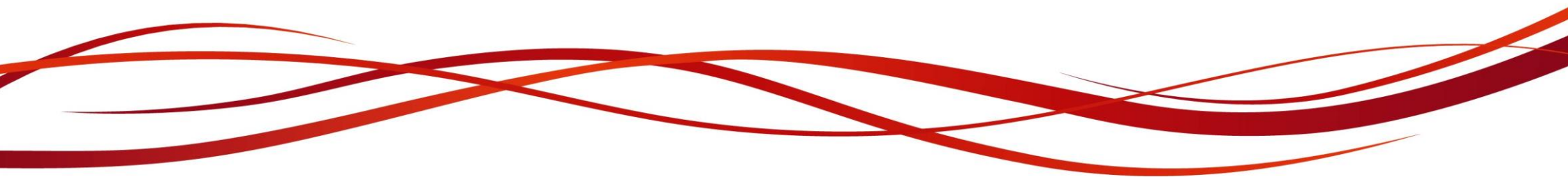


# Auditrapport

Zorg Thuis Zonneburg van Stichting Zorg Thuis

Driebergen – Rijssenburg  
16 februari 2018



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Methodische verantwoording</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Conclusie</b>	<b>10</b>
3.1	Conclusie	10
3.2	Keurmerk- en logogebruik	10
3.3	Registratieadvies	10
Bijlage A	Kerngegevens	11
Bijlage B	Auditprogramma tussentijdse audit of eindaudit	14
Bijlage C	Uitkomsten Indicatoren	15
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	17

## 1. Methodische verantwoording

<b>Naam organisatie</b>	Stichting Zorg Thuis Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
<b>Naam organisatieonderdeel</b>	Zorg Thuis Zonneburg
<b>Keurmerkschema</b>	PREZO VV&T (01/07/14, versie 1)
<b>Scope</b>	Extramuraal: Individuele zorg (VPT-cliënten)
<b>Soort audit</b>	Eindaudit
<b>Auditdatum</b>	16 februari 2018
<b>Auditor</b>	Dhr. J. Verveer
<b>Bijzonderheden</b>	De eindaudit heeft op de locaties Driebergen en Zeist plaats gevonden. Stichting Zorg Thuis beschikt over het PREZO VVT zilveren keurmerk: behalve de 3 pijlers wordt ook de prestatie V2.5 Kwaliteitssysteem getoetst.
<b>Wijze van aanlevering set toegestuurde instrumenten</b>	De instrumenten zijn digitaal aangeleverd. Tijdens de auditdag zijn diverse instrumenten geobserveerd of ingezien.

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

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

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

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

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

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

## **1.2 Beoordelings- en wegingskader**

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

Om het PREZO VV&T zilveren/gouden keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse en de eindaudit de drie pijlers hebben behaald: Pijler 1 Zorgleefplan, Pijler 2 Informatie en Communicatie en Pijler 3 Cliëntveiligheid.

Het beoordelingskader- en wegingskader voor de tussentijdse en eindaudit is gelijk aan het beoordelingskader- en wegingskader van de initiële audit. Om voor het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zullen alle prestaties behaald moeten zijn. Om voor het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking tot komen, is maximaal 1 niet-behaalde prestaties geoorloofd.

Voor het logo- en keurmerkgebruik geldt dat aan alle aspecten zoals weergegeven in de auditovereenkomst c.q. algemene voorwaarden moet worden voldaan. De voortgang van de verbetercyclus wordt beoordeeld tijdens de tussentijdse audit, maar maakt geen onderdeel uit van het wegingskader.

Zorg Thuis Zonneburg van Stichting Zorg Thuis is in bezit van het PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg zilveren keurmerk in de zorg.

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

## 2. Resultaten

Stichting: Stichting Zorg Thuis  
OO: Zorg Thuis Zonneburg

ARI Scoreblad Prestaties EXTRAMURALE ZORG: domeinen - pijlers - voorwaarde 1								
Prestatie	CQ index	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking	
	uitkomsten indicatoren	P	I	V/B				
<b>Pijlers</b>								
<b>Pijler 1 Zorgleefplan</b>								
P 1	De cliënt beschikt over een eigen zorgleefplan dat in samenspraak en met zijn instemming tot stand is gekomen	GEEN	40	30	30	100	ja	Er wordt gewerkt met een digitaal dossier. Sinds het vorige bezoek is er veel aandacht geweest voor het meer individueel en persoonsgericht werken, de risicosignaleringen en het cyclisch rapporteren. De plannen zijn persoonlijker, zo wordt bijvoorbeeld het dagprogramma beter opgenomen en hierover wordt ook doelgericht gerapporteerd. Hierdoor is beter in beeld welke zaken opvallend zijn en wordt ook helder dat de medewerkers zélf soms actie moeten ondernemen. Dit blijft in het kader van de verantwoordelijkheden zo laag mogelijk leggen en het verder professionaliseren nog wel een aandachtspunt omdat er verschillen zijn in de werkwijze van de medewerkers. Verder is het positief dat er checks uitgevoerd worden door de kwaliteitsmanager die resulteren in inhoudelijke suggesties. De rapportage is zorgvuldig en goed onderbouwd, dit is een compliment waard!
<b>Pijler 2 Informatie en communicatie</b>								

P 2	De cliënt ervaart een goede en passende informatie over de voor hem belangrijke zaken en met de cliënt wordt adequaat gecommuniceerd	GEEN	40	30	30	100	ja	Mede door het kleinschalig karakter, de marktdruk en de lange ervaring is communicatie een belangrijk onderdeel van de bedrijfsvoering. De externe communicatie is prima geregeld, de website ziet er overzichtelijk uit. De communicatie in de locaties is overzichtelijk en vertrouwd. Men heeft een vast aanspreekpersoon, er zijn individuele afspraken over de communicatie in de dossiers te vinden en er vindt met de afgesproken frequentie afstemming plaats. Er zijn intensieve en laagdrempelige contacten, vier cliënten die gesproken zijn en twee familieleden geven aan de communicatie als prettig te ervaren.
<b>Pijler 3 Cliëntveiligheid</b>								
P 3	De cliënt voelt zich veilig	GEEN	40	30	30	100	ja	De veiligheid is een onderwerp waar heel veel aandacht aan besteed is. Er is een helder overzicht van alle zaken op organisatieniveau die hierin belangrijk zijn. Veiligheid is een onderwerp dat met iedere cliënt besproken wordt en waar afspraken en wensen over terug te vinden zijn in het zorgdossier. In de praktijk is er aandacht voor de veiligheid van de bewoners, zo worden de obstakels in de huiskamer goed weggezet, zijn in de gangen geen zaken waar mensen over kunnen vallen, is de verlichting aangepast aan de doelgroep. Men is alert op risico's in de omgeving en neemt actie om deze risico's zo klein mogelijk te houden.

V 2.5	De organisatie heeft een werkend kwaliteitssysteem	40	30	15	85	ja	De organisatie is verder gegaan om kwaliteit steviger te verankeren en een prestatie gestuurd systeem verder te door ontwikkelen en te borgen. Er zijn duidelijke plannen waarin de bevindingen/ bronnen vanuit de resultaten (o.a. waarderingsonderzoek, audits, klachten, MIC) gebruikt worden. Er is een goede cyclus van bewaken, verbeteren en borgen. Het kwaliteitsbewustzijn van de medewerkers is vergroot en mensen nemen zelf initiatieven om zaken te bewaken en te verbeteren.
-------	--	----	----	----	----	----	---

## Aandachtspunten initiële audit

Aandachtspunten initiële audit	Toelichting eerste tussentijdse audit
<p>Domein 2: Er is binnen de organisatie geen beleid aangetroffen gericht op ondersteuning van de zelfredzaamheid en/of op het gebied van (familie)participatie en/of de informele zorg. De specifieke wensen en mogelijkheden van de cliënten m.b.t. zelfredzaamheid worden niet systematisch in beeld gebracht en vastgelegd in het zorgplan</p>	<p>In de dossiers is zelfredzaamheid een item, er wordt aandacht aan besteed.</p>
<p>Pijler 1: Plannen t.a.v. verbeteren/ borgen zijn aanwezig, maar moeten nog in praktijk worden gebracht. Voornemen is in mei 2016 te starten met het houden van interne audits op o.a. het zorgdossier.</p>	<p>Dit aandachtspunt is goed opgepakt, audits worden uitgevoerd, besproken en leiden tot verbeteringen. Cyclus wordt geborgd en vastgehouden.</p>
<p>Pijler 3: Meldingen Incidenten Cliënten worden op cliëntniveau geregistreerd, geanalyseerd en opgepakt. Aandacht voor de MIC op locatie- of stichtingsniveau heeft niet plaatsgevonden. Er zijn geen MIC-verslagen over 2015/ 2016 aanwezig.</p>	<p>Er is een MIC-commissie, verslagen, analyses en overzichten zijn aanwezig. Opvolging en verbeteringen zijn aantoonbaar gemaakt.</p>
<p>Voorwaarde 2.1: Aandacht voor verbeteren/ borging is wenselijk, zo vindt evaluatie van de verschillende samenwerkingsverbanden niet structureel plaats. Er is geen verslaggeving aanwezig.</p>	<p>Dit blijft voor de organisatie een blijvend punt van aandacht.</p>
<p>Voorwaarde 2.3: Omdat nog aantoonbaar gestart moet worden met het werken volgens de planning &amp; control cyclus zijn hiervan in de praktijk nog geen resultaten zichtbaar.</p>	<p>Resultaten zijn zichtbaar gemaakt. Er zijn afspraken over 2018 aanwezig. Bewaken en borgen is nog een aandachtspunt.</p>
<p>Voorwaarde 2.5 : Een gedragen en samenhangende verbetermethodiek is nog niet goed duidelijk en ook de beoogde resultaten op de (eigen hoge) outcome/ performance zijn nog niet duidelijk onderdeel van de dagelijkse bedrijfsvoering. Tevens is het van belang dat het kwaliteitssysteem onafhankelijk wordt van personen.</p>	<p>Hierin zijn grote en goede stappen gezet. De kwaliteitsmanager onderneemt een groot aantal initiatieven op dit vlak. Er zijn verbeterplannen, audits, structurele analyses en opvolging van klachten en MIC-meldingen bijvoorbeeld. Het integreren in de lijn en cyclisch blijven bewaken en borgen is inmiddels structureel gemaakt.</p>



### Aandachtspunten uit de tussentijdse audit

Voorwaarde 2.1: Aandacht voor verbeteren/ borging is wenselijk, zo vindt evaluatie van de verschillende samenwerkingsverbanden niet structureel plaats. Er is geen verslaggeving aanwezig.

### Toelichting eindaudit

Het afgelopen jaar heeft de organisatie de samenwerkingsverbanden met andere stakeholders vastgelegd. Zo zijn er o.a. (raam)overeenkomsten opgesteld met huisartsen, apothekers, onderaannemers. Voorbeelden zijn Vitras (voor de achterwacht), Joostzorgt en Pro-da. Vanaf 1 januari 2018 is er één persoon verantwoordelijk voor de borging van deze samenwerkingsverbanden. Communicatie erover vindt plaats naar de operationele teams.

### **3. Conclusie**

#### **3.1 Conclusie**

De organisatie heeft in de afgelopen periode een goede groei doorgemaakt! Er is hard gewerkt aan het verder verbeteren en bewaken en borgen van de organisatie en alle kennis en ervaring die in de afgelopen 20 jaar is opgebouwd. Zorg Thuis Zonneburg is klaar voor de toekomst en heeft een sterk drive om klantgericht, gastvrij en op een professionele manier zorg en dienstverlening te bieden. Een prachtige prestatie!

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

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

#### **3.3 Registratieadvies**

Om voor het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zullen alle prestaties behaald moeten zijn. Bij het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg is er één prestatie ten tijde van de initiële audit niet behaald. Deze prestatie wordt ook opnieuw beoordeeld bij de tussentijdse audits, maar het PREZO VV&T zilveren keurmerk kan bij een tussentijdse audit niet opgewaardeerd worden naar een PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg. Om het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse audit de drie prestaties vallend onder de Pijlers behalen, tenzij dit de niet-behaalde prestatie is.

Tijdens de eindaudit zijn 3/3 van de 3 prestaties behaald.

Zorg Thuis Zonneburg voldoet aan het wegingskader van het PREZO VV&T 2014 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (01/07/14, versie 1). De scope van de audit is Extramuraal: Individuele zorg (VPT-cliënten).

De auditor verklaart dat op basis van de genomen steekproef er met voldoende diepgang is getoetst. Derhalve adviseert de auditor de directeur/bestuurder van Perspekt om het PREZO VV&T zilveren keurmerk van Zorg Thuis Zonneburg te continueren.

## Bijlage A Kerngegevens audit PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg

Peildatum			
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	05-01-2018		
Organisatieonderdeel			
Naam organisatieonderdeel	Zorg Thuis Zonneburg		
Naam organisatie	Stichting Zorg Thuis		
Type, omvang en plaats/wijk organisatieonderdeel	<input checked="" type="checkbox"/> Locatie	4	Driebergen /Zeist /Empe
Bestuursstructuur			
Bestuursstructuur			
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> )	2		
Ondersteuning en begeleiding	0		
Verblijf ( <i>Wlz</i> )	Differentiëren naar ZZP: 50 (heel 2017)		
Verblijf inclusief behandeling	Differentiëren naar ZZP: 49 (heel 2017)		
Dagbesteding	1 (heel 2017)		
Revalidatie	39 (heel 2017)		
Informele zorg	0		
Totaal aantal cliënten	Totaal:		
Specifieke kenmerken doelgroepen	Omschrijving:		
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening			
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:		
BOPZ-aanmerking			

BOPZ-aanmerking	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
<b>In zorg</b>	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	49
<b>Uit zorg</b>	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden: 14 Ontslag/ overig: 27
<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	19-12-2017
<b>Leveringsvoorwaarden</b>	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
<b>Identiteit</b>	
Identiteit	
<b>Samenwerkingsverbanden</b>	
Relevante samenwerkingsverbanden	
Diensten die zijn uitbesteed	
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 65 FTE: 38,2 op basis van contracturen
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar <sup>1</sup>	Personen: 31 FTE:
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 41 FTE:
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage:
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 1

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

	FTE:
<b>Dit formulier is ingevuld door:</b>	
Naam en functie	Brigitte Irahouten en Dinesh Thakoersingh
Datum	5 januari 2018

### Tussentijdse- of eindaudit

#### 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? <sup>2</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting: De algemeen manager heeft de organisatie verlaten, de functie is vervallen.
--	---

#### 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>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
---	---

#### Personeel

Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd? <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
---	---

#### Keurmerk- en logogebruik

Zijn er aanvullende afspraken met Perspekt over keurmerk- en logogebruik?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
---	---

#### Overige

Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
--	---

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

<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 B Auditprogramma eindaudit

**Scope: Extramuraal: Individuele zorg (VPT-cliënten)**

**Naam organisatieonderdeel: Zorg Thuis Zonneburg van Stichting Zorg Thuis**

**Weeknummer: 7 Auditor: Dhr. J. Verveer De eindaudit wordt op de locaties Driebergen en Zeist uitgevoerd**

Tijd <sup>5</sup>	Inhoud auditblok	Auditee(s)
30 min	Half uur tevoren telefonisch contact met afgesproken contactpersoon organisatie Vorbereidingstijd organisatie Regelen van observaties en auditees Beschikking van registraties organiseren	
30 min	Observatie algemene ruimte <sup>6</sup> , waaronder: Logo- en keurmerkgebruik	
5 – 10 min	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Redjinder Thakoersingh, bestuurder Brigitte Irahouten – de Sain, manager bedrijfsvoering Joke van Loenen, locatiehoofd Zeist Mariska Verhoeks, locatiehoofd Driebergen Wendy Havekes, locatiehoofd Empe Julieta Thakoersingh, kwaliteitsmanager
2 uur en 40 min	Beoordelen praktijk, instrumenten en V/B: P1 Zorgleefplan P2 Informatie en Communicatie P3 Cliëntveiligheid V2.5 Kwaliteitssysteem	Joke van Loenen, locatiehoofd Zeist Mariska Verhoeks, locatiehoofd Driebergen Wendy Havekes, locatiehoofd Empe Julieta Thakoersingh, kwaliteitsmanager
30 min	(voorlopige) Score en toelichting	
15 min	Eindgesprek/ terugkoppeling registratieadvies	Julieta Thakoersingh, kwaliteitsmanager Redjinder Thakoersingh, bestuurder Brigitte Irahouten – de Sain, manager bedrijfsvoering Joke van Loenen, locatiehoofd Zeist Mariska Verhoeks, locatiehoofd Driebergen Wendy Havekes, locatiehoofd Empe

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

<sup>6</sup> Indien van toepassing, anders vervalt dit blok

## Bijlage C Uitkomsten Indicatoren

<b>ARI Indicatoren Verantwoorde zorg</b>								
			<b>Intramuraal</b>				<b>Extramuraal</b>	
			<b>Score VV</b>		<b>Score PG</b>		gemiddeld	<b>Score ZT</b>
			score prestatie-overzicht	PREZO punten	score prestatie-overzicht	PREZO punten		score prestatie-overzicht
<b>Kwaliteit van leven</b>								
<b>1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid</b>								
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Smaak		GEEN	-	-	GEEN	-
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Sfeer		GEEN	3,54	30	30	-
<b>2. Woon- en leefsituatie</b>								
CQI	2.1	Omgaan met elkaar		GEEN	3,15	20	20	-
CQI	2.2	Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken		GEEN	3,57	30	30	-
CQI	2.3	Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting		GEEN	4	30	30	-
CQI	2.4	Gastvrijheid: Ervaren privacy		GEEN	3,93	30	30	-
<b>3. Participatie</b>								
CQI	3.1	Zinvolle dag		GEEN	3,21	30	30	-
<b>4. Mentaal welbevinden</b>								
CQI	4.3	Respect voor mensen: Ervaren bejegening		GEEN	3,24	30	30	GEEN
CQI	4.5	Effect van zorg op iemands leven: Ervaringen met (lichamelijke) verzorging	-	-	-	-	-	GEEN
<b>Kwaliteit van de zorgverleners</b>								
<b>5. Kwaliteit van de zorgverleners</b>								
CQI	5.1	Ervaren beschikbaarheid personeel		GEEN	3,21	30	30	-
CQI	5.4	Ervaren kwaliteit personeel		GEEN	3,36	30	30	GEEN
<b>Kwaliteit van de zorgorganisatie</b>								
<b>6. Kwaliteit van de zorgorganisatie</b>								
CQI	6.1	Ervaren inspraak		GEEN	3,27	30	30	GEEN
CQI	6.2	Ervaren informatie		GEEN	3,65	30	30	GEEN

CQI	6.3	Plot aanbevelingsvraag	-	-	-	-	-	-	-
<b>Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid</b>									
<b>7.</b>									
CQI	7.5	Ervaren veiligheid		GEEN	-	-	GEEN	-	-



## Bijlage D Instrumentenoverzicht

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

<b>Pijlers</b>		
<b>Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar</b>	<b>Organisatie: beschikbaar</b>	<b>Auditor: aangetroffen</b>
<b>Verplichte registraties &amp; instrumenten</b>		
<b>Pijler 1 Zorgleefplan</b>		
10% Van de ZLP met een minimum van 10 dossiers met relevante informatie 4 domeinen	x	x
Afspraken m.b.t. zorgleefplan (inhoud en systematiek)	x	x

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

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

Structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging: - medicijnen (eigen beheer, polyfarmacie), - mobiliteit, vallen, - voeding, SNAQ, - incontinentie, - huidletsel, - mondzorg.	x	x
Medicatie/ distributiebeleid inclusief afspraken apotheek/veilige principes	x	x
Infectiepreventie beleid (o.a. NORO, MRSA, legionella/opvolging/middelen/instructie/controle persoonlijke hygiëne)	x	x
Structurele registratie en opvolging van incidenten (preventieve en corrigerende maatregelen)	x	x
Structurele registratie en opvolging van klachten	x	x
Inventarisatie van wensen en behoeften veiligheid appartement/veilig voelen van individuele cliënten	x	x
Beschikbaarheid, afspraken en gebruik relevante (hulp)middelen zoals: - beschermende kleding (schorten, handschoenen e.d.), - formularium geneesmiddelen, - incontinentiemateriaal, - (goedgekeurde) tilliften, - vrijheidsbeperkende hulpmiddelen, - hoog-/laagbedden.	x	x
Registratie afgifte sleutels/toegangsregistratie	x	x
Erkenning BOPZ (indien van toepassing) én afspraken, registratie en opvolging afspraken BOPZ in ZLP	0	0