geen periodieke check op het nakomen van de principes van voedselveiligheid in de eetkamer. Dit kan het risico opleveren voor de gezondheid van de cliënt. Hiervoor is puntenaftrek gegeven Voor de medicatieveiligheid worden de veilige principes gehanteerd. De auditor heeft gezien dat het instrument Medimo daarin ondersteunend werkt bijvoorbeeld door de zichtbaarheid van de toedienmomenten en het aftekenen. De opvolging van incidentmeldingen op dit onderdeel wordt meer in het team belegd zodat er sneller van geleerd kan worden. De risicosignalering vindt op indicatie van signalen plaats en wordt dan vertaald in het zorgleefplan. De organisatie heeft geen BOPZ aanmerking. Als de veiligheid voor de cliënt zelf of veiligheid en overlast voor andere cliënten in het geding komt, wordt overplaatsing in gang gezet. De auditor heeft met een cliënt gesproken waar dit aan de orde is. In het betreffende zorgdossier zijn de afwegingen en acties zorgvuldig vastgelegd.</p>
-----	-----------------------------	----	----	----	----	----	----	---

Aandachtspunten uit de eindaudit

P3 Voedselveiligheid:

De principes van voedselveiligheid worden in de eetkamer van de cliënten niet goed nageleefd. Er is ook geen controle op het naleven van de principes van voedselveiligheid op de afdelingen. Voor de cliënt kan dit een risico zijn voor de gezondheid.

Er waren geen aandachtspunten uit de tussentijdse audit

3. Conclusie

3.1 Conclusie

In het Rosa Spier huis sluit de zorg en dienstverlening goed aan op de specifieke doelgroep.

De reeds aanwezige cultuur gericht op continue verbeteren heeft zich verder ontwikkeld waarbij de verantwoordelijkheid hiervoor meer door medewerkers wordt opgepakt (bijvoorbeeld door aandachtsfunctionarissen). Ook cliënten zijn nauw betrokken bij verbeteringen en veranderingen.

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 eindaudit is gebleken dat Rosa Spier Huis het keurmerk en het logo wordt gebruikt conform de vereisten vermeld in de algemene voorwaarden.

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 eindaudit 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

Peildatum			
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	01-08-2018		
Organisatieonderdeel			
Naam organisatieonderdeel	Rosa Spier Huis		
Naam organisatie	Stichting Rosa Spier Huis		
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:	64 <aantal> <aantal> <aantal>	Laren <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk>
Bestuursstructuur			
Bestuursstructuur	Directeur-bestuurder en Raad van Toezicht		
Zorgbrede Governance Code	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t. <input type="checkbox"/> Dispensatie Toelichting:		
Scope	Aantal cliënten		
Individuele zorg (<i>Bij zelfstandig wonen - Zvw</i>)	-		
Ondersteuning en begeleiding (<i>Wmo, hulp bij het huishouden</i>)	-		
Verblijf (<i>Wlz</i>)	Differentiëren naar ZZP: ZZP 0 (partnerindicatie): 2 ZZP 1: 1 ZZP 2: 2 ZZP 3: 2 ZZP 4: 17 ZZP 5: 14 ZZP 6: 10 VPT 4: 2 VPT 5: 2 Particulier: 12		
Verblijf inclusief behandeling (<i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i>)	Differentiëren naar ZZP: 0		
Dagbesteding (<i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i>)	-		
Revalidatie (<i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i>)	-		
Informele zorg	-		
Totaal aantal cliënten	Totaal:		
Specifieke kenmerken doelgroepen	Omschrijving: aan kunsten gerelateerd		
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening			
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:		

BOPZ-aanmerking	
BOPZ-aanmerking	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
In zorg	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	64 (52 Wlz, 12 particulier)
Uit zorg	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden: 11 Ontslag / overig: 3
Verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	
Onder verscherpt toezicht Inspectie voor de Gezondheidszorg	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
Datum laatste inspectieverslag	november 2017
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting:
Identiteit	
Identiteit	kunstenaars en aan kunsten gerelateerde wetenschappers
Samenwerkingsverbanden	
Relevante samenwerkingsverbanden	Stichting Nusantara Bussum
Diensten die zijn uitbesteed	-
Personeel	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 84 FTE: 49
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar ¹	Personen: 15 FTE: 2,5
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 6 FTE: 0,3
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage: 4,3
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 55 FTE: 2,3 - 2,5
Dit formulier is ingevuld door:	
Naam en functie	Herman Roest, adjunct-directeur
Datum	28-08-2018

Indien er sprake is van een tussentijdse- of eindaudit vindt u op de volgende pagina een aantal aanvullende vragen.

¹ Indien een andere periode dan een volledig jaar wordt aangehouden, deze periode graag specificeren.

Tussentijdse- of eindaudit

Om wijzigingen ten opzichte van de voorgaande audit inzichtelijk te maken voor het auditteam vragen wij u een aantal aanvullende gegevens:

Organisatiestructuur	
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? ²	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting: nieuwe adjunct-directeur per 1 mei 2018
Producten en/of dienstverlening	
Zijn er wijzigingen die van invloed zijn op de (deel)producten en diensten, het vervallen van (deel)producten/diensten of juist een aanvulling van (deel)producten/diensten? ³	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
Personeel	
Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd? ⁴	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting:
Keurmerk- en logogebruik	
Zijn er aanvullende afspraken met Perspekt over keurmerk- en logogebruik?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
Overige	
Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting: in mei 2018 is nieuwbouw van start gegaan

² Indien van toepassing, het auditteam een voorgaande én de huidige versie van het organogram opsturen.

³ Indien van toepassing, het auditteam een voormalig én een actueel overzicht van (deel)producten en diensten inclusief omvang opsturen.

⁴ Indien van toepassing, het auditteam een voormalig én een actueel formatieoverzicht opsturen.

Bijlage B Auditprogramma eindaudit

Auditprogramma eindaudit (ongepland)

PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg 2014

Scope: Verblijf

Naam organisatieonderdeel: Rosa Spier Huis

Weeknummer: 38

Tijd ⁵	Inhoud auditblok	Auditee(s)
30 min	Half uur tevoren telefonisch contact met afgesproken contactpersoon organisatie	Herman Roest (adjunct-directeur) 035-5386797 of 06-21531327
30 min	Vorbereidingstijd organisatie Regelen van observaties en auditees Beschikking van registraties organiseren	
30 min	Observatie algemene ruimte ⁶ , waaronder: Logo- en keurmerkgebruik	
5 – 10 min	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Karin Annaert (directeur-bestuurder), Herman Roest, Rianna Portengen (zorgcoördinator),
2 uur en 40 min	Beoordelen praktijk, instrumenten en V/B: P1 Zorgleefplan P2 Informatie en Communicatie P3 Cliëntveiligheid Aandachtspunten vorige audit(s)	Rianna Portengen (zorgcoördinator), beschikbare medewerkers zorg
30 min	(voorlopige) Score en toelichting	
15 min	Eindgesprek/ terugkoppeling registratieadvies	Karin Annaert, Herman Roest, Rianna Portengen

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

⁶ Indien van toepassing, anders vervalt dit blok

Bijlage C Uitkomsten Indicatoren

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
			Let op: bij decimalen komma gebruiken en twee cijfers achter de komma invoeren!						
Kwaliteit van leven									
	1.	Lichamelijk welbevinden en gezondheid							
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Smaak	3,1	20	-	-	20	-	-
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Sfeer	3,75	30	3,81	30	30	-	-
2. Woon- en leefsituatie									
CQI	2.1	Omgaan met elkaar	3,69	30	3,14	20	25	-	-
CQI	2.2	Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken	3,7	30	3,57	30	30	-	-
CQI	2.3	Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	4	30	4	30	30	-	-
CQI	2.4	Gastvrijheid: Ervaren privacy	3,91	30	3,86	30	30	-	-
3. Participatie									
CQI	3.1	Zinnvolle dag	3,83	30	3,4	30	30	-	-
4. Mentaal welbevinden									
CQI	4.3	Respect voor mensen: Ervaren bejegening	3,53	30	3,43	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	3,19	20		GEEN	20	-	-
CQI	5.4	Ervaren kwaliteit personeel	3,69	30	3,55	30	30		GEEN

Kwaliteit van de zorgorganisatie									
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie									
CQI	6.1	Ervaren inspraak	3,59	30	3,69	30	30		GEEN
CQI	6.2	Ervaren informatie	3,58	30	3,62	30	30		GEEN
CQI	6.3	Pliot aanbevelingsvraag	-	-	-	-	-	-	-
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid									
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid									
CQI	7.5	Ervaren veiligheid	3,86	30	-	-	30	-	-

Bijlage D Instrumentenoverzicht

Algemeen

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

Organisatie:
beschikbaar **Auditor:**
aangetroffen

	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
Ingevuld formulier kerngegevens	x	x
Ingevulde 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	x	x
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
Pijler 2 Informatie en communicatie		
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: - 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	x	x
Informatievoorziening en afspraken rondom ethische/levensbeschouwelijke vraagstukken (reanimatie, euthanasie, palliatieve sedatie, e.d.)	x	x
Pijler 3 Cliëntveiligheid		
Uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek 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, ouderenmishandeling, 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	0	0

Aanvullende instrumenten tijdens auditdag: geen