

Auditrapport Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis

01 maart 2021

Stichting Perspekt



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Aanleiding	3
Registratieadvies	3
Behaalde prestaties	3
Advies	3
Vervolg	3
Samenvatting bevindingen	4
Algemene conclusie	4
Complimenten.....	4
Aandachtspunten.....	4
Toelichting per prestatie	6
Bijlage 1. Methodische verantwoording	14
Bijlage 2. Kerngegevens	15
Bijlage 3. Auditprogramma.....	18
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht.....	19

Inleiding

Stichting Perspekt heeft een tussentijdse audit uitgevoerd bij Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis. Met deze audit geeft Perspekt een onafhankelijke beoordeling over kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties uit het kwaliteitssysteem PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap 2017 (01/07/17, versie 1).

De audit verschaft daarnaast ontwikkelingsgerichte informatie voor Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis en biedt waar nodig concrete handvatten voor verbetering.

Aanleiding

U bent in het bezit van een PREZO VV&T 2017 keurmerk. Na de uitvoering van de initiële audit bent u verder gegaan met het vormgeven van kwaliteit binnen uw organisatie. De volgende stap om het keurmerk te behouden, is het uitvoeren van de tussentijdse audit. Tijdens deze audit ligt de focus op de voortgang van de in het vorige rapport geformuleerde aandachtspunten, de drie prestaties vallend onder de Pijlers en het logo- en keurmerkgebruik. Het doel van de audit is om te beoordelen of uw PREZO VV&T 2017 keurmerk gecontinueerd kan worden zoals dit ten tijde van de initiële audit is getoetst.

Registratieadvies

Op 1 maart 2021 heeft er een tussentijdse audit plaatsgevonden binnen Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis, op basis van het keurmerkschema PREZO VVT '17 v1. De scope van de audit is Verblijf. De kerngegevens van dit organisatieonderdeel staan in bijlage 2.

De audit is deels op alternatieve wijze uitgevoerd. Gebruikte hulpmiddelen zijn e-mail en telefoon.

Behaalde prestaties

Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis heeft 3 van de 3 prestatie(s) behaald. Hiermee voldoet Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis aan het wegingskader van PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap 2017 (01/07/17, versie 1).

Advies

De voorzitter verklaart namens het auditteam dat op basis van de genomen steekproef met voldoende diepgang is getoetst. Daarom adviseert het auditteam de directeur/bestuurder van Perspekt om het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg voor Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis te continueren.

Vervolg

Na een positief registratiebesluit vindt er na 1 jaar een eindexamen plaats. Tijdens deze audits toetst Perspekt de Pijlers en de genoemde aandachtspunten uit de voorgaande audits.

Samenvatting bevindingen

Algemene conclusie

Het uitvoeren van de audit op alternatieve wijze met gebruik van ICT middelen heeft in voldoende mate bijgedragen aan de effectiviteit van de audit.

De auditor concludeert tijdens de tussentijdse audit dat het Rosa Spier Huis het afgelopen jaar, ondanks alle coronaperikelen en het grote personeelstekort (openstaande vacatures en een hoog ziekteverzuim), volop in beweging is geweest op het gebied van kwaliteit, persoonsgerichte zorg en het (her)inrichten van (werk)processen. Na de verhuizing in november 2019 is de bewonerspopulatie in aantal als in complexiteit enorm toegenomen wat vraagt om een nieuwe(re) kijk op het leveren van (persoonsgerichte) zorg.

Zo hoort de auditor dat er een kwaliteitsverpleegkundige is aangesteld, medewerkers in hun kracht worden gezet en uitgedaagd en er een digitaliseringsslag heeft plaatsgevonden (onder begeleiding van een digi-coach) waardoor documenten en mededelingen sneller toegankelijk zijn voor medewerkers. Ook zijn samenwerkingsverbanden met andere (kleine) zorgorganisaties aangegaan om krachten te verenigen.

Tijdens de tussentijdse audit is gebleken dat Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis het keurmerk en het logo niet volledig gebruikt conform de vereisten vermeld in de algemene voorwaarden. Hierop zal door het Rosa Spier Huis een aanpassing plaatsvinden is met de auditor overeengekomen.

Complimenten

- De auditor wil als compliment meegeven dat zij de persoonsgerichte benadering in de zorgplannen (bewust schrijven naar de bewoner toe) een waardevolle toevoeging vindt. Evenals de ROSA methode voor het schrijven van de rapportages.

Aandachtspunten

- P1 Persoonsgerichte zorg: Dubbele registratie reanimatiewensen in zowel het ECD als in een apart document dat rouleert onder de medewerkers.
- P1 Persoonsgerichte zorg: Ondertekening van de uitvoeringsverzoeken door de organisatie ontbreekt.
- V3 Sturen op kwaliteit: Het Rosa Spier Huis kent diverse kwaliteitsinstrumenten die in de praktijk goed werken, maar op locatieniveau niet inzichtelijk zijn. De samenhang tussen de diverse gebruikte instrumenten om de kwaliteit te meten en te verbeteren is onvoldoende aantoonbaar aanwezig. Tijdens de tussentijdse audit is niet de auditor dat het Rosa Spier Huis vooruitgang heeft geboekt op het beschikbaar hebben en stellen van actuele documenten waarin (werk)processen en (beleids)afspraken zijn vastgelegd. Hiervoor wordt, zo heeft de auditor tijdens de audit gezien en uitleg over gekregen, gebruik gemaakt van Sharepoint (intranet) waar alle medewerkers toegang toe hebben. Over op welke wijze deze (kwaliteits)instrumenten met elkaar samenhangen is tijdens deze audit niet aan de orde geweest. Evenals het uitvoeren van interne audits niet besproken. Om deze reden heeft de auditor besloten het aandachtspunt te handhaven voor de eindaudit.
- P3 Cliëntveiligheid: De overgang van de WGBO naar de nieuwe WZD voor bewoners met de diagnose dementie is nog onvoldoende aantoonbaar. Met name de afspraken tussen

het Rosa Spier Huis en de nauw verbonden huisarts zijn nog onvoldoende concreet. De wijze waarop de onvrijwillige zorg wordt vastgelegd in het zorgplan en de evaluaties van deze toegepaste onvrijwillige zorg zijn onvoldoende aantoonbaar aanwezig. Tijdens de tussentijdse audit is naar voren gekomen dat dit punt gehandhaafd blijft voor de eindaudit. Voor een uitgebreide toelichting zie P3 (cliëntveiligheid) - onderdeel praktijk en instrumenten.

Toelichting per prestatie

Hieronder ziet u per prestatie de beoordeling inclusief het aantal toegekende punten. Onder elke tabel vindt u een toelichting. Deze toelichting is gebaseerd op:

- uitkomsten van cliëntervaring;
- observatie van praktijk en instrumenten;
- het inzien van registraties;
- het reflecterend en verbetervermogen van medewerker en organisatie;
- het hanteren van wet- en regelgeving.

Per beoordelingscriterium worden punten toegekend. De verdeling is als volgt:

Puntenverdeling	Beoordelingscriteria		
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
	Voldoende	20	●
	Matig	10	●
	Onvoldoende	5	●
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●
	Voldoende	25	●
	Matig	15	●
	Onvoldoende	5	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●
	Voldoende	25	●
	Matig	15	●
	Onvoldoende	5	●

De bevindingen en conclusies in dit rapport zijn tot stand gekomen conform het vigerende wegingskader.

Pijlers

Waarde Uniceit		90	●	Behaald
Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Op Zorgkaart Nederland leest de auditor dat in 2020 13 bewoners/vertegenwoordigers een waardering hebben gegeven met een gemiddelde score van 7,9 en in 2021 zijn er 3 waarderingen gegeven met een gemiddelde score van 8,1. Ter illustratie zijn hieronder enkele waarderingen weergegeven:

"Ik ben tevreden over de persoonlijke aandacht. Het personeel is warm en neemt de tijd als er echt iets is".

"Het zorgpersoneel heeft een persoonlijke, liefdevolle benadering".

"Over het algemeen zijn medewerkers toegankelijk en loyaal. Dat vind ik belangrijk in het leven. Ik ben hier nog zo zelfstandig. Ik ben heel tevreden met alles".

"Er wordt veel aandacht aan cultuur, muziek, etc. besteed. Daar ben ik erg blij mee. Over het algemeen is het dik in orde. Ik ben tevreden".

"Het bijzondere aan dit huis waardeer ik zeer. Het is leuk om met gelijkgestemden te zijn. Je wordt geïnspireerd. Er vindt kruisbestuiving plaats. Je komt tot nieuwe ideeën met elkaar. Steeds opnieuw zijn er leuke contacten. Er is nu ook weer een tentoonstelling van een bewoner. Erg leuk".

In het tussen november en december 2020 afgenomen cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) leest de auditor terug dat volgens alle geraadpleegde bewoners het Rosa Spier Huis de afspraken over verzorging en behandeling goed nakomt. 84% van de bewoners zegt te kunnen meebeslissen over wat voor zorg of hulp zij krijgen en over wanneer ze zorg of hulp krijgen. Van geraadpleegde vertegenwoordigers van bewoners zegt 71% mee te kunnen beslissen over wat voor zorg of hulp de bewoner krijgt en volgens 93% komt Rosa Spier Huis de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na en staat volgens 86% het Rosa Spier Huis open voor hun wensen.

De auditor heeft tijdens de uitvoer van de tussentijdse audit bewoners en/of vertegenwoordigers niet persoonlijk gesproken over hun ervaringen. Desondanks meent de auditor op basis van de waarderingen op Zorgkaart Nederland en de uitkomsten van het CTO het volledige aantal punten toe te kennen op dit onderdeel.

Praktijk en instrumenten

Samen met auditees heeft de auditor, bij wijze van steekproef, enkele cliëntendossiers bekeken via ONS. De auditor heeft daarbij vast kunnen stellen dat alle getoonde dossiers een actueel zorgplan bevatten waarin afspraken t.a.v. wensen en behoeften van de bewoners zijn vastgelegd. De bewoners van het Rosa Spier Huis vallen onder de medische eindverantwoordelijkheid van een huisarts. Uit de aangeboden instrumenten, tijdens de gesprekken met auditees en bij de genomen steekproeven komt naar voren dat (normaliter) minimaal 1 x per jaar een MDO plaatsvindt. Daarnaast worden de bewoners 1 x per jaar (en indien de situatie hierom vraagt vaker) besproken in een team-bewonersoverleg. De auditor hoort in gesprek met auditees dat de

coronacrisis qua planning in sommige teams 'roet' in het eten heeft gegooid waardoor niet alle bewoners volgens planning besproken zijn. Daarop aansluitend hoort de auditor dat voor het jaar 2021 een nieuwe planning is gemaakt die, op korte termijn, de achterstand weg weet te werken. Ook ziet de auditor dat risico's, waaronder bijvoorbeeld vallen, incontinentie en medicatie geïnventariseerd worden en waar nodig ziet de auditor in de getoonde dossiers opvolging plaatsvinden. De auditor hoort in de gesprekken met auditees dat vertegenwoordigers/naasten van bewoners middels een schrijven uitgenodigd worden voor een MDO - conform het organisatiebeleid - zoals de auditor dit heeft teruggelezen in de beschikbaar gestelde documenten (voorafgaand aan de audit).

De auditor leest op de website over de klachtenregeling die geldt binnen het Rosa Spier Huis. Ook leest de auditor informatie over de klachtenregeling - specifiek met betrekking tot de Wet zorg en dwang (Wzd). Tijdens de audit blijkt uit gesprekken met auditees dat klachten niet of nauwelijks leiden tot een officiële klacht. In de registratie over 2020 blijkt 1 officieel geregistreerde klacht te zijn opgenomen.

De auditor hoort dat medewerkers van het Rosa Spier Huis laagdrempelig te benaderen zijn voor het bespreekbaar maken van ongenoegens en klachten en spelen, waar mogelijk, direct in op het ongenoegen/ de klacht. Tijdens het inzien van de dossiers heeft de auditor een voorbeeld gelezen van op welke manier ongenoegens/klachten (die niet officieel via de klachtencommissie kenbaar zijn gemaakt) worden gerapporteerd en opvolging krijgen (in het cliëntdossier). Dit was in het getoonde dossier zowel beschreven in de rapportage als ook in het apart geüploade document met gespreksverslag en afspraken. De opvolging werd voor de auditor aantoonbaar door het lezen van het zorgplan waarin uitkomsten van het klachtengesprek (concrete afspraken) vertaald werden in doelen en acties. Hiervoor heeft de auditor haar complimenten gemaakt qua zorgvuldigheid en aantoonbare opvolging.

In de getoonde dossiers heeft de auditor, waar van toepassing, actuele uitvoeringsverzoeken ingezien. Deze uitvoeringsverzoeken waren ondertekend door de huisarts en voorzien van een praktijkstempel. Het viel de auditor op dat de uitvoeringsverzoeken geen paraaf of handtekening bevatten van (een medewerker van) het Rosa Spier Huis. Hierover is gesproken met aanwezige auditees. Door het plaatsen van een handtekening op het uitvoeringsverzoek wordt (door de ontvanger van het verzoek, in dit geval het Rosa Spier Huis) geverifieerd dat het verzoek duidelijk is, overeenkomt met de gemaakte/afgestemde afspraken en in ontvangst genomen.

De auditor ziet in de getoonde dossiers de wensen van de bewoners ten aanzien van reanimatie geregistreerd staan. Het reanimatiebeleid van het Rosa Spier Huis is ja-tenzij zo hoort en leest de auditor. Onder het tabblad documenten in het ECD zijn de door de bewoners ondertekende reanimatiewensen geüpload. Bij de genomen steekproef kwamen de registraties overeen met de geüploade documenten. De auditor hoort in gesprek met auditees dat er binnen het Rosa Spier Huis ook een overzicht rouleert waarop namen van bewoners (in zorg) staan die 'wel' gereanimeerd willen worden. De auditor heeft hierbij de opmerking geplaatst dat dit haaks op het beleid van de organisatie staat wanneer zij in beeld brengen wie 'wel' gereanimeerd wil worden i.p.v. wie 'niet'. Het 'bijhouden' van dergelijke lijsten is naar mening van de auditor foutgevoelig en kan een cliëntrisico opleveren. De auditor hoort dat de organisatie wel op zoek is naar andere mogelijkheden om de wensen 'realtime' beschikbaar te hebben op de appartementen.

Hoewel de auditor in de getoonde dossiers geen afwijkingen heeft aangetroffen ten aanzien van het uitvoeringsverzoek in relatie tot de uitvoer (afspraken in het zorgplan) en de reanimatiewensen/registratie past de auditor toch aftrek van punten toe vanwege het niet uit te sluiten cliëntrisico in deze. Bij de eindaudit zal hier door de auditor opnieuw naar gekeken worden.

Reflecteren en verbeteren

Uitkomsten van het recent (november/december 2020) gehouden cliënttevredenheidsonderzoek

(CTO) zijn inmiddels gedeeld met de betrokken adviesorganen als de cliëntenraad, ondernemingsraad en de raad van toezicht, zo is de auditor verteld.

De auditor hoort ook dat een plan van aanpak (de opvolging naar aanleiding van de uitkomsten van het CTO) in ontwikkeling is, in de eerdere bijeenkomsten met CR, OR en RvT is overeenstemming bereikt over de inhoud hiervan. Op de dag van de audit kon dit plan nog niet worden ingezien.

De auditor hoort in gesprek met auditees dat medewerkers - ter voorbereiding op het ontsluiten van het zorgplan en de rapportages via Caren Zorgt - geschoold zijn in het rapporteren volgens de ROSA (!) methode:

R = realiteit

O = observeren

S = subjectief

A = afspraken

De auditor hoort in gesprek met auditees terug dat deze manier handvatten biedt om de rapportage zo concreet mogelijk te beschrijven zodat, wanneer bewoners, vertegenwoordigers en/of andere belangrijke naasten een goed beeld krijgen van de afspraken en de opvolging die daaruit volgt.

Ook hoort de auditor in gesprek met auditees en ziet dit ook terug bij het bekijken van de dossiers, dat de zorgplannen (problemen en doelen) 'naar de bewoner toe' geschreven zijn; bijvoorbeeld 'Uw gewicht neemt af'. Hier is recent een besluit over gekomen, zo verneemt de auditor in de gesprekken met auditees, om de bewustwording bij de medewerkers te vergroten (ten aanzien van wensen en behoeften van de bewoners) waardoor persoonsgerichte zorg nog concreter beschreven kan worden.

De auditor concludeert op basis van de beschreven voorbeelden dat het volledige aantal punten op dit onderdeel kunnen worden toegepast.

Waarde Transparantie		100	●	Behaald
Prestatie P2 Communicatie en informatie				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Op Zorgkaart Nederland leest de auditor, naast enkele verbeter suggesties, veelal positieve waarderingen terug die betrekking hebben op de communicatie en informatie binnen Rosa Spier Huis. Een selectie hiervan is hieronder opgenomen:

"Ik ben tevreden over de communicatie door de directie. Dat is snel en efficiënt".

"Eens in de week krijgen we een blad met informatie over o.a. de activiteiten. Ik verwacht dat ze altijd naar mij luisteren, maar soms zijn ze gewoon te druk. Sommige medewerkers zijn ook toegankelijker dan de ander".

" In de coronaperiode zijn hier balkonconcerten geweest. Er zijn musici geweest die in de tuin een openluchtconcert gegeven hebben".

"De evv-er laat weinig van zich horen. Het initiatief voor het jaarlijkse overleg mis ik".

"De communicatie is niet altijd goed. Niet iedere verzorgende is op de hoogte van mijn gezondheidssituatie. Soms komt er iemand die niet weet wat te doen, dan moet ik instructies geven en dat is niet de bedoeling".

" Het zou fijn zijn als drukwerk van het huis groot wordt afgedrukt, zodat ik het goed kan lezen".

In het tussen november en december 2020 afgenomen CTO leest de auditor terug dat 86% van

de geraadpleegde vertegenwoordigers van bewoners en 96 % van de geraadpleegde bewoners zegt te weten bij wie ze met hun vragen en problemen terecht kunnen in Rosa Spier Huis. Van de vertegenwoordigers zegt eveneens 86% de leidinggevende of hun contactpersoon telefonisch en/of per e-mail makkelijk te kunnen bereiken.

De auditor heeft tijdens de uitvoer van de tussentijdse audit bewoners en/of vertegenwoordigers niet persoonlijk gesproken over hun ervaringen. Er is veelal sprake van tevredenheid of het uiten van wensen (ter verbetering). Dit is voor de auditor geen directe aanleiding tot aftrek van punten. Interessant is het om te volgen hoe het Rosa Spier Huis hier een vervolg aan geeft. Desondanks meent de auditor op basis van de waarderingen op Zorgkaart Nederland en de uitkomsten van het CTO het volledige aantal punten toe te kennen op dit onderdeel.

Praktijk en instrumenten

De auditor heeft in de door het Rosa Spier Huis beschikbaar gestelde instrumenten gelezen dat er uitgebreide informatiebrochures zijn voor (toekomstige) bewoners; een brochure voor bewoners van de PG vleugels en een brochure voor de bewoners die een appartement huren. Hierin is onder andere informatie opgenomen over (verplichte vigerende) thema's als het zorgplan, kosten, veiligheid, klachten en ethische aangelegenheden.

De website geeft, naar mening van de auditor, ook veel informatie over wat (toekomstige) bewoners mogen en kunnen verwachten van hun verblijf binnen het Rosa Spier Huis. In tegenstelling tot de initiële audit is tijdens de tussentijdse audit gebleken dat Caren Zorgt inmiddels onder de bewoners en vertegenwoordigers geïntroduceerd is. Alle belanghebbenden, zo hoort de auditor in gesprek met auditees, hebben een brief met informatie ontvangen waarmee zij zich kunnen aanmelden voor het cliëntportaal.

Ook hoort de auditor dat middels nieuwsbrieven en berichtgeving via de website bewoners en vertegenwoordigers op de hoogte zijn gehouden van de ontwikkelingen binnen het Rosa Spier Huis met betrekking tot het coronavirus.

Met de auditor zijn mooie voorbeelden van contact en communicatie gedeeld die hebben plaatsgevonden in tijden van de lockdown. Eerder werd in de cliëntervaringen al gesproken over een openluchtconcert. Andere voorbeelden zijn dansen in de tuin, balkonconcerten en gym op de balkons - waarbij steeds, zo hoort de auditor terug, aansluiting werd gezocht bij wensen en behoeften van bewoners. De auditor ziet tijdens het doorlopen van het huis dat er verschillende exposities worden getoond van kunstenaars. Deze staan in de hal/restaurantgedeelte en gangen opgesteld zodat een ieder hier in eigen tijd en tempo kennis van kan nemen/het kunnen aanschouwen, zo concludeert de auditor.

De auditor hoort in gesprekken met auditees dat bewoners bij aanvang van de zorg een EVV-er toegewezen krijgen die, naast het eerste aanspreekpunt voor de bewoner(s), ook verantwoordelijk is voor het actueel houden van het cliëntdossier/zorgplan in relatie tot de wensen en behoeften van de bewoners/vertegenwoordigers.

Bij de entree van het Rosa Spier Huis worden bezoekers opgevangen en vriendelijk te woord gestaan door de receptie, zo heeft de auditor ervaren tijdens de audit.

Op basis van de voorbeelden die met de auditor zijn gedeeld en na het doornemen van de beschikbaar gestelde instrumenten concludeert de auditor dat het maximaal aantal punten toegekend kan worden voor dit onderdeel.

Reflecteren en verbeteren

De auditor hoort in gesprek met auditees op welke wijze medewerkers zijn voorbereid op het rapporteren in het ECD zodat bewoners, vertegenwoordigers en andere belangrijke naasten door het (mee)lezen in Caren Zorgt. Vanuit auditees komt naar voren dat de vertegenwoordigers (die hier inmiddels gebruik van maken) zich tevreden uiten over wat zij dagelijks terug kunnen lezen in het dossier en daarmee het wel en wee van hun naasten kunnen volgen.

De auditor stelt op basis van de gevoerde gesprekken met auditees vast dat de organisatie zich in de afgelopen maanden - door een verandering in de bewonerspopulatie - heeft moeten beraden

(reflectie en verbeteringen) ten aanzien van verwachtingspatronen van bewoners en vertegenwoordigers. Door de uitbreiding/verandering van indicaties (Wlz, Vpt, Mpt, Zvw, etc.) heeft een herziening van het aanbod plaatsgevonden waar bewoners en vertegenwoordigers (en uiteraard ook de medewerkers) goed over geïnformeerd moesten worden. De auditor hoort dat het een zoektocht is geweest, die door steeds met elkaar zaken af te stemmen - in gezamenlijkheid - heeft geleid tot verduidelijking op alle fronten.

Voor de auditor voldoende aanleiding om het volledige aantal punten toe te kennen op dit onderdeel.

Waarde Veiligheid		80	●	Behaald
Prestatie P3 Cliëntveiligheid				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Matig	15	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Op Zorgkaart Nederland leest de auditor dat bewoners/vertegenwoordigers zich overwegend positief uiten met betrekking tot de ervaren veiligheid binnen het Rosa Spier Huis. Er werden enkele waarderingen achtergelaten waarvan hieronder een aantal genoemd:

"De drempels zijn onvriendelijk voor rollators".

"De hulp die ik krijg is hetgeen waar ik het meest tevreden over ben. Ze zijn erg alert. Als ik niet kom opdagen bij de leesclub, waar ik altijd naartoe ga, dan komen ze me wel ophalen. Heel fijn".

"Medewerkers zijn goed bereikbaar en ik voel me veilig hier in huis".

"Ik voel me veilig onder de medewerkers en ze beantwoorden goed onze vragen".

In het tussen november en december 2020 afgenomen CTO leest de auditor terug dat alle geraadpleegde bewoners zich veilig voelen in het Rosa Spier Huis.

De auditor heeft tijdens de uitvoer van de tussentijdse audit bewoners en/of vertegenwoordigers niet persoonlijk gesproken over hun ervaringen. Desondanks meent de auditor op basis van de waarderingen op Zorgkaart Nederland en de uitkomsten van het CTO het volledige aantal punten toe te kennen op dit onderdeel.

Praktijk en instrumenten

De auditor heeft bij het lezen van de aangeboden instrumenten, waaronder het kwaliteitsverslag 2019 en het kwaliteitsplan 2021 geconstateerd dat het Rosa Spier Huis verantwoording (registratie en interne reflectie) aflegt over de vigerende (basis)veiligheidsindicatoren.

Tijdens de audit komt in de gesprekken met auditees naar voren dat het Rosa Spier Huis werkt vanuit de veilige principes in de medicatieketen. In de dagelijkse praktijk, zo hoort en ziet de auditor, wordt gewerkt met Medimo (digitaal medicatie registratie systeem) van waaruit ook het dubbel paraferen van risicovolle medicatie wordt ondersteund.

De auditor is verteld dat minimaal 2 x per jaar, samen met de apotheker, de huisarts en een medewerker van de zorg, de medicatie (waaronder polyfarmacie en psychofarmaca) wordt geëvalueerd. Bij de genomen steekproef in het ECD zijn hier geen voorbeelden van ingezien/gedeeld met de auditor.

De auditor hoort in gesprek met auditees dat de BHV organisatie op orde is (voldoende geschoolde BHV-ers 24/7 aanwezig). In het bedrijfsnoodplan zijn onder anderen afspraken m.b.t. BHV vastgelegd, leest de auditor. Auditees vertellen de auditor dat ondanks de coronacrisis scholing het afgelopen jaar, heeft plaatsgevonden, in aangepaste vorm. Daarnaast staat voor april/mei 2021 een brandoefening gepland om zo ook nieuwe medewerkers (naast de reeds

bekende) wegwijst te maken in hoe te handelen en geval van nood/brand. Een recente situatie (brandmelding in een van de huurappartementen) heeft het besluit hiertoe gevoerd. Hoewel die brandmelding, zoals de auditor werd verteld, uiteindelijk goed is afgehandeld bleek in de evaluatie dat er behoefte aanwezig was onder de betrokkenen om de brandoefening weer structureel in te plannen.

De auditor leest in de aangeboden instrumenten en hoort in de gesprekken met auditees dat het toegang- en sleuteltagbeheer inzichtelijk is (gemaakt) voor bewoners, medewerkers en vrijwilligers. Een protocol, zo leest de auditor, beschrijft op verschillende onderdelen (bijvoorbeeld entree gebouw, woningen, medicatiekarren en medicatievoorraden) wie toegang heeft waartoe, verantwoordelijk is het gebruik en de routes hierin lopen.

De auditor hoort in de gevoerde gesprekken dat de coronacrisis een behoorlijk appèl heeft de hygiëne- en infectiepreventie binnen het Rosa Spier Huis. Het protocol is voortdurend herzien en middels Sharepoint (intranet) gedeeld met medewerkers waardoor zij structureel op de hoogte waren van de laatste aanpassingen en het actuele beleid. Ook het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen is hierin vastgelegd. Bij de entree werd de auditor geattendeerd op het gebruik van mondkapen en het desinfecteren van de handen. De aanwezige medewerkers droegen in het voorbijgaan en aanwezigheid van de auditor ook een mondkapen en de vergaderruimte was ingericht op de anderhalve meter afstand die tussen de aanwezigen gevraagd werd, zo zag de auditor.

De auditor hoort in gesprek met auditees dat op de PG huiskamers 2 medewerkers aangesteld zijn als aandachtsfunctionarissen m.b.t. de voedselveiligheid. Zij controleren de temperaturen van de koelkasten en attenderen collega's op het gebruik van stickers wanneer producten worden geopend. Volgens de gesproken auditees is er nauw contact met de medewerkers van de facilitaire dienst aangaande de voedselveiligheid binnen het Rosa Spier Huis.

In gesprek met auditees en na inzage in de getoonde dossiers stelt de auditor vast dat de Wet zorg en dwang nog onvoldoende geïmplementeerd is binnen het Rosa Spier Huis. De auditor is verteld dat de concept beleidsnotitie nog niet geheel afgerond is waardoor de auditor deze nog niet in heeft kunnen zien. Wel hoort de auditor dat medewerkers door middel van klinische lessen informatie hebben ontvangen over de toepassing van de Wzd.

De auditor heeft aan de aanwezige auditees (waaronder bestuur en directie) de vraag gesteld vanuit welke (beleids)kaders er gehandeld gaat worden en wat de visie is van het Rosa Spier Huis op de toepassing van onvrijwillige zorg bij bewoners waarbij de Wzd van toepassing is. Vanuit de Wzd wordt een grote verantwoordelijkheid bij de zorgverantwoordelijke neergelegd, de auditor heeft haar twijfels uitgesproken in hoeverre deze medewerkers (verzorgende niveau 3) voldoende toegerust zijn om inhoud te geven aan deze taak/rol in het kader van de Wzd. De auditor concludeert dat het Rosa Spier Huis het ontbreekt aan een aantal randvoorwaarden om conform de wet- en regelgeving te voldoen aan de uitvoering van de Wzd. Er is geen Wzd functionaris beschikbaar voor het toezien op de uitvoer van de onvrijwillige zorg (opnemen in het zorgplan). Daarnaast heeft de auditor geen registratie in het locatie-/accommodatie register terug kunnen vinden via <https://zoeken.zorgaanbiedersportaal.nl/> waarbij het Rosa Spier Huis geregistreerd staat als accommodatie of locatie van waaruit onvrijwillige zorg geleverd mag worden in het kader van de Wzd. De gesproken auditees geven aan dit eerder wel geregeld te hebben maar dit kon op de dag van de audit niet aangetoond worden.

De auditor ziet in een van de getoonde dossiers dat de inzet van onvrijwillige zorg wel volgens het stappenplan is ingevuld (hierin voorziet het ECD) maar mist daarbij de daarvoor bij de uitvoer te betrekken disciplines/functionarissen.

Auditees hebben in gesprek met de auditor aangegeven dat zij in de implementatie van de Wzd tegen de uitvoer van een aantal praktische zaken lopen. Zoals hierboven reeds werd beschreven is het de organisatie (nog) niet gelukt om een Wzd-functionaris (specialist ouderengeneeskunde of GZ-psycholoog) hiervoor te vinden. Er lopen inmiddels wel gesprekken met andere kleine organisaties om te kijken of uitruil van bijvoorbeeld externe deskundigen te realiseren is. Dit

heeft voornamelijk niet geleid tot concrete afspraken hoort de auditor terug. De auditor heeft in gesprek met de auditees gewezen op het toetsingskader van de IGJ m.b.t. de Wzd om van daaruit gericht een aantal zaken op te gaan pakken voor de verdere implementatie van de Wzd. Wel hoort de auditor dat medewerkers zorgvuldig omgaan in de afwegingen om eventueel onvrijwillige zorg toe te passen. Medewerkers zijn bekend met de alternatievenbundel en kijken voortdurend zo leest en hoort de auditor, naar het belang van de bewoner - in relatie tot de veiligheid en ook de mate van eigen regie en zelfredzaamheid daarin. In zoverre is het gedachtengoed van de wet goed bekend bij de medewerkers.

Ook hoort de auditor dat de onafhankelijk cliëntvertrouwenspersoon vanuit Zorgstem zich binnen het Rosa Spier Huis heeft geïntroduceerd en daarmee voor bewoners en vertegenwoordigers toegankelijk is voor Wzd gerelateerde vragen en ondersteuning.

Op basis van de hierboven beschreven voorbeelden met betrekking tot de Wzd heeft de auditor aftrek van punten toegepast omdat de auditor van mening is dat de organisatie hierin een aantal zaken onvoldoende heeft ingericht en opgepakt in relatie tot de implementatie van de Wzd.

Reflecteren en verbeteren

De auditor leest in de aangeboden instrumenten (plan van aanpak RIE) dat het BHV-plan geactualiseerd is naar de huidige stand van zaken. Daarnaast leest de auditor dat het punt waar bij het onderdeel cliëntervaring onvrede over werd geuit; 'de drempels zijn onvriendelijk voor rollators' is opgepakt en afgehandeld; de drempelhoogtes zijn aangepast. Ook leest de auditor dat ten aanzien van de registratie van gevaarlijke stoffen er stappen gezet zijn; er heeft een inventarisatie van in gebruik zijnde middelen plaatsgevonden, persoonlijke beschermingsmiddelen worden ter beschikking gesteld en er zijn instructies gegeven en instructiekaarten opgesteld - gericht op het veilig gebruik van stoffen/materialen.

De auditor heeft samen met auditees de concept MIC jaarrapportage doorgenomen en leest daarbij dat naast een kwantitatieve weergave ook volop aandacht is voor de kwalitatieve analyse van de gegevens. De aantallen laten een groei ten opzichte van het vorige jaar (2019) zien dat, na een toelichting door auditees, te verklaren is door de verhuizing en daarmee ook een grote toename (in aantal) van bewoners.

Auditees vertellen dat de MIC-meldingen op teamniveau besproken worden en leest ook aanbevelingen terug die zijn gedaan ter verbetering van de zorgverlening.

Hoewel tijdens de initiële audit ook werd geconstateerd dat de Wzd geen concrete doorvertaling liet zien in de getoonde dossiers en in de beleidsdocumentatie, dit tijdens de tussentijdse audit eveneens onvoldoende aantoonbaar gemaakt kon worden heeft de auditor besloten de puntenaftrek alleen toe te passen op het onderdeel praktijk en instrumenten. De auditor meent dat er stappen gemaakt zijn, waaronder het scholen van medewerkers, waardoor - ook kijkend naar de andere voorbeelden - de auditor heeft besloten op reflectie en verbeteringen het volledige aantal punten toe te kennen.

Bijlage 1. Methodische verantwoording

Audits vinden plaats onder toezicht van het College van Belanghebbenden. Dit college bestaat uit vertegenwoordigers van partijen uit de sector. Zij bewaken de kwaliteit van alle audits die Perspekt uitvoert.

De datum, scope en het soort audit vindt u in hoofdstuk Registratieadvies van dit rapport. Er waren geen bijzonderheden voor deze audit van toepassing.

Het auditteam bestond uit:

- Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))

Prestatieoverzicht

Onderwerpen	Wel/niet behaald
Pijlers	
P1 Persoonsgerichte zorg	Behaald
P2 Communicatie en informatie	Behaald
P3 Cliëntveiligheid	Behaald
Totaal aantal prestaties getoetst en behaald	Getoetst: 3 prestaties Behaald: 3 prestaties

Bijlage 2. Kerngegevens

Peildatum	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	14 januari 2021
Bestuursstructuur	
Bestuursstructuur	Stichting
Zorgbrede Governance Code	Ja
Toelichting:	
Verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	
Onder verscherpt toezicht IGJ	Nee
Toelichting:	
Datum laatste inspectieverslag	29 januari 2018
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	Ja Actiz
Toelichting:	
Identiteit	
Identiteit	???
Samenwerkingsverbanden	
Relevante samenwerkingsverbanden	geen
Diensten die zijn uitbesteed	geen
<hr/>	
Lokatie Rosa Spier Huis	
In zorg	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	
Uit zorg	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	
	Overlijden
	Ontslag / overig
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>)	
Verblijf inclusief behandeling (<i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i>)	
Dagbesteding (<i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i>)	
Revalidatie (<i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i>)	
Informele zorg	
Totaal aantal cliënten	Totaal: 0
Specifieke kenmerken doelgroepen	
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening	

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?

Toelichting:

BOPZ-aanmerking

BOPZ-aanmerking

Toelichting:

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum

Personen:

FTE:

Instream personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen:

FTE:

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen:

FTE:

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar

Personen:

FTE:

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?

Nee

Toelichting: Chef kok keuken is teruggetreden, interim leidinggevende benoemd

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?

Nee

Toelichting:

Personeel

Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd?

Ja

Toelichting: ivm verhuizing eind nov 2019 ; locatie 2 x zo groot. momenteel 75 fte in dienst

Keurmerk- en logogebruik

Zijn er aanvullende afspraken met Perspekt over keurmerk- en logogebruik? Nee

Toelichting:

Overige

Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang? Nee

Toelichting:

Dit formulier is ingevuld door:

Naam en functie: Karin Annaert
Directeur/Bestuurder

Bijlage 3. Auditprogramma

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
08:30	09:00	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie. Observatie algemene ruimte en check logo- en keurmerkgebruik.	K. directeur/bestuurder A. (teamleider Zorg) R. (teamleider Zorg) H. adjunct/directeur	
09:00	11:45	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1. Unicité – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en Informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid Aandachtspunten vorige audit(s)	A. (teamleider Zorg) R. (teamleider Zorg)	
11:45	12:15	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		
12:15	12:45	Eindgesprek/ terugkoppeling registratieadvies	K. directeur/bestuurder A. (teamleider Zorg) R. (teamleider Zorg) H. adjunct/directeur	

Bijlage 4. Instrumentenoverzicht

Algemeen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Ingevuld formulier kerngegevens	Ja	Ja
Ingevoerde ARI (instrumentenoverzicht)	Ja	Ja
Organogram	Ja	Ja
(Strategisch) Jaarplan/activiteitenplan & begroting	Ja	Ja
Kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag	Ja	Ja
Strategische personeelsplanning	Ja	Ja
Maatschappelijke verantwoording (conform vigerende eisen) inclusief jaarrekening, accountantsverklaring	Ja	Ja
Informatiemateriaal (flyers, brochures e.d.) voor (potentiële) cliënten	Ja	Ja
Registratie en opvolging van uitkomsten (valide) cliëntervaringsonderzoek	Ja	Ja
Inzicht in de wijze van reflecteren en verbeteren m.b.t. de prestaties	Ja	Ja
Registratie en opvolging van klachten/complimenten en ongenoegens cliënten	Ja	Ja
Registratie en opvolging van incidenten (cliënten en medewerkers)	Ja	Ja
Inspectierapport en opvolging (actueel = niet ouder dan 3 jaar)	Ja	Ja

Pijlers

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. persoonsgerichte zorg	Ja	Ja
10% van de Zorgleefplannen (ZLP) met een minimum van 10 dossiers met relevante informatie over de 4 domeinen (inventarisatie van wensen, afgestemd op waarden/behoefte/afspraken en doelen/evaluatie/rapportage/bijstelling)	Ja	Ja
Structurele en periodieke ZLP besprekingen/cliëntbesprekingen/MDO	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. communicatie en informatie	Ja	Ja
Informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/of digitaal via website) zoals informatie over	Ja	Ja

zorgleefplan, zorg-/dienstverleningsovereenkomst, kosten, bescherming persoonsgegevens, inrichting appartement/huisregels (o.a. over veiligheid), procedure indicatie, toegang appartement/sleutelbeheer, wachtlijst/wachtlijstbegeleiding, bereikbaarheid, klachten, levensbeschouwelijke zaken en inspraak en medezeggenschap		
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten zoals zorgplannen opstellen en evalueren, inzagerecht, wettelijke vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. veiligheid	Ja	Ja
Systematiek waarbij alle risico's (basisveiligheid) van cliënten in kaart zijn gebracht, reflectie hierop en waar relevant preventieve en corrigerende maatregelen	Ja	Ja
Aandacht voor fysieke veiligheid: brandveiligheid inclusief BHV, hulpmiddelen, voedsel-/drinkwaterveiligheid, infectiepreventie	Ja	Ja
Aandacht voor sociale veiligheid: eenzaamheid, ouderenmishandeling, huiselijk geweld, grensoverschrijdend gedrag, vrijheidsbeperking	Ja	Ja
Bescherming persoonsgegevens	Ja	Ja