

Auditrapport St. Elisabeth

23 februari 2021

Stichting Perspekt



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Aanleiding	3
Registratieadvies	3
Behaalde prestaties	3
Advies	3
Vervolg	3
Samenvatting bevindingen	4
Algemene conclusie	4
Complimenten.....	4
Aandachtspunten.....	4
Toelichting per prestatie	5
Bijlage 1. Methodische verantwoording	9
Bijlage 2. Kerngegevens	10
Bijlage 3. Auditprogramma.....	13
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht.....	15

Inleiding

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

De audit verschaft daarnaast ontwikkelingsgerichte informatie voor St. Elisabeth en biedt waar nodig concrete handvatten voor verbetering.

Aanleiding

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

Registratieadvies

Op 23 februari 2021 heeft er een tussentijdse audit plaatsgevonden binnen St. Elisabeth, op basis van het keurmerkschema PREZO VVT '17 v1. De scope van de audit is Verblijf inclusief behandeling, Verblijf, Individuele zorg, Dagbesteding. De kerngegevens van dit organisatieonderdeel staan in bijlage 2.

Behaalde prestaties

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

Advies

De voorzitter verklaart namens het auditteam dat op basis van de genomen steekproef met voldoende diepgang is getoetst. Daarom adviseert het auditteam de directeur/bestuurder van Perspekt om het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg voor St. Elisabeth te continueren. De audit is op alternatieve wijze uitgevoerd. Gebruikte hulpmiddelen zijn: telefoon, e-mail, gesprekken en rondgang met Zoom.

Vervolg

Na een negatief registratiebesluit kan St. Elisabeth opgaan voor een aanvullende audit. Tijdens een aanvullende audit (uiterlijk binnen drie maanden) toetst Perspekt alleen de prestaties die niet behaald zijn opnieuw

Samenvatting bevindingen

Algemene conclusie

Cliënttevredenheid door het leveren van topzorg, goed werkgeverschap en een grote inzet op welzijnsparticipatie staan hoog in het vaandel bij St. Elisabeth. Deze drie doelstellingen staan dan ook centraal in het ondernemingsplan 2019- 2023. Tijdens de audit is duidelijk geworden dat de cliënten tevreden zijn en dat de medewerkers trots zijn op hun organisatie St. Elisabeth. Uit de dossiers blijkt dat er ook aandacht is voor de domeinen die gericht zijn op de welzijnsbeleving van de cliënt. Uit de gesprekken die de auditor had en uit de toegestuurde documenten blijkt dat er in St. Elisabeth continu gereflecteerd en verbeterd wordt. Tijdens de tussentijdse audit is gebleken dat St. Elisabeth het keurmerk en logo goed gebruiken. Het uitvoeren van de audit op alternatieve wijze met gebruik van de genoemde ICT middelen heeft in voldoende mate bijgedragen aan de effectiviteit van de audit.

Complimenten

- Een compliment voor de manier waarop de communicatie en informatie is vormgegeven.
- Een compliment voor de positieve reacties van de cliënten. Zowel de cliënten die de auditor telefonisch heeft gesproken als de reviews op Zorgkaart Nederland die de auditor gelezen heeft zijn erg positief.
- Een compliment voor de grote betrokkenheid van de medewerkers, ze zijn trots op hun organisatie St. Elisabeth.

Aandachtspunten

- P.3. Het gesignaleerde risico bij de werkwijze van de wondbehandeling is er niet meer. In St. Elisabeth werkt men nu samen met een wondverpleegkundige.
- P.1. De levensgeschiedenis is niet altijd weergegeven omdat de familie daar niet aan mee wil werken.
- P.3. Er zijn gedurende een jaar geen BHV trainingen geweest bij St. Elisabeth vanwege de Coronapandemie. Dit is een risico waar men in St. Elisabeth bewust van is.
- P.3. Bij de thuiszorg van St. Elisabeth wordt niet alle medicatie in Medimo geregistreerd.
- P.1. Consequent rapporteren op doelstellingen is met name voor de thuiszorg van St. Elisabeth nog een uitdaging.

Toelichting per prestatie

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

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

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

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

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

Pijlers

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

Cliëntervaring

De auditor heeft een aantal cliënten en mantelzorgers telefonisch gesproken. Ze waren allemaal erg positief over St. Elisabeth. De mantelzorgers van de cliënten met verblijf vertelden dat er goed geluisterd wordt door de medewerkers, de cliënten van de dagbesteding waren erg enthousiast over het activiteiten aanbod. Ook op Zorgkaart Nederland zijn de reviews overwegend erg positief met een gemiddeld cijfer van 8,5. Enkele reacties die de auditor gelezen heeft zijn: "In St. Elisabeth draait het echt om de bewoners en mijn moeder wordt met veel warmte, persoonlijke aandacht en liefde hel goed verzorgd." Voor de auditor voldoende redenen om het volledig aantal punten toe te kennen voor cliëntervaring.

Praktijk en instrumenten

Auditees vertellen dat voordat de cliënt bij St. Elisabeth komt wonen de eerst verantwoordelijke verzorgende (evv) op huisbezoek gaat om de cliënt te informeren en om zo ook een beeld te krijgen van de thuissituatie van de cliënt. Ook kan de cliënt vooraf een eerste bezoek brengen om het zorgappartement te zien. Bij inwoning wordt er een risico-inventarisatie gedaan en een wensenkaart ingevuld en dit is de basis voor het voorlopig zorgleefplan (zlp). Binnen 6 weken vindt er een multidisciplinair overleg plaats waarbij de cliënt/1ste contactpersoon aanwezig zijn waarna het zlp definitief wordt gemaakt. De auditee van de thuiszorg vertelt dat als een cliënt zich aanmeldt voor zorg, een verpleegkundige op huisbezoek gaat om samen met de cliënt te kijken welke zorg en ondersteuning nodig is. Afhankelijk van de situatie vindt er minimaal jaarlijks een evaluatie plaats om samen met de cliënt de zorgdoelen te evalueren. De auditee van de dagbesteding vertelt dat voorafgaand aan deelname er een intakegesprek plaatsvindt met de cliënt waarbij de belangrijkste onderwerpen: -participatie, mobiliteit en mentaal welbevinden- in ieder geval aan de orde komen. Bij inzage van de dossiers door de auditor blijkt dat dat alle domeinen aandacht krijgen. Om de zorg nog persoonsgericht invulling te geven wordt aan de familie een levensverhaal van de cliënt gevraagd. Gesignaleerde risico's ziet de auditor vertaald in zorgdoelen. Bij de thuiszorg wordt echter niet consequent gerapporteerd op doelstellingen blijkt uit een steekproef in de digitale dossiers ondanks het feit dat deze afspraak wel is gemaakt in St. Elisabeth. Dit heeft als risico dat er minder overzicht is. Een reden voor puntenaftrek op praktijk en instrumenten. Voor alle organisatieonderdelen geldt hetzelfde klachtensysteem en alle auditees vertellen dat de meeste klachten door de medewerkers direct worden afgehandeld. Indien nodig wordt de manager erbij betrokken die in gesprek gaat met de cliënt en samen met cliënt en medewerker kijkt naar een oplossing. Uit de documenten blijkt verder dat cliënten gebruik kunnen maken van een officiële klachtenprocedure.

Reflecteren en verbeteren

Uit de documenten blijkt dat er een overzicht gemaakt wordt van informele klachten. Een auditee vertelt dat dit in de incidentencommissie besproken wordt om eventuele verbeteringen door te voeren. In het ondernemingsplan leest de auditor dat persoonsgerichte zorg een van de

doelstellingen is: We bieden topzorg. En in het kwaliteitsjaarplan 2021 staat ook daadwerkelijk een aantal acties beschreven om dit te bereiken zoals: domotica implementeren voor vrijheidsverruiming en het verder doorontwikkelen van het levensverhaal. Voldoende redenen om voor reflecteren en verbeteren het volledig aantal punten toe te kennen.

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

Cliëntervaring

De cliënten en mantelzorgers die de auditor telefonisch gesproken heeft waren positief over de manier waarop de communicatie bij St. Elisabeth verloopt. Een van de dagbestedingscliënten vertelde: "De communicatie is zeer goed en ze geven duidelijke uitleg". Ook de mantelzorgers van de intramurale cliënten vertelden dat ze erg positief zijn over de communicatie en informatie van de medewerkers van St. Elisabeth. Ook op Zorgkaart Nederland zijn de reviews positief. Enkele citaten die de auditor gelezen heeft: "Bij het kennismakingsgesprek werd goede en duidelijke informatie gegeven en wij hebben goede contacten met de verzorgenden." Een ander mooi voorbeeld is dat tijdens de audit alle auditees vertelden dat ze erg tevreden waren over de communicatie en informatie over Corona. Voldoende redenen om voor communicatie en informatie het volledig aantal punten toe te kennen.

Praktijk en instrumenten

De auditor heeft een duidelijke en overzichtelijke website gezien. Een auditee vertelt dat nieuwe cliënten ter informatie een ABC krijgen uitgereikt waarin alle verplichte vigerende informatie op alfabet duidelijk staat vermeld. Vanwege de religieuze achtergrond heeft St Elisabeth ervoor gekozen om geen vermelding te doen over euthanasie, indien een cliënt een euthanasiewens heeft is dit echter wel mogelijk. De auditor vindt dat de tarievenlijst makkelijk terug te vinden is op de website. Verder heeft de auditor een breed scala aan goed verzorgde informatiebrochures gezien. Alle verplichte en vigerende informatie heeft de auditor gezien. Auditees vertellen verder dat de verpleegkundige bereikbaarheid op locatie is geregeld en de medische bereikbaarheid voor cliënten met verblijf zonder behandeling en de individuele zorg door de huisartsenpost en voor cliënten met behandeling door de specialist ouderengeneeskunde (sog). Cliënten en eerste contactpersonen kunnen ook meelesen in het digitale dossier ONS met Caren Zorgt. De mantelzorgers die de auditor gesproken heeft vonden het erg prettig om op deze manier ook op de hoogte te blijven. Het bovenstaande geeft voldoende redenen om het volledig aantal punten toe te kennen.

Reflecteren en verbeteren

Auditees vertellen dat ze samen met de communicatieadviseur kijken hoe ze de cliënten nog beter kunnen voorbereiden op een verblijf in St. Elisabeth. In het kwaliteitsplan 2021 van St Elisabeth staat dat ze intranet willen gaan implementeren om de communicatie onderling verder te verbeteren. Een auditee liet aan de auditor een televisiescherm zien bij de receptie waarop cliënten en bezoekers ook informatie kunnen lezen. Zoals coronabeleid en activiteiten. Voldoende reden om voor reflecteren en verbeteren het volledig aantal punten toe te kennen.

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

Cliëntervaring

Tijdens de telefonische interviews die de auditor had met cliënten en mantelzorgers gaf iedereen aan dat ze een veilig gevoel hadden in St. Elisabeth. Bij een man wiens vrouw dementerend is vertelde dat zijn gevoel van veiligheid enorm is toegenomen sinds ze samen in St. Elisabeth wonen. Hij voelt zich op z'n gemak en ook vertelt hij dat er na signalering snel wordt gereageerd. De reviews op Zorgkaart Nederland zijn ook overwegend positief met een gemiddelde waardering van 8,5. Voldoende redenen om voor cliëntervaring het volledig aantal punten toe te kennen.

Praktijk en instrumenten

Een auditee vertelt dat alle meldingen van incidenten doorgestuurd worden naar het team die vervolgens kijken of ze naar aanleiding van de melding verbeteringen moeten aanbrengen en alle meldingen worden in het teamoverleg besproken. Indien nodig kan er paramedische expertise worden ingezet. De incidentencommissie bespreekt en analyseert ook alle meldingen en bij trends worden er maatregelen genomen. Auditees vertellen dat de medicatie met ondersteuning van het digitale systeem Medimo wordt bewaakt. Als er echter medicatie buiten het Baxtersysteem wordt gegeven komt het in de thuiszorg voor dat dit niet in Medimo zit. Dit kan het risicovol zijn omdat betreffende medicatie vergeten kan worden. Een reden voor puntenaftrek op praktijk. Een auditee vertelt dat intramuraal wel alles via Medimo loopt. Auditees vertellen dat structurele medicatiereviews voor de intramurale cliënten met behandeling samen met de apotheek worden ontwikkeld. Verder wordt er ook elk mdo aandacht besteed aan polyfarmacie. Hoe bij de overige cliënten polyfarmacie bewaakt wordt kon de auditee niet vertellen. Auditees vertellen vrijheidsbeperkende maatregelen terughoudend worden ingezet. Indien ze wel ingezet worden volgt een nauwgezette evaluatie. Met de inzet van psychofarmaca is men ook terughoudend en zal altijd in overleg met een psycholoog en indien gewenst een ouderenpsychiater worden gekeken of er geen alternatieven zijn. Bij de documenten heeft de auditor een positief Haccp auditrapport gezien uitgevoerd door Hygiëne Consult Nederland. Verder heeft de auditor inzage gehad in Haccp aftekenlijsten en die zijn allemaal naar behoren ingevuld. Een auditee vertelt dat deze lijsten elke 2 weken gecontroleerd worden en indien nodig wordt er actie ondernomen. Een auditee vertelt dat vanwege corona de trainingen bedrijfshulpverlening niet zijn doorgegaan. Omdat met name nieuwe medewerkers geen training hebben gehad kan dit een risico zijn omdat dit kan leiden tot te weinig bedrijfshulpverleners op de werkvloer. Een reden voor puntenaftrek op praktijk. Auditees vertellen ook dat men hiervan bewust is en op het moment dat het risico voor corona besmettingen kleiner is dan het risico van een niet optimale bedrijfshulpverlening er met de trainingen weer gestart gaat worden.

Reflecteren en verbeteren

Uit de documenten blijkt dat er naar aanleiding van een hoog aantal meldingen van onbegrepen gedrag er een verplichte e-learning is gedaan voor alle medewerkers over hoe om te gaan met dit onbegrepen gedrag. Ook staat in het kwaliteitsplan dat er een scholing wordt georganiseerd met de focus op "zo nodig medicatie." Twee mooie voorbeelden hoe reflectie moet gaan leiden naar verbeteringen. Voldoende redenen om voor reflecteren en verbeteren het volledig aantal punten toe te kennen.

Bijlage 1. Methodische verantwoording

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

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

Het auditteam bestond uit:

- Voorzitter / Secretaris (Arnold Vosters (LEAD))

Prestatieoverzicht

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

Bijlage 2. Kerngegevens

Peildatum	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	01 oktober 2020
Bestuursstructuur	
Bestuursstructuur	Raad van bestuur / Raad van Toezicht
Zorgbrede Governance Code	Ja
Toelichting:	
Verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	
Onder verscherpt toezicht IGJ	Nee
Toelichting:	
Datum laatste inspectieverslag	13 december 2018
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	Ja
Toelichting:	
Identiteit	
Identiteit	Algemeen
Samenwerkingsverbanden	
Relevante samenwerkingsverbanden	Huisartsen, TWB, gemeente Roosendaal, Bravis ziekenhuis, Palliatief netwerk, Regionaal Platform Dementie (RPD), Regionaal netwerk Antibiotica Resistentie (ABR), St. Groenhuijsen, Ronaz, regionale afstemming Wzd
Diensten die zijn uitbesteed	SVRZ, vervanging medische zorg voor SO buiten kantoor-uren TWB voor specialisaties op afroep (wondzorg, diëtiste, parkinsonverpleegkundige) SDB, salarisverwerking
Lokatie St. Elisabeth	
In zorg	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	
Uit zorg	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	
	Overlijden
	Ontslag / overig
Scope	Aantal cliënten
Individuele zorg (<i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i>)	

Ondersteuning en begeleiding
(Wmo, hulp bij het huishouden)

Verblijf (Wlz)

Verblijf inclusief behandeling
(Alleen behandeling wordt niet getoetst)

Dagbesteding
(Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)

Revalidatie
(o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)

Informele zorg

Totaal aantal cliënten **Totaal: 0**

Specifieke kenmerken doelgroepen

Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?

Toelichting:

BOPZ-aanmerking

BOPZ-aanmerking

Toelichting:

Personeel

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

Personen:

FTE:

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

Personen:

FTE:

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

Personen:

FTE:

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar

Personen:

FTE:

Tussentijdse- of eindaudit

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

Organisatiestructuur

Hebben zich, ten opzichte van de voorgaande audit, ingrijpende wijzigingen in de organisatiestructuur voorgedaan? Bijv. wijzigingen in leidinggevende posities of juridische structuur, is er sprake van een fusie? Ja

Toelichting: Op 1 juli 2020 is het voormalige klooster door de Congregatie

Zusters Franciscanessen van Mariadal formeel overgedragen aan Stichting St. Elisabeth. St. Elisabeth is nu eigenaar van het hele woonzorgcomplex.

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?

Ja

Toelichting: Start palliatieve unit per 1 oktober 2020
Start 2e huiskamer op De Strijpe

Personeel

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

Ja

Toelichting: 260 medewerkers (146,3 fte)
peildatum 5 oktober 2020

Keurmerk- en logogebruik

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

Nee

Toelichting:

Overige

Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang?

Ja

Toelichting: We zijn sinds vorige week (1/10/20) met Perspekt in overleg over het op afstand uitvoeren van de audit ivm de toename van corona in de regio. Sinds 6/10/20) verkeren we in de situatie zorgelijk en hebben we te maken met een uitbraak in ons woonzorgcentrum.

Dit formulier is ingevuld door:

Naam en functie: Mevr. L

Bijlage 3. Auditprogramma

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
			Mevr. M	
		auditor en organisatie stemmen	Mevr. L	
		verdeling van scopes over de dag af, zodat alle scopes met voldoende diepgang getoetst kunnen worden		
08:30	09:00	Observatie algemene ruimte , waaronder: Logo- en keurmerkgebruik		
09:00	09:15	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Mevr. M Mevr. A Mevr. R Mevr. L Mevr. B	
09:15	12:00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie – Communicatie en Informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid Aandachtspunten vorige audit(s)	Mevr. I Mevr. E Mevr. E Mevr. W Mevr. W Mevr. L	
12:00	13:00	(voorlopige) Score en toelichting en werklunch		
13:00	16:00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1. Uniciteit – Persoonsgerichte	Mevr. E Mevr. I Mevr. E Mevr. B	

		zorg	Mevr. E
		P2. Transparantie – Communicatie en Informatie	Mevr. L
		P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	
		Aandachtspunten vorige audit(s)	
16:00	16:30	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek	
16:30	16:45	Eindgesprek	Mevr. M Mevr. A Mevr. R Mevr. L Mevr. B Mevr. E Mevr. E Mevr. I Mevr. E

Bijlage 4. Instrumentenoverzicht

Algemeen

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

Pijlers

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

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

Overige instrumenten: Geen