


# Auditrapport

*St. Elisabeth*

Roosendaal, 7 november 2019

The bottom of the page features a decorative graphic consisting of several overlapping, wavy lines in various shades of red and orange, creating a sense of movement and depth.

## 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>18</b>
3.1	Registratieadvies	18
3.2	Aandachtspunten voor volgende audit	18
3.3	Overzicht behaalde prestaties	19
Bijlage A	Kerngegevens	20
Bijlage B	Auditprogramma	23
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	26

## 1 Methodische verantwoording

<b>Naam organisatie</b>	St. Elisabeth Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
<b>Keurmerkschema</b>	Keurmerkschema PREZO VV&T 2017 01/07/17 versie 1
<b>Scope</b>	Verblijf inclusief behandeling, Verblijf, Individuele zorg, Dagbesteding
<b>Soort audit</b>	Initiële audit
<b>Auditdatum/data</b>	7 november 2019
<b>Auditteam</b>	De heer A.G.I.M. Vosters, voorzitter Mevrouw M. Oudt, secretaris Mevrouw drs. A.D. van Dalen, auditor Mevrouw S. Hoftekoesveld, auditor
<b>Instrumenten</b>	De documenten zijn via WeTransfer aangeleverd door St. Elisabeth. Tijdens de audit zijn documenten steekproefsgewijs ingezien door het auditteam.
<b>Bijzonderheden</b>	Geen

Het PREZO VV&T 2017 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (01/07/17, versie 1) bestaat uit de prestatieset van 11 prestaties en het beoordelings- en wegingskader. PREZO VV&T 2017 is het kwaliteitssysteem voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg en is gebaseerd op het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (januari 2017).

Per prestatie kan een maximale score van 100 punten worden behaald. Voor iedere prestatie dient een minimale score van 80 punten behaald te worden om de prestatie te behalen. Om voor het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zullen alle prestaties behaald moeten zijn.

Het doel van de audit is:

- een onafhankelijke beoordeling van de kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties, zoals geformuleerd in het kwaliteitssysteem PREZO VV&T 2017 en de Handleiding PREZO VV&T 2017;
- het verschaffen van ontwikkelingsgerichte informatie aan de getoetste organisatie;
- erkenning van de organisatie die voldoet aan het wegingskader voor Verantwoorde zorg en Verantwoord ondernemerschap.

De audits vinden plaats onder auspiciën van het College van Belanghebbenden dat bestaat uit vertegenwoordigers van partijen uit de sector. Het College van Belanghebbenden bewaakt de kwaliteit van de audits die door Perspekt verricht worden.

De bevindingen en conclusies in dit rapport zijn gebaseerd op verschillende bronnen, waaronder de (cliënt)ervaringsonderzoeken, observaties, registraties en instrumenten en gesprekken, en zijn conform het vigerend wegingskader tot stand gekomen.

## 2 Resultaten

ARI Scoreblad Prestaties DOMEINEN			
prestatie	score	toelichting	behaald/ niet behaald
<b>Waarde   Comfort</b> geriefelijk, aangenaam in de woon- en leefsituatie			
<b>Prestatie D1 Woon- en leefsituatie</b>			<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	De bewoners van de appartementen die gebruik maken van Elisabeth Thuiszorg geven aan in gesprek met de auditor dat de locatie uitstekend is om te wonen. De winkels zitten op loopafstand en dit maakt het voor de kleine wandelingen aantrekkelijk, aldus twee zusters. Eventueel kan er via de leidster van de congregatie aangegeven worden dat er gebruik gemaakt moet worden van een vrijwilliger die mee loopt om samen boodschappen te doen. Tijdens de audit is een drietal cliënten gevraagd naar hun tevredenheid over bovenstaande punten. Deze cliënten geven unaniem aan dat zij tevreden zijn. "Ze nemen je serieus", vertelt een bewoonster. Geïnterviewde cliënten gaven aan niet veel buiten te komen (mogelijk doordat zij minder mobiel zijn en/of op een gesloten woongroep wonen), maar ook dat er buiten wel eens spelletjes worden gedaan. In de zomer is er de mogelijkheid gebruik te maken van een groot terras naast het restaurant. Over de woonruimten zijn de cliënten tevreden vertelt men aan de auditor. Net als over de maaltijden. Door de inzet van de keukenprinsessen is de tevredenheid van de cliënten over de maaltijden toegenomen. "Mijn kinderen eten hier wel eens mee, en vinden het eten ook super, het heeft een heerlijke smaak", vertelt een bewoonster. "De zorg is altijd keurig en ze zijn allemaal aardig. Het is gewoon up-to-date. Ze zijn altijd even lief. Het is soms wel even wachten, maar daar heb ik begrip voor" aldus een bewoonster van de Laantjes. Op Zorgkaart.nl is de gemiddelde waardering 8,4 en 97% van de respondenten beveelt de organisatie aan. Vanwege de positieve geluiden die het auditteam over de woon- en leefsituatie van de cliënten heeft gehoord, zijn voor dit onderdeel de volledige punten gegeven.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	St. Elisabeth is gevestigd in een voormalig klooster. Van oorsprong is het gebouw door de Zusters Franciscanessen van Mariadal gesticht. De kamers van de appartementen waar thuiszorg wordt geleverd, zijn ruim van opzet. Er is een wachtlijst om te kunnen wonen in de appartementen van de congregatie van de Zusters Franciscanessen van Mariadal. De zusters van de congregatie bepalen momenteel, als verhuurder, wie in een vrijgekomen appartement komt wonen. Er wonen momenteel nog ongeveer 30 zusters in de totaal 66 appartementen. Er zijn diverse woonmogelijkheden beschikbaar voor bewoners met diverse zorgvragen zoals intensieve, matige, tijdelijke zorgvraag. De appartementen zijn geschikt voor echtparen, is gelezen door de auditor in de informatiefolder: "Elisabeth, een thuis met karakter". Medewerkers geven aan dat zij in de appartementen hun werk goed kunnen doen; zelfs met het gebruik van een eventuele tillift blijft er genoeg ruimte over. Bij de zusters ziet het auditteam dat er ruimte is voor eigen identiteit en wensen, bijvoorbeeld door de sobere inrichting van de kamers. Ook de manier van het betreden van een appartement is per cliënt verschillend en staat beschreven in het Zorgleefplan (ZLP). Dit is terug te zien in de praktijk. Tijdens de praktijkobservatie vertelt een medewerker dat St. Elisabeth een aantal jaren geleden ingrijpend gerenoveerd is. Het auditteam heeft gezien dat de inrichting smaakvol is ingericht met details uit het kloosterverleden van de organisatie. Op de pg afdelingen De Laantjes is men aantoonbaar bezig om de gangen met belevingsplekken	

		<p>voor de cliënten in te richten. Er is een lijntje met sokjes was en een voelschilderij gezien door het auditteam. Qua inrichting van de eigen slaapkamer heeft de bewoner de keuze het eigen dekbed of een dekbed van St Elisabeth te gebruiken. Linnengoed en handdoeken zijn centraal door St. Elisabeth geregeld. De basis van de slaapkamer wordt opgeleverd, waarbij de inrichting van het meubilair naar wens is van de bewoner en dus een persoonlijke touch kan krijgen. In de huiskamers van de Laantjes verblijven de meeste cliënten overdag. Cliënten geven aan in gesprek met de auditor dat zij privacy ervaren, dit is terug te zien in de praktijk door bijvoorbeeld aan te kloppen bij het betreden van een appartement of alleen even aan te bellen en dan het appartement te betreden. De medewerkers dragen naambadges zagen de auditoren tijdens de auditdag. Uit gesprekken en observaties blijkt dat de zorgverleners de cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven.</p> <p>Er wordt binnen de thuiszorg en de zorgafdelingen gebruik gemaakt van een alarmeringssysteem, dit kan gedragen worden om de hals of om de pols van een cliënt. Cliënten geven aan de auditor dat dit een veilig gevoel geeft. Er wordt altijd adequaat via de intercom gereageerd bij een melding aldus de cliënten. Niet altijd is het mogelijk om direct aanwezig te zijn doordat personeel nog ergens anders is en dan biedt contact via de intercom een oplossing die als goed wordt ervaren door de cliënten. De medewerker receptie is verantwoordelijk voor beheer en uitgifte van de sleutels en toegang tot de verschillende zones in het pand. Dit is goed geregeld. In de gangen van St. Elisabeth is elke 3 maanden een kunst-expositie. Dit kleedt de ruimte aan en trekt ook mensen van buitenaf aan.</p> <p>Een auditor heeft een zorgovereenkomst ingezien. Hierin wordt ook geregistreerd of er toestemming is voor inzage in het dossier. De incidenten rondom de woon- en leefsituatie worden aantoonbaar voor de auditor vastgelegd in het cliëntdossier, geanalyseerd in de incidentencommissie en in het team besproken is gebleken uit de verslaglegging. Voor de praktijk en instrumenten van deze prestatie heeft het auditteam de volledige 35 punten gegeven.</p>	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	<p>Er werd geconstateerd door de organisatie dat er in de gang van de Laantjes een gevaarlijke situatie zou kunnen ontstaan door de lage trapleuning en het valgevaar indien iemand over de leuning zou klimmen. Deze zou in een diep gat vallen. Hierop zijn direct maatregelen getroffen en er is een hoge glaswand geplaatst. In het kwaliteitsplan 2019 (stand van zaken Q2) is het doel beschreven om de woonomgeving van de Laantjes dementievriendelijker in te richten. Een mooi voorbeeld daarvan is de "voelkoe" waarbij in het fotobehang de huid van de koe naar voren komt en heel erg aaibaar is. Tijdens de audit werd bekend dat door een donatie van een fonds het herinrichten van een van de Laantjes gerealiseerd kan worden. Het auditteam is lovend over de aankleding en het smaakvolle interieur in alle delen van de organisatie en geeft hiervoor de volledige punten.</p>	
<b>Waarde   Samen ergens deel van uit maken, delen, ontmoeten</b>			
<b>Prestatie D2 Participatie</b>			
<b>Cliëntervaring</b>	30	<p>Door de congregatie, de gezamenlijke diensten in de kapel en de manier waarop leidsters aanspreekpunt zijn voor de zusters die gebruik maken van de thuiszorg, is er voor het auditteam voelbaar sprake van saamhorigheid. Dit is ook terug te zien in de integratie met de 'leken' in de gezamenlijke ruimtes en de activiteiten die gezamenlijk worden georganiseerd. Ook geven de cliënten in gesprekken met het auditteam aan dat zij zeer tevreden zijn over de manier waarop zij kunnen en mogen participeren binnen het grotere geheel van de organisatie. Door nauwe samenwerking met het intramurale gedeelte van de dienstverlening kan o.a. gebruik worden gemaakt van de inzet van vrijwilligers, gezamenlijke eetmomenten en zijn alle activiteiten toegankelijk. Bij de zusters is geen sprake van familieparticipatie en wordt de rol van mantelzorger</p>	<p><b>100</b></p> <p>behaald</p>

		<p>overgenomen door de leidsters van de congregatie. De drie door de auditor geïnterviewde cliënten en de mantelzorger die gesproken is, uiten zich tevreden over de participatie, de betrokkenheid bij de zorg, de inzet van vrijwilligers en de mate van inspraak.</p> <p>Mantelzorger (dochter van een bewoonster) ervaart de inspraak als voldoende. "Er zijn korte lijntjes, en ik kan alles bespreken". Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.</p>
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	<p>Op dit moment zijn er bewonersbijeenkomsten. Hierin worden actuele thema's behandeld. De coördinator vrijwilligers geeft aan dat er 186 vrijwilligers zijn. Deze kunnen 1 op 1 ingezet worden voor bewoners, maar ondersteunen ook op de woongroepen, doen hand- en spandiensten, helpen in het restaurant en de winkel. In oktober 2019 is een keurmerk gehaald voor het vrijwilligerswerk. St. Elisabeth heeft om dit te behalen een zelfevaluatie moeten invullen en er zijn 8 vrijwilligers geïnterviewd. In de St. Elisabeth bewonersinfo is door de auditoren een verslag gelezen van de werkwijze en de uitreiking van het keurmerk door de Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (NOV) De zorgbemiddelaar vertelt aan de auditor dat zij voorafgaand aan de inhuizing een huisbezoek brengt aan de nieuwe bewoner en evt. naasten. Hierin bespreekt zij alle relevante zaken die nodig zijn om de zorg zo goed mogelijk op te starten en vorm te geven. Zo vraagt zij altijd "Wat vindt u leuk om te doen?" De consulent welzijn van de dagbehandeling doet ook voorafgaand aan deelname aan de dagbehandeling een huisbezoek. Zij vult dan de wensenkaart van het ECD alvast in. En maakt afspraken over de omgang met medicatie (BEM code). Zij schrijft dan ook het 'levensverhaal' van de cliënt en noteert wat de deelnemer thuis gewend is om te doen.</p> <p>De coördinator welzijn van de dagbehandeling, vertelt aan de auditor over een casus waarin zij ouderen mishandeling herkende. Zij heeft hiervan melding gemaakt bij het meldpunt, waarna deze casus is opgepakt en maatregelen zijn genomen.</p> <p>De familie krijgt bij start van de inhuizing een folder waarin zij informatie krijgen over wat zij kunnen verwachten, als hun naaste gaat verhuizen naar St. Elisabeth. De mantelzorger geeft aan dat dit voldoende informatie bood tijdens de start van deze nieuwe fase. Ook kreeg zij een ABC-informatieboekje, welke ook de nodige informatie gaf. Medewerkers vertellen aan de auditor dat na de inhuizing het netwerk van de pg-cliënten uitgenodigd worden voor een housewarmingsparty waardoor zorgmedewerkers en naasten in de gelegenheid worden gesteld om op informele wijze met elkaar kennis te maken.</p> <p>Familie is ingezet om de sfeer en aankleding van de woning aan te passen. 'Goed voorbeeld doet goed volgen' waarop andere woongroepen dit ook hebben gedaan. Er is een activiteitencommissie met bewoners, deze evalueren periodiek de activiteiten en stellen voor het volgend jaar een programma samen, vertelt een lid van de commissie aan de auditor. Er wordt door de commissie ook gekeken naar de kosten van de activiteit in relatie tot tevredenheid over het optreden van de aanwezigen.</p> <p>St. Elisabeth werkt met de zogenaamde zorgparticipatie en welzijns participatie blijkt uit het jaarverslag. Het principe gaat ervanuit dat de zorgmedewerker aansluit bij de bewoner en diens omgeving, in plaats dat de bewoner en naasten zich aanpassen aan de zorg. De housewarmingsparty voor de nieuwe cliënten en naasten is een mooi voorbeeld van het betrekken van het netwerk van de cliënt bij de zorg waarvoor het auditteam de volledige punten heeft gegeven.</p>
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	<p>De senior consulent welzijn is enthousiast over de toenemende samenwerking tussen zorg en welzijn. "We leren van elkaar!" vertelt zij, en noemt als voorbeeld de belevingsbox, waarvan 'de zorg' in eerste instantie een beetje het idee had 'wat kunnen we hiermee?' maar na een tijdje enthousiast werd over de box en het gebruik ervan voor de bewoners. Familie is ingezet om de sfeer en aankleding van de groepswoning aan te passen. 'Goed</p>

		<p>voorbeeld doet goed volgen' waarop andere woongroepen dit ook hebben gedaan Ook is het leerzaam om met elkaar in het MDO een bijdrage te leveren. Zo leren we van elkaar, vertelt de consultant. Dit is in het kwaliteitsplan terug gelezen door het auditteam. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.</p>	
<b>Waarde   Genieten aangenaam voelen, kwaliteit van leven ervaren</b>			
<b>Prestatie D3 Mentaal welbevinden</b>			
<b>Cliëntervaring</b>	30	<p>De medewerkers Welzijn stemmen de wensen en behoeften ten aanzien van een zinvolle dagbesteding af met de bewoners en de naasten blijkt uit gesprekken met de auditor. Een geïnterviewde mantelzorgster en haar moeder geven aan "Er is van alles te doen, het is er, en meedoen kan altijd. Die keuze is ook aan jezelf. Het is goed en voldoende zo". Er wordt muziek op maat geboden. Het plan is om dit ook op individueel niveau aan te bieden aan cliënten. Cliënt en mantelzorgster geven aan dat het fijn is dat er een kerk is en dat de pastor beschikbaar is voor een goed gesprek. Bewoonster noemt dat ook de arts bij haar op bezoek is geweest, en dat zij dit een fijn gesprek vond waarin werd geluisterd naar haar. Ook vindt bewoonster (en familie) het fijn dat zij altijd gehaald en gebracht wordt als zij naar de kerk wil.</p> <p>Tijdens het MDO wordt aan de vertegenwoordiger van de bewoner gevraagd of zij de indruk heeft dat mevrouw tevreden is over de zinvolle dagbesteding en het geestelijk welzijn. Dit wordt in het overleg beaamd. De vertegenwoordiger van de 'zuster/bewoner' krijgt door open vragen vanuit het zorgteam de gelegenheid haar mening te geven over de zorg, en wat er eventueel beter of anders kan. Zij uit zich, de auditor heeft het MDO van 2 bewoners van dezelfde wettelijk vertegenwoordiger bijgewoond, tevreden over alle aspecten rond wonen, zorg en welzijn. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.</p>	100
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	<p>Door de aanwezigheid van de congregatie, de diensten in de kapel en de inzet van een eigen pastor in dienst van St. Elisabeth is er voldoende gelegenheid om levensvragen de ondersteunen. Het wordt door cliënten als grote meerwaarde en voor sommigen als een basisbehoefte ervaren dat hiervoor ruimte is, blijkt uit de gesprekken en observaties die het auditteam gedurende de dag gevoerd heeft. Het aanbod van activiteiten biedt een grote diversiteit en ook gezamenlijk zwemmen onder professionele begeleiding behoort tot de opties. Er is tevens een activiteit: De Mannenclub, ooit ontstaan vanuit de behoefte van de cliënten. De gezamenlijke activiteiten in de grote ruimte "het Trefpunt" op de donderdagmiddag, worden georganiseerd door een activiteitencommissie. Cliënten hebben zitting in deze commissie en worden hierbij ondersteund door de activiteitenbegeleider. Middels een bewonersinfo wordt iedereen wekelijks geïnformeerd over menu's uit het restaurant, de activiteiten die er gepland zijn alsook jarige bewoners en leuke weetjes over de organisatie. Ook staat de liturgie hierin benoemd. Tijdens het MDO dat is bijgewoond door een auditor kwamen bovenstaande items naar voren. De psycholoog past de GRIP toe, om meer inzicht te krijgen in (probleem-)gedrag en vervolgens passende interventies te kunnen bepalen in samenwerking met de bewoner en naasten, zo blijkt tijdens het gesprek met de auditor. Sinds 2017 is er een psycholoog in huis die bewonersbespreking doet, om onbegrepen gedrag aan de orde te stellen met de betrokkenen bij de zorg. Zij ondersteunt de medewerkers in de aanpak van het (probleem-) gedrag. In het kwaliteitsplan 2019 is door het auditteam gezien dat de scholing van de GRIP methode voor medewerkers als doel voor Q3 is opgenomen. Alle medewerkers zijn naar het toneelstuk "Dag mamma" geweest van dementie in theater. Door aanwezigheid van de coördinator welzijn en de wettelijk vertegenwoordiger van 'zuster' komen ook onderwerpen als geestelijk welzijn, activiteiten aan bod in het MDO. De afspraken rond het levenseinde en voorgeschreven medicatie worden per cliënt besproken. De SOG is voorzitter tijdens het MDO. Er wordt zorgvuldig beoordeeld of een bewoner op de meeste passende pg-</p>	behaald



		<p>woongroep woont. Er worden voorbeelden genoemd van een bewoner die in eerste instantie op een woongroep werd gehuisvest, maar het daar aantoonbaar niet naar de zin had. Hierop is besloten deze bewoner een plekje te gunnen op een andere woongroep, met aantoonbaar positief resultaat. De auditor leidt hieruit af dat er zorgvuldig wordt overwogen of er passende zorg kan worden geboden en dat St Elisabeth rekening houdt met het woon- en leefplezier van alle bewoners. De palliatief verpleegkundige wordt op consult gevraagd, als het levenseinde nabij komt. Zij staat cliënten en naasten met raad en daad terzijde en adviseert de medewerkers over de zorg in de palliatieve fase.</p> <p>In het ECD worden onbegrepen gedrag, afspraken rond levenseinde en vrijheidsbeperkende maatregelen geregistreerd, zag het auditteam bij de inzage in het ECD. Deze notities en afspraken worden besproken bij belangrijke wijzigingen in de situatie van de cliënt (gedrag, gezondheid) en sowieso tijdens ieder zorgleefplanoverleg dat eens per half jaar plaats vindt.</p> <p>De medewerkers vertellen dat de overleden cliënt, indien gewenst, uitgeleide wordt gedaan na overlijden uit St. Elisabeth. Daarbij wordt er een haag van medewerkers gevormd en luiden de kerkklokken van het klooster. Dit wordt volgens de medewerkers door familie en medewerkers zeer gewaardeerd. Voor alle initiatieven op het gebied van mentaal welbevinden heeft het auditteam de volledige punten op dit onderdeel toegekend.</p>	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Tijdens het door de auditor bijgewoonde MDO komt duidelijk naar voren dat het streven is de geboden zorg kritisch tegen het licht te houden: doen wij het goed? Waar denken wij dat het beter kan? Het verplicht bezoeken van de voorstelling "Dag mamma" door de medewerkers heeft in de organisatie geleid tot het aanbieden van een nieuwe cursus over belevingsgerichte zorg. Het auditteam observeert en ziet hier een transparante en open, lerende houding, gericht op het waar mogelijk verbeteren van de zorg. Waarvoor door het auditteam de volledige score is toegekend.	
<b>Waarde   Vitaliteit levenskracht, gezondheid</b>			
<b>Prestatie D4 Lichamelijk welbevinden</b>			
			<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	<p>Aan meerdere cliënten en naasten van de zorgvormen in St. Elisabeth is door het auditteam gedurende de audit naar hun mening gevraagd over het lichamelijk welbevinden. Bewoonster van één van de Laantjes is positief over de verzorging. Een andere mantelzorger vindt haar moeder er altijd verzorgd uitzien. Moeder zelf is meer dan tevreden over de zorg in het algemeen.</p> <p>Mw. (van een Laantje) geeft aan dat zij zich goed verzorgd voelt. "Ik heb geen tips voor verbetering", benoemt zij. "De omgeving is goed, en ik voel mij goed. Het eten is goed en ik heb voldoende privacy." Op Zorgkaart.NL zijn door het auditteam meerdere reviews gelezen waar men aangeeft goede zorg ervaren. Een respondent schrijft: "Onze moeder woont al 11 jaar in Elisabeth en wordt daar prima verzorgd. Begeleiding en aandacht is voortreffelijk daarom "Hulde aan alle medewerkers." Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.</p>	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	De medewerkers van de zorgteams van alle zorgvormen in St. Elisabeth laten aan het auditteam een compleet ZLP zien waarin duidelijk staat beschreven welke hulp en/of ondersteuning de cliënt nodig heeft en dat risico's in kaart zijn gebracht en worden gevolgd. De medewerkers in de organisatie zijn herkenbaar aan hun dienstkleding en dragen zichtbaar een naambadge. De manier waarop de zorg wordt verleend wordt door de cliënten beschreven als: '100% tevreden'. Medewerkers kennen de cliënten en hun wensen goed, dit blijkt wel uit de verhalen van de cliënten. "ik hoef niet aan te geven dat ik weg ben, als ik niet thuis ben dan gaan ze gewoon door naar de volgende cliënt en dan bel ik ze als ik er weer ben. De verpleegkundig specialist is nog in opleiding en pakt diverse actuele vraagstukken aan, zoals aandacht voor vrijheidsbeperkende middelen en de	

		<p>mogelijkheid om de woongroepen 'open' te zetten. Medewerkers vertellen aan het auditteam dat de focus ligt op het volledig maken van de zorgdossiers. Wekelijks worden er door de verpleegkundigen wondenrondes met de specialist ouderengeneeskunde gehouden vertelt men aan het auditteam. Voor de artsensite is een vast moment in de week gepland. De auditor heeft gezien in de verslaglegging dat er een verpleegkundig overleg wordt gehouden en een kwaliteitsoverleg, waar thema's als MIC aan de orde komen. Op diverse thema's zijn er aandachtsvelders in de teams blijkt uit de gesprekken met het auditteam zoals bijvoorbeeld welzijn, huidletsel en medicatie. Er wordt desgewenst complementaire zorg ingezet zoals een muziktherapeut, mondhygiënist, wondverpleegkundige of palliatief verpleegkundige. Voor een echtpaar waar de behoefte aanwezig was om samen privé meer tijd door te brengen is ruimte gecreëerd om samen tijd door te brengen zonder dat men gestoord wordt.</p> <p>Zoals door St. Elisabeth beoogd en in het kwaliteitsplan is gelezen, is er een steeds intensievere samenwerking ingericht tussen zorg en welzijn blijkt voor het auditteam tijdens de praktijkobservatie en in de gesprekken met de medewerkers. Tijdens de audit spreekt het auditteam diverse (senior) coördinatoren welzijn over hun rol in de dagelijkse zorg voor de bewoners. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.</p>	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	<p>Tijdens de dossierinzage door de auditoren is gezien dat er een samenhang is in het cliëntdossier en dat er afspraken gemaakt zijn over o.a. mondzorg, mobiliteit, eten en drinken en levenseinde. Dit blijkt uit de manier waarop zorgverleners rapporteren, evalueren en nieuwe afspraken vastleggen.</p> <p>Een medewerker vertelt dat zij de opleiding EVV is gestart. Deze is eigenlijk bedoeld voor de zorg, maar zij wilde graag meer weten van de zorg en zit met veel 'zorgmensen in de klas'. Zij geeft aan veel te leren van haar klasgenoten, maar dat zij hen ook wat kan leren. Zij vertelt dat zij een echte pionier is hierin. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.</p>	

### ARI Scoreblad Prestaties PIJLERS

prestatie	score	toelichting	behaald/ niet behaald
<b>Waarde   Unicité</b> mogen zijn wie je bent, erkenning krijgen			
<b>Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg</b>			
<b>Cliëntervaring</b>	30	<p>Bewoners vertellen aan de auditor dat het zorgplan afgestemd is op hun behoefte. Een bewoner vertelde dat de zorg voor haar man helemaal was afgestemd op haar mogelijkheden als mantelzorger. Ook de reviews op Zorgkaart Nederland laten zien dat de persoonsgerichte zorg in Sint Elisabeth erg positief beleefd wordt. Bewoonster geeft aan auditor aan dat zij hier zeer tevreden over is. "De zorg zegt altijd 'u beslist', en dan mag ik het zeggen zoals ik het wil." Ook noemt zij dat de sfeer hier precies zo is als de sfeer waarin zij is groot gebracht. Zij voelt zich veilig geeft zij aan. "Ze denken er zelfs aan om parfum bij mij op te doen", illustreert een bewoonster haar tevredenheid over de persoonsgerichte zorg." Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.</p>	80  behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	15	<p>Alle cliënten van St. Elisabeth beschikken over een zorgleefplan met een medisch behandelplan. Bij de dossiers, die steekproefsgewijs ingezien zijn, is het zorgleefplan met de doelen en afspraken met de client opgenomen. Een aandachtspunt is wel dat de levensgeschiedenis van de cliënten niet overal volledig is weergegeven. De</p>	

organisatie gebruikt een eigen methode om de evaluatie van het zorgleefplan te monitoren blijkt uit gesprekken met het auditteam. Deze loopt niet synchroon met de signalen in de kwaliteitsmonitor van het ECD zag het auditteam in het ECD. Het auditteam zag in de kwaliteitsmonitor dat de evaluatie van de zorgleefplannen niet in alle gevallen op tijd plaats gevonden heeft. Voor het auditteam was niet aantoonbaar tijdens de audit of vaststelling van het eerste zorgleefplan in alle gevallen binnen de termijn van 6 weken heeft plaatsgevonden. Het auditteam vindt dit een aandachtspunt voor de organisatie.

Het is de auditor opgevallen dat het formuleren van doelen en bijbehorende acties in het ene dossier meer persoonsgericht waren geformuleerd dan in het andere. Als voorbeeld is gezien: *actie: observeren en rapporteren. Versus: actie: zuster wil graag elke zondagochtend naar de dienst. Zij wordt gebracht.*"

In de zorgleefplannen zijn de zgn. 'wenskaarten' uitgebreid ingevuld. Dit geeft houvast in het verlenen van persoonsgerichte zorg vertellen medewerkers aan het auditteam.

Er is een document ingezien 'klachtenregeling verkort voor bewoners'. Deze ontvangen bewoners/familie na inhuizing. Bij inzage van de dossiers door de auditor was te zien dat er voorafgaand aan de bewonersbespreking of het Multi Disciplinair overleg (MDO) een risicosignalering plaatsvindt. Ten aanzien van de gesignaleerde risico's zie je vervolgens ook doelstellingen in het zorgplan. Een auditee vertelde dat bij het MDO alle relevante disciplines die betrokken zijn, ook aanwezig zijn bij het MDO. Indien nodig kan een gespecialiseerde verzorgende psychogeriatric (GVP) betrokken worden. Heel vaak is ook de welzijnsmedewerker betrokken. In de dossiers is door de auditor gelezen lezen dat de domeinen participatie en mentaal welbevinden veel aandacht krijgen. Een auditor heeft een MDO bijgewoond waarbij meerdere disciplines aanwezig zijn zoals de Specialist Ouderengeneeskunde, Thuiszorg, Vertegenwoordiger zorg, psycholoog, coördinator Welzijn en Verpleegkundig Specialist. Tijdens dit MDO werden diverse aspecten rondom cliënten besproken. Incidenten werden besproken inclusief maatregelen.

Tijdens het MDO was de bewoonster zelf niet aanwezig. Tijdens een ZLP-overleg is dit bij voorkeur wel zo, mits de cognitie van de cliënt dit toestaat. Anders is er een vertegenwoordiger aanwezig namens de cliënt blijkt tijdens de aanwezigheid van de auditor bij het MDO.

Een mantelzorger geeft als tip dat het handig zou zijn om afspraken digitaal te kunnen maken. Zij wilde graag een gesprek met de ergotherapeut, maar die kreeg zij niet te pakken. Het bleek een kwestie te zijn van "gewoon even binnenlopen en vragen", maar zij vond dit minder prettig omdat zij ook een volle agenda had, en graag per telefoon een afspraak wilde maken om over de scootmobiel van haar moeder te praten.

De medewerkers van de externe dagbesteding leggen uit hoe St. Elisabeth vraaggericht werkt. "We kijken gewoon wie waar zin in heeft, en dan mixen we de groepen gewoon met elkaar. Zodat iedereen kan doen wat 'ie leuk vindt."

Recent is de Stamtafel ingezet vertelt een medewerker. Dit is voor mensen die nog niet vallen binnen de groep die een WMO indicatie krijgen. Het doel is ontmoeten. Via maatschappelijk werk, WMO consultants, huisartsen en familie en mond-op-mond reclame komen er steeds meer mensen naar de Stamtafel in St. Elisabeth. Medewerkers van de interne dagbesteding pakken dit op. De wensen van de deelnemers bepalen onder andere de activiteiten aan de Stamtafel. Vanwege de aandachtspunten heeft het auditteam dit onderdeel met 15 punten gewaardeerd.

**eflecteren en verbeteren**

35

Voor het auditteam is gebleken tijdens de audit dat er continue gestreefd wordt naar het verbeteren van de zorg aan de cliënten van St. Elisabeth. Zoals door het recent aantrekken van nieuwe medewerkers zoals de sfeermakers, keukenprinsessen en nog niet heel lang geleden (2017) de eigen SOG, geestelijk verzorger en

		psycholoog. Ook de intensivering van de focus op het welzijn van de bewoners door inzet van consulenten welzijn en een intensivering van de samenwerking tussen welzijn en zorg is hier een mooi voorbeeld van vindt het auditteam. De inzet wordt gemonitord zoals bijvoorbeeld; er wordt geconstateerd dat door de inzet van de keukenprinsessen de bewoners meer betrokken zijn bij het bereiden van de maaltijden, en dat er meer tevredenheid is over het eten. Het verbeteren van zorg en welzijn is een doel uit het Kwaliteitsplan thema 2. Vanwege de goede initiatieven op reflecteren en verbeteren heeft het auditteam vijftig punten gegeven.	
<b>Waarde   Transparantie</b> inzicht, helder			
<b>Prestatie P2 Communicatie en informatie</b>			
			<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Tijdens gesprekken met cliënten en de auditor blijkt dat men tevreden is over de wijze waarop er met de cliënten gecommuniceerd wordt. De St. Elisabeth, bewonersinfo, een wekelijks bulletin voor cliënten wordt zeer gewaardeerd. In het bulletin van deze week wordt de PREZO audit aangekondigd en ook de actieve zangmiddag op de auditdag. De opkomst van cliënten en naasten bij de zangmiddag was groot en men deed actief mee. De welzijnsmedewerkers en vrijwilligers zorgen ervoor dat iedere client die dit wil bij de activiteit aanwezig kan zijn. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	St. Elisabeth beschikt over een scala aan goed verzorgde informatiebrochures voor (aspirant)cliënten en naasten constateerde de auditor tijdens gesprekken met medewerkers. De folders over bijvoorbeeld, wasverzorging, ABC (huisregels), klachtenafhandeling en familieparticipatie zijn ook in de informatierekken op diverse plaatsen in de locatie aangetroffen. Voor de cliënten, familie, bezoekers, medewerkers, vrijwilligers, uitzendkrachten en stagiaires zijn "Gouden" gedragsregels geformuleerd. De gouden regels bevatten bijvoorbeeld de kernwaarden en respect voor elkaar. In de folder "Een thuis met karakter" worden aspirant cliënten geïnformeerd over de mogelijkheden van de organisatie. De organisatiewaarden Liefde, Eenvoud, Werkzaamheid en Onthechting worden in de folder uitgelegd. Evenals het zorgaanbod van de organisatie, de bedoeling van familieparticipatie en het belang van activiteiten voor de cliënten. Cliënten, naasten, bezoekers en medewerkers kunnen ook actuele informatie lezen op de televisieschermen in de locatie zag het auditteam bij de praktijkobservatie. De receptiebalie is centraal gelegen bij de entree in de hal. Het auditteam zag dat de receptie een centrale functie vervult voor alle passanten. Nieuwe cliënten ontvangen naast de verplichte informatie over o.a. het zorgplan en klachten het "hartelijk welkomblikje" en een dinercheque voor een driegangen diner voor 2 personen hoorde de auditor van medewerkers en cliënten. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	De informatie op het internet is inmiddels verouderd. De nieuwe website van St. Elisabeth zal binnenkort gelanceerd worden. De informatie op de website van St. Elisabeth wordt ook door potentiële cliënten steeds vaker gebruikt om informatie over de organisatie op te halen bleek tijdens gesprekken met medewerkers. Inwoners van Roosendaal willen graag in vrijgekomen appartementen van St. Elisabeth wonen en houden de website daarom scherp in de gaten wordt verteld aan de auditoren. Dat is dan ook een van de redenen dat de website binnenkort vernieuwd wordt. Voor dit mooie voorbeeld van reflecteren en verbeteren heeft het auditteam de volledige punten gegeven.	
<b>Waarde   Veiligheid</b> relationele en fysieke veiligheid			
<b>Prestatie P3 Cliëntveiligheid</b>			
			<b>80</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Tijdens de rondgang vertellen bewoners dat met name het gevoel van veiligheid een belangrijke reden is om in Sint Elisabeth te gaan wonen. Ook de reviews op Zorgkaart Nederland zijn positief en specifieke reacties over	behaald

		<p>onveilig gevoel zijn niet te lezen. De auditor heeft drie bewoners bevestigd en zij voelen zich allen veilig in hun woonomgeving. Voor dit onderdeel geeft het auditteam de volledige punten.</p>
<p><b>Praktijk en instrumenten</b></p>	<p>15</p>	<p>St. Elisabeth beschouwt cliëntveiligheid vanuit de visie "veiligheid is een afgeleide van levenskwaliteit". Het kwaliteitsdashboard, power BI, toont voor het auditteam de registratie van bijvoorbeeld vallen- en medicatie incidenten aan.</p> <p>De incidentencommissie bespreekt de incidenten met elkaar en zorgt dat resultaten vanuit dit overleg "terug komen" in de teams. Van dit overleg zijn notulen ingezien. Uit notulen van het afdelingsoverleg blijkt voor het auditteam dat de Meldingen Incidenten Cliënten (MIC) standaard besproken worden in het teamoverleg. De vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) zijn van elke cliënt in beeld. De verpleegkundig specialist toont de registratie aan de auditor van alle cliënten met een VBM. Tijdens een MDO en bij wijzigingen in gezondheid of gedrag, worden de maatregelen opnieuw tegen het licht gehouden en gewogen. Het streven is zo min mogelijk VBM in te zetten. Door het gebruik van valmatten en sensoren wordt het inzetten van VBM tot een minimum beperkt. Er is een begin gemaakt met het aanbrengen van leefcirkels waarin d.m.v. GPS tracking cliënten bewegingsvrijheid wordt geboden en waarbij familie wordt gewaarschuwd als cliënt buiten de zone komt. In aanloop naar de nieuwe Wet zorg en dwang worden de cliënten ingedeeld wat betreft de VBM en ook is men gestart met het onderzoeken van de mogelijkheden de gesloten afdelingen om te zetten in open afdelingen. De Verpleegkundig Specialist heeft dit plan onder haar hoede en voert dit uit in samenwerking met het zorgteam, om hierin zoveel mogelijk draagvlak te creëren. Er wordt onderscheid gemaakt in licht-midden-zwaar. De SOG en verpleegkundig specialist in opleiding (i.o.) worden bij de inzet altijd betrokken, evenals bij de evaluatie, blijkt uit het kwaliteitsplan en de gesprekken met het auditteam. Het auditteam heeft gesproken met een verzorgende van Laantjes. Zij benoemt dat een bewoonster vrijwillig gebruik maakt van het bedhek, omdat zij dat prettig vindt.</p> <p>De verantwoordelijke voor BHV is door auditor geïnterviewd over de BHV. Er zijn 24/7 BHV'ers aanwezig. Scholing wordt gegeven, alsook 1 keer per jaar een ontruimingsoefening, liefst met de brandweer samen. Laatste ontruimingsoefening is geweest op 17 januari 2019. Tweemaal per jaar is er een training reanimatie en brandpreventie. Maandelijks worden de brandmelders getest. De receptioniste coördineert de keuring van de blusmiddelen. De medewerkers met een rode badge hebben een BHV scholing gedaan en treden op als BHV'er. Zij zijn op deze manier gemakkelijk aanspreekbaar bij calamiteiten.</p> <p>Het sleutelbeheer ligt bij de receptie. Bij verlies van de sleutel ('tag') wordt de 'tag' geblokkeerd. Er is infectiepreventie en antibiotica beleid ontwikkeld, zo is gelezen in het jaarverslag 2019. De 'sfeermakers' die recent zijn ingezet op de woongroepen, zorgen voor extra toezicht op de piekmomenten. Dit vergroot de veiligheid op de woongroepen.</p> <p>Tijdens het MDO viel het de auditor op dat bij de bespreking van de medicatie van een client, het de arts niet meer bekend was waarom cliënt 1000 mg paracetamol per dag slikte, er werd vermoed wegens rugpijn die de cliënt ooit had. Ook de aanwezigen bij het MDO konden hierover geen uitsluitsel geven. Toch werd besloten de PCM te handhaven als vaste medicatie.</p> <p>Er is op de woongroep een HACCP registratie ingezien. Hierin tekent de keukenprinses diverse zaken af, waaronder uitgevoerde schoonmaaktaken. Het accuraat aftekenen van de schoonmaakwerkzaamheden is een aandachtspunt voor de organisatie.</p> <p>Op de 'stamtafel' en op de tafels van de dagbesteding en dagbehandeling staan zogenaamde 'rode knoppen' waarop de welzijnsmedewerkers kunnen drukken in geval van nood. De zorg krijgt dan een signaal en kan snel</p>

		<p>ter plaatse komen om te helpen. Overigens vertelt een medewerker van de dagbehandeling aan de auditor dat er nauwelijks agressie is op de groep. Tot op heden heeft men dit kunnen oplossen door met de deelnemer in gesprek te gaan. Ook is er een stilte-plek (prikkelarme ruimte) waar de cliënt tot rust kan komen met behulp van snoezelmaterialen. De psycholoog wordt in consult geroepen als er agressie voorkomt. Zij geeft advies over passende interventies. De medewerker van de dagbehandeling externe deelnemers geeft aan dat als deelnemers een zgn. Baxter verpakking van de medicatie hebben, dat zij dan de medicatie geeft, het wordt dan als een 'doel' in het ECD van de cliënt opgenomen. De eindverantwoordelijkheid ligt volgens haar bij de thuissituatie. Ook het doorgeven van wijzigingen ligt bij de familie. De auditor ziet dat zij voor elke cliënt met Baxtermedicatie aftekent "medicatie gegeven". Er staat niet bij welke medicatie. De consulent geeft aan dat zij dit nog wil aanpassen. De auditor vraagt na wat de werkwijze is bij wijziging van medicatie. "Familie belt ons dan op en geeft het door". De auditor ziet in deze werkwijze een aandachtspunt. De auditor heeft het protocol wondbehandeling gezien. Elk week wordt er zo nodig, na controle van de wond, een nieuwe wondkaart gemaakt. Deze wordt ook uitgeprint en op de kamer van de cliënt gelegd. Om de EVV'er een reminder te geven dat het wondplan is aangepast (SOG en wondconsulent zijn hiervoor verantwoordelijk), stuurt de wondverpleegkundige een mail met de nieuwe wondkaart naar de EVV'er, waarop de EVV'er het nieuwe wondplan uitprint, op de kamer legt en ook opslaat in het ECD van de cliënt. Dit gebeurt alleen bij wijzigingen. Auditor ziet hierin een risico, omdat er parallel in potentie 3 verschillende wondkaarten zouden kunnen rouleren: print op de kamer/in de mailbox/in het ECD. Dit is een aandachtspunt, ook in het geval van afwezigheid van de EVV'er. Een medewerker geeft aan dat over dit punt overleg is gevoerd, waarbij uiteindelijk welbewust voor deze werkwijze is gekozen. Vanwege de aandachtspunten van deze prestatie zijn punten in mindering gebracht; De registraties van temperatuurmetingen en schoonmaakfrequentie zijn niet altijd volledig ingevuld. De werkwijze bij medicatieverstrekking bij extramurale cliënten. Het gesignaleerde risico bij de werkwijze van de wondbehandeling.</p>	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	<p>Een auditee geeft een paar voorbeelden van verbeteringen naar aanleiding van de MIC meldingen: De balustrade in de vide is verhoogd omdat een cliënt er over dreigde te stappen en de slagboom op het buitenterrein is overdag altijd open voor de duo fiets omdat de slagboom daarop niet reageert. Tijdens de temperatuurregistratie van de koelkast blijkt dat de temperatuur veelvuldig buiten de norm valt (te warm of te koud). Een medewerker geeft aan dat deze gegevens in de incidentencommissie besproken zijn en een advies is opgesteld. Uit de passende interventie van het vervangen van de koelkasten blijkt dat de organisatie leert van haar bevindingen. De brandmeldingen worden door de receptie genoteerd in een overzicht, dit is ingezien door de auditor. Dit overzicht wordt besproken in de commissie Kwaliteit en Veiligheid en met de brandweer. Hieruit worden trends gefilterd en er wordt lering uit getrokken. Zo zijn op basis hiervan nieuwe rookmelders aangeschaft. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.</p>	

**ARI Scoreblad Prestaties VOORWAARDEN**

prestatie	score	toelichting	behaald/ niet behaald
-----------	-------	-------------	-----------------------------

<b>Waarde   Vakkundigheid</b> kennis, kunde			<b>100</b>
<b>Prestatie V1 Kwaliteit medewerkers</b>			
<b>Cliëntervaring</b>	30	Uit de diverse gesprekken tussen cliënten en het auditteam tijdens de audit blijkt dat men zeer tevreden is over de kwaliteit en de kwantiteit van de medewerkers. Op Zorgkaart.nl is een review gelezen door het auditteam: "Mijn moeder jarenlang verzorgd en verpleegd in het St. Elisabeth. De inzet en zorg van het personeel kan als voorbeeld dienen voor de gehele sector". Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.	
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	Uit gesprekken en documentinzage blijkt het auditteam dat St. Elisabeth voldoende zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. De zorgverleners kunnen digitaal scholingen volgen in het digitale scholingsprogramma van St. Elisabeth. Hier is ook de monitoring en registratie van de bevoegd- en bekwaamheid van de medewerkers ingezien door de auditoren. De 24-uurs beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen is aantoonbaar gemaakt in een overzicht. Er zijn verplichte en niet verplichte scholingen. De zorgverleners ervaren het scholingsaanbod als 'ruim'. In 2018 volgden zorgverleners onder andere scholing op het gebied van dementie, welzijn, mondzorg, medicatie, palliatieve zorg en methodisch werken. Daarnaast kunnen zorgverleners bij collega-organisaties uit het lerend netwerk meelopen. Uit de gesprekken met het auditteam blijkt dat St. Elisabeth de deskundigheid van zorgverleners afstemt op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten. Ook de keukenprinsessen en sfeermakers krijgen scholing van de behandelaren over de benadering van de cliënten met dementie. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	De verbeterpunten uit het preventief medisch onderzoek (PMO) staan in het kwaliteitsplan en zijn aantoonbaar voor het auditteam opgevolgd. Een voorbeeld hiervan is het evalueren van het verzuimbeleid en het terugdringen van het ziekteverzuim. De visie van continue verbeteren en ontwikkelen van de medewerkers in de organisatie om de zorgverlening aan de cliënt te verbeteren vindt het auditteam een mooi voorbeeld van reflecteren en verbeteren en geeft daarvoor 35 punten.	
<b>Waarde   Ontwikkelen</b> vitale cultuur			<b>100</b>
<b>Prestatie V2 Management en Governance</b>			
<b>Cliëntervaring</b>	30	Tijdens de rondgang vertelden diverse medewerkers dat werken in Sint Elisabeth fijn is omdat er naar je geluisterd wordt en dat meedenken gewaardeerd wordt. Ook de leden van de cliënten- en ondernemingsraad vertelden dat ze proactief mogen meedenken met bestuurder en het managementteam (MT) en dat hun mening meegenomen wordt in de besluitvorming. In de reviews van Zorgkaart Nederland scoort luisteren hoog zag het auditteam. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.	
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	De leden van de Ondernemingsraad (OR) en de Cliëntenraad (CR) vertelden in gesprek met de auditor dat visie, missie en het beleid tot stand worden gebracht in nadrukkelijk overleg met hen. Elk jaar is er een bijeenkomst "Babbels en Bubbels" waar alle medewerkers worden uitgenodigd om samen met het MT het beleid door te spreken. Ook is er jaarlijks een beleidsmiddag met OR, CR, Raad van Toezicht (RvT), MT en een vertegenwoordiger van elk team om het lopende en toekomstige beleid te bespreken. De leden van de CR en OR ervaren een open sfeer en krijgen de mogelijkheid om proactief mee te denken. De overlegvergaderingen met de OR zijn niet alleen met de bestuurder maar met het totale MT om op die manier de OR beleidsmatig echt mee te laten denken. De toezichthouder vertelt dat er per kwartaal rapportages worden besproken die gerelateerd zijn aan de kwaliteit van zorg en eventuele incidenten die roering kunnen veroorzaken worden	

		gemeld door de bestuurder. De RvT heeft jaarlijks een bijeenkomst waarin zij de Zorgbrede Governance Code evalueert en eens per drie jaar met een extern deskundige van de NVZD. Daarnaast vertellen de leden van de OR en CR dat ze jaarlijks een overleg hebben met de toezichthouders. De bestuurder vertelt dat zij regelmatig mee loopt in het primaire proces, zo heeft zij onlangs nog meegelopen met een huishoudelijke hulp. Ook heeft zij maandelijks een verjaardag bijeenkomst met cliënten die het leuk vinden om met haar een kopje koffie te drinken. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Regelmatige reflectie met de belanghebbenden zoals de OR en CR, medewerkers en de bewoners stelt de organisatie in staat om het beleid te verbeteren. Vele auditees geven ook aan dat de kleinschaligheid van de organisatie dit ook mogelijk maakt. De bestuurder heeft recent veel medewerkers tijdens een zogenaamd 'Brabants kwartiertje met worstenbroodjes' op bezoek gehad, en hen de vraag voorgelegd "Wat zou jij doen als je bestuurder was?". Dit om zo veel mogelijk informatie te verzamelen om goede zorg te kunnen bieden. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten gegeven.	
<b>Waarde   Kwaliteit</b> voldoen aan eisen en verwachtingen			
<b>Prestatie V3 Sturen op kwaliteit</b>			
			<b>90</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Op Zorgkaart.NL zijn in 2019 20 reacties geplaatst met een gemiddelde waardering van 9 punten. Begin 2020 wordt gestart met een cliëntraadpleging die jaarlijks uitgevoerd gaat worden. Aan de PREM in de wijkverpleging hebben 18 cliënten meegedaan met een aanbevelingsscore (NPS) van 17. Voor de werkwijze met betrekking tot het ophalen van de cliëntervaring op dit onderdeel kent het auditteam de volledige score toe.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	Het kwaliteitsplan van St. Elisabeth is in samenspraak met de OR, CR, Raad van Toezicht (RvT), MT en een vertegenwoordiger van elk team tot stand gekomen. Het plan wordt in een werkdocument ieder kwartaal geëvalueerd blijkt voor het auditteam uit gesprekken en de registratie. Het kwaliteitsplan en werkdocument is opgebouwd uit de hoofdstukken van het Kwaliteitskader VV&T 2017. De klachten, dit zijn er weinig blijkt uit de registratie die is ingezien, worden in de incidentencommissie besproken en teruggekoppeld in de teams. Bij voorkeur worden klachten en ongenoegens in de lijn besproken geven auditees aan in gesprek met het auditteam. Uit de planning en registratie blijkt dat er jaarlijks interne en externe audits plaatsvinden. In de regionale netwerken als antibioticaresistente en hygiëne, Alzheimercafé, klachtenmanagement en kennisnetwerk kwaliteit wordt door St. Elisabeth geparticipeerd. En samen met aangesloten zorgorganisaties zoals St. Jozef worden interne audits uitgevoerd. Door het auditteam zijn het kwaliteitsplan 2019 en Jaarverslag 2018 op de website gepubliceerd gezien.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	25	Tijdens de audit bleek voor het auditteam dat de Kwaliteitsmonitor van ONS Nedap voor sleutelfiguren in de organisatie onbekend was. De Kwaliteitsmonitor is voor leidinggevenden en medewerkers een functionaliteit van het systeem die helpt door signalering bij de monitoring van het reflecteren en verbeteren in het zorgproces in de organisatie. De huidig gehanteerde werkwijze zorgt dat de PDCA van het cliënt dossier niet tijdig doorlopen wordt. Dit heeft geleid tot de toekenning van 25 punten door het auditteam op dit onderdeel.	
<b>Waarde   Betrouwbaarheid</b> juistheid, controleerbaarheid			
<b>Prestatie V4 Bedrijfsresultaten</b>			
			<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Tijdens de audit is door het auditteam niet specifiek gevraagd naar een correcte en tijdige afhandeling van de administratieve processen en of de cliënt een goede beveiliging ervaart van de persoonlijke gegevens. De auditor heeft hierover tijdens de rondgang geen negatieve reacties over gehoord en ook op Zorgkaart	behaald



		Nederland zijn geen negatieve uitlatingen hieromtrent te lezen. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten toegekend.
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	Jaarcijfers, maand- en kwartaalrapportages laten een gezonde financiële bedrijfsvoering zien aan het auditteam. Er wordt bij Sint Elisabeth gestreefd naar een jaarlijks rendement tussen 2% en 3% en dit wordt gehaald. Maandelijks worden er cijfers gepubliceerd en per kwartaal worden ze besproken in het MT, de RvT, de OR en de CR. De auditees vertellen aan de auditor dat naast de financiële bedrijfsvoering ook de cijfers over ziekteverzuim, MIC en meldingen incidenten medewerkers worden besproken in het MT-overleg. Sint Elisabeth is AVG proof blijkt tijdens de audit volgens een rapport van Info Zorg en de adviseur P&O is tevens security officer om het proces van data beveiliging in de organisatie te bewaken. De auditees vertellen dat het digitaal verkeer met persoonsgegevens plaatsvindt middels beveiligde systemen zoals Carenzorgt en Zorgmail. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten toegekend.
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Een voorbeeld van reflectie is het hoge ziekteverzuim. Doelstelling in de begroting is 5%, het werkelijke percentage is echter 7%. Dit betekent dat Sint Elisabeth naarstig op zoek is naar mogelijkheden om het ziekteverzuim te reduceren blijkt tijdens het gesprek met de auditor. Men ziet een kans in het contracteren van een andere Arbodienst met andere aanpak van het ziekteverzuim. Ook het resultaat van de reflectie op de financiële cijfers door de bestuurder en het MT leidt tot een gezonde financiële bedrijfsvoering. Voor dit onderdeel heeft het auditteam de volledige punten toegekend.

### 3 Conclusie

#### 3.1 Registratieadvies

Wanneer in zijn totaliteit wordt voldaan aan het wegingskader van het PREZO VV&T 2017 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (01/07/17, versie 1) komt de organisatie in aanmerking voor het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg. Hiervoor zullen alle 11 prestaties behaald moeten zijn.

St. Elisabeth heeft 11 van de 11 prestaties behaald. Hiermee voldoet St. Elisabeth aan het wegingskader van PREZO VV&T 2017 voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (01/07/17, versie 1). De scope van de audit is Verblijf inclusief behandeling, Verblijf, Individuele zorg, Dagbesteding.

De voorzitter verklaart namens het auditteam dat op basis van de genomen steekproef er met voldoende diepgang is getoetst. Derhalve adviseert het auditteam de directeur/bestuurder van Perspekt om St. Elisabeth te voorzien van het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg.

#### 3.2 Aandachtspunten voor volgende audit

Tijdens de volgende audit wordt op basis van deze audit specifiek aandacht besteed aan:

Aandachtspunten uit de initiële audit	Toelichting na tussentijdse audit
<b>P1</b> De termijn van vaststelling van het eerste en volgende versies is niet conform wet en regelgeving.	
<b>P1</b> De levensgeschiedenis van de cliënten is niet overal weergegeven.	
<b>P3</b> De registraties van temperatuurmetingen en schoonmaakfrequentie zijn niet altijd volledig ingevuld.	
<b>P3</b> De werkwijze bij medicatieverstrekking bij extramurale cliënten is risicovol vanwege het mondeling doorgeven van medicatiewijzigingen.	
<b>P3</b> Het gesignaleerde risico bij de werkwijze van de wondbehandeling.	
<b>V3</b> De Kwaliteitsmonitor van ONS Nedap is voor sleutelfiguren in de organisatie onbekend. Hierdoor wordt van de managementondersteuning van het systeem onvoldoende gebruik gemaakt en evaluatie van onderdelen in het ECD vindt te laat plaats.	

Hier wordt door de auditor(en) ook naar gekeken als de desbetreffende prestatie niet standaard op het programma staat van de eerstvolgende audit.

### 3.3 Overzicht behaalde prestaties

Onderwerpen	Wel/niet behaald
<b>Domeinen</b>	
Waarde Comfort - Domein 1 Woon- en leefsituatie	behaald
Waarde Samen - Domein 2 Participatie	behaald
Waarde Genieten - Domein 3 Mentaal welbevinden	behaald
Waarde Vitaliteit - Domein 4 Lichamelijk welbevinden	behaald
<b>Pijlers</b>	
Waarde Unicitéit - Pijler 1 Persoonsgerichte zorg	behaald
Waarde Transparantie - Pijler 2 Communicatie en informatie	behaald
Waarde Veiligheid - Pijler 3 Cliëntveiligheid	behaald
<b>Voorwaarden</b>	
Waarde Vakkundigheid - Voorwaarde 1 Kwaliteit medewerkers	behaald
Waarde Ontwikkelen - Voorwaarde 2 Management en Governance	behaald
Waarde Kwaliteit - Voorwaarde 3 Sturen op kwaliteit	behaald
Waarde Betrouwbaarheid - Voorwaarde 4. Bedrijfsresultaten	behaald
<b>Totaal aantal prestaties getoetst en behaald</b>	<b>Getoetst: 11 prestaties Behaald: 11 prestaties</b>

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

Ieder organisatieonderdeel vult het formulier 'Kerngegevens audit PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg' in. Dit formulier wordt aan alle leden van het auditteam opgestuurd, opdat zij zich een beeld kunnen vormen van het organisatieonderdeel. Graag als MS Office WORD-versie versturen.

Peildatum			
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	31-8-2019 en personeelsgegevens 31-12-2018		
Organisatieonderdeel			
Naam organisatieonderdeel	St. Elisabeth		
Naam organisatie	St. Elisabeth		
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 plaats <aantal> <aantal> <aantal> <aantal>	Roosendaal <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk>
Bestuursstructuur			
Bestuursstructuur	Raad van bestuur/Raad van Toezicht		
Zorgbrede Governance Code	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t. <input type="checkbox"/> Dispensatie Toelichting:		
Scope	Aantal cliënten		
Individuele zorg ( <i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i> )	25		
Ondersteuning en begeleiding ( <i>Wmo, hulp bij het huishouden</i> )	12		
Verblijf ( <i>Wlz</i> )	Differentiëren naar ZZP: 133 cliënten ZZP0 11 cliënten ZZP1 1 cliënt ZZP2 4 cliënten ZZP3 3 cliënten ZZP4 27 cliënten ZZP5 53 cliënten ZZP6 27 cliënten ZZP7 4 cliënt ZZP8 1 cliënt ZZP9b 2 cliënten		
Verblijf inclusief behandeling ( <i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i> )	Differentiëren naar ZZP: 86 cliënten ZZP4 4 cliënten ZZP5 51 cliënten ZZP6 24 cliënten ZZP7 4 cliënten ZZP8 1 cliënt ZZP9b 2 cliënten		

Dagbesteding (Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)	Dagbehandeling WLZ: 11 cliënten Dagbehandeling WMO: 12 cliënten
Revalidatie (o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)	nvt
Informele zorg	nvt
<b>Totaal aantal cliënten</b>	<b>Totaal:</b>
Specifieke kenmerken doelgroepen	Omschrijving: bewoners met dementie
<b>Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening</b>	
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting: Zusters van Charitas kopen zorg in. Maaltijden was en schoonmaak worden ook privaat aangeboden
<b>BOPZ-aanmerking</b>	
BOPZ-aanmerking	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting:
<b>In zorg</b>	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	133 excl. VPT
<b>Uit zorg</b>	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden: 49 Ontslag / overig: 36
<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	februari 2019
<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	Algemeen
<b>Samenwerkingsverbanden</b>	
Relevante samenwerkingsverbanden	Huisartsen, TWB, gemeente Roosendaal, Bravis ziekenhuis, Palliatief netwerk, Regionaal Platform Dementie (RPD), Regionaal netwerk Antibiotica Resistentie (ABR), St. Groenhuijsen
Diensten die zijn uitbesteed	SVRZ, vervanging Medische zorg
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 234 FTE: 131,9
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar <sup>1</sup>	Personen: 80 FTE: 27,5

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

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 37 FTE: 39,8
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage: 7,61
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: van 148 naar 168 FTE: 10,9

**Dit formulier is ingevuld door:**

Naam en functie	Carla Nieuwenhuizen, Adviseur Beleid Kwaliteit & Veiligheid
Datum	17-9-2019

## Bijlage B Auditprogramma Auditprogramma PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg 2017

**Naam organisatie:** St. Elisabeth  
**Naam organisatieonderdeel:** St. Elisabeth  
**Scope:** Individuele zorg, Verblijf, Verblijf inclusief behandeling, Dagbesteding  
**Datum:** 7 november 2019  
**Aantal auditoren:** 4

Tijd <sup>2</sup>	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor(en)
08.30 – 09.00	Voorbespreking auditteam		Allen
09.00 – 09.15	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Mw. B. Mw. W. Mw. H. Mw. N. Mw. L.	Allen
09.15 – 12.00	<b>Scope Verblijf en/of Verblijf inclusief behandeling<sup>3</sup></b> Observaties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden	Rondleiding door en gesprek met mw. W. Gesprek met evt. aanwezige familie Dhr. V. Dhr. B. contactpersonen De Laantjes hele ochtend beschikbaar. Mw. E.,	Marja Oudt
09.15 – 12.00	<b>Scope Individuele zorg en/of Dagbesteding</b> Observaties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden	Rondleiding door Mw. L., Gesprek met 1 of 2 bewoners en medewerker De Strijpe 1-18 en thuiszorg nader in te vullen en (contactpersoon hele ochtend)	Sara Hoftekoesveld

<sup>2</sup> Begin- en eindtijd kunnen afwijken

<sup>3</sup> Eventueel scope aanpassen

Tijd <sup>2</sup>	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor(en)
		Evt. Bijwonen deel werkoverleg thuiszorg	
09.15 – 12.00	<b>Scope Individuele zorg en/of Dagbesteding<sup>4</sup></b> Observaties en gesprekken over: D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	Rondleiding door en gesprek met Mw. H. Gesprek met 1 of 2 bewoners en medewerker Mw. S Bezoek interne dag begeleiding en stamtafel	Arnold Vosters
09.15 – 12.00	<b>Alle scopes</b> Registraties/instrumenten en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	Rondleiding door en gesprek met Mw. N. Mw. N. Inzage registraties 11.00 uur Aanwezig ivm ECD's Mw. M. 11.30 uur Mw. L.	Sandra van Dalen
12.00 – 13.00	Bespreking auditteam bevindingen/werklunch	Lunch, soep en broodjes in vergaderzaal BG 0.17/0.18	Allen
13.00 – 15.00	<b>Alle scopes</b> Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P2. Transparantie - Communicatie en Informatie Openstaande punten van Pijlers en Domeinen in de ochtend door 1 auditor	13-14.00 uur Mw. P. 14-15 uur Bijwonen activiteit t Trefpunt en gesprek aanwezige medewerker welzijn of restaurant Evt. gesprek familie	Marja Oudt
13.00 – 15.00	<b>Scope Verblijf en/of Verblijf inclusief behandeling<sup>5</sup></b> Observaties en gesprekken over:	13-13.30 uur bijwonen EVV-overleg 13.30-15 uur	Sandra van Dalen

<sup>4</sup> Eventueel scope aanpassen

<sup>5</sup> Eventueel scope aanpassen



Tijd <sup>2</sup>	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor(en)
	P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	Mw. C., Mw. Z., Mw. O. Evt Bijwonen deel MDO	
13.00 – 15.00	<b>Alle scopes</b> Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V1. Vakkundigheid – Kwaliteit medewerkers	13-14 uur Mw. Q. Mw. S. Evt 13.30 – 14.30 uur deel werkoverleg BG bijwonen Mw.S. 14-15 uur Managers en/of Mw. N.	Sara Hoftekoesveld
	V3. Kwaliteit – Sturen op kwaliteit		
13.00 – 15.00	<b>Alle scopes</b> Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V2. Ontwikkelen – Management en Governance V4. Betrouwbaarheid – Bedrijfsresultaten	13-14 uur Mw. S. Mw. B. 14-15 uur Mw. K. Evt. lid Raad van Toezicht	Arnold Vosters
15.00 – 16.30	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek	Vergaderzaal 0.17/0.18 BG	Allen
16.30 – 16.45	Eindgesprek	Vergaderzaal BG 0.17/0.18 Mw. B. Mw. W. Mw. H. Mw. N. Mw. L.	Allen
16.45 – 17.00	Evaluatie auditteam	Vergaderzaal 0.17/0.18 BG	Allen

## Bijlage C Instrumentenoverzicht

### Instrumenten algemeen

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

	Organisatie beschikbaar	Auditor aangetroffen
Ingevuld formulier kerngegevens	x	x
Ingevlude ARI (instrumentenoverzicht)	x	x
Organogram	x	x
(Strategisch) Jaarplan/activiteitenplan & begroting	x	x
Kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag	x	x
Strategische personeelsplanning	x	x
Maatschappelijke verantwoording (conform vigerende eisen) inclusief jaarrekening, accountantsverklaring	x	x
Informatiemateriaal (flyers, brochures e.d.) voor (potentiële) cliënten	x	x
Registratie en opvolging van uitkomsten (valide) cliëntervaringsonderzoek	x	x
Inzicht in de wijze van reflecteren en verbeteren m.b.t. de prestaties	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

### Instrumenten Domeinen

Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar

	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
<b>Domein 1 Woon- en leefsituatie</b>		
Blijk van tevredenheid van cliënten over de woon- en leefsituatie, tenminste tav wooncomfort, gezamenlijke (binnen en buiten)ruimten, maaltijden en privacy	x	x
Registratie en opvolging van privacy/privacyafspraken	0	0
Inbraakpreventie, waaronder legitimatie en sleutelbeleid	x	x
Huur-/zorgovereenkomsten	x	x
Inzet van passende technologische hulpmiddelen	x	x
<b>Domein 2 Participatie</b>		
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. participatie, tenminste ten aanzien van geboden ondersteuning bij het onderhouden van sociale contacten en deelname aan de samenleving, betrokkenheid bij hun zorg, inzet van vrijwilligers en de mate van inspraak	x	x
Ouderenmishandeling (signaleren, melden, opvolgen)	x	x
Afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers)	x	x

<b>Domein 3 Mentaal welbevinden</b>		
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. mentaal welbevinden, tenminste ten aanzien van zinvolle tijdsbesteding en geestelijke ondersteuning	x	x
Risicosignalering en -opvolging m.b.t. mentaal welbevinden: depressie/sociaal isolement/vergeetachtigheid/onbegrepen gedrag	x	x
Afspraken en opvolging m.b.t. ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken: onder andere reanimeren/geestelijke zorg	x	x
Psychosociale of gedragsinterventie (tenminste voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca)	x	x
<b>Domein 4 Lichamelijk welbevinden</b>		
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. lichamelijk welbevinden	x	x
Periodieke risicosignalering en -opvolging: medicijnen (inclusief polyfarmacie)/mobiliteit/voeding/incontinentie/huidletsel/mondzorg	x	x
Passende ondersteuning bij (zelf)verzorging, eten en drinken, mondzorg, toiletgang, rust en slaap, pijn, mobiliteit en beweging, seksualiteit en levenseinde	x	x
Relevante betrokkenheid disciplines/deskundigen (zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, pedicure, verpleegkundige, aandachtsvelders)	x	x

### **Instrumenten Pijlers**

**Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar**

**Organisatie:  
beschikbaar**

**Auditor:  
aangetroffen**

<b>Pijler 1 Persoonsgerichte zorg</b>		
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. persoonsgerichte zorg	x	x
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)	x	x
Structurele en periodieke ZLP besprekingen/cliëntbesprekingen/MDO	x	x
<b>Pijler 2 Communicatie en informatie</b>		
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. communicatie en informatie	x	x
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, wachtlijst/wachtlijstbegeleiding, bereikbaarheid, klachten, levensbeschouwelijke zaken en inspraak en medezeggenschap	x	x
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten zoals zorgplannen opstellen en evalueren, inzagerecht, wettelijke vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid	x	x
<b>Pijler 3 Cliëntveiligheid</b>		
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. veiligheid	x	x

Systematiek waarbij alle risico's (basisveiligheid) van cliënten in kaart zijn gebracht, reflectie hierop en waar relevant preventieve en corrigerende maatregelen	x	x
Aandacht voor fysieke veiligheid: brandveiligheid inclusief BHV, hulpmiddelen, voedsel-/drinkwaterveiligheid, infectiepreventie	x	x
Aandacht voor sociale veiligheid: eenzaamheid, ouderenmishandeling, huiselijk geweld, grensoverschrijdend gedrag, vrijheidsbeperking	x	x
Bescherming persoonsgegevens	x	x

### Instrumenten Voorwaarden

Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar

Organisatie:  
beschikbaar

Auditor:  
aangetroffen

#### Voorwaarde 1 Kwaliteit medewerkers

Blijk van tevredenheid van cliënten over deskundigheid, voldoende beschikbaarheid en bejegening van medewerkers	x	x
Bekwaam en bevoegdheid t.a.v. risicovolle en voorbehouden handelingen op basis van vigerende protocollen	x	x
Strategische personeelsplanning	x	x
Scholing, deskundigheidsbevordering en reflecteren of intervisie van medewerkers	x	x
Periodieke gesprekken over competenties en loopbaanontwikkeling	x	x
Beschikbaar- en/of oproepbaarheid van interne en externe deskundigen (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig team, psycholoog en andere paramedici) en samenwerkingsafspraken	x	x
Arbo, RI&E en verzuimbeleid en uitvoering	x	x
Medewerkerstevredenheidsonderzoek en opvolging daarvan	x	x

#### Voorwaarde 2 Management en Governance

Ervaren inspraak van cliënten en medewerkers	x	x
Besproken en onderschreven visie en missie	x	x
Periodieke managementreviews	x	x
Hanteren en reflecteren op Governance Code inclusief de klokkenluidersregeling	x	x
Inspraak en medezeggenschap van OR en CR, beschikbaarheid vertrouwenspersoon, klachtencommissie	x	x
Leiderschapstijl en overlegstructuur	x	x
Samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, andere zorginstellingen (waaronder ziekenhuizen)	x	x

#### Voorwaarde 3 Sturen op kwaliteit

Ervaren kwaliteit van leven	x	x
Net promotorscore/aanbevelingsvraag Zorgkaart Nederland	x	x

Sturinginstrumenten kwaliteit voor cliënten en medewerkers, waaronder registratie en opvolging van incidenten, registratie en opvolging van klachten, inzicht in persoonsgerichte zorg, tevredenheidsmetingen en sturen op prestaties, interne audits, open houding t.o.v. reflecteren en verbeteren.	x	x
Reflecteren en verbeteren met betrokkenheid van medewerkers, lerend netwerk	x	x
Periodieke toetsing van kwaliteitssysteem	x	x
<b>Voorwaarde 4 Bedrijfsresultaten</b>		
Administratieve processen en controles, waaronder geldig indicatiebesluit en eigen bijdrage cliënten	x	x
Financiële bedrijfsvoering, sturingsinformatie en risicoanalyse	x	x
Databeveiliging, waaronder persoonlijke gegevens	x	x
Gebouwenbeheer, huisvesting en duurzame investeringen	x	x

Aanvullende instrumenten die door het auditteam zijn ingezien tijdens auditdag:

- Kwaliteitsmonitor ONS Nedap
- Functiebeschrijving keukenprinses
- Functiebeschrijving sfermaker
- Opleidingsmatrix, bijlage bij beleid e-learning
- Printscreen van dashboard kwaliteit
- Notulen Overleg incidentencommissie dd. 29-8-2019
- Format voorlegger MO (Beleidscirkel)
- Powerpointpresentatie Introductiebijeenkomst
- Powerpointpresentatie Bewonersbijeenkomst november 2019
- Uitnodiging beleidsmiddag 15 mei 2019
- Bewonersbulletin week 43
- Notulen activiteitencommissie september 2019
- Programma symposium mensen met een missie april 2019
- Programma Babbels en Bubbels 2019
- Workshops coaches St. Elisabeth