

# Auditrapport

Woon- en Zorgcentrum Herfstzon  
Goor, 20 maart 2019



## 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>13</b>
3.1	Registratieadvies	13
3.2	Aandachtspunten voor volgende audit	13
3.3	Overzicht behaalde prestaties	14
Bijlage A	Kerngegevens	15
Bijlage B	Auditprogramma	17
Bijlage C	Instrumentenoverzicht	19

## 1 Methodische verantwoording

<b>Naam organisatie/concern</b>	Woon- en Zorgcentrum Herfstzon Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
<b>Organisatieonderdeel</b>	Woonzorgcentrum Herfstzon
<b>Keurmerkschema</b>	PREZO VVT 2017, versie 1, 01/07/17
<b>Scope</b>	Individuele zorg en Verblijf
<b>Soort audit</b>	Pre-audit
<b>Auditdatum/data</b>	20 maart 2019
<b>Auditteam</b>	De heer P.H.M. van der Heijden MHA (voorzitter) Mevrouw drs. W.B. van der Hoek (secretaris)
<b>Instrumenten</b>	Digitaal per mail
<b>Bijzonderheden</b>	De scopes Verblijf inclusief behandeling en Dagbesteding worden alleen getoetst als er cliënten zijn die deze zorgvorm ontvangen ten tijde van de audit. Anders vervallen deze scopes.

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	Gesproken cliënten zijn allemaal erg tevreden over hun woonsituatie. Zij wonen in een appartement van ongeveer 25m <sup>2</sup> , waarin het bed in de kamer is geplaatst. Een aantal cliënten geeft aan dit jammer te vinden, maar zeer tevreden te zijn over inrichting van de ruime huiskamers, de gangen en algemene ruimten. De appartementen zijn naar eigen smaak en met eigen vertrouwde spullen ingericht. Zij geven aan zich veilig te voelen en er wordt rekening gehouden met hun privacy, zo kunnen cliënten naar eigen wens de maaltijd nuttigen in het restaurant of de eigen woning en zijn er afspraken gemaakt over het betreden door medewerkers van de eigen woning. De leden van de Cliëntenraad geven aan dat het klimaat als "zeer warm en betrokken" wordt ervaren. De waarderingen op Zorgkaart Nederland en het laatste CQ-onderzoek zijn zeer positief.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	Herfstzou is kleinschalig van opzet, de appartementen zijn verdeeld over het hoofdgebouw (31 appartementen) en het naastgelegen Kapellengarden (16 woningen). De gemeenschappelijke voorzieningen bevinden zich in het hoofdgebouw welke inmiddels redelijk gedateerd (1980) is. Dit blijkt echter niet uit de inrichting en het onderhoud. De algemene ruimten, zoals de recreatiezaal en de grote huiskamers, zijn naar mening van het auditteam sfeervol en huiselijk ingericht met meubels en spullen uit de jaren '70. Compliment hiervoor. In de gangen hangen naast de basisverlichting ook stoffen lampenkappen ter accentuering van de sfeer. De lampenkappen heffen echter, op enkele plaatsen, het zicht op de nooduitgang-aanwijsborden op. Dit kan een veiligheidsrisico met zich meebrengen. Met grote posters zijn de toegangsdeuren en de uitgangen gemaskeerd. Medewerkers vertellen dat dit een rustgevend effect heeft op de cliënten, het verminderd de neiging tot het verlaten van de ruimten.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Bestuurder en manager zijn vier jaar geleden de uitdaging aangegaan om van Herfstzou een ambitieus zorgcentrum te maken. Zij troffen een verouderde organisatie die niet meer voldeed aan de hedendaagse wensen wat betreffende de inrichting en werkwijzen. De afgelopen vier jaar is met veel aandacht de inrichting van het gehele gebouw aangepakt. Wensen en ideeën van bewoners, familie en medewerkers zijn hierin meegenomen.	

<b>Waarde   Samen ergens deel van uit maken, delen, ontmoeten</b>		
<b>Prestatie D2 Participatie</b>		<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Tijdens de rondgang viel het op dat er aandacht is voor welzijn en dagbesteding. De ruime huiskamers nodigen hiervoor uit, zo werden er spelletjes gedaan, de krant gelezen en koffie gedronken. Herfstzon beschikt over de inzet van vrijwilligers, die ook de relatie naar de buitenwereld vertegenwoordigen. Cliënten vertellen zeer tevreden zijn over het welzijnsaanbod, medewerkers zijn creatief in het verzinnen/mogelijk maken van activiteiten passend bij de interesses en mogelijkheden van de bewoners. Cliënten vertellen tevens met veel enthousiasme over "feestjes" en gezelligheid die zij zelf maken met de andere cliënten.
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	Bij intake vindt het eerste gesprek over interesses en gewoonten van de bewoner al plaats. Mantelzorgers worden betrokken door gebruikmaking van het programma Caren Zorgt. Zo blijft men op de hoogte van de ontwikkelingen in de zorg van cliënten, maar ook op de hoogte van de verschillende activiteiten die worden georganiseerd. Het gevarieerde programma komt tot stand volgens de wensen van de cliënten. Het levensboek "Wie ben ik", is een enorme bron van informatie over het leven van de cliënt, is ondersteunend in het bieden van passende welzijnsactiviteiten. Afspraken hierover zijn vastgelegd in het zorgplan welke twee keer per jaar wordt geëvalueerd tijdens het MDO. Ter ondersteuning van het activiteitenprogramma zijn zo'n honderd vrijwilligers actief betrokken bij Herfstzon. Om de behoefte van een groep bewoners te voorzien wordt, in samenwerking met vrijwilligersorganisatie Franje, de mogelijkheid onderzocht om een "niet-geïndiceerde" dagbesteding op te zetten.
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Een cliënt vertelde ten tijde van de audit graag eens te willen sjoelen en onmiddellijk werd er door de medewerker gesignaleerd dat er meer mensen deze wens hadden en het daarom in het programma zou worden ingepast.
<b>Waarde   Genieten aangenaam voelen, kwaliteit van leven ervaren</b>		
<b>Prestatie D3 Mentaal welbevinden</b>		<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Gesproken cliënten geven aan dat er aandacht is voor hun geloofsbeleving, er zijn contacten met de kerken in de omgeving. Uit het cliëntwaarderingsonderzoek blijkt dat cliënten aangegeven dat de medewerkers zeer vriendelijk en liefdevol zijn.
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	Het zorgleefplan laat zien dat de risico's op individueel cliëntniveau zijn vastgesteld en dat met de cliënt en medewerkers/professionals afspraken zijn gemaakt om gesignaleerde risico's zoveel mogelijk te voorkomen/ beperken. Waar het gaat om "onbegrepen gedrag" als risico kan een beroep worden gedaan op de psycholoog van Sint Maarten waarmee Herfstzon een samenwerkingsovereenkomst heeft. Ter ondersteuning van het omgaan met onbegrepen gedrag worden medewerkers hierin getraind middels scholing. Op deze wijze is er ook aandacht voor de palliatieve zorg. Uitingen van onvrede worden gezien als gratis advies, oppakt en daardoor wordt voorkomen dat onvrede tot een formele klacht leidt. De enkele keer dat dit voorkomt, wordt de klacht aantoonbaar geregistreerd en

		afgehandeld. In het projectplan "Klaar voor zwaar", is uitgewerkt hoe de locatie zich voorbereidt op het realiseren van de functie "behandeling" van een groep cliënten.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Verbeteractie naar aanleiding van een eerder cliënttevredenheidsonderzoek is de introductie de "Ronde Tafel gesprekken". Het platform voor deelnemers om ongehinderd hun mening te geven over alle aspecten van Herfstzon. Er is aandacht voor zaken die bewoners zelf van belang achten.	
<b>Waarde   Vitaliteit levenskracht, gezondheid</b>			
<b>Prestatie D4 Lichamelijk welbevinden</b>			<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Cliënten zien er verzorgd uit en geven aan dat er, door de medewerkers, aandacht is voor eventuele lichamelijke ongemakken. Volgens hen wordt er samen gezocht naar passende oplossingen.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	Gezondheidsrisico's worden periodiek geïnventariseerd, in ONS van Nedap. Cliënten zien er zeer verzorgd uit, volgens eigen wensen en gewoonten, vastgelegd in het zorgdossier. Er is ruimte voor zelfzorg, dit wordt gestimuleerd door de medewerkers. Medewerkers vertellen tevreden te zijn over de samenwerking met de huisartsen, de lijnen zijn kort en indien mogelijk is EV bij huisartsenvisite aanwezig. Gezien de complexere zorgzwaarte en vooruitlopend op de reeds afgegeven functie behandeling wordt samengewerkt met Sint Maarten van waaruit een psycholoog en SOG bij het MDO aanwezig zijn. Enkel lichte vrijheidsbeperkende interventies worden ingezet en dan uitsluitend op uitdrukkelijk verzoek van de cliënt. Uit inzage in de zorgdossiers blijkt dat deze niet altijd op dezelfde wijze worden geregistreerd en met dezelfde frequentie worden geëvalueerd. Uit navraag bij medewerkers blijkt dat in de praktijk de toepassing van de interventie regelmatig aan de cliënt wordt gevraagd en, indien vastgelegd in het zorgplan, twee keer per jaar bij het MDO wordt geëvalueerd. Hierdoor ziet het auditteam geen risico in de toepassing van de vrijheidsbeperkende interventies. Een enkele keer tekent de vertegenwoordiger voor de inzet van een interventie, uiteindelijk is het hiervoor benodigde bewijs van wilsonbekwaamheid aangetroffen in het dossier van de cliënt. Voor de verpleegkundige protocollen wordt gebruik gemaakt van de protocollen van Vilans.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Documenten en gesprekken met auditees laten zien dat voortdurend gezocht wordt naar verbeteringen in de zorg, zo is er naar aanleiding van de analyse op de medicatiefouten een werkgroep ingesteld en onderzocht of het digitaal aftekenen via Medimo een oplossing zou kunnen zijn. Naar aanleiding van de analyse, is besloten over te gaan op Medimo en wordt hiermee in april gestart.	

<b>ARI Scoreblad Prestaties PIJLERS</b>			
prestatie	score	toelichting	behaald/ niet behaald
<b>Waarde   Uniciteit</b> mogen zijn wie je bent, erkenning krijgen			
<b>Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg</b>			<b>80</b>
<b>Clïëntervaring</b>	30	Volgens de geraadpleegde bewoners uit het cliëntwaarderingsonderzoek komt Herfstzon de afspraken over verzorging en behandeling goed na, kunnen zij meebeslissen over wat voor zorg of hulp zij krijgen en wanneer ze zorg of hulp krijgen.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	15	Het individuele zorgplan is in overleg met de cliënt gemaakt en vastgelegd in het ECD van Nedap ONS. Cliënten geven aan tevreden te zijn over deze afspraken en dat er buiten het MDO ook mogelijkheden zijn om afspraken te veranderen. Deze afspraken worden dan vastgelegd op de recent ingevoerde zorgkaart. Op deze kaart is een snel overzicht mogelijk van de zorgbehoefte en de gemaakte afspraken. Op deze wijze hoeft het zorgplan niet telkens te worden aangepast en ter ondertekening worden aangeboden aan de cliënt. Er zijn geen duidelijke afspraken gemaakt over het archiveren van actieve zorgplannen, MDO-verslagen en evaluaties. In de dossiers zijn meerdere "als actueel aangemerkte" gegevens aangetroffen, die duidelijk waren verouderd. Dit brengt het risico met zich mee dat zorg wordt verleend/ of juist niet wordt verleend, wat een gezondheidsrisico voor de cliënt kan zijn. Dit is reden geweest voor puntenaftrek bij instrumenten. Stapsgewijs wordt de rol van de EVV-ers gestimuleerd naar taakvolwassenheid van de medewerker. De rol van de EVV-er wordt langzaam veranderd naar meer professionaliteit. Identiteitsbewijzen van cliënten worden nog gekopieerd en bewaard in het dossier. Dit is niet conform wetgeving en is dan ook reden voor puntenaftrek.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Bij de introductie van het ECD werden te veel doelen in het zorgplan opgenomen, waardoor het lastig werd om frequent op ieder doel te rapporteren. Daarnaast zorgden wijzigingen tot regelmatige aanpassing en opnieuw ondertekening. Dit is aanleiding geweest voor de recente introductie van de zorgkaart. Het proces van afbakening welke informatie op de zorgkaart hoort en welke informatie in het zorgproces is nog gaande.	
<b>Waarde   Transparantie</b> inzicht, helder			
<b>Prestatie P2 Communicatie en informatie</b>			<b>100</b>
<b>Clïëntervaring</b>	30	Uit het waarderingsonderzoek blijkt dat geraadpleegde vertegenwoordigers van bewoners aangeven dat de leidinggevende of hun contactpersoon telefonisch en/of per e-mail makkelijk te bereiken is. Ook ervaren vertegenwoordigers dat ze snel op de hoogte gesteld worden als er iets met de bewoner aan de hand is en dat de leiding of directie goed reageert op vragen en suggesties. In gesprekken met de auditoren geven bewoners eveneens aan genoeg informatie te ontvangen over o.a. de georganiseerde activiteiten.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	Op de duidelijke en gebruiksvriendelijke website te gebruiken door de doelgroep en verwanten is alle nodige informatie te vinden. In Herfstzon zijn de lijnen kort, informatie wordt door de medewerkers gecommuniceerd met cliënten en mantelzorgers. De wens is geuit om een folder te maken voor nieuwe bewoners. Een groep cliënten en	



		vertegenwoordigers heeft aangegeven graag een "papieren" informatiepakket te ontvangen in plaats van digitale informatie en een losse set formulieren. Tijdens het huisbezoek voorafgaand aan de inhuizing krijgt een nieuwe bewoner nu een set met losse formulieren om door nemen en in te vullen. De organisatie wil dit graag opnemen in een nog te ontwikkelen informatiemap voor inhuizing. De naar "buiten" gerichte visie van Herfstzon leidt tot veel publiciteit en positieve aandacht van de organisatie. Zo is Herfstzon benaderd door Talpa om mee te werken aan een documentaire, de voorbereiding hierop is in volle gang.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	De waarderingsonderzoeken en "Ronde Tafel" gesprekken die periodiek worden gehouden geven inzicht in de mate van tevredenheid bij de bewoners over onder andere "Communicatie en Informatie". Indien nodig wordt actie ondernomen, de nieuwe informatiemap waarvan de ontwikkeling dit jaar op het programma staat is een goed voorbeeld van een verbeteractie.	
<b>Waarde   Veiligheid relationele en fysieke veiligheid</b>			
<b>Prestatie P3 Cliëntveiligheid</b>			<b>80</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Bewoners geven aan zich veilig te voelen in Herfstzon. De aanwezigheid van een receptie draagt bij aan dit gevoel. Bewoners geven aan dat er op elkaar gelet wordt, sociale betrokkenheid vanuit het dorp is groot, wat ook bijdraagt aan het gevoel van veiligheid.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	15	<p>Per 1 april wordt overgaan op Medimo, onder andere om het aantal medicatiefouten terug te dringen. Wat betreft medicatieveiligheid is er door het auditteam nog een aantal afwijkingen geconstateerd, waarop niet aan de wet- en regelgeving wordt voldaan. Het betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- binnen Herfstzon wordt de medicatiekoelkast dagelijks gecontroleerd en wekelijks geregistreerd. Een marge ontbreekt op het formulier, tijdens de audit gaf de temperatuur 0 graden aan;</li> <li>- opiaten en risicovolle medicatie worden op eigen registratielijsten wel dubbel afgetekend, maar niet op de toedienlijst (TDL) van de apotheek;</li> <li>- flesje oogdruppels zonder openingsdatum aangetroffen;</li> <li>- op een huiskamer wordt medicatie nog uitgezet;</li> <li>- retourmedicatie wordt opgeborgen in een nog te openen box.</li> </ul> <p>Deze afwijkingen zijn reden voor puntenaftrek.</p> <p>Medewerkers zijn terughoudend in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, deze worden alleen op dringend verzoek van de cliënt ingezet. Er wordt volop gekeken naar alternatieven. Dit inrichting van het gebouw, volgens de visie van Anneke van der Plaats, draagt hier aan bij. Psychofarmaca vallen onder vrijheidsbeperkende maatregelen, uit inzage in de zorgdossier blijkt dat deze, niet altijd als zodanig worden geregistreerd. MIC meldingen worden geregistreerd, het MIC verslag wordt besproken in de recent gestarte overleggen "Kwaliteit en Veiligheid". Registraties in de centrale keuken van de HACCP zijn prima in orde. Jaarlijks vindt een ontruimingsoefening plaats, verbeterpunten worden opgepakt.</p>	

<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Regelmatig wordt het "Rondje Herfstzon" gelopen, waar aan de hand van een checklijst gelet wordt op een aantal veiligheidsaspecten. Een verbeteractie naar aanleiding hiervan is het verbeteren van de veiligheid van en de toezicht op het sleutelbeheer, door het binnenkort in gebruik nemen van de Keywatcher.	
----------------------------------	----	--	--

### ARI Scoreblad Prestaties VOORWAARDEN

prestatie	score	toelichting	behaald/ niet behaald
<b>Waarde   Vakkundigheid kennis, kunde</b>			
<b>Prestatie V1 Kwaliteit medewerkers</b>			<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Alle bewoners melden dat de zorgverleners vakkundig werken, goed op de hoogte zijn van hun ziekte(n) of gezondheidsproblemen en dat verzorgenden en verpleegkundigen rekening met wat bewoners zelf wel en niet kunnen. Ook ervaren alle bevroegde bewoners dat zorgverleners hun gezondheidsklachten serieus nemen.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	De afgelopen jaren is er zeer veel geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering. Wat professionalisering betreft is een enorme inhaalslag gemaakt, wat maakt dat de organisatie nu ook klaar is om binnenkort "Behandeling" te leveren, conform het projectplan "Klaar voor zwaar". Tevens is de formatie op orde en is er een goed functionerende samenwerking met Zorggroep Sint Maarten voor de SOG en overige behandelaren. Registraties van diverse scholingstrajecten voor medewerkers zijn ingezien; E-learning, BIG-registraties, BHV en bijscholingen zijn op orde. Uit het laatste medewerker tevredenheid onderzoek kwam als verbeterpunt de sociale veiligheid van de medewerkers naar voren. Hier opvolgend zijn regelmatig medewerker inspraakavonden gehouden waarin "vertrouwen & verbondenheid" centraal hebben gestaan. Nu zijn deze avonden thematisch en wordt bijvoorbeeld met elkaar gesproken over de kernwaarden van Herfstzon. Binnenkort wordt het MTO opnieuw uitgevoerd.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Door de enorme focus op deskundigheidsbevordering werden medewerkers te veel belast. Op verzoek van de medewerkers is het intensieve scholingstraject even op een laag pitje gezet en is een half jaar "pauze" ingelast.	
<b>Waarde   Ontwikkelen vitale cultuur</b>			
<b>Prestatie V2 Management en Governance</b>			<b>100</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	Cliënten en medewerkers zijn erg tevreden over de betrokkenheid en laagdrempeligheid van leidinggevende en bestuurder. De lijnen zijn kort en leidinggevende en bestuurder lopen veel rond en ondersteunen het team waar nodig. Uit de gesprekken blijkt dat cliënten en medewerkers veel ruimte ervaren voor inspraak.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	De samenwerking tussen bestuurder en Raad van Toezicht verloopt goed. De Raad van Toezicht is betrokken bij het kwaliteitsbeleid en 2 x per jaar aanwezig bij het overleg met de Cliëntenraad. Statuten zijn aanwezig en de Governance Code wordt nageleefd. Er is een zeer betrokken cliëntenraad die periodiek overleg heeft met de bestuurder. Zij worden goed gefaciliteerd in de uitvoering van hun werkzaamheden. Agendapunt van de afgelopen periode is onder het project "Klaar voor zwaar". In 2018 zijn de "Ronde Tafel"	

		gesprekken" geïntroduceerd, hier worden de "huis-, tuin- en keukenproblemen" van de bewoners besproken. Voor de Cliëntenraad een mooi instrument om te weten wat er leeft bij de bewoners. Vanwege de omvang van de organisatie is er geen ondernemingsraad geïnstalleerd. N.a.v. de uitkomsten van het laatste MTO is er korte tijd gewerkt met een personeelsvertegenwoordiging. Deze werkwijze is vrij snel weer ingetrokken omdat de leden zicht niet bekwaam voelden om besluiten te nemen. De bestuurder is aan het onderzoeken wat een geschikte vorm kan zijn voor personeelsvertegenwoordiging binnen Herfstzon. Een klokkenluidersregeling is aanwezig en opgesteld n.a.v. de "brandbrief" welke vanuit de toenmalige cliëntenraad naar de Raad van Toezicht is gestuurd, vanwege de grote chaos en het disfunctioneren van de toenmalige bestuurder. Groot compliment voor de stappen die in de afgelopen jaren zijn gezet om Herfstzon te maken tot wat het nu is (zie ook D1). Een gezonde organisatie waar bewoners met plezier wonen en medewerkers met plezier werken, zo blijkt uit zowel het cliënttevredenheid- als medewerker tevredenheid onderzoek.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	De enorme wilskracht en betrokkenheid van het team om Herfstzon tot een gezonde organisatie te maken, laat zien hoe deze organisatie in staat is zich op alle fronten te verbeteren. Dit blijkt uit de gesprekken met medewerkers, cliëntenraad, de waarderingen op Zorgkaart Nederland en de diverse tevredenheidsonderzoeken.	
<b>Waarde   Kwaliteit voldoen aan eisen en verwachtingen</b>			
<b>Prestatie V3 Sturen op kwaliteit</b>			<b>80</b>
<b>Cliëntervaring</b>	30	De verschillende tevredenheidsonderzoeken geven aan dat cliënten erg tevreden zijn over de zorgverlening en het wonen binnen Herfstzon. Dit werd tevens bevestigd in het inspectierapport. Uit het waarderingsonderzoek onder bewoners blijkt dat Herfstzon een Netto Promotor Score (NPS) van 57 heeft. Vertegenwoordigers van bewoners geven een nog hogere waardering, dit blijkt uit de NPS van 71.	behaald
<b>Praktijk en instrumenten</b>	15	Zowel het algemeen- als het kwaliteitsbeleid worden niet altijd ondersteund met de gegevens vanuit analyse en interpretatie. Analyse van gegevens zoals, MIC-meldingen, klachten, functioneringsgesprekken en andere gegevens vindt nog onvoldoende plaats. Verslaglegging is met name beschrijvend van aard, door het nauwelijks aanwezig zijn van een analyse, is er een risico op het mogelijk onvoldoende zicht hebben op oorzaken van verbeterpunten. Ondanks het regelmatig ontbreken van een analyse vinden in de praktijk verbeteracties plaats, een aantoonbare evaluatie/ borging van de acties ontbreekt. Wel is de structuur waarin rapportages worden besproken en welke onderwerpen deze bevatten helder. Het kwaliteitshandboek bevat vele procedures en protocollen in een willekeurige volgorde, zonder een duidelijke systematiek en autorisatieblok, hierdoor documenten soms lastig vindbaar. Deze gegevens zijn reden voor puntenaftrek bij instrumenten. Middels "Rondjes Herfstzon" wordt periodiek de kwaliteit op onderwerp getoetst.	
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	Er wordt bewust gezocht naar de bruikbaarheid en de relevantie van beschikbare procedures en protocollen. Wat is echt noodzakelijk voor de uitvoering van zorg en dienstverlening en wat is overbodig. Met die vragen is men op zoek naar het lean maken van de organisatie.	

Waarde   Betrouwbaarheid juistheid, controleerbaarheid		
Prestatie V4 Bedrijfsresultaten		100
<b>Cliëntervaring</b>	30	Persoonlijke gegevens worden goed beveiligd. Door de ruime personeelsbezetting en hoge aantal vrijwilligers ervaren cliënten goede zorgverlening. Cliënten vertellen dat zij blij zijn met de vaste gezichten. Cliënten en familie ervaren een zorgvuldige en intensieve ondersteuning, waar het gaat om het administratieve proces rondom zorg- en dienstverlening.
<b>Praktijk en instrumenten</b>	35	In de afgelopen jaren heeft men bewust gekozen voor een overschrijding van de begroting en exploitatie om een inhaalslag op betere zorg te kunnen realiseren. Dit tekort werd voor een belangrijk deel veroorzaakt door extra noodzakelijke investeringen en scholing van medewerkers. Het verzuim (15%) van medewerkers heeft de aandacht van de organisatie, met gesprekken probeert men het verzuim te verminderen. De organisatie besteedt ruim aandacht aan de bescherming van persoonsgegevens, hetgeen zichtbaar is in diverse documenten, waarin zoveel mogelijk niet-relevante gegevens onleesbaar zijn gemaakt.
<b>Reflecteren en verbeteren</b>	35	De organisatie laat zien en laat horen dat op transparante wijze wordt gewerkt en gecommuniceerd; met (en tussen) cliënten, familieleden, medewerkers en management. Het is daardoor mogelijk om continu te werken aan de versterking of het verbeteren van het functioneren als organisatie. Van een "instructie" organisatiemodel gaat men langzaam naar een meer taakvolwassenheid van de medewerkers.

### 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.

Woon- en Zorgcentrum Herfstzon heeft 11 van de 11 prestaties behaald. Hiermee voldoet Woon- en Zorgcentrum Herfstzon aan het wegingskader van PREZO VV&T 2017 voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (01/07/17, versie 1). De scope van de audit is Individuele zorg en Verblijf.

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 Woon- en Zorgcentrum Herfstzon 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

Er zijn geen duidelijke afspraken gemaakt over het archiveren van actieve zorgplannen, MDO-verslagen en evaluaties. In de dossiers zijn meerdere actuele gegevens aangetroffen, die duidelijk waren verouderd. Dit is reden geweest voor puntenaftrek bij instrumenten (P1).

---

Identiteitsbewijzen van cliënten worden nog gekopieerd en bewaard in het dossier (P1).

---

Wat betreft medicatieveiligheid is er door het auditteam nog een aantal afwijkingen geconstateerd, waarop niet aan de wet- en regelgeving wordt voldaan. Het betreft:

- binnen Herfstzon wordt de medicatiekoelkast wordt dagelijks gecontroleerd en wekelijks geregistreerd. Een marge ontbreekt op het formulier, tijdens de audit gaf de temperatuur 0 graden aan;
  - opiaten en risicovolle medicatie worden op eigen registratielijsten wel dubbel afgetekend, maar niet op de toedienlijst (TDL) van de apotheek;
  - flesje oogdruppels zonder openingsdatum aangetroffen;
  - op een huiskamer wordt medicatie nog uitgezet;
- 

##### Toelichting na tussentijdse audit

- retourmedicatie wordt opgeborgen in een nog te openen box.

Deze afwijkingen zijn reden voor puntenaftrek (P3).

Psychofarmaca vallen onder vrijheidsbeperkende maatregelen, uit inzage in de zorgdossier blijkt dat deze, niet altijd als zodanig worden geregistreerd. (P3).

Zowel het algemeen- als het kwaliteitsbeleid worden niet altijd ondersteund met de gegevens vanuit analyse en interpretatie. Analyse van gegevens zoals, MIC-meldingen, klachten, functioneringsgesprekken en andere gegevens vindt nog onvoldoende plaats. Verslaglegging is met name beschrijvend van aard, door het nauwelijks aanwezig zijn van een analyse, is er een risico op het mogelijk onvoldoende zicht hebben op oorzaken van verbeterpunten. (V3).

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

Peildatum			
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	<31 december 2018>		
Organisatieonderdeel			
Naam organisatieonderdeel	Herfstzon		
Naam organisatie	Woon- en zorgcentrum Herfstzon		
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> <aantal> <aantal> <aantal> <aantal>	<Goor> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk>
Bestuursstructuur			
Bestuursstructuur	Directeur bestuurder en 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> )	6		
Ondersteuning en begeleiding ( <i>Wmo, hulp bij het huishouden</i> )	0		
Verblijf (Wlz)	Differentiëren naar ZZP: 1 - 1, 3 - 4, 4 - 20, 5 - 6, 6 - 5.		
Verblijf inclusief behandeling ( <i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i> )	Differentiëren naar ZZP: 0		
Dagbesteding ( <i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i> )	0		
Revalidatie ( <i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i> )	0		
Informele zorg	0		
Totaal aantal cliënten	Totaal:		
Specifieke kenmerken doelgroepen	Omschrijving: 36 WLZ, 6 wijk, 2 NAH		
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening			
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting:		
BOPZ-aanmerking			
BOPZ-aanmerking	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:		

<b>In zorg</b>	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	44
<b>Uit zorg</b>	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden: 10 Ontslag / overig: 2
<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	<datum>
<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	Interact Contour, Gemeentehof van Twente, Stichting Franje, Saluut, Tafel van Goor, Dijkhuis in Bathmen, Friso in Almelo
Diensten die zijn uitbesteed	financieel administratief
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 47 FTE: 21,5
Instream personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar <sup>1</sup>	Personen: 9 FTE: 4,44
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 4 FTE: 2,66
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage: gemiddeld 8,52%
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 100 FTE:
<b>Dit formulier is ingevuld door:</b>	
Naam en functie	Pauline Lubberhuizen, kwaliteitsfunctionaris
Datum	<30 januari 2019>

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



## Bijlage B Auditprogramma

Tijd <sup>2</sup>	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditoren
08.30 – 09.00	Voorbespreking auditteam		Allen
09.00 – 09.15	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Mevrouw L. Mevrouw S. Mevrouw L.	Allen
09.15 – 11.30	Observaties en gesprekken over: D1. Comfort -Woon- en leefsituatie D2. Samen - Participatie D3. Genieten - Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit - Lichamelijk welbevinden	Mevrouw B.	De heer P. van der Heijden
09.15 – 11.30	Observaties en gesprekken over: P1. Unicitéit - Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en Informatie P3. Veiligheid - Cliëntveiligheid	Mevrouw H. Mevrouw B.	Mevrouw W. van der Hoek
11.30 – 12.15	Registraties/instrumenten en gesprekken over: D1. Comfort -Woon- en leefsituatie D2. Samen - Participatie D3. Genieten - Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit - Lichamelijk welbevinden	Mevrouw B.	Mevrouw W. van der Hoek
11.30 – 12.15	Registraties/instrumenten en gesprekken over: P1. Unicitéit - Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en Informatie P3. Veiligheid - Cliëntveiligheid	Mevrouw S.	De heer P. van der Heijden
12.15 – 13.15	Bespreking bevindingen auditteam/werklunch		Allen
13.15 – 15.00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V1. Vakkundigheid - Kwaliteit medewerkers V3. Kwaliteit - Sturen op kwaliteit	Mevrouw L. Mevrouw S.	De heer P. van der Heijden

<sup>2</sup> Begin- en eindtijd kunnen in overleg afwijken.

Tijd <sup>2</sup>	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditoren
13.15 – 14.30	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V2. Ontwikkelen - Management en Governance V4. Betrouwbaarheid - Bedrijfsresultaten	Mevrouw L.	Mevrouw W. van der Hoek
14.30 – 15.00	Gesprek met 2 vertegenwoordigers cliëntenraad	Mevrouw K. Mevrouw v W.	Mevrouw W. van der Hoek
15.00 – 16.30	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Allen
16.30 – 16.45	Eindgesprek	Allen	Allen
16.45 – 17.00	Evaluatie auditteam		Allen

## Bijlage C Instrumentenoverzicht

<b>Instrumenten Domeinen</b>		
<b>Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar</b>	<b>Organisatie: beschikbaar</b>	<b>Auditor: aangetroffen</b>
<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	x	X
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
<b>Instrumenten Pijlers</b>		
<b>Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar</b>	<b>Organisatie: beschikbaar</b>	<b>Auditor: aangetroffen</b>
<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, ouderen mishandeling, huiselijk geweld, grensoverschrijdend gedrag, vrijheidsbeperking	x	X
Bescherming persoonsgegevens	x	X

<b>Instrumenten Voorwaarden</b>		
<b>Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar</b>	<b>Organisatie: beschikbaar</b>	<b>Auditor: aangetroffen</b>
<b>Voorwaarde 1 Kwaliteit medewerkers</b>		
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 opropbaar 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
<b>Voorwaarde 2 Management en Governance</b>		
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
Leiderschapsstijl en overlegstructuur	x	X
Samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, andere zorginstellingen (waaronder ziekenhuizen)	x	X
<b>Voorwaarde 3 Sturen op kwaliteit</b>		
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
Databaseveiliging, waaronder persoonlijke gegevens	x	X
Gebouwenbeheer, huisvesting en duurzame investeringen	x	X

Aanvullende instrumenten tijdens auditdag:

Digitaal en op papier zijn diverse registraties ingezien waaronder:

- het kwaliteitssysteem;
- het jaarplan;
- diverse kwartaalrapportages;
- verslagen van team overleggen;
- registratieformulieren t.b.v. de inhuizing;
- activiteitenprogramma's;
- verschillende krantenartikelen.