

# Auditrapport Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis

28 februari 2022 en 1 juni 2022

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.....	5
Toelichting per prestatie .....	8
Pijlers .....	9
Bijlage 1. Methodische verantwoording .....	22
Bijlage 2. Kerngegevens .....	23
Bijlage 3. Auditprogramma.....	29
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht .....	32

# Inleiding

Stichting Perspekt heeft een eindaudit 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 tussentijdse 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 eindaudit. 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 28 februari 2022 heeft er een eindaudit plaatsgevonden binnen Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis, op basis van het keurmerkschema PREZO VVT '17 v1. Op 1 juni 2022 heeft een aanvullende audit plaatsgevonden. De scope van de audit is Verblijf. De kerngegevens van dit organisatieonderdeel staan in bijlage 2.

## Behaalde prestaties

Rosa Spier Stichting, Rosa Spier Huis heeft tijdens de eindaudit 1 van de 3 prestatie(s) behaald (P2). Na de aanvullende audit zijn ook de prestaties P1 en P3 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 neemt Perspekt contact met u op over uw wensen ten aanzien van een vervolgtraject.

# Samenvatting bevindingen

## Algemene conclusie

*Eindaudit 28 februari 2022*

Tijdens de eindaudit heeft de auditor geconcludeerd dat het Rosa Spier Huis (RSH) volop in beweging en ontwikkeling is. Na de tussentijdse audit, vorig jaar, is het RSH door de IGJ bezocht waarbij er een aantal getoetste normen niet voldoende werden beoordeeld. Een groot deel van deze niet voldoende beoordeelde normen kwamen overeen met de geconstateerde afwijkingen en uitdagingen van de tussentijdse audit.

Inmiddels is het RSH een bewogen jaar verder en hebben er veel veranderingen plaats gevonden. Opgestelde plannen van aanpakken zijn hier getuigen van. Daarnaast is het RSH het afgelopen jaar ook geteisterd door corona en een groot tekort aan (gekwalificeerd) personeel.

Sinds 1 januari jl. is er een nieuwe bestuurder aangetreden die, in samenspraak met bewoners, medewerkers en andere belanghebbenden de handen in elkaar hebben geslagen om het RSH in meerdere opzichten weer op de kaart te zetten, onder anderen als:

- 1) aantrekkelijk en onderscheidend (verpleeg- en) verzorgingshuis voor kunstenaars met een duidelijke missie en visie
- 2) een financieel gezonde organisatie
- 3) een aantrekkelijke werkgever

Helaas zijn de eerder ingezette verbeteracties op de auditdag nog onvoldoende aantoonbaar en zijn er enkele aandachtspunten geconstateerd die verband houden met persoonsgerichte zorg en cliëntrisico's.

De auditor heeft er met het nieuwe bestuur vertrouwen in dat het RSH, na het op orde brengen van een aantal essentiële zaken, weer zal floreren als een uniek (verpleeg- en) verzorgingshuis in het prachtige Gooi.

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

*Aanvullende audit 1 juni 2022*

De auditor heeft veel informatie ontvangen over de ingezette verbeteracties. Zoals een actielijst van een verbetersteam, wat ook een kwaliteitscommissie is. Behalve de plannen heeft de auditor op de auditdag daadwerkelijke verbeteringen aangetroffen. Er is hard gewerkt deze laatste drie maanden. Waarbij functies uitgebreid of veranderd zijn. Er is een heel dynamisch proces ontstaan waarbij medewerkers, in diverse rollen, in actie zijn gekomen om er 'samen voor te gaan, om de zorg voor de bewoners te optimaliseren'.

Ook heeft de auditor begrepen dat de organisatie 'er nog niet is'. Er zijn mooie plannen om de locatie nog mooier en ruimer te maken. En om nog meer plezier te creëren voor de bewoners. Complimenten van de auditor voor deze motivatie.

## Complimenten

*Eindaudit 28 februari 2022*

- De auditor spreekt haar bewondering uit voor de manier waarop het team welzijn aansluiting zoekt en tracht te behouden met de creativiteit van de individuele bewoners van het Rosa Spier Huis. Het gevoel van eigenwaarde komt hiermee ten volle tot zijn recht.
- De auditor is onder de indruk van de hoeveelheid aan (persoonsgerichte) kennis

waarover individueel gesproken auditees beschikken ten aanzien van de wensen en behoeften van bewoners. Er heerst een sterke gemeenschappelijke binding vanuit de gesproken auditees die het Rosa Spier Huis kenmerken en doet onderscheiden van andere zorginstellingen.

#### *Aanvullende audit 1 juni 2022*

- De auditor is onder de indruk van de manier waarop de medewerkers zich inzetten voor het woonplezier van de bewoners. Hierbij worden alternatieven gezocht als partners diverse aandoeningen hebben. Met respect voor de bewoners en hun levenswijzen.

### **Aandachtspunten**

- P3 reflectie en verbetering (initiele, tussentijdse audit en eindaudit): naar aanleiding van de initiële en tussentijdse audit ziet de auditor dat op het onderdeel Wet Zorg en Dwang (Wzd) weinig tot geen concrete/nieuwe stappen zijn gemaakt. Daarnaast wordt er binnen de MIC analyse nauwelijks gereflecteerd op de effecten van de toegepaste interventies.

*Aanvullende audit 1 juni 2022:* De Wzd is vertaald in een procedure die gebruikt wordt door de medewerkers. Het stappenplan is hier onderdeel van. Een Wzd-functionaris is in dienst. Hier mee is dit aandachtspunt opgelost.

*Aanvullende audit 1 juni 2022:* De MIC's worden op termijn in een ander applicatie gemeld waardoor er een workflow gebruikt kan worden om MIC's door te sturen, te analyseren en trends uit te draaien. Dit punt komt in een volgende (initiële audit) weer aan bod.

- P3 praktijk en instrumenten (eindaudit): medicatiekoelkast niet op slot / bij twee hulpmiddelen (tillift en douchestoel) ontbraken actuele keuringsstickers en kwamen niet voor in de onderhoudsregistratie / er vinden geen (ongeplande) brandoefeningen plaats / er worden geen veiligheidsrondes gelopen door de technische dienst / tijdens de audit werd er een tillift voor de nooduitgang aangetroffen / in een keukens van een huiskamer op een psychogeriatrische zorgafdeling staan bijvoorbeeld 'verdikkingsmiddelen' vrij toegankelijk voor bewoners en bewonersgegevens (waar op te letten bij bewoner X.) zijn bevestigd aan de binnenkant van een keukenkastdeur (AVG) / benadering- en voedingsadviezen worden via de mail verzonden, waarna uitgeprint (AVG en actualiteit) - terwijl deze beschikbaar zijn via het ECD - en medewerkers worden via de app geattendeerd op de verzonden mail in de mailbox / de Wet zorg en dwang vraagt in de volle breedte aandacht (zie voor een uitgebreide beschrijving P3 praktijk en instrumenten)

*Aanvullende audit 1 juni 2022:* De auditor heeft een afgesloten medicatiekoelkast aangetroffen. Alle hulpmiddelen waren ten tijde van de audit gekeurd en voorzien van een handleiding. Veiligheidsrondes werden wel gelopen zonder rapportage waardoor niet aantoonbaar was of er gelopen was en wat de constatering was. Nu wordt er een verslag van iedere veiligheidsronde geschreven. Ook geplande en ongeplande brandoefeningen worden nu gedocumenteerd zodat aantoonbaar is dat deze plaatsvinden. Verdikkingsmiddelen worden nu volgens afspraak in een keukenkast bewaard. Er zijn geen losse documenten meer in omloop met teksten zoals reanimatiewensen of dieetvoorschriften. Medewerkers beschikken op de werkplekken over een laptop waar deze informatie in terug te vinden is. Hiermee is dit punt afgerond.

- P2 reflectie en verbeteringen (eindaudit): de auditor ziet geen opvolging terug naar aanleiding van de uitkomsten van klanttevredenheidsonderzoek 2021 en Zorgkaart Nederland waarderingen.
- P1 reflectie en verbeteringen (eindaudit): eerder toegepaste interventies/verbeteracties en voorgenomen besluiten zijn nog onvoldoende aantoonbaar waardoor effecten niet of

nauwelijks meetbaar zijn.

*Aanvullende audit 1 juni 2022:* Tijdens de aanvullende audit zijn diverse voorbeelden getoond van aantoonbare verbeteracties. Hiermee is dit punt opgelost.

- P1 praktijk en instrumenten (eindaudit): inhoud van de zorgplannen (beschikbare informatie) verschilt sterk per dossier / zorgplannen bevatten relatief veel doelen en acties (soms meer dan 10) / geen devices met toegang tot het ECD beschikbaar op de zorgappartementen en de huiskamers / informatie vanuit de anamnese wordt niet structureel doorvertaald naar het zorgplan / de inrichting van het systeem (ECD) wordt niet als ondersteunend aan het zorgproces ervaren (veel administratieve last en risico op verloren gaan van informatie) / er wordt minimaal gerapporteerd op doelen en acties en opvolging wordt gemist / het waarom van afspraken (die voor de bewoner belangrijk zijn en de bewoner kenmerken) komt uit de dossiers niet naar voren / er vindt geen registratie van ongenoegens plaats waardoor het identificeren van trends wordt gemist.

*Aanvullende audit 1 juni 2022:* Het zorgplan is door een consultant van Nedap verbeterd. Zodanig dat er optimaal gebruik gemaakt kan worden van de mogelijkheden zoals het doorklikken van doelen en risico's. Er is een instructie geschreven en een scholing gegeven aan de medewerkers om eenduidig in het zorgplan te werken. Verder worden de medewerkers op de werkvloer begeleid in het werken op een professionele manier in het zorgplan. Ook is er een auditcommissie die de kwaliteit van de inhoud van de zorgplannen controleert. De registratie van ongenoegens blijft een aandachtspunt voor een volgende audit.

- P1 - 2 - 3 cliëntervaringen (eindaudit): de auditor ziet op alledrie de pijlers dat er binnen het aspect cliëntervaringen (ervaren tevredenheid) ruimte is voor verbeteringen.

*Aanvullende audit 1 juni 2022:* Dit jaar wordt er een cliënttevredenheidsmeting gehouden. Hiermee blijft dit punt open tot de volgende audit (initiële).

- V3 Sturen op kwaliteit (initiële en tussentijdse audit): 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. Tijdens de eindaudit hoort de auditor dat het RSH een auditcommissie heeft ingesteld dat zich bezig houdt met het beoordelen en toetsen van cliëntdossiers op vastgestelde toetsingscriteria. De auditor heeft gedurende de gesprekken die zijn gevoerd met verschillende auditees geconcludeerd dat de eerder gemiste samenhang tussen de diverse gebruikte instrumenten om de kwaliteit te meten en te verbeteren nog onvoldoende tot zijn recht komt. Onderlinge verbanden worden daarin gemist en uitgevraagde kwaliteitsmetingen leiden niet als vanzelf tot concrete opvolging. Dit punt blijft gehandhaafd.
- P1 Persoonsgerichte zorg (tussentijdse audit): Ondertekening van de uitvoeringsverzoeken door de organisatie ontbreekt. Tijdens de eindaudit heeft de auditor gezien dat uitvoeringsverzoeken volgens organisatiebeleid worden aangenomen en afgehandeld en onder documenten geüpload. Het punt is daarmee voldoende behaald.
- P1 Persoonsgerichte zorg (tussentijdse audit): Dubbele registratie reanimatiewensen in

zowel het ECD als in een apart document dat rouleert onder de medewerkers. Tijdens de eindaudit is er met de auditees niet gesproken over het wel/niet in gebruik zijnde document dat onder de medewerkers rouleert waar de reanimatiewensen op genoteerd staan. De auditor heeft alleen in de getoonde dossiers de vastgelegde reanimatiewensen ingezien. Dit punt blijft gehandhaafd.

*Aanvullende audit 1 juni 2022:* De reanimatiewens staat in het zorgplan. Er worden geen andere documenten gebruikt om deze wens neer te zetten. Hiermee is dit aandachtspunt opgelost.

## 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:

<b>Puntenverdeling</b>	<b>Beoordelingscriteria</b>		
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

<b>Waarde Uniceit</b>		<b>90</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg</b>				
Cliëntervaring	Voldoende	20	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

#### **Eindaudit 28 februari 2022**

Op Zorgkaart Nederland leest de auditor dat het Rosa Spier Huis (RSH) over 2021 in totaal 30 waarderingen heeft ontvangen met een 7,9 als gemiddeld cijfer. De getoonde waarderingen komen voort uit het in november gehouden cliënttevredenheidsonderzoek (CQi) waarbij cliënten aan konden geven of hun waarderingen 1 op 1 doorgezet konden worden naar Zorgkaart Nederland. De waarderingen lopen qua blijk van tevredenheid sterk uiteen. Enkele positieve waarderingen ter illustratie:

'Ik krijg veel aandacht, omdat ik rolstoel gebonden ben. Men gaat met mij wandelen, ik schilder en ik geniet van de concerten in de concertzaal. Alle zorgmensen zijn prima en doen hun best. Ik word met respect behandeld en beveel het huis echt aan als je van muziek houdt'.

'Het is een prachtig huis. Ik heb een mooi appartement. Als kunstenaar ben je hier echt op je plek. Je bent met gelijkgestemden en dat is fijn. Ik waardeer het organiseren van activiteiten als concerten erg'.

'Ik kan in het huis mijn eigen leven leven en heb niets te klagen'.

'Ik ben blij dat mijn moeder hier terecht is gekomen. Er is goede zorg en veel persoonlijke aandacht voor mijn moeder. De verpleging gaat heel liefdevol met haar om, ze zijn alert en haar wonden worden goed verzorgd. Hier heb ik alleen maar lof voor'.

'Wat voor mijn vader erg belangrijk is, is dat hij met gelijkgezinden op deze locatie woont. Iedereen heeft een culturele achtergrond. Kunst wordt in alle facetten gewaardeerd. Ook jongere kunstenaars kunnen ruimte huren. De cliënten geven soms advies of vinden het heerlijk weer in een atelier te verblijven. Mijn vader kan daar enorm van genieten. De zorgverleners gaan respectvol en met veel geduld met mijn vader om. Ik merk dat ze zich echt in mijn vader verdiept hebben. Vooral de eerst verantwoordelijke verpleegkundige kan erg goed met mijn vader omgaan en weet de juiste toon te vinden'.

'Het meest waardeer ik de manier waarop ze mijn kennis benaderen. Zo geduldig, liefdevol, respectvol en betrokken'.

De auditor leest dat kritische noten voornamelijk gericht zijn op:

- het eten (smakeloos, te koud, niet gaar of juist te gaar)
- de inzet van invalkrachten, het tekort aan personeel en veel wisselende gezichten
- het tekort aan beschikbare (bewegings)ruimte in de psychogeriatrische huiskamers

'Ik heb wel mijn twijfel bij de kwaliteit van het eten. Mijn moeder klaagt dat ze het niet lekker

vindt', 'Het eten is niet lekker, niet gaar of te gaar. Je krijgt bijna geen verse groenten of vers fruit', 'Ik vind het eten afschuwelijk. Voorheen kon je uit twee gerechten kiezen, dat is geschrapt. Je moet nu eten wat de pot schaft. Er is weinig variatie in vegetarisch en vis. Kreeg je vroeger een kaasburger dan smaakte het naar kaas en je zag ook kaas. Tegenwoordig krijg je met regelmaat een burger, maar het is ondefinieerbaar wat je eet. Als je 's middags warm eet, krijg je het menu van de dag ervoor uit het restaurant. Het is opgewarmd eten. Een gewone aardappel of frietjes krijg je niet, want dat kun je niet opwarmen', 'De kwaliteit van het eten is echter erbarmelijk slecht. Smakeloos. Als ik dat moet waarderen met een cijfer geef ik er amper een vier voor!', 'Ik vind echter het eten helemaal niet lekker. Het heeft geen lekkere smaak en vaak is het groente die ik niet kan verdragen/ niet lekker vind'.

'Wat ik wel merk is dat als de ervaren verpleegkundigen er zijn, er veel meer rust is op de afdeling dan wanneer er invalkrachten en meer onervaren krachten zijn. Ik vind dat onderschat wordt wat het met de kwaliteit van de zorg doet als er teveel wisselingen zijn'.

'De woonkamers, keukens en de persoonlijke kamer van mijn moeder zijn daardoor vrij klein. De drempels zijn moeilijk toegankelijk voor bewoners met een rollator'.

Enkele verbeteringsuggesties die door de geïnterviewden zijn gegeven:

'De meeste medewerkers kennen de achtergrond van mijn vader. Mijn tip is om in het dossier ook het levensverhaal van de bewoner te zetten, zodat ook tijdelijke en invalkrachten weten wie de persoon was'.

'Ik denk dat het goed zou zijn als de bewoners wat vaker de ruimte uitkomen om bijvoorbeeld even te wandelen of een andere activiteit te doen'.

In het cliënttevredenheidsonderzoek leest de auditor dat geïnterviewden de vraag: "Sluit de zorg aan op wat uw naaste belangrijk vindt? Past het bij de manier waarop uw naaste wilt leven?" met een 7,6 wordt gewaardeerd. Voor de psychogeriatrische zorgafdelingen is dat een daling van 0,3 ten opzichte van 2020 en voor de somatische zorgafdelingen werd in 2020 een waardering van 7,7 gegeven op de gestelde vraag.

Tijdens de rondgang heeft de auditor met enkele bewoners gesproken waarbij vragen m.b.t. de tevredenheid aangaande de persoonsgerichte zorg niet inhoudelijk beantwoord konden worden. De auditor hoort dat er veel zaken in ontwikkeling zijn maar op de dag van de audit nog onvoldoende waarneembaar waardoor het daadwerkelijk toetsen op voortgang en inhoud niet altijd plaats kon vinden.

Gelet op de sterk uiteenlopende ervaringen is de auditor van mening dat er ruimte is voor verbetering ten aanzien van de tevredenheid, op het gebied van persoonsgerichte zorg en wordt om die reden aftrek van punten toegepast.

### **Aanvullende audit 1 juni 2022**

De auditor heeft enkele bewoners gesproken die vertelden tevreden te zijn over de zorg- en dienstverlening. Eén bewoner wilde graag haar appartement laten zien en vertelde hierbij goed geholpen te worden. Twee andere bewoners, een echtpaar, liepen samen over de gang richting het restaurant. De heer was onder de indruk van een dame op een foto en mevrouw maakte kort een praatje met de medewerkers. Dit echtpaar woont sinds kort samen op een appartement waarbij de heer in de nacht op de PG afdeling slaapt. Dit 'experiment' om het echtpaar samen te laten wonen ondanks dat de heer dementerend is en in de nacht toezicht nodig heeft, is als voorbeeld gegeven om de zorg persoonsgericht, afgestemd op de wensen van het echtpaar, in te vullen.

De auditor heeft positieve waarderingen over de verzorging gehoord maar er zijn nog geen andere gegevens over de cliënttevredenheid beschikbaar zoals op Zorgkaart Nederland. Hierdoor blijft deze deelprestatie op hetzelfde aantal punten staan.

## *Praktijk en instrumenten*

### **Eindaudit 28 februari 2022**

Samen met auditees heeft de auditor verschillende cliëntdossiers (ECD) doorgenomen. De auditor stelt daarbij vast dat alle getoonde cliëntdossiers een actueel zorgplan bevatten (al dan niet recent bijgesteld). Auditees geven aan dat de zorgplannen altijd in afstemming met de bewoners en/of diens vertegenwoordiger(s) tot stand komen. Het valt de auditor op dat de inhoud van de zorgplannen sterk van elkaar verschillen. Er is recent een overstap gemaakt waarbij de doelen en acties meer vanuit de bewoner geschreven dienen te worden op vanuit die beweging het persoonsgerichte meer te benadrukken. De auditor ziet ook plannen die meer dan 10 doelen bevatten, lang van tekst zijn waarbij de vraag bij de auditor opkomt of de inhoud van de plannen volledig opgevolgd kunnen worden in de uitvoering wanneer, zo blijkt uit gesprekken met auditees, medewerkers niet beschikken over devices tijdens de uitvoer van de zorgverlening. Voordat de medewerkers naar de bewoners toe gaan dienen zij zich in te lezen op kantoor middels het ECD, hierbij lezen zij de rapportage(s) en het zorgplan. Op de kamers van de bewoners beschikken zij niet over een PC of anders soort device om e.e.a. na te zien. Dit wordt door gesproken auditees als een gemis ervaren.

De bewoners worden, bij aanvang van de zorgverlening, middels een recent daarvoor ontworpen vragenlijst, anamnese genaamd, in kaart gebracht. Wensen, zorgvragen, gewoontes en behoeftes komen hierbij aanbod. Er vindt vanuit deze vragenlijst geen automatische doorval plaats naar het zorgplan, zo ziet de auditor terug. Dit geldt overigens ook voor de (halfjaarlijkse) risicosignalering, voorafgaand aan een cliëntbespreking. Dit vraagt extra alertheid en administratieve handelingen van de zorgmedewerkers, concludeert de auditor. Wanneer zorgmedewerkers (bekend of onbekend) de geïnventariseerde informatie niet lezen voorafgaand aan de zorgverlening, gaat er belangrijke informatie verloren die het persoonsgericht werken juist kunnen ondersteunen.

Het valt de auditor op dat de wijze waarop het systeem is ingericht en gebruikt wordt, op meerdere onderdelen niet als ondersteunend aan het zorgproces wordt ervaren.

Naast een veelheid aan doelen en acties mist de auditor in de verschillende dossiers de opvolging en het gericht rapporteren op doelen/acties. Voorbeelden hiervan die de auditor is tegengekomen is het niet wegen van bewoners en het niet meten van de bloeddruk (hoewel dit wel de afspraken zijn) of wanneer er een afwijking is geconstateerd en opvolging (later op de dag) gewenst is, laat het dossier zien dat dit onvoldoende en/of niet gebeurt.

Uit gesprekken met auditees blijkt dat zij in meer opzichten op de hoogte zijn van de aanwezige (wensen en behoeften van) bewoners, ook op het gebied van activiteiten en welzijn, toch wanneer de auditor deze info wil toetsen in de dossiers constateert zij, samen met auditees, dat deze informatie nog onvoldoende in beeld is gebracht. Door het team welzijn worden wensen en behoeften geïnventariseerd en geïnitieerd, al dan niet gebaseerd op vroegere voorkeuren danwel veranderende wensen én mogelijkheden. In de getoonde dossiers blijkt het waarom, er gekozen is voor een andere vorm van activiteiten, in onvoldoende mate beschreven.

Kunst en creativiteit kunnen, zo is met de auditor gedeeld door gesproken auditees, op verschillende manieren tot uiting worden gebracht. Het is, zo constateert de auditor op basis van de gevoerde gesprekken en het lezen van toegezonden stukken, 'de kunst' die alle mensen binnen het RSH met elkaar verbindt, en bevordert de community/woongemeenschap. Zo hoort de auditor een prachtig voorbeeld van een bewoner die tijdens de uitvoering van een activiteit de regie over de uitvoering van de activiteit overneemt, de bewoner was voorheen vakdocent en komt volledig tot bloei tijdens de activiteit en herleeft oude tijden. Helaas, zo hoort de auditor, is hier niets van beschreven in het cliëntdossier, terwijl naar mening van de auditor de zelfredzaamheid hiermee bevordert kan worden.

Een ander voorbeeld hiervan is een bewoner met kledingadviezen. Voor de genoemde bewoner is in het zorgplan beschreven dat de bewoner graag een muts draagt - maar het hoe en waarom is buiten beeld gelaten, terwijl dit naar mening van de auditor, bij kan dragen aan de persoonsgerichte ondersteuning vanuit de (zorg)medewerkers. Het waarom, zo constateert de

auditor in verschillende gesprekken met auditees, is eerder ondergeschikt terwijl dit juist de bewoner met zijn/haar wensen en behoeften kenmerkt.

De auditor hoort in de gesprekken met auditees en ziet bij het inzien van de dossiers dat het RSH een jaarlijks MDO (waarbij in elk geval ook de huisarts betrokken is) aanhoudt. Tussentijds wordt door de EVV-er samen met de bewoner en/of diens vertegenwoordiger het zorgplan besproken en zonodig bijgesteld. Voor het uitvoeren van een MDO zijn inmiddels, zo hebben auditees aan de auditor laten zien, duidelijke kaders beschreven waaraan de voorbereiding(en) en uitvoer van een MDO dient te voldoen en op welke wijze dit vast gelegd dient te worden. Gezien de korte termijn waarop dit is geïntroduceerd is het voor de auditor nog niet mogelijk om met voldoende zekerheid vast te kunnen stellen of dit ook daadwerkelijk zo gebeurt.

Er is aan de auditor, voorafgaand aan de audit, geen ongenoegens/klachtenregistratie aangeleverd. Gesproken auditees geven hierbij aan dat er over het jaar 2021 geen officiële klachten zijn binnengekomen. Wanneer bewoners onvrede/ongenoegens uiten worden deze, bij voorkeur, zo dicht mogelijk rondom de bewoner/diens vertegenwoordiger opgepakt. Wel geven gesproken auditees aan dat ongenoegens en (informele) klachten niet middels een overzicht geregistreerd worden waardoor een trend/rode draad niet direct in beeld komt.

Omdat de auditor op meerdere vlakken ruimte voor verbetering ziet ten aanzien van het gebruik van het ECD in relatie tot het bieden van persoonsgerichte zorg en het toepassen/gericht handelen naar aanleiding van wensen en behoeften en het ontbreken van een ongenoegens/klachtenregistratie past de auditor aftrek van punten toe.

### **Aanvullende audit 1 juni 2022**

De auditor heeft enkele zorgplannen ingezien waarbij medewerkers vertelden wat er verbeterd was gedurende de laatste maanden (na de eindaudit). Het viel de auditor hierbij op dat de medewerkers de benodigde informatie snel konden vinden. De organisatie heeft een consultant van Nedap ingehuurd om de applicatie te verbeteren. Hierbij zijn de mogelijkheden van het zorgplansysteem geoptimaliseerd waarbij enkele medewerkers zijn betrokken om zo mee te denken over de systematiek van het systeem. De auditor werd gewezen op de nieuwe koppeling tussen de documenten en het zorgplan. Als voorbeeld zag de auditor dat de risico-inventarisatie nu bij gesignaleerde risico's, via het aanvinken, te zien waren in het zorgplan. Op de risico's waren aantoonbaar een doel, actie en rapportage te lezen. Ook het rapporteren is volop onder de aandacht geweest en wordt op intercollegiale wijze besproken ter verbetering. Als vervolg op de optimalisatie van het zorgplansysteem is er een handleiding gemaakt met een workflow voor de gebruikers. Andere scholingen die recentelijk zijn gevolgd ter verbetering van de werkwijzen zijn, een cursus methodisch werken, een scholing over persoonsgericht werken en er zijn klinische lessen gegeven over het rapporteren op doelen. Hier hebben alle medewerkers die met de bewoners werken aan deel genomen, dus ook de huiskamermedewerkers. Zodat de huiskamermedewerkers (die de hele dag bij de bewoners zijn) en de activiteitenbegeleiders nu rapporteren.

Een medewerker vertelde de auditor dat er twee doelen zijn die altijd, ook als het geen zorgvraag/probleem is, in het zorgplan genoteerd moeten worden namelijk mondzorg en activiteitenbegeleiding. Andere doelen die in het zorgplan genoteerd staan komen voort uit de anamnese waarbij de vier domeinen als leidraad in het anamnesegesprek dienen. Daar waar een hiaat in de zelfredzaamheid aan het licht komt wordt via een vinkje een doel geactiveerd en beschreven.

De auditor heeft gezien dat er nu in het onderdeel zorgplan, waar de doelen en acties beschreven staan, gerapporteerd wordt. Een medewerker vertelde de auditor dat door deze methode 'er beter en gericht naar de bewoner wordt gekeken'. Hierdoor komt de bewoner meer als persoon tot zijn recht en worden zorgdoelen beschreven van de specifieke bewoner.

De auditor heeft in gesprek met medewerkers gehoord dat de intakeprocedure is verbeterd. Er

zijn een aantal formulieren die de leidraad vormen voor een eenduidige werkwijze. Om gesprekken met de disciplines op elkaar af te stemmen is de receptie ingeschakeld voor de planning. Het onderdeel lichamenlijk welbevinden wordt binnen 24 uur na het anamnesegebesprek en opname in het zorgplan beschreven. Om de bewoner als persoon beter te leren kennen, voert ook de activiteitenbegeleiding een intake uit waarbij de afspraak is, binnen een week de welzijnswensen van de bewoner beschreven te hebben. Dit om welzijnswensen bij aanvang van de opname in kaart te brengen, en daar snel actie op te ondernemen.

Sinds twee maanden werken de medewerkers met een levensboek is de auditor verteld in gesprekken. Het levensboek wordt door verwanten en/of bewoner ingevuld. Als het levensboek gereed is wordt het uitgeprint om bij de bewoner op het appartement te leggen als naslagwerk en om in gesprek te gaan over onderwerpen die de bewoner belangrijk vindt. De verwanten krijgen dit boek digitaal toegestuurd. Op deze manier kunnen medewerkers nog beter ingaan op de waarden en normen van de bewoner en wensen hieromtrent meenemen in de zorgverlening.

Op ieder appartement is een laptop aanwezig waarop medewerker de informatie kunnen vinden die in het zorgplan staat. De medewerkers rapporteren in het bijzijn van de bewoner. De rapportages die de auditor gelezen heeft zagen er professioneel en bondig uit.

De MDO's (Multi Disciplinair Overleg) zijn onderdeel van de vernieuwde intakeprocedure. Hierin is een planning opgenomen en staan betrokkenen beschreven. De auditor las hierbij de afspraak om zes weken na opname een eerste MDO te plannen en vervolgens eenmaal per jaar waarbij er halfjaarlijks in ieder geval een evaluatie van de zorgverlening plaats vindt. De EVV-er van de bewoner organiseert dit MDO. Hiervoor is een nieuwe werkwijze opgesteld zodat dit MDO volgens een vastgestelde werkwijze gebeurt. Er is een vaste huisarts die wekelijks in huis is. Met deze huisarts is een procedure besproken, die door de organisatie beschreven is om het multidisciplinair samenwerken 'handen en voeten' te geven. De auditor is verteld dat er met spoed gestart is om de MDO's te organiseren om de 'achterstand' in te halen.

De auditor heeft voorafgaande de audit diverse documenten met als onderwerp 'klachten' gekregen. Deze documenten gaan over de werkwijze, het jaarverslag en het reglement van de onafhankelijke klachtencommissie waar het Rosa Spier Huis bij aangesloten is. Verder is er een verslag gestuurd naar de auditor waar één officiële klacht, die in 2021 binnen gekomen is, staat beschreven. Deze klacht is doorgestuurd naar de onafhankelijke klachtencommissie. Een overzicht van klachten of uitingen van onvrede ontbreekt echter, waardoor dit een aandachtspunt blijft. Wel heeft de auditor gehoord van medewerkers dat klachten en uitingen van ongenoegen actief worden behandeld, alleen een registratie ontbreekt waardoor het minder leereffect heeft.

De auditor heeft aantoonbaar gehoord en gezien dat de zorg op eenduidige manier in het zorgplan beschreven wordt. Er is een duidelijke verbetering gezien van de werking van de applicatie waarin het zorgplan is uitgewerkt. Medewerkers hebben via de anamnese, het aangepaste werken in het zorgplan en het levensboek de persoonlijke wensen van de bewoner beschreven. Daardoor zijn alle medewerkers op de hoogte van de ondersteuning en daarbij behorende persoonlijke wensen van een bewoner. Ook de samenwerking en overleggen met de diverse professionals zijn geprotocolleerd waardoor zowel de bewoner als medewerkers en andere betrokkenen weten hoe te werken en wat te verwachten van een overleg. De auditor ziet aantoonbare verbeteringen waarvoor het volle aantal punten wordt gegeven.

### *Reflecteren en verbeteren*

#### **Eindaudit 28 februari 2022**

De auditor heeft in de vooraf aangeboden instrumenten en documenten gelezen dat in juli 2021 een inspectiebezoek heeft plaatsgevonden waarin een aantal getoetste normen (grotendeels) niet voldeden. Naar aanleiding hiervan heeft het RSH een plan van aanpak opgesteld waarin zij de betreffende normen heeft beschreven, de visie van het RSH op de geconstateerde afwijkingen en

welke verbeteracties het RSH in wilde gaan zetten. Enkele van deze normen hebben specifiek betrekking op persoonsgerichte zorg:

- het kennen van je cliënt (minder aantoonbaar bij uitzendkrachten)
- beschikbare informatie verschilt per dossier
- fysieke leefomgeving sluit niet altijd aan bij de wensen en zorgvragen van (PG) cliënten

De auditor hoort dat het RSH diverse interventies heeft ingezet om de focus op het leveren van persoonsgerichte zorg te vergroten. De anamnese als vragenlijst is hier een voorbeeld van. Toch ziet de auditor in de getoonde dossiers dat de informatie vanuit deze anamnese onvoldoende wordt gebruikt/vertaalt maar concrete doelen en acties in het zorgplan. Zoals eerder opgemerkt bij praktijk en instrumenten ziet de auditor een groot verschil aan beschikbare informatie in de getoonde dossiers.

Ten aanzien van de fysieke leefomgeving zijn diverse plannen met de auditor gedeeld die het (in de toekomst) meer mogelijk maken beter aan te sluiten bij de (be)leefwereld van de aanwezige doelgroep(en). Op dit moment kan de auditor daar nog geen inhoudelijke beoordeling over geven. Veel van deze voorgenomen besluiten op onder meer de psychogeriatrische huiskamers zijn nog niet gerealiseerd. Er is inmiddels wel een start gemaakt met het inrichten van een huiskamer op de somatische zorgafdeling, op de eerste verdieping van het RSH. Deze verbouwing/inrichting is nog in volle gang en men lijkt nog te zoeken naar een juiste invulling van de te bieden daginvulling aan de verschillende bewoners die hiervoor in aanmerking komen.

De auditor heeft tijdens de auditdag geconstateerd, op basis van de gesprekken met auditees, dat jaarlijkse MDO's in het vooruit gepland staan en reeds gehouden MDO's plaats hebben gevonden aan de hand van de nieuw opgestelde richtlijnen/organisatiekaders. Tijdens de MDO's wordt als onderdeel van de voorbereiding gekeken naar onder anderen de risicosignalering en het doorlopen van de aanwezige informatie op actualiteit, in het bijzijn van bewoners en/of vertegenwoordigers.

Van gesproken auditees tijdens de rondgang heeft de auditor vernomen dat er een basisscholing voor huiskamermedewerkers is ingericht met thema's als 'bewoners met dementie', 'jouw werkzaamheden in en rond de huiskamer' en 'communicatieve en sociale vaardigheden'. Deze scholing zal naar verwachting in de loop van het jaar gegeven gaan worden.

Zoals eerder al is aangegeven hoort en ziet de auditor dat er diverse interventies ingezet zijn om het eigen handelen ten aanzien van de persoonsgerichte zorg binnen het RSH te verbeteren. Gelet op de tijd tussen de implementatie van de (nog uit te voeren) diverse interventies en het beoordelen tijdens de auditdag moet de auditor concluderen dat het RSH in beweging is maar de effecten nog onvoldoende zichtbaar zijn om deze als 'goed op orde' te beschouwen. Om deze reden kent de auditor aftrek van punten toe op het onderdeel reflectie en verbeteringen.

### **Aanvullende audit 1 juni 2022**

De auditor heeft op 1 juni het Rosa Spier Huis bezocht voor een aanvullende audit. Tijdens de kennismaking is verteld dat de Inspectie van Gezondheid en Jeugd (IGJ) de dag daarvoor op bezoek is geweest. De reden van dit bezoek was de voortgang van de verbeterpunten, naar aanleiding van een eerdere constatering van enkele tekortkomingen, te bespreken. De IGJ was positief en tot de conclusie gekomen dat de verbeteringen voldoende waren om de kwaliteit van de zorg te kunnen garanderen.

De auditor heeft de geconstateerde aandachtspunten van deze prestatie 'persoonsgerichte zorg' doorgenomen deze dag met enkele medewerkers. Hierbij zijn diverse aantoonbare verbeteringen gezien die de laatste tijd gerealiseerd zijn.

Als voorbeeld was de derde huiskamer voor bewoners met een PG (psychogeriatric) en een somatische grondslag in gebruik. Hierdoor is er meer ruimte voor ander PG bewoners op de andere huiskamers wat het welzijn bevordert. Deze derde huiskamer heeft een actief welzijn programma (gingen wandelen op de auditdag). Verder ligt er een goedkeuring om de beide PG huiskamers middels een serre-achtige constructie met elkaar te verbinden. Dit was nog niet

zichtbaar.

Een andere verbetering die ingezet is de scholing methodisch werken in het zorgplan. Alle medewerkers hebben deze scholing gevolgd is de auditor verzekerd. Als verbetering en borging van het methodisch werken is een auditcommissie opgericht die eens per kwartaal enkele dossiers bekijkt en bespreekt, bij voorkeur met de EVV-er. Hiervoor is een handleiding opgesteld, 'protocol auditcommissie bewonersdossiers'. Ook zorgplannen van bewoners die binnen kort een MDO krijgen worden hierin meegenomen. De leden van deze auditcommissie wisselen om het leereffect over te dragen. Tevens bekijkt een leidinggevende maandelijks enkele zorgplannen op het methodisch werken en bespreekt de aandachtspunten die het auditteam heeft geconstateerd.

De auditor geeft hier het volle aantal punten vanwege de aantoonbare verbeteringen die zijn ingezet en de inzet om deze verbeteringen te borgen.

<b>Waarde Transparantie</b>		<b>80</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie P2 Communicatie en informatie</b>				
Cliëntervaring	Voldoende	20	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Voldoende	25	●	

### *Cliëntervaring*

In het cliënttevredenheidsonderzoek leest de auditor enkele vragen die ook betrekking hebben op de informatievoorziening en de wijze waarop deze plaatsvindt:

"Wordt uw naaste gezien en gehoord? Wordt er passend gereageerd op vragen en verzoeken van u en uw naaste?", de geïnterviewde waardeerden deze vraag respectievelijk met een 8,2 (PG) en een 8,0 (SOM).

En op de vraag: "Verloopt het maken van afspraken goed? En komt de organisatie/medewerker gemaakte afspraken overtijden, tijdstippen en bereikbaarheid na?" werd het RSH gewaardeerd met 7,8 (PG) en een 7,5 (SOM).

Op Zorgkaart Nederland leest de auditor wisselende waarderingen terug die betrekking hebben op communicatie en informatie. Enkele positieve voorbeelden hiervan zijn:

'Ik heb veelvuldig contact en als ik iets vraag is de terugkoppeling goed'.

'De zorgmedewerkers houden goed in de gaten hoe het met mijn moeder gaat. Als er iets aan de hand is nemen ze meteen contact met ons op. De verzorgenden beantwoorden mijn vragen goed of zoeken het uit als ik iets vraag wat ze niet weten. De terugkoppeling is goed'.

'Ik vind alles goed gaan, in het huis hebben ze heel veel aandacht voor mooie kunstuitingen en dat is belangrijk voor de bewoners. Ook vind ik het fijn dat ik in CarenZorgt kan meelesen met de dagrapportages van mijn tante'.

Enkele voorbeelden van kritische noten:

'.... er is een personeelstekort. Ze doen hun best, maar hebben weinig tijd als ze komen. Soms ben je bijvoorbeeld even in gesprek met ze en gaat hun telefoon en zijn ze weer weg'.

'Via CarenZorgt kan ik meelesen in het dossier van mijn tante, maar als ik zelf een vraag stel op het portaal is het mij niet duidelijk of de zorg mijn vraag ook ziet. Soms weet ik niet bij wie ik moet zijn voor een vraag, maar we komen er meestal wel uit'.

En enkele verbeteringsuggesties die de auditor gelezen zijn op Zorgkaart Nederland:  
'Ik zou vaker op de hoogte gehouden worden hoe het met mijn vader gaat. Een kleine update van een paar zinnen, wat mijn vader zoal gedaan heeft en hoe het met hem gaat, is al voldoende'.

'Het zou een verbetering zijn wanneer op de website wekelijks een menukaart zou komen, waardoor ik kan zien op welke dag ik daar het beste een hapje kan gaan eten samen met mijn moeder'.

Kijkend naar de genoemde voorbeelden is de auditor van mening dat er ruimte voor verbetering is in de ervaren tevredenheid ten aanzien van de communicatie en informatie(voorziening) en past daarom aftrek van punten toe.

### *Praktijk en instrumenten*

Voorafgaand en anders bij aanvang van de zorgverlening, zo heeft de auditor tijdens gesprekken met auditees vernomen, wordt aan de nieuwe bewoner (met zorg) en/of huurder ook op papier een informatiepakket uitgereikt met daarin (verplicht vigerende) informatie onder anderen aangaande het zorgplan, veiligheid, kosten, klachten en ethische aangelegenheden. Op de website vindt de auditor een deel van deze informatie ook digitaal terug.

Daarnaast biedt de website van het RSH een uitgebreid aanbod aan informatie voor geïnteresseerden, zo stelt de auditor vast. Het geeft een beeld van de missie en de visie van het RSH en wie in aanmerking kan komen om er te gaan wonen - al dan niet met een indicatie of gewoon als huurder waarbij het volgende criteria gehanteerd wordt: "De nieuwe bewoner dient een (aantoonbare) professionele achtergrond in kunst of (bij voorkeur aan kunst gerelateerde) wetenschappen te hebben (gehad)". Hierover wordt op de website informatie over verschaft. Daarnaast leest de auditor wat (potentiële) bewoners en naasten kunnen en mogen verwachten van de zorgverlening binnen het RSH en de culturele inslag die daarbij passend is. Het RSH heeft landelijke bekendheid, zo constateert de auditor bij het lezen van de aangeboden informatie, waar het RSH in haar informatieaanbod op anticipeert.

Op de website is de auditor 'verstopt tussen de nieuwsberichten die voornamelijk een update van de coronamaatregelen bevatte' diverse vlogs tegengekomen. Deze vlogs kon de auditor via Youtube afspelen waarmee de auditor een inkijk heeft gekregen in georganiseerde activiteiten binnen het RSH waarbij cultuur en de kunstenaar(s) centraal staan, evenals de nauwe samenwerking met bijvoorbeeld de 'Keep an Eye' foundation waarbij samengewerkt wordt om een podium te (blijven) bieden aan (aanstormend) talent en de Utrechtse Hoge school voor de Kunst. De auditor doet hierbij de suggestie om de vlogs, die juist een inspirerend beeld geven van het RSH, op een duidelijkere plaats (op de website) onder het voetlicht te brengen bij (potentiële) bewoners/huurders en andere geïnteresseerden.

Bij aanvang van de zorgverlening wordt met de bewoner en/of vertegenwoordiger gecommuniceerd wie de contactpersoon is binnen het RSH en op welke wijze deze bereikbaar is. Deze informatie is voor bewoners en vertegenwoordigers ook terug te vinden in het ECD. De auditor hoort in gesprekken met auditees dat niet veel bewoners/vertegenwoordigers gebruik maken van Caren, het cliëntportaal waarbij toegang wordt verkregen tot het zorgdossier/zorgplan. Bewoners en vertegenwoordigers worden hier bij aanvang zorg wel over geïnformeerd geven auditees aan bij de auditor. Waarom er weinig animo is voor het gebruik kunnen de gesproken auditees niet aangeven.

Gedurende de auditdag hoort en ziet de auditor verschillende manieren van communicatie(middelen) voorbij komen in gesprekken met auditees, tijdens de rondgang (observaties) en bij inzage van het cliëntdossier. De auditor concludeert hiermee dat deze voldoende en in passende vorm zijn afgestemd op de aanwezige doelgroep en kent op basis van de genoemde voorbeelden het volledige aantal punten toe op het onderdeel praktijk en instrumenten.



### Reflecteren en verbeteren

De auditor ziet in vooraf toegezonden documenten en hoort dit tijdens het startgesprek bij aanvang van de auditdag ook bevestigd dat het RSH volop in ontwikkeling is. Er is recent een nieuwe bestuurder gestart die, met behulp van en in samenspraak met het aanwezige management en werkzame (zorg)medewerkers, op zorg- en werkprocessen aan het reflecteren is teneinde de zorg- en dienstverlening te verbeteren.

Tijdens de audit zijn geen concrete voorbeelden met de auditor gedeeld aangaande het onderwerp informatie en communicatie en op welke wijze reflecties hebben geleid tot het toepassen van interventies. De auditor ziet en hoort geen concrete verbeteracties terug naar aanleiding van de gedeelde cliëntervaringen op Zorgkaart Nederland en het cliënttevredenheidsonderzoek. Om dit reden past de auditor aftrek van punten toe.

<b>Waarde Veiligheid</b>		<b>90</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie P3 Cliëntveiligheid</b>				
Cliëntervaring	Voldoende	20	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### Cliëntervaring

#### Eindaudit 28 februari 2022

Op Zorgkaart Nederland en in de uitkomsten van het cliënttevredenheidsonderzoek leest de auditor de volgende waarderings m.b.t. het aspect (cliënt)veiligheid:

'Het belangrijkste voor mij is dat ik weet dat er altijd iemand is die voor mijn moeder kan zorgen als dat nodig is. De zorgverleners, maar ook de vrijwilligers, de mensen achter de balie, in het restaurant, allen zijn ze vriendelijk, betrokken en ontzettend geduldig en empathisch. Mijn moeder heeft een ingewikkelde persoonlijkheid, maar zij gaan er prima mee om. Zij hebben een hele last van mijn schouders genomen. Ook de structuur en regelmaat is weer terug'.

'Er wordt goed naar mijn moeder geluisterd. De zorgverleners gaan respectvol met haar om. De sfeer is prima. Iedereen is zeer betrokken en liefdevol. Dat geeft mij een rustig gevoel: te weten dat er goed voor haar gezorgd wordt'.

In het cliënttevredenheidsonderzoek zijn geen concrete vragen gesteld, gericht op 'Voelt u/uw naasten zich veilig' binnen het RSH. Desondanks hebben een aantal geïnterviewden wel een reactie gegeven die naar mening van de auditor aansluit bij het veiligheids/comfort aspect: 'Een minpunt vind ik dat de gezamenlijke huiskamer erg klein is. Mijn moeder zit in een rolstoel. Er is niet goed rekening mee gehouden dat er zoveel rollators en rolstoelen in de huiskamer naar binnen moeten. Het is een beetje woekeren met de ruimte. Dat vind ik jammer'.

'De gemeenschappelijke woonkamer is veel te klein voor alle rolstoelen en ongezellig. Er zijn allemaal kleine tafeltjes, een keuken en een bankje. Op het bankje gaat niemand zitten. Over deze afdeling is niet goed nagedacht'.

'Een aandachtspunt vind ik de opvolging van technische vragen, bijvoorbeeld over de reparatie van een hulpmiddel. Dit loopt nu via de zorg, maar ik denk dat het beter via de receptie kan gaan, zodat zij het kunnen doorspelen naar de technische dienst. Ook zou ik het fijn vinden als er via de technische dienst een soort onderhoudscyclus is voor de rolstoelen. Zij kunnen dan kijken of er wat bijgesteld of vervangen moet worden'.

'Ik vind het vervelend, dat de voordeur niet echt op slot kan. Door het automatisch systeem kan iedereen binnen komen. Er wordt dan ook wel gestolen'.

Tijdens de auditdag is met gesproken (psychogeriatrische) bewoners niet ingegaan op de ervaringen en beleving rondom veiligheid.

Op basis van de hierboven gedeelde waarderingen concludeert de auditor dat er ruimte is voor verbetering en kent daarom aftrek van punten toe.

### **Aanvullende audit 1 juni 2022**

De auditor heeft enkele bewoners gesproken die allen aangaven het Rosa Spier Huis een fijne plek te vinden en zich er geborgen en veilig te voelen. Ook de mogelijkheid om overdag, als echtbaar bij elkaar te zijn, waarbij een partner in de nacht onder de hoede is van de verzorging, is als 'een veilig gevoel' aangeduid.

De auditor heeft echter geen andere gegevens kunnen vinden dan deze gesprekken om de cliënttevredenheid op andere manier te beoordelen dan tijdens de eindaudit. Hierdoor blijft het aantal punten hetzelfde.

### *Praktijk en instrumenten*

#### **Eindaudit 28 februari 2022**

In het kwaliteitsplan en kwaliteitsjaarverslag heeft de auditor gelezen dat het RSH jaarlijks, door middel van registratie en interne reflectie, verantwoording aflegt over de vigerende (basis) veiligheidsindicatoren.

Gedurende de rondgang heeft de auditor op basis van genomen steekproeven vastgesteld dat het RSH de veilige principes in de medicatieketen hanteert. Zo blijken geopende flesjes in de medicatiekarren voorzien te zijn van een houdbaarheidssticker/datum die correspondeert met de telling van dagen en zijn er geen afwijkingen aangetroffen in de opiatenregistratie. Gesproken auditees hebben de auditor verteld dat de aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk is voor de wekelijkse controle van de opiatenregistratie.

De temperatuur van de medicatiekoelkast, welke niet afgesloten was, wordt digitaal uitgelezen door de technische dienst, is de auditor verteld door gesproken auditees. Hiervan zijn door de auditor geen registraties ingezien. De temperatuur van de koelkast vertoonde bij de rondgang geen afwijkingen.

Medicatiekarren zijn alleen toegankelijk via op naam en functie ingestelde tags, deze tags verschaffen ook toegang tot appartementen en specifieke (verpleeg)ruimtes. Zo kan, indien van toepassing, nagegaan worden wie welke ruimtes wanneer heeft betreden.

Het dubbel paraferen van risicovolle medicatie geschiedt via Medimo, het digitaal toedienregistratiesysteem dat binnen het RSH gebruikt wordt. Omdat het RSH werkt met invalkrachten en uitzendkrachten is ervoor gekozen om van alle bewoners die in zorg zijn voor medicatie een foto toe te voegen aan Medimo zodat onbekenden een dubbele check toe kunnen passen wanneer medicatie niet via een bekende medewerker gedeeld kan worden. De auditor hoort dat polyfarmacie bij aanvang van de zorgverlening door de huisarts en de apotheek wordt bekeken en daarna jaarlijks wordt vervolgd (en vaker indien nodig) door de huisarts tijdens het MDO.

Tijdens de rondgang trof de auditor, samen met de begeleidende auditee, twee hulpmiddelen aan die niet voorzien waren van een keuringssticker. Het betrof hier een tillift en een douchestoel. Beide hulpmiddelen werden nog dagelijks gebruikt, zo is de auditor verteld. De aanwezige keuringssticker gaven een geldigheid (van keuring) aan tot respectievelijk het eerste en tweede kwartaal 2020. Samen met aanwezige auditees is het overzicht van jaarlijks gecontroleerde hulpmiddelen bekeken. Hierop zijn beide hulpmiddelen niet teruggevonden en staan ook niet meer als 'in gebruik' geregistreerd. De auditor merkt hierin een cliëntrisico op; er wordt gewerkt met twee niet (goed) gekeurde apparaten. Andere aangetroffen tilliften waren wel voorzien van een geldige keuringssticker en terug te vinden op het onderhoudsoverzicht van de locatie. Niet relevant voor de beoordeling van de prestatie maar wel door de auditor opgevalen: de

keuringssticker van de reguliere lift ontbrak in 1 van de 2 liften. De andere lift bevatte de sticker met de eerstvolgende keuringsdatum van 7/2023.

De auditor heeft het scholingsoverzicht BHV-ers over 2021/2022 ingezien en hoort van gesproken auditees dat de 24/7 bereikbaarheid van BHV-ers gegarandeerd is. De auditor heeft vanuit gesproken auditees ook vernomen dat het RSH geen structurele (ongeplande) brandoefeningen uitvoert waarbij achteraf geëvalueerd en geleerd kan worden - gericht op 'hoe kan en moet het in het vervolg anders'. Over een maandelijks veiligheidsronde door bijvoorbeeld de technische dienst zijn geen voorbeelden gedeeld met de auditor. Tijdens de rondgang werd een tillift voor de nooduitgang geconstateerd.

Tijdens de rondgang heeft de auditor gezien dat op de huiskamers van de psychogeriatrische zorgafdelingen de koelkasten worden gemonitord op temperatuur, structureel worden schoongemaakt (waarvan registratie is ingezien) en de aanwezige producten worden gestickerd. Het valt de auditor bij de rondgang in voornamelijk de keukens op dat bijvoorbeeld 'verdikkingsmiddelen' direct voor het grijpen staan op afzuigkappen en namen van bewoners aan de binnenkant van een kastdeur zijn geplakt met specifieke voedingsadviezen/aandachtspunten. Zo hoort de auditor ook dat eventuele benaderings- en voedingsadviezen, welke in het ECD zijn opgenomen, via de email worden rondgestuurd om m.n. huiskamerbegeleiders op de huiskamers extra te attenderen op wijzigingen - de mail wordt voorafgegaan met een app dat er een mail is die gelezen dient te worden. Op de huiskamer zouden deze benaderingsadviezen ook uitgeprint in de keuken aanwezig zijn, dit heeft de auditor niet meer kunnen verifiëren bij de aanwezige huiskamerbegeleiders. Dit zou niet AVG-proof zijn, meent de auditor en vraagt hier aandacht voor. Daarnaast bestaat het (cliënt)risico dat informatie, bij tussentijdse wijzigingen, niet meer actueel is wanneer deze niet aangepast worden/prints niet vervangen worden. Uit inzage van legionellaregistraties (analyserapport november 2021) blijken geen afwijkingen naar voren te komen en daarmee concludeert de auditor dat dit op orde is. In maart 2022 staat een nieuwe analyse gepland, zo is de auditor verteld. Tijdens de auditdag is het onderwerp inbraakpreventie niet aan de orde geweest/besproken.

De Wet zorg en dwang is naar mening van de auditor nog steeds een groot aandachtspunt binnen het RSH.

De toegezonden instrumenten, waaronder 'protocol vrijheidsbeperkende maatregelen november 2020', 'schema proces inzet M&M' en beleidsadvies toepassing Wzd in het RSH, bevatten informatie die niet corresponderen met wet- en regelgeving. Zo wordt de huisarts als mogelijkheid genoemd om als Wzd-functionaris op te treden, wordt in alle gevallen het opstarten van het stappenplan geadviseerd en wordt informatie door elkaar heen gebruikt waardoor naar mening van de auditor de (beleids)kaders voor zorgmedewerkers onvoldoende richtinggevend zijn om te kunnen voldoen aan een juiste invulling van de wet. Tijdens gesprekken met auditees merkt de auditor op dat auditees nog veel vragen hebben ten aanzien van de uitvoer, toepassing en registratie van de Wzd. Vragen als; 'wanneer is zorg onvrijwillig', 'wanneer is er sprake van verzet', 'wat is de reden waarvoor een interventie wordt toegepast', op welke wijze vindt afbouw plaats' en 'hebben we in voldoende mate de weg naar de inzet beschreven (waarbij alternatieven van groot belang zijn)'. De inzet van psychofarmaca, buiten de richtlijnen, wordt niet binnen het kader van de toepassing van de Wzd meegenomen. De auditor merkt hierbij op dat het de auditees aan kennis ontbreekt op dit onderdeel.

De auditor hoort in gesprekken met auditees terug dat er geen Wzd-functionaris beschikbaar is, ondanks meerdere pogingen en aanhaken bij andere kleine organisaties in de regio die met dezelfde problematiek en uitdagingen kampen.

De registratie in de getoonde cliëntdossiers laten in onvoldoende mate antwoorden zien op de hiervoor gestelde vragen.

Op basis van wat de auditor tijdens de rondgang heeft gezien, het beoordelen van de getoonde cliëntdossiers waarin sprake was onvrijwillige zorg, voorbeelden die door auditees met de auditor werden gedeeld is de auditor van mening dat de cliëntveiligheid onvoldoende op orde is. Er is

sprake van cliëntrisico's m.b.t. het gebruik van niet gekeurde hulpmiddelen, niet afgesloten medicatiekoelkast, uitgeprinte benaderingsadviezen (AVG) en de toepassing van de wet zorg en dwang.

Om deze reden kent de auditor extra aftrek van punten toe op het onderdeel praktijk en instrumenten.

### **Aanvullende audit 1 juni 2021**

De auditor heeft tijdens de rondleiding de medicatiekoelkast gezien die voorzien is van een slot. De tilliften zijn nu allemaal voorzien van een keuringssticker is tijdens de audit gebleken.

De veiligheidsrondes die maandelijks gehouden worden door een medewerker zijn nu beschreven, zodat na te lezen is of er afwijkingen zijn geconstateerd. Aandachtspunten worden aan de verantwoordelijke medewerker doorgegeven. Ook van geplande en ongeplande brandoefeningen wordt nu een verslag gemaakt waardoor er een evaluatie kan plaatsvinden en waardoor aantoonbaar is dat er oefeningen gedaan zijn en op welke manier.

De auditor heeft geen losse notities meer aangetroffen op de huiskamers. Medewerkers maken gebruik van een laptop om informatie op te halen. De mailfunctie die gebruikt wordt in het Rosa Spier Huis is beveiligd, wat tijdens de vorige audit niet duidelijk is verteld aan de auditor. Verdikkingsmiddelen worden nu volgens afspraak in een keukenkast bewaard. De wens tot wel of niet reanimeren staat in het zorgplan genoteerd, als de bewoner daar toestemming voor gegeven heeft.

De toepassing van activiteiten die onder de Wzd (Wet Zorg en Dwang) vallen zijn verbeterd na de vorige audit heeft de auditor gehoord van enkele medewerkers. Zo is de procedure aangepast aan de huidige normen van de Wzd. En er wordt nu gewerkt met het stappenplan. Verder is er per 1 juni een onafhankelijke Wzd-functionaris aangesteld. De procedure Wzd wordt nog met deze functionaris besproken en zonodig aangepast. Ook wordt voorafgaande aan de MDO's een risico-analyse afgenomen van de bewoner waarbij de inzet van beperking van de vrijheid of beweging meegenomen wordt. Dit wordt dan tijdens het MDO weer besproken. Het inzetten van beperkingen is ook onderwerp tijdens de bewonersbesprekingen die eenmaal per twee weken plaatsvinden. Medewerkers die nog niet geschoold zijn via e-learning worden alsnog uitgenodigd de e-learning te volgen. Ook is er dit jaar een herhaling van deze e-learning gepland. De inzet van bewegingsvrijheid wordt altijd met de bewoner en diens contactpersoon besproken ook als het om een bewoner gaat die wilsonbekwaam is, werd de auditor verder verteld door een medewerker.

De auditor heeft gezien dat er op diverse gebieden aantoonbaar dingen zijn verbeterd, waarvoor het volle aantal punten wordt gegeven.

### *Reflecteren en verbeteren*

### **Eindaudit 28 februari 2022**

De auditor heeft in de vooraf aangeboden instrumenten en documenten gelezen dat juli 2021 een inspectiebezoek heeft plaatsgevonden waarin een aantal getoetste normen (grotendeels) niet voldeden. Naar aanleiding hiervan heeft het RSH een plan van aanpak opgesteld waarin zij de betreffende normen heeft beschreven, de visie van het RSH op de geconstateerde afwijkingen en welke verbeteracties het RSH in wilde gaan zetten.

Enkele van deze normen hebben specifiek betrekking op cliëntveiligheid (in relatie tot deskundige medewerker):

- inhoudelijke kennis (casuïstiek) m.b.t. de Wet zorg en dwang
- halfjaarlijkse risico inventarisatie voorafgaand aan het MDO (en opvolging)
- opvolging n.a.v. MIC meldingen (bijv. m.b.t. vallen), geaccepteerd risico of doel

De auditor constateert tijdens het voeren van de gesprekken en het beoordelen van de dossiers

dat het RSH zeker zaken in gang heeft gezet om de kwaliteit van (veilige) zorg te vergroten. Echter het tijdstip waarop de toetsing plaatsvindt, in relatie tot het tijdstip waarop interventies opgestart zijn, is te kort om de effecten in zijn volledigheid te kunnen meten.

Wat betreft de Wet zorg en dwang bevreemd het de auditor dat het RSH nog (steeds) geen duidelijke beleidskaders heeft geformuleerd waarna medewerkers in de praktijk binnen wet- en regelgeving kunnen handelen, aangezien dit tijdens zowel de initiële als tussentijdse audit een aandachtspunt was voor het RSH. En zijn werkprocessen onvoldoende ingericht om medewerkers procesmatig te ondersteunen. Er wordt door auditees gesproken over een samenwerking met een team dat zich specialiseert in 'moeilijk verstaanbaar gedrag' waarbij ook een psycholoog betrokken is, doch hier wordt geen gebruik van gemaakt in relatie tot de uitvoer van de Wzd, constateert de auditor op basis van de informatie die door auditees met de auditor zijn gedeeld.

De auditor ziet dat MIC en MIM analyses worden/zijn uitgewerkt. De analyses kunnen naar mening van de auditor met meer diepgang leiden tot een adequatere aanpak waarbij het leerrendement vergroot kan worden. Er vinden, zover de auditor kan beoordelen, geen reflecties op eerdere analyses en verbeteracties plaats waardoor de effecten van toegepaste interventies niet worden beschreven en niet gezegd kan worden of verbeteracties ook daadwerkelijk leiden tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

In de getoonde dossiers heeft de auditor wel teruggelezen dat er sprake was van een geaccepteerd risico bij een bewoner (na de halfjaarlijkse risicoinventarisatie) en niet structureel een MIC melding gedaan hoefde te worden, alleen bij letsel. Opvolging n.a.v. het cliënttevredenheidsonderzoek met betrekking tot het 'niet kunnen sluiten van de voordeur' is niet besproken/aan de orde geweest.

Omdat de auditor, ondanks de interventies die genomen zijn om verbeteringen te initiëren, ruimte ziet voor verbetering wordt ook op dit onderdeel aftrek van punten toegepast.

### **Aanvullende audit 1 juni 2022**

De auditor heeft voorbeelden van reflecteren en verbeteren op het handelen gehoord waarbij in de toekomst het Rosa Spier Huis meer en mogelijk sneller kan terugvallen op diverse professionals zoals een specialist ouderengeneeskunde (Shared medisch centrum).

Verder zal er dit jaar een cliënttevredenheidsmeting en een medewerkertevredenheidsmeting worden uitgezet om te inventariseren waar verbeteringen hebben gewerkt en waar nog wensen zijn ter verbetering. Om de tevredenheid van klanten (bewoners, medewerkers en externen) te bevorderen is het principe van klantbelofte geïntroduceerd.

De meldingen van incidenten wordt door de MIC-commissie besproken en verwerkt in analyses. Deze MIC-commissie heeft ook de huidige werkwijze geëvalueerd en geconstateerd dat het huidige meldsysteem niet voldoet. De meldingen worden in het zorgplan (ONS) gedaan waarbij er geen signaalfunctie is om de meldingen door te sturen. Hierdoor blijven meldingen soms te lang staan en wordt er geen actie op ondernomen. Uiteraard volgt er na ieder incident een directe actie van de medewerker. Er is geconstateerd dat er een andere applicatie nodig is. Deze is ook al aangeschaft waarbij de aanwezig medewerkers de auditor vertelden dit systeem ook graag in te willen zetten voor andere meldingen zoals klachten of uitingen van onvrede (trias web).

De auditor heeft tijdens de auditdag gehoord dat er een opleidingscoördinator is aangenomen. Deze taak lag voorheen bij de teamleiders. Door deze taak van de teamleiders over te dragen hebben deze medewerkers meer tijd voor de begeleiding van de medewerkers, zoals begeleiding in het methodisch werken in het zorgplan. Deze opleidingscoördinator zorgt voor afstemming met de medewerker over hun opleidingseisen en -behoeften.

De auditor constateert dat er actief wordt gereflecteerd op het handelen waar aantoonbaar actie op ondernomen wordt. Hiervoor wordt het volle aantal punten gegeven.

## 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 eindaudit 28 februari 2022 (Natasja Heij (LEAD))
- Voorzitter /Secretaris aanvullende audit 1 juni 2022 (Dea Bobeldijk)

### Prestatieoverzicht

Onderwerpen	Wel/niet behaald
<b>Pijlers</b>	
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

**Eindaudit 28 februari 2022**

<b>Peildatum</b>	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	01 januari 2022
<b>Bestuursstructuur</b>	
Bestuursstructuur	eenhoofdig bestuur (directeur/bestuurder), raad van toezicht (5 leden)
Zorgbrede Governance Code	Ja
	Toelichting:
<b>Verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)</b>	
Onder verscherpt toezicht IGJ	Nee
	Toelichting:
Datum laatste inspectieverslag	
<b>Leveringsvoorwaarden</b>	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	Ja
	Toelichting:
<b>Identiteit</b>	
Identiteit	Doelgroep is kunstenaars en wetenschappers.
<b>Samenwerkingsverbanden</b>	
Relevante samenwerkingsverbanden	Samenwerking in lerend netwerk met Nusantara. Verder deelnemer aan (samenwerkings)overleg kleine instellingen ouderenzorg Gooi & Vechtstreek (5 partijen) participant regionaal overleg zorginstellingen Gooi & Vechtstreek en Almere.
Diensten die zijn uitbesteed	Was (platgoed)

### **Zorg- & Cultuurgebouw en appartementen Rosa Spier Huis**

<b>In zorg</b>	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	66
<b>Uit zorg</b>	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	
	Overlijden 18
	Ontslag / overig
<b>Scope</b>	
Individuele zorg ( <i>Bij zelfstandig wonen - Zvw</i> )	<b>Aantal cliënten</b> 21

Ondersteuning en begeleiding (Wmo, hulp bij het huishouden)	0
Verblijf (Wlz)	49
Verblijf inclusief behandeling (Alleen behandeling wordt niet getoetst)	
Dagbesteding (Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)	
Revalidatie (o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)	
Informele zorg	
<b>Totaal aantal cliënten</b>	<b>Totaal: 70</b>
Specifieke kenmerken doelgroepen	<p>Doelgroep is kunstenaars &amp; wetenschappers. Bewoners hebben een Wlz-indicatie 5 of 6 (incidenteel 4)</p> <p>[aanvulling d.d. 19-4-2022 door Herold van den Berg, Directeur / bestuurder op aantal cliënten individuele zorg] Wij bieden thans 17 personen VPT vanuit de WLZ gefinancierd en 4 personen vanuit de Zvw (thans inderdaad totaal 21 maar dit varieert gedurende het jaar tussen de 21 en 27 personen, afhankelijk van de zorgbehoefte en indicaties in de appartementen die door de bewoners of door het RSH gehuurd worden).</p>
<b>Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening</b>	
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Nee
	Toelichting:
<b>BOPZ-aanmerking</b>	
BOPZ-aanmerking	Ja
	Toelichting: Geen mogelijkheid tot gedwongen opname, mogelijk dat er maatregelen toegepast worden die formeel onder de WZD vallen (bijv. dwaaldetectie)
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	<p>Personen: 109</p> <p>FTE: 65,5</p>
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE)	



in loondienst in laatste volledige jaar

Personen: 54  
FTE: 24,1

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE)

in loondienst in laatste volledige jaar

Personen: 49  
FTE: 25,4

Verzuim van de personeelsleden op peildatum,  
exclusief zwangerschapsverlof

13,3 %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar

Personen: 50  
FTE: 3,0

### 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?

Ja

Toelichting: Per 1 januari 2022 nieuwe directeur/bestuurder: Herold van den Berg

#### 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?

Nee

Toelichting:

#### 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: Herman Roest, adjunct-directeur

## Aanvullende audit 1 juni 2022

Peildatum			
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	20 mei 2022		
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:	1 <aantal> <aantal> <aantal> <aantal>	Laren nh <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk>
Bestuursstructuur			
Bestuursstructuur	Een hoofdig bestuur met RvT en medezeggenschap		
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> )	4		
Ondersteuning en begeleiding ( <i>Wmo, hulp bij het huishouden</i> )	2		
Verblijf ( <i>Wlz</i> )	Differentiëren naar ZZP: 1 ZZP2, 4,5 ZZP4, 29.7 ZZP5, 13.2 ZZP 6 + Wlz/VPT: 11.3 VPT4, 4 VPT5		
Verblijf inclusief behandeling ( <i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i> )	Differentiëren naar ZZP: 0		
Dagbesteding ( <i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i> )	0		
Revalidatie ( <i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i> )	0		
Informele zorg	0		
Totaal aantal cliënten	Totaal:		
Specifieke kenmerken doelgroepen	Omschrijving: somatisch & PG		
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening			
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting: Deel van onze activiteiten voor bewoners wordt gefinancierd door fondsen en sponsoring		
BOPZ-aanmerking			
BOPZ-aanmerking	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:		

<b>In zorg</b>	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	63
<b>Uit zorg</b>	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden: 21 Ontslag / overig: 0
<b>Verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg</b>	
Onder verscherpt toezicht Inspectie voor de Gezondheidszorg	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
Datum laatste inspectieverslag	5-7-2021
<b>Leveringsvoorwaarden</b>	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting:
<b>Identiteit</b>	
Identiteit	
<b>Samenwerkingsverbanden</b>	
Relevante samenwerkingsverbanden	ABC team Vivium
Diensten die zijn uitbesteed	0
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 121 FTE: 69.85
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar <sup>1</sup>	Personen: 66 FTE:
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 54 FTE:
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage: 4.34
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 50 FTE:
<b>Dit formulier is ingevuld door:</b>	
Naam en functie	Herold van den Berg Bestuurder
Datum	20-05-2022

### Tussentijdse- of eindaudit

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

<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>2</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting: adjunctdirecteur positie vervangen door specialistische kennis HR/Opleidingen

<sup>1</sup> Indien een andere periode dan een volledig jaar wordt aangehouden, deze periode graag specificeren.

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

**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?<sup>3</sup>

Ja  Nee  
Toelichting:

**Personeel**

Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd?<sup>4</sup>

Ja  Nee  
Toelichting:

**Keurmerk- en logogebruik**

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

Ja  Nee  
Toelichting:

**Overige**

Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang?

Ja  Nee  
Toelichting:

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

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

## Bijlage 3. Auditprogramma

### Auditprogramma eindaudit Rosa Spier Huis PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg 2017 28 februari 2022

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
09:00	09:30	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	HvdB, bestuurder/directeur HR, adjunct-directeur FU, kwaliteitsverpleegkundige MD, hoofd activiteitenbegeleiding/vrijwilligers	Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
09:30	12:00	Observatie en dossierbeoordeling persoonsgerichte zorg en cliëntveiligheid (gericht op de wet zorg en dwang) met specifieke aandacht voor de voortgang ten aanzien van de uitkomsten van het IGJ rapport n.a.v. een toezichtbezoek in 2021.	HR, adjunct-directeur FU, kwaliteitsverpleegkundige MD, hoofd activiteitenbegeleiding/vrijwilligers  enkele medewerkers en bewoners tijdens de rondgang	Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
12:00	12:30	Verwerken observaties		Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
12:30	13:00	Lunch auditor		Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
13:00	13:15	Tussentijdse afstemming met vertegenwoordiger van de organisatie	HR, adjunct-directeur	Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
13:15	15:45	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en Informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	HR, adjunct-directeur FU, kwaliteitsverpleegkundige MD, hoofd activiteitenbegeleiding/vrijwilligers  enkele medewerkers en bewoners tijdens de rondgang	Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
		Aandachtspunten vorige audit(s) Observatie algemene ruimte en logo- en keurmerkgebruik tijdens rondgang		
15:45	16:15	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
16:15	16:45	Eindgesprek/ terugkoppeling registratieadvies	HvdB, bestuurder/directeur HR, adjunct-directeur MD, hoofd activiteitenbegeleiding/vrijwilligers	Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))

## Auditprogramma aanvullende audit Rosa Spier Huis PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg 2017

**Naam organisatie:** Rosa Spier Stichting  
**Naam organisatieonderdeel:** Rosa Spier Huis  
**Scope:** Verblijf  
**Datum:** 1 juni 2022  
**Aantal auditoren:** 1

Tijd <sup>5</sup>	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor
08.30 – 09.00 Auto (op eigen verzoek)	Vorbereidingstijd auditor		Dea Bobeldijk
09.00 – 09.10 Vergaderzaal 1 <sup>e</sup> etage	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Meneer H Mevrouw A Meneer M Mevrouw F NB: gedurende de hele ochtend aanwezig als notulist tbv werkgroep kwaliteitsmonitor: Meneer Rik van Dommele	Dea Bobeldijk
09.10 – 11.50 Vergaderzaal 1 <sup>e</sup> etage	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	Mevrouw A Meneer M Mevrouw F 2 zorgmedewerkers	Dea Bobeldijk
11.50 – 12.20 Vergaderzaal 1 <sup>e</sup> etage	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Dea Bobeldijk
12.20 – 12.35 Vergaderzaal 1 <sup>e</sup> etage	Eindgesprek/ terugkoppeling registratieadvies	Meneer H Mevrouw A Meneer M Mevrouw F	Dea Bobeldijk

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

## Bijlage 4. Instrumentenoverzicht

**Eindaudit 28 februari 2022**

### 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	Nee	Nee
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 zorgleefplan, zorg-/dienstverleningsovereenkomst, kosten, bescherming persoonsgegevens, inrichting	Ja	Ja



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

Overige instrumenten:

Protocol vrijheidsbeperkende maatregelen november 2020

Beleidsadvies toepassing Wzd in RSH februari 2022

Notulen evaluatie werkgroep 3-2-22

RSH - Schema proces inzet MM

Actielijst kwaliteit 2021 - 2022

Korte rapportage aanpak verbeterpunten 12 november 2021

Verbeterplan vs10

Punten IGJ rapport in samenvatting

Verbeterplansep21planning 0.2 aanpast H.

Vastgesteld rapport Rosa Spier Stichting 5-7-2021

Vastgesteld verslag bestuursgesprek IGJ met Rosa Spier Stichting 4-10-2021

Het auditteam heeft 10 cliëntendossiers ingezien.

## Aanvullende audit 1 juni 2022

### Algemeen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Ingevuld formulier kerngegevens	Ja	Ja
Inge vulde 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 zorgleefplan, zorg-/dienstverleningsovereenkomst, kosten, bescherming persoonsgegevens, inrichting appartement/huisregels (o.a. over veiligheid), procedure indicatie, toegang appartement/sleutelbeheer,	Ja	Ja

wachttijst/wachttijstbegeleiding, 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

Overige instrumenten:

Inzage in devices op appartement

Het auditteam heeft 4 clientendossiers ingezien.