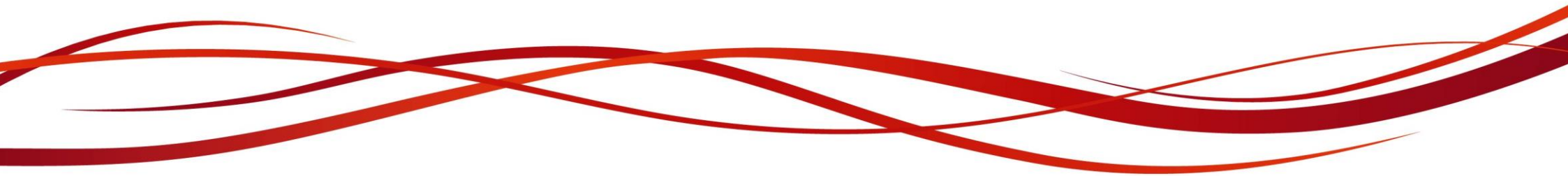


# Auditrapport

Tussentijdse audit  
*De Berkelhof*

Haarlo, 17 september 2018



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Methodische verantwoording</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Conclusie</b>	<b>10</b>
3.1	Conclusie	10
3.2	Keurmerk- en logogebruik	10
3.2	Registratieadvies	10
Bijlage A	Kerngegevens	11
Bijlage B	Auditprogramma tussentijdse audit of eindaudit	12
Bijlage C	Instrumentenoverzicht	13

## 1. Methodische verantwoording

<b>Naam organisatie</b>	Stichting de Berkelhof Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
<b>Organisatieonderdeel</b>	De Berkelhof
<b>Keurmerkschema</b>	PREZO GZ (11/04/14, versie 2)
<b>Scope</b>	Verblijf, Ondersteuning en begeleiding, Dagbesteding
<b>Soort audit</b>	Tussentijdse audit
<b>Auditdatum</b>	17 September 2018
<b>Auditor</b>	Dea Bobeldijk (voorzitter/secretaris)
<b>Wijze van aanlevering set toegestuurde instrumenten</b>	Via e-mail aangeleverd. Ook werden tijdens de auditdag diverse instrumenten geobserveerd of ingezien. Digitale toegang tot het ondersteuningsplan.

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

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

1. de zogenoemde voorwaardelijke prestaties. Voorwaardelijke prestaties hebben een directe relatie met wet- en regelgeving;
2. het logo- en keurmerkgebruik;
3. de voortgang van de verbetercyclus.

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

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

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

### 1.2 Beoordelings- en wegingskader

Het PREZO GZ keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (11/04/14, versie 2) is gebaseerd op PREZO, Prestatiemodel Gehandicaptenzorg, PREZO GZ. Het PREZO keurmerkschema bestaat uit een set van 20 prestaties en een beoordelings- en een

wegingskader. Er zijn zeven prestaties die een directe relatie hebben met wet- en regelgeving. Deze prestaties zijn als voorwaardelijk aangemerkt.

Om het PREZO GZ zilveren/gouden keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse en de eindexamen de zeven voorwaardelijke prestaties behaald hebben. Dit zijn de prestaties: Ondersteuningsplan, Informatie en Communicatie, Cliëntveiligheid, Veiligheid, Medezeggenschap, Kwaliteitssysteem en Good Governance.

Het beoordelingskader- en wegingskader voor de tussentijdse en eindexamen is gelijk aan het beoordelingskader- en wegingskader van de initiële examen. Om voor het PREZO GZ gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zullen alle prestaties behaald moeten zijn. Om voor het PREZO GZ zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking tot komen, zijn maximaal 2 niet-behaalde prestaties geoorloofd, niet zijnde voorwaardelijke prestaties.

Voor het logo- en keurmerkgebruik geldt dat aan alle aspecten zoals weergegeven in de auditovereenkomst c.q. algemene voorwaarden moet worden voldaan.

De voortgang van de verbetercyclus wordt beoordeeld tijdens de tussentijdse examen, maar maakt geen onderdeel uit van het wegingskader.

*De Berkelhof* is in bezit van het PREZO Gehandicaptenzorg *gouden* keurmerk in de zorg.

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

## 2. Resultaten

ARI Scoreblad Cliëntprestaties								
Prestatie		Uitkomsten Pijlers	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking
			P	I	V/B			
<b>Cliëntprestaties</b>								
<b>C10</b>	<b>Ondersteuningsplan</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>ja</b>	De zorgplannen bestaan uit een dynamisch deel en een algemene kaart. Het dynamische deel is op cliëntniveau beschreven en in samenspraak met de cliënt en vertegenwoordiger opgesteld. De gehanteerde negen (levens)domeinen zijn duidelijk weergegeven. Deze negen domeinen komen in grote lijnen overeen met de domeinen van Shalock en Verdugo zoals in de gehandicapten sector gebruikelijk is. De organisatie heeft afgelopen jaar gewerkt aan het bevorderen van de inbreng van de cliënt bij het tot standkomen van dit deel van het (dynamische) zorgplan. Hiervoor is een korte toetsing over het evaluatiegesprek van het zorgplan, ontwikkeld die bij de cliënt werd afgenomen, kort na een zorgplangesprek. De auditor heeft een voorbeeld gekregen en gezien dat de toetsing op cliëntniveau was samengesteld, korte zinnen, eenvoudig taal gebruik en ondersteuning van de tekst door pictogrammen. De bestuurder gaf diverse voorbeelden aan van verbeteringen die zijn toegepast nadat een cliënt deze toets had ingevuld. Voorbeelden zijn: het zorgplan eerst met verwanten bespreken en daarna met de cliënt een verkort gesprek, of het gesprek voeren in de huiskamer of op de kamer van de cliënt in plaats van een kantoor/gesprekskamer.
<b>C11</b>	<b>Informatie en Communicatie</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>ja</b>	Afgelopen jaar is de website verbeterd zoals de bestuurder vertelde, zijn de puntjes op de i gezet. De informatie op de website was te algemeen en gaf niet de detailinformatie waar ouders/verwanten en ketenpartners zoals het zorgkantoor om vroegen. Dat is nu wel het geval, bijvoorbeeld door de bijkomende kosten van wonen bij de Berkelhof te beschrijven en wat het kost als een cliënt meer zorg wil dan geïndiceerd is. Op cliëntniveau is er afgelopen jaar hard gewerkt aan de verbetering/werking van 'JOEP" het portaal waarin

								ouders/verwanten mee kunnen lezen in het dynamische zorgplan en berichten kunnen sturen en ontvangen. De secretaresse heeft de auditor laten zien hoe transparant en makkelijk het portaal JOEP werkt voor medewerkers en ouders/verwanten. De ouders werken nog niet allemaal met JOEP, sommigen hebben geen computer. Ook is de organisatie nog in overleg met de ouders/verwanten welke informatie, behalve de directe cliëntinformatie, via JOEP gecommuniceerd wordt. De ouders die het gebruiken zijn enthousiast, vertelde de medewerker. Puntenaftrek in 2017 (uitkomsten pijlers) is niet meer van toepassing, zie hiervoor O05.
<b>C12</b>	<b>Clientveiligheid</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>ja</b>	De RI&E is uitgevoerd en wordt besproken, MIC procedure en registratie is aanwezig en up-to-date. Medicatie wordt in de baxter uitgegeven en jaarlijks vindt evaluatie plaats tussen apotheker, huisarts en AVG (arts verstandelijk gehandicapten). Medewerkers zijn bereikbaar en beschikbaar en hebben de juiste kwalificaties. Er is een werkende klachtenprocedure en registratie- en opvolging vindt plaats. Cliëntvertrouwenspersonen zijn aanwezig: er is gekozen voor een 3 tragsmogelijkheid, één is een medewerker die gekozen is door de cliënten, één neutraal aangesteld persoon en één vrijwilliger (die in de winkel werkt). De aanwezige boerderijdieren zijn allemaal ingeënt in ieder geval tegen die ziektes die op mensen overdraagbaar zijn.

Prestatie		Uitkomsten pijlers	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking
			P	I	V/B			
<b>Organisatieprestaties</b>								
<b>O02</b>	<b>Veiligheid</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>ja</b>	Het veiligheidsbewustzijn is een continu proces bij deze organisatie. Er is een RI&E gehouden door een externe organisatie, waarbij er een verslag is gemaakt mede voor de cliënten en ouders binnen de Berkelhof. Zo zijn acties, die simpel op te lossen zijn, meteen aangepakt. Een voorbeeld: er is een kast aangeschaft (die op slot kan) voor giftige materialen. Andere zaken zijn in de planning gezet, o.a. voor de medewerkers op de werkbespreking. Voorbeeld hiervan was een incompany training over

								brandveiligheid. Hierbij is eveneens een ontruimingsoefening gestart met de cliënten zodat de jongere cliënten die hier recentelijk zijn komen wonen meteen mee konden oefenen. Ook zijn de vluchtplannen opnieuw besproken, waarbij bleek dat deze aangepast moesten worden. De auditor heeft een voorbeeld hiervan ingezien. Informatiebeveiliging is dit jaar geregeld via een microsoft beveiliging.
<b>004</b>	<b>Medezeggenschap</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>ja</b>	Zeggenschap is erg belangrijk voor de Berkelhof. De cliëntenraad heeft regelmatig overleg met de directie/bestuurder (laagdrempelig) en eenmaal per jaar met de RVT (raad van toezicht). De RVT heeft ook overleg met de bestuurder en is inhoudelijk betrokken bij de gang van zaken. De bestuurder probeert één instrument te gebruiken ter informatie aan deze raden, namelijk het halfjaarlijkse kwaliteitsplan. Het kwaliteitsplan is opgebouwd uit (verbeter)acties waarbij de tekst rood, oranje of groen gearceerd is zodat men in één oogopslag de vorderingen kan zien. Op cliëntniveau is de medezeggenschap te zien in de manier waarop de cliënt inspraak kan hebben in de totstandkoming van zijn zorgplan. De toetsing hierover (zie C10) is met medewerking van de OR tot stand gekomen.
<b>005</b>	<b>Kwaliteitssysteem</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>ja</b>	In het afgelopen jaar heeft de organisatie het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld. Er is een kwaliteitsjaarplan geschreven met onderwerpen volgens de drie bouwstenen van het kwaliteitskader VG. Dit plan is door de bestuurder samen met de auditor op diverse onderdelen besproken. Duidelijk zichtbaar zijn de kleuren rood, oranje en groen die de vorderingen van bepaalde verbeteringen weergeven. Bij alle onderwerpen is aangegeven hoe hier met de PDCA cyclus om wordt gegaan. Er is tevens een cliëntversie gemaakt waar de algemene informatie over de Berkelhof beschreven staat zoals in de uitgebreide versie, verder zijn er veel foto's toegevoegd van de cliënten (met toestemming) die te maken hebben met het beschreven onderwerp. In juni 2018 heeft er een medewerkers tevredenheidsmeting plaatsgevonden. Onderwerpen uit deze enquête worden meegenomen in de werkbesprekingen en leiden zo nodig tot andere activiteiten zoals scholing. Dit ter verbetering

								van de zorgverlening en ondersteuning van de deskundigheid van de medewerkers. Voorbeeld hiervan is een scholing over de verschillen in gedrag bij licht verstandelijk beperkten en matig verstandelijk beperkten waar het gaat om het emotionele IQ. Het korten van punten in de kolom 'pijlers' is overal komen te vervallen vanwege de invulling van de bouwstenen van het kwaliteitskader in deze organisatie, o.a. terug te zien in het kwaliteitsplan.
<b>006</b>	<b>Good Governance</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>ja</b>	<p>Taken en bevoegdheden RVT en bestuurder zijn helder en duidelijk omschreven. Jaarlijks wordt de bestuurder door de RVT beoordeeld en beoordeelt de RVT het eigen functioneren. De overleggen van bestuurder met de RVT werden door de bestuurder beschreven als goed, in harmonie maar ook een discussie niet uit de weg gaande. Dit jaar heeft de bestuurder tevens een cijfermatig verslag geschreven op verzoek van de RVT (ook al is dit niet meer verplicht). Het kwaliteitsjaarverslag is beschrijvend over de organisatie en bevat deze informatie niet. Middels de 'werkgroep visie en missie' is er een nieuwe toekomstvisie ontwikkeld, die aansluit bij maatschappelijke vraagstukken. Nog belangrijker gaf de bestuurder aan, is dat iedereen (die hier woont/werkt of anderszins betrokken is) iets met deze missie en visie kan. De visie en missie moet uitgangspunten bevatten waar de zorg en begeleiding zich in kan vinden. Verwachtingen op maat, van de cliënt, ouders en medewerkers volgens de bestuurder. De visie en missie van de Berkelhof zal in 2018 voorgelegd worden aan de Raad van Toezicht, nadat cliënten, ouders en medewerkers via de werkgroep hebben kunnen meedenken en meepraten over de visie en missie.</p>

### Aandachtspunten

#### Aandachtspunten uit de initiële audit

Tijdens de volgende audit is op basis van deze audit geen specifieke aandacht te besteden aan de prestaties. Wel is aandacht vereist voor:

#### Toelichting na tussentijdse audit

De organisatie heeft contact opgenomen met de VGN en de benodigde informatie verkregen en toegepast. Er zijn op diverse terreinen voorbeelden te zien van de toepassing van de bouwstenen zoals die



- 
- De wijze waarop de bouwstenen zoals genoemd in het nieuwe kwaliteitskader op kleinschalig niveau vorm worden gegeven. (zie het vernieuwde kwaliteitskader op <http://www.vgn.nl/>)

genoemd zijn in het kwaliteitskader VG. Er is een mooi kwaliteitsrapport samengesteld, hierbij is tevens een vertaling beschikbaar voor de cliënten. Er is een extern bureau aangetrokken om intervisie toe te passen en te leren hoe men kan reflecteren op het werk en verbeteracties methodisch kan uitwerken. Op organisatieniveau is deze methode via een kwaliteitsplan weggezet en wordt er voor de diverse disciplines aangegeven welke verantwoordelijkheid of werkzaamheden er verricht zullen worden. Hierbij zijn cliënten, medewerkers, vrijwilligers, verwanten en bestuurder betrokken en ingezet.

---

#### **Aandachtspunten uit de tussentijdse audit**

Er zijn geen aandachtspunten aan het licht gekomen in de tussentijdse audit.

#### **Toelichting na eindexamen**

### **3. Conclusie**

#### **3.1 Conclusie**

Zorgboerderij de Berkelhof heeft tijdens de tussentijdse audit op 17 september 2018 laten zien veel zaken goed op orde te hebben. Er zijn tijdens deze audit geen hiaten in de geboden zorg en dienstverlening aan het licht gekomen. In het kwaliteitshandboek zijn veel voorbeelden te lezen en te zien (op foto's) van de mooie resultaten die deze organisatie het afgelopen jaar heeft bereikt.

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

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

#### **3.3 Registratieadvies**

Om voor het PREZO GZ gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zullen alle prestaties behaald moeten zijn. Om voor het PREZO GZ zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zijn maximaal twee niet-behaalde prestaties geoorloofd, niet zijnde voorwaardelijke prestaties.

Tijdens de tussentijdse audit zijn alle 7 van de voorwaardelijke prestaties behaald.

De Berkelhof voldoet aan het wegingskader van het PREZO GZ keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (11/04/14, versie 2). De scope van de audit is Verblijf, Ondersteuning en begeleiding, Dagbesteding.

De auditor verklaart dat op basis van de genomen steekproef er met voldoende diepgang is getoetst. Derhalve adviseert de auditor de directeur/bestuurder van Perspekt om het PREZO GZ gouden keurmerk in de zorg van De Berkelhof te continueren.

## Bijlage A Kerngegevens

### Kerngegevens audit PREZO Gehandicaptenzorg

Ieder organisatieonderdeel vult het formulier 'Kerngegevens audit PREZO Gehandicaptenzorg' 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?	<10-07-2018>		
Organisatieonderdeel			
Naam organisatieonderdeel	Stichting De Berkelhof		
Naam organisatie	Stichting De Berkelhof		
Type, omvang en plaats/wijk organisatieonderdeel	<input type="checkbox"/> Hoofdlocatie <input checked="" type="checkbox"/> Locatie <input type="checkbox"/> Regio <input type="checkbox"/> Team <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	<aantal> <1> <aantal> <aantal> <aantal>	<plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk>
Bestuursstructuur			
Bestuursstructuur	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: Kleinschalige zorginstelling		
Scope		Aantal cliënten	
Individuele zorg (Bij zelfstandig wonen – Zvw)	0		
Ondersteuning en begeleiding (Wmo, hulp bij het huishouden)	3		
Verblijf (Wlz)	Differentiëren naar ZZP: 14 ZZP VG 05 x 7 ZZP VG 06 x 5 ZZP VG 04 x 1 ZZP VG 03 x 1		
Verblijf inclusief behandeling (Alleen behandeling wordt niet getoetst)	Differentiëren naar ZZP: 0		
Dagbesteding (Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)	29 deelnemers dagbesteding (zonder behandeling) De meeste bewoners komen op de eigen dagbesteding. Daarnaast nog 14 deelnemers van andere instellingen WLZ of via WMO.		
Revalidatie (o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)	0		
Informele zorg	0		

## Bijlage B Auditprogramma tussentijdse audit

### Auditprogramma tussentijdse audit (ongepland) PREZO Gehandicaptenzorg De Berkelhof

**Naam organisatieonderdeel: De Berkelhof**

**Scope: Verblijf, Ondersteuning en begeleiding, Dagbesteding**

**Weeknummer: 38**

**Aantal auditoren: 1**

Tijd <sup>1</sup>	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor(en)
	Half uur tevoren telefonisch contact met afgesproken contactpersoon organisatie		Dea Bobeldijk
30 min	Vorbereidingstijd organisatie Regelen van observaties en auditees Beschikking van registraties organiseren		
30 min	Observatie algemene ruimte <sup>2</sup> , waaronder: Logo- en keurmerkgebruik		
5 - 10 min	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Suzanne Krisse bestuurder	Dea Bobeldijk
30 min	Beoordelen praktijk, instrumenten en V/B: cliëntveiligheid (C12) Veiligheid (O02)	Suzanne Krisse bestuurder Carina begeleider	Dea Bobeldijk
30 min	Beoordelen praktijk, instrumenten en V/B: Ondersteuningsplan (C10) Informatie en communicatie (C11) Aandachtspunten vorige audit(s)	Suzanne Krisse bestuurder Erna Nieuwenhuis secretaresse	Dea Bobeldijk
30 min	Beoordelen praktijk, instrumenten en V/B: Good Governance (O06) Kwaliteitssysteem (O05) Aandachtspunten vorige audit(s)	Suzanne Krisse bestuurder	Dea Bobeldijk
30 min	Beoordelen praktijk, instrumenten en V/B: Medezeggenschap (O04)	Suzanne Krisse bestuurder	Dea Bobeldijk
30 min	(voorlopige) Score en toelichting		
15 min	Eindgesprek/ terugkoppeling registratieadvies	Suzanne Krisse bestuurder	Dea Bobeldijk

## Bijlage C Instrumentenoverzicht

<b>Instrumenten Algemeen</b>		
<b>Verplichte registraties en/of instrumenten 5 weken voor de audit aan iedere auditor verstrekt.</b>	<b>Organisatie: beschikbaar</b>	<b>Auditor: aangetroffen</b>
Ingevuld formulier kerngegevens	x	x
Ingevuld overzicht registraties en instrumenten (ARI)	x	X
Ingevoerde ARI	x	x
Inzicht in verbeter- en borgingscyclus m.b.t. de prestaties	x	x
Registratie en opvolging van uitkomsten (zoals pijler 1, 2A, 2B en 3)	0	x
Jaarplan/activiteitenplan	x	x
Organogram	x	x
Registratie en opvolging van uitkomsten (geldige en gevalideerd) cliëntervaringsonderzoek	x	x
Maatschappelijke verantwoording (conform vigerende eisen)	x	x
Informatiemateriaal (flyers, brochures e.d.) voor (potentiële) cliënten	x	x
Registratie en opvolging van klachten/complimenten en ongenoegens cliënten	x	x
Registratie en opvolging van incidenten (cliënten en medewerkers)	x	x
Inspectierapport en opvolging (actueel = niet ouder dan 3 jaar)	x	x
Afspraken en opvolging m.b.t. veiligheid:		
- periodieke veiligheidscontrole	x	x
- brandpreventie (inclusief periodieke oefening)		

<b>Instrumenten Ondersteunende cliëntprestaties (Pijlers)</b>		
<b>Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar</b>	<b>Organisatie: beschikbaar</b>	<b>Auditor: aangetroffen</b>
<b>C 10 Ondersteuningsplan</b>		
Afspraken m.b.t. ondersteuningsplan (inhoud en systematiek)	x	x
Ondersteuningsplannen in samenspraak en met instemming van cliënten:		
- actueel indicatiebesluit		
- contactpersoon	x	x
- samenhangende risico's		
- passende professionele inzet en maatregelen		

- betrokkenheid disciplines		
- evaluaties en opvolging		
én indien van toepassing		
- wettelijke vertegenwoordiging		
- mate van wils(on)bekwaamheid		
- opnamegronden		
- uitvoeringsverzoeken		
- wilsverklaringen (zoals niet- reanimatie verklaring)		
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten:		
- inzage ondersteuningsplan		
- opstellen, evalueren en bijstellen OP	x	x
- wettelijke vertegenwoordiging/mentorschap/curatele		
- wilsonbekwaamheid		
- inspraak en medezeggenschap		
Ondertekende zorg- dienstverleningsovereenkomst/leveringsvoorwaarden waaronder:		
- informatie uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit)	x	x
- communicatie en overleg met cliënt		
- informatie ethische aangelegenheden		
- informatie veiligheid		
Beschikbaarheid en afspraken eindverantwoordelijkheid (interne en/of externe) deskundige(n):		
- huisarts/psycholoog	x	x
Afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers)	x	x
- afstemming/coördinatie inclusief evaluatie zorgverlening en diensten		
<b>C 11 Informatie en communicatie</b>		
Informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/of digitaal via website) en communicatie met cliënten:		
- individueel ondersteuningsplan		
- zorgovereenkomst/leveringsvoorwaarden	x	x
- bescherming persoonsgegevens		
- procedure indicatie		
- uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit)		
- ethische aangelegenheden		

- veiligheid		
- klachtenprocedures/vertrouwenspersoon		
- inspraak en medezeggenschap		
<b>C 12 Cliëntveiligheid</b>		
Risicosignalering en -opvolging:		
- fysieke veiligheid (woon- en leefomgeving, inbraak, brandveiligheid, hulpmiddelen, voedselveiligheid)		
- sociale veiligheid (eenzaamheid, ouderenmishandeling, vrijheidsbeperking)	x	x
- emotionele veiligheid (depressie)		
- meldcode ouderenmishandeling		
Structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging:		
- medicijnen (eigen beheer, polyfarmacie)		
- mobiliteit, vallen		
- eten en drinken	x	x
- incontinentie		
- huidletsel		
- mondzorg		
Medicatie/distributiebeleid incl afspraken apotheek/veilige principes	x	x
Infectiepreventie beleid (o.a. NORO, MRSA, legionella)/opvolging/middelen/instructie/controle persoonlijke hygiëne	x	x
Structurele registratie en opvolging van incidenten (preventieve en corrigerende maatregelen)	x	x
Structurele registratie en opvolging van klachten	x	x
Inventarisatie van wensen en behoeften veiligheid appartement/veilig voelen van individuele cliënten	x	x
Beschikbaarheid, afspraken en gebruik relevante (hulp)middelen zoals:		
- beschermende kleding (schorten, handschoenen e.d.)		
- formularium geneesmiddelen		
- incontinentiemateriaal	x	x
- (goedgekeurde) tilliften		
- vrijheidsbeperkende hulpmiddelen		
- hoog-/laagbedden		
Registratie afgifte sleutels/toegangsregistratie	x	x
Erkenning BOPZ (indien van toepassing) én	0	x

afspraken, registratie en opvolging afspraken BOPZ in ZLP		
---	--	--

<b>Instrumenten Medewerkerprestatie/organisatieprestaties</b>		
<b>Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar</b>	<b>Organisatie: beschikbaar</b>	<b>Auditor: aangetroffen</b>
<b>001-007 Organisatieprestaties</b>		
Samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, ZH e.d.	x	x
Coördinatie en continuïteit van		
- zorg	x	x
- beschikbaarheid van arts, verpleegkundige		
Afspraken en opvolging m.b.t. veiligheid:		
- actueel calamiteitenplan/-oefening en evaluatie		
- periodieke veiligheidscontroles		
- BHV organisatie (scholing en aanwezigheid)		
- periodieke controle installaties/onderhouds- of keuringsrapport		
- periodiek controle van (hulp)middelen (o.a. tillift, rollator)/onderhouds- of keuringsrapport	x	x
- infectiepreventie: o.a. NORO virus, MRSA en Legionella		
- Arbo en RI&E (o.a. fysieke en psychische belasting)		
- informatiebeveiliging (WBP) en ICT		
- incidentenregistratie en -opvolging		
Strategie en beleid:		
- beleidsplan/kadernota		
- betrokkenheid medewerkers	x	x
- overleg en communicatie		
- sturingsgegevens		
- verslaglegging		
Afspraken en opvolging m.b.t. medezeggenschap:		
- cliëntenraad/klantenpanels	x	x
- ondernemingsraad/medezeggenschapsraad		
Beschikbaarheid (interne en/of externe) deskundige(n):		
- klachtenfunctionaris	x	x
- klachtencommissie		
- vertrouwenspersoon		
Kwaliteitssysteem/-cyclus:	x	x



- uitkomsten tevredenheidsonderzoeken- indicatoren		
- beleid, opvolging en verslaglegging		
- (gezondheids)risico's		
- ZLP cyclus		
- registratie en opvolging klachten		
- registratie en opvolging incidenten		
- prestaties verantwoorde zorg en verantwoord ondernemerschap		
- verbeteren en borgen		
Good Governance:		
- taken en bevoegdheden		
- statuten/vertegenwoordiging belangen cliënten		
- klokkenluidersregeling	x	x
- verslaglegging gevoerde beleid Good Governance		
- evaluatiegesprekken RvT en RvB		
- functioneren RvB en RvT		
Bedrijfsvoering zorgbeleid:		
- periodieke metingen en opvolging ervan (cliëntervaringsonderzoek)		
- vigerende indicatie besluiten		
- zorgovereenkomsten	x	x
- archivering en bewaartermijnen		
- wachtlijstbeheer en overbruggingszorg		
- multidisciplinaire zorg		
- capaciteitsplanning		
Bedrijfsvoering personeelsbeleid:		
- loopbaanplanning/leeftijdsbewust personeelsbeleid		
- doelgroepenbeleid		
- verzuimbeleid: registraties, register beroepsziektes, re-integratie	x	x
- functieprofielen		
- deskundigheidsbevordering		
- overlegstructuur		
- organisatiecultuur		
Bedrijfsvoering veilige gezonde werkomgeving:		
- onderzoeken waaronder MTO en RIE	x	x
- afspraken psychische en fysieke belasting		
- beschikbaarheid til/transferhulpmiddelen		

- registratie en opvolging van agressieincidenten		
- afspraken introductie en inwerken		
- omgang met gevaarlijke en schadelijke stoffen		
- persoonlijke beschermingsmiddelen/naaldencontainers		
- systeem FG/exit-interview en onderzoeken van trends		
- klachtenregistratie- en opvolging van medewerkers		
- MIM incidenten registratie en opvolging/melding beroepsongevallen/register		
Financiële bedrijfsvoering:		
- gezonde exploitatie/-positief/neutral exploitatie resultaat (jaarrekening)		
- begroting/financiële kaders/(interne) budgettering		
- leverancierseisen, samenwerkingsovereenkomsten en evaluatie	x	x
- inkoopbeleid- voorraadbeheer		
- periodieke financiële sturingsinformatie		
- AO-IC controles		
- Accountantsverklaring/-beoordeling		
Huisvesting:		
- lange termijn huisvestingsplan	x	x
- onderhoud gebouw(en)		
- duurzame investeringen		

Aanvullende instrumenten tijdens auditdag:

- Voorbeeld: korte toetsing rondom het zorgplangesprek
- Eerste evaluatie tevredenheidsonderzoek medewerkers juni 2018
- Papieren versie Kwaliteitsjaarplan
- Papieren versie cliëntversie kwaliteitsjaarplan
- Kwaliteitsplan 1<sup>e</sup> half jaar 2018
- Verkort jaarverslag bedrijfsmatige informatie ( voor RvT)
- RI&E rapport
- Ontruimingsplan