

Handleiding Audit & Registratie PREZO Roze Zorg

Stichting Perspekt



Uitgave

Stichting Perspekt
Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht
Postbus 9696, 3506 GR Utrecht

Januari 2017, versie 2

Druk

De intellectuele eigendomsrechten op PREZO Roze Zorg (2016) behoren toe aan Stichting Perspekt. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting Perspekt.

PREZO Roze Zorg (2016) is ontwikkeld in samenwerking met Stichting Roze 50+ door een projectteam bestaande uit mevrouw M. van Linschoten (consultant Stichting Roze 50+), mevrouw M. Niestadt (consultant Stichting Roze 50+) en mevrouw C. Bekker (auditcoördinator Perspekt) onder regie van mevrouw H.N. van den Berg (directeur/bestuurder Perspekt).

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
1.1	Algemeen	5
1.2	Leeswijzer	6
2.	Prestatiemanagement	7
2.1	Prestatiegericht auditeren	7
3.	PREZO prestaties Roze Zorg	8
3.1	Opbouw	8
3.2	Reikwijdte	8
3.3	De prestaties	8
4.	Beoordelingskader	9
4.1	De auditmethodiek	9
4.2	Cliëntervaringen	10
4.3	Beoordeling van de praktijk	10
4.4	Beoordeling van de instrumenten	10
4.5	Verbeteren en borgen	11
5.	Wegingskader	12
5.1	Weging prestaties	12
5.2	Eindoordeel en conclusie	13
6.	Organisatie van de audit	14
6.1	Aanmelding, offerte en overeenkomst	14
6.2	Samenstellen auditteam	14
6.3	Instrumenten/registraties	15
6.4	Vooroverleg	16
6.5	De feitelijke audit	16
6.6	Rapportage	17
6.7	Registratiebesluit	18
6.8	Vervolgtraject	19
6.9	Kwaliteitsbewaking Perspekt	20

Bijlagenoverzicht

Bijlage A	Prestatieset PREZO Roze Zorg	22
Bijlage B	Voorbeeld auditprogramma PREZO Roze Zorg	30
Bijlage C	Overzicht registraties en instrumenten PREZO Roze Zorg	33
Bijlage D	Gedragscode auditoren	37
Bijlage E	Evaluatieformulier zorgorganisatie	39

Bijlage A Prestatieset PREZO Roze Zorg

Cliëntperspectief - Domeinen

Roze Zorg: Welbevinden

Cliëntperspectief - Pijlers

Roze Zorg: Communicatie

Organisatieperspectief – Voorwaarden

Roze Zorg: Beleid

PREZO Roze Zorg: Welbevinden

Plan	Prestatie	De cliënt ervaart respect en ondersteuning van de eigen voorkeuren en/of keuzes aangaande gender identiteit en seksuele diversiteit.
Do	Activiteiten cliënt/ cliëntvertegenwoordiger	<p>De cliënt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. geeft aan wat voor hem/haar belangrijk is als het gaat om de gender identiteit en seksuele diversiteit aangaande de beleving van intimiteit en seksualiteit; 2. geeft aan hoe hij/zij zich wil uiten als het gaat om de gender identiteit en seksuele diversiteit aangaande de beleving van intimiteit en seksualiteit; 3. geeft aan welke ondersteuning van de medewerker en/of organisatie nodig is m.b.t. zijn/haar eigen voorkeuren en/of keuzen aangaande gender identiteit en seksuele diversiteit; 4. uit zijn/haar tevredenheid over de kwaliteit van zijn/haar bestaan met de medewerkers; 5. levert een proactieve bijdrage om roddelen en pesten tegen te gaan; 6. bepaalt wat er in het cliëntdossier/zorgleefplan komt te staan over gender identiteit en seksuele diversiteit; 7. participeert in evalueren en bijstellen van de gemaakte afspraken over gender identiteit en seksuele diversiteit; 8. komt de afspraken na die zijn gemaakt en vastgelegd m.b.t. gender identiteit en seksuele diversiteit in het cliëntdossier/zorgleefplan.
	Activiteiten medewerker/ discipline	<p>De medewerker:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nodigt de cliënt uit of bespreekt op verzoek van de cliënt relevante onderwerpen m.b.t. gender identiteit en seksuele diversiteit; 2. respecteert de keuzes die de cliënt hierin maakt, passend bij de behoeften en keuzes die de cliënt maakt (ook indien de cliënt zich niet wil uiten); 3. inventariseert de wensen en behoeften van de cliënt m.b.t. zijn/haar gender identiteit en seksuele diversiteit; 4. ondersteunt bestaande partnerrelaties en/of (h)erkent (nieuwe) behoeften van de cliënt m.b.t. gender identiteit en seksuele diversiteit; 5. zorgt ervoor dat de cliënt zijn gender identiteit en seksuele diversiteit in een positief en veilig leefklimaat kan praktiseren en

		<p>beleven;</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. overlegt, na toestemming van de cliënt, daar waar nodig met andere relevante betrokkenen (binnen en buiten de organisatie) en zorgt voor een passende communicatie; 7. legt in het cliëntdossier/zorgleefplan de gemaakt afspraken over gender identiteit en seksuele diversiteit vast; 8. komt de afspraken na die zijn vastgelegd over gender identiteit en seksuele diversiteit in het cliëntdossier/zorgleefplan; 9. evalueert periodiek de afspraken over gender identiteit en seksuele diversiteit met de cliënt en stelt deze zo nodig bij.
Do	Activiteiten organisatie/omgeving	<p>De organisatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zorgt voor voldoende en bekwame medewerkers met aandacht voor acceptatie, visie en tolerantie inzake gender identiteit en seksuele diversiteit; 2. zorgt ervoor dat gender identiteit en seksuele diversiteit onderdeel uitmaken van de reguliere zorgleefplansystematiek; 3. zorgt voor een positief en veilig leefklimaat; 4. zorgt voor noodzakelijke privacy en intimiteit van de inrichting van het gebouw, zoals het creëren van rustige hoekjes en zitjes zodat er gelegenheid geboden wordt om met elkaar in gesprek te gaan; 5. organiseert activiteiten (bv. themabijeenkomsten, gespreksgroepen, ontmoetingsplaatsen) die te maken hebben met gender identiteit en seksuele diversiteit en die toegankelijk zijn voor een ieder; 6. zorgt voor een gevarieerd aanbod van diensten en activiteiten (bv. themabijeenkomsten, gespreksgroepen, ontmoetingsplaatsen) die te maken hebben met gender identiteit en seksuele diversiteit en die zijn afgestemd op de wensen en behoeften van de cliënt.
Check	Uitkomsten / bronnen / indicatoren	<ol style="list-style-type: none"> 1. CQ 2.1 De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers prettig met elkaar omgaan; 2. CQ 4.3 De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede bejegening ervaren; 3. Uitkomsten van een (evaluatie)gesprek met cliënt(en): positieve waardering voor privacy, bejegening, geborgenheid; 4. Uitkomsten van een (evaluatie)gesprek met cliënt(en): positieve waardering voor respect en ondersteuning voor de (eigen) voorkeuren en/of keuzes aangaande gender identiteit en seksuele diversiteit; 5. Uitkomsten van een (evaluatie)gesprek met cliënt(en): positieve waardering over het aantal en aard van de activiteiten die worden georganiseerd die te maken hebben met gender identiteit en seksuele diversiteit; 6. Uitkomsten van een (evaluatie)gesprek met cliënt(en): positieve waardering over de tolerantie m.b.t. gender identiteit en seksuele diversiteit in de organisatie; 7. Klachten en ongenoegens registratie m.b.t. gender identiteit en seksuele diversiteit; 8. Incidentenregistratie (MIM en MIC) m.b.t. gender identiteit seksuele diversiteit;

9. Overige uitkomsten van instrumenten (waaronder de tolerantiescan) waarmee het behalen van deze prestatie aantoonbaar gemaakt kan worden.

Act	Verbeteren/ borgen	<p>De organisatie beoordeelt periodiek of de geformuleerde prestatie in voldoende mate is behaald door metingen uit te voeren en deze met betrokkenen:</p> <ul style="list-style-type: none">- te bespreken;- te analyseren;- te zorgen dat de analyses leiden tot concrete verbetering en/of borging;- te bepalen welke activiteiten en/of instrumenten een bijdrage leveren aan de verbetering en/of borging;- na te gaan of de activiteiten en instrumenten daadwerkelijk hebben bijgedragen tot verbetering en/of borging van deze cliëntprestatie.
-----	-----------------------	---
