



Auditrapport

Woon- en zorgcentrum Herfstzon

Goor, 20 april 2016

Inhoudsopgave

1	Methodische verantwoording	3
2	Resultaten	5
3	Conclusie	15
3.1	Registratieadvies	15
3.2	Aandachtspunten volgende audits	15
3.3	Overzicht behaalde prestaties	17
Bijlage A	Kerngegevens	18
Bijlage B	Auditprogramma	23
Bijlage C	Indicatoren	26
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	28

1 Methodische verantwoording

Naam organisatie	Woon- en zorgcentrum Herfstzon Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
Naam organisatorische eenheid (OE)	Woon- en zorgcentrum Herfstzon
Scope	Intramuraal: Verblijf
Keurmerkschema	Keurmerkschema PREZO VV&T 2014(01/07/14, versie 1)
Soort audit	Initiële audit
Auditdatum	20 april 2016
Auditoren	mevr. Mr. Y.A. Ossevorth (voorzitter) mevr. drs. A.M. Stegeman (secretaris) mevr. drs. C.E.F. Wijdeven (auditor)
Bijzonderheden	Geen bijzonderheden

Het PREZO VV&T 2014 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (01/07/14, versie 1) bestaat uit de prestatieset van 15 prestaties, het beoordelings- en wegingskader. PREZO VV&T 2014 is het kwaliteitssysteem voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (ouderenzorg), dat gebaseerd is op de landelijke normen voor Verantwoorde zorg en het bijbehorende Kwaliteitsdocument Verantwoorde zorg VVT 2012.

Per prestatie kan een maximale score van 100 punten worden behaald. Voor iedere prestatie dient een minimale score van 70 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. Om voor het PREZO zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking tot komen, is maximaal 1 niet-behaalde prestatie geoorloofd.

Het doel van de audit:

- een onafhankelijke beoordeling van de kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties, zoals geformuleerd in PREZO VV&T 2014 en de Handleiding Audit & Registratie PREZO VV&T 2014;
- het verschaffen van ontwikkelingsgerichte informatie aan de getoetste organisatie;
- erkenning van de organisaties die voldoen 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 soorten bronnen: CQ-resultaten, observaties, registraties, gesprekken en instrumenten en conform het vigerend wegingskader tot stand gekomen.

De set toegestuurde instrumenten van Woon- en zorgcentrum Herfstzon zijn per post, inclusief een usb stick met instrumenten aangeleverd. In aanvulling op deze set zijn, op verzoek van het auditteam voorafgaand aan de audit, aanvullende instrumenten aan het auditteam toegestuurd, waaronder een digitale versie van de ARI. Ook werden tijdens de auditdag diverse instrumenten geobserveerd of ingezien.

2 Resultaten

ARI Scoreblad Prestaties INTRAMURALE ZORG: domeinen - pijlers - voorwaarde 1								
Prestatie	CQ index	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking	
	uitkomsten indicatoren	P	I	V/B			<i>binnen een cel naar een nieuwe regel met alt/enter</i>	
DOMEINEN								
Domein 1 Woon- en leefsituatie								
D 1	De cliënt voelt zich thuis in zijn leefomgeving	27	30	20	20	97	ja	Herfstzon kenmerkt zich door een huiselijke en gemoedelijke sfeer. De appartementen kunnen naar eigen keuze worden ingericht. Het is duidelijk zichtbaar dat de inrichting van het huis door verschillende verbouwingen meer bewonersgericht is geworden. Zoals de huiskamer dicht bij de voordeur, de sfeervolle inrichting van beide nieuwe huiskamers, de a.s. verhuizing van de kapsalon naar de begane grond en de toegang naar de nog in te richten PG-tuin. Bewoners zijn enthousiast over de mooie ruimten en maken hier ook zichtbaar gebruik van. Er is een hartelijke, respectvolle bejegening naar bewoners. De locatie ziet er schoon en verzorgd uit. Er is een nieuw systeem personenalarmering geïnstalleerd dat op termijn ook toegepast kan worden voor de leefcirkels. Bij het openen van een nooddeur naar buiten verscheen vervolgens een medewerker ter controle van de situatie. Toestemming van de cliënt om het appartement te betreden zonder dat hij/zij aanwezig is wordt niet gevraagd en ook niet in het zorgleefplan opgenomen.
Domein 2 Participatie								

D 2	De cliënt ervaart voldoende mogelijkheden en ondersteuning in zijn sociale zelfredzaamheid	20	30	20	20	90	ja	De dagbesteding in de huiskamer op de eerste verdieping is opgezet voor bewoners die meer ondersteuning in het dagelijks ritme nodig hebben. Er heerst hier een huiselijke en gastvrije sfeer, waar ook andere bewoners bij aansluiten. Deze dagbesteding voldoet aan de behoefte van een groeiende groep bewoners en voorziet in meer onderling sociaal contact. Er wordt al gedacht over uitbreiding van tijden van de dagbesteding en de verbouwing van een derde huiskamer is begonnen. Er is een vaste planning van wekelijkse activiteiten, dit is zichtbaar via posters. Er zijn veel vrijwilligers actief. Zij ondersteunen bij gezamenlijke activiteiten of worden op individuele basis aan een bewoner gekoppeld.
Domein 3 Mentaal welbevinden								
D 3	De cliënt ervaart ondersteuning bij zijn levensinvulling gebaseerd op eigen identiteit, persoonlijke ontwikkeling, waarden en levenskeuzen	20	30	10	20	80	ja	Cliënten spreken de medewerkers gemakkelijk aan in de gangen of in het restaurant om te vragen nog iets voor ze te doen, wat vervolgens door de medewerkers ook wordt gedaan. Omgekeerd lopen de medewerkers gemakkelijk bij cliënten naar binnen; aankloppen en vervolgens wachten op antwoord wordt niet altijd nagevolgd. Herfstzon heeft geen BOPZ-aanmerking, maar heeft wel te maken met een toenemende zorgzwaarte/pg-problematiek; in dat kader heeft de Inspectie op verzoek van Herfstzon in augustus 2015 een onderzoek uitgevoerd t.a.v. onbegrepen gedrag voortkomend uit dementie. Het rapport bevat diverse aanknopingspunten waarmee Herfstzon aan de slag is gegaan. Zo wordt een levensloopboek ontwikkeld en is er een beleidsplan PG opgesteld. Cliënten kunnen desgewenst om de week de kerkdienst bezoeken; ook is het mogelijk dat iemand van de kerk bij de cliënt langs komt. Indien van toepassing wordt familie betrokken bij de totstandkoming van de afspraken/evaluaties in het zorgleefplan; ook worden er familieavonden georganiseerd. Een mantelzorgbeleid is echter nog niet aanwezig.
Domein 4 Lichamelijk welbevinden & gezondheid								

D 4	De cliënt ervaart een goed lichamenlijk welbevinden	23	30	20	20	93	ja	<p>In de keuken wordt zelf gekookt. Bewoners kunnen kiezen uit twee menu's. Cliënten worden gestimuleerd om de maaltijden in het restaurant of indien van toepassing op de huiskamer te gebruiken. Ook hier geldt: zien eten doet eten. Ook het feit de maaltijden binnen Herfstzon nog door een eigen kok worden klaargemaakt heeft een positief effect. De medewerkers van de keuken zijn zelf in het restaurant aanwezig om de maaltijd op te dienen en staan open voor reacties van bewoners. Een bewoner gaf aan het eten lekker te vinden. Familie kan altijd mee-eten als men dit vooraf aangeeft.</p> <p>In het zorgleefplan wordt een code gehanteerd voor het zelfstandig/niet zelfstandig beheren/innemen van medicijnen. In het zorgleefplan is een vragenlijst aangaande diverse risicosignaleringen opgenomen (zie verder P 1). Medewerkers werken volgens een routesysteem om vervolgens de daadwerkelijk de gewenste zorg uit te voeren. Op dit moment zijn een aantal aandachtsvelders benoemd, waaronder iemand voor de medicatie. De medicatie ligt in een afgesloten kastje op het appartement van de cliënt. De bijbehorende aftekenlijst zit in het zorgdossier (eveneens aanwezig in het appartement). Medicatie voor cliënten die naar de huiskamers gaan en daar ook de maaltijd gebruiken wordt voor aanvang van de maaltijd opgehaald; door de medewerker die belast is met de medicatie, wordt afgetekend dat de medicatie wordt meegenomen. Of vervolgens ook wordt afgetekend bij daadwerkelijke inname is niet in de praktijk getoetst. Op het terrein van de medicatie is een forse verbetering gemaakt, o.a. ook door de dagelijkse controles door de locatiemanager op het aftekenen en het "lik op stuk beleid" bij fouten (te weten: driemaal een officiële waarschuwing levert een aantekening op in het personeelsdossier). De eerste foutloze dag is inmiddels uitgebreid gevierd. Cliënten hebben een eigen huisarts; een getekend uitvoeringsverzoek is ingezien. De samenwerking met de apotheek is nog voor verbetering vatbaar voor wat betreft het tijdig leveren van medicatieoverzichten en medicatie. Herfstzon is hier volop mee bezig. Met Zorggroep Sint Maarten wordt o.a. samengewerkt op het gebied van de inzet van paramedici en de behandeldienst.</p>
-----	---	----	----	----	----	----	----	---

								De risicosignalering wordt voorafgaand aan het MDO en 2x per jaar uitgevoerd (zie ook P 1). Herfstzon heeft een protocol mondzorg en een bijbehorend formulier om anamnese mondzorg te inventariseren en evaluaties vast te leggen. De bewoners zien er verzorgd uit.
PIJLERS								
Pijler 1 Zorgleefplan								
P 1	De cliënt beschikt over een eigen zorgleefplan dat in samenspraak en met zijn instemming tot stand is gekomen	10	15	20	20	65	nee	Het zorgdossier als instrument is aanwezig en biedt een goede basis voor de zorgverlening. In de praktijk is er nog een duidelijk verschil tussen medewerkers die al goed de weg kennen in het zorgdossier en die de verschillende formulieren kunnen gebruiken, terwijl dit voor anderen nog een ontwikkelingsproces is. De risicosignalering wordt sinds kort ingevuld; er vindt nog niet altijd een doorvertaling plaats naar het zorgplan. Het onderscheid tussen het formulier met een toelichting op de vier domeinen en de doelen en acties in het zorgleefplan is niet helemaal duidelijk. In het zorgleefplan staan bv. zaken vermeld waar geen zorgvraag over is, maar iets vertelt over de achtergrond van een bewoner. In de rapportage is vaak nog geen koppeling naar de doelen en acties in het zorgleefplan. Het bespreken/evalueren met de bewoner van de vier domeinen ter voorbereiding op de zorgplanbespreking is voor EVV'ers nog in ontwikkeling. Nog niet alle acties in het zorgleefplan worden goed opgevolgd. Bijv. een bewoner krijgt op de audit dag om half 10 haar ontbijt, terwijl de afspraak is ca. 8 uur in verband met medicijninname. Tweede voorbeeld: medicatie voor de hele dag uit zetten, dit is niet gebeurd. Het gebruik van een levensboek is nog in een pril stadium. Het is niet duidelijk hoe dit als hulpmiddel wordt gebruikt in het zorgleefplan.
Pijler 2 Informatie en communicatie								

P 2	De cliënt ervaart een goede en passende informatie over de voor hem belangrijke zaken en met de cliënt wordt adequaat gecommuniceerd	20	30	20	20	90	ja	<p>Herfstzon heeft een informatieboekje en een website. Een folderrek is niet aangetroffen.</p> <p>Cliënten ontvangen een zorgovereenkomst alsmede de leveringsvoorwaarden. Ook wordt informatie omtrent reanimatie en de klachtenregeling verstrekt.</p> <p>Een lid van de cliëntenraad is tevens cliëntenvertrouwenspersoon; het gaat hierbij vooral om een adviesfunctie om de cliënten bij te staan in de wijze waarop zij een klacht kenbaar kunnen maken. Daadwerkelijke klachtenbehandeling vindt hier niet plaats; dit ligt in de lijn en/of bij de onafhankelijke klachtencommissie. Afhankelijk van de aard van de klachten en/of op verzoek van de cliënten/familie wordt een klachtenregistratie bijgehouden. Via de familieavonden worden ook uitingen van ongenoegens aan de orde gesteld en via de notulen van deze avonden vastgelegd.</p> <p>Herfstzon heeft in 2015 een CQ meting laten uitvoeren. De uitkomsten hiervan zijn geanalyseerd en ook de tegenvallende scores waren uiteindelijk te verklaren; zo bleek dat cliënten en familie het prettig vinden om informatie/mededelingen daadwerkelijk op papier te hebben i.p.v. van mondeling. Herfstzon maakt nu een verslag van de familiebijeenkomsten en onderzoekt mogelijkheden voor digitale communicatie.</p>
Pijler 3 Cliëntveiligheid								

P 3	De cliënt voelt zich veilig	30	15	10	20	75	ja	<p>Er is veel geïnvesteerd in medewerkers over veilig wonen en veilige zorg door o.a. klinische lessen, hygiënisch werken en coaching on the job. Er is een MIC/MIM registratie die per kwartaal wordt geanalyseerd. De medicatieveiligheid is continu onderwerp van aandacht. Medicatiefouten worden dagelijks gesignaleerd en besproken met de medewerker. (Op het terrein van de medicatie is een forse verbeterslag gemaakt (zie ook D4).</p> <p>Een overeenkomst met apotheek is niet aangetroffen. In het Medicatiebeleid is geen instructie aangetroffen over het dubbel aftekenen van risicovolle medicijnen. Gezien de veranderende bewonersgroep is het omgaan met schoonmaakmiddelen/gevaarlijke stoffen een aandachtspunt. Tijdens de rondgang zijn er schoonmaakkarren op de gang aangetroffen zonder toezicht. De linnenkamer met diverse schoonmaakmiddelen in het zicht was niet afgesloten. Ook de deur naar het dakterras was open.</p>
VOORWAARDEN								
Voorwaarde 1 Professionele medewerkers								
V 1	De medewerker is deskundig en levert op een cliëntgerichte wijze, doeltreffend en doelmatig, een bijdrage aan kwaliteit van leven van de cliënt	17	15	20	20	72	ja	<p>Herfstzon investeert veel in externe deskundigheid (verpleegkundige, EVV'er, kwaliteitsmedewerker, facilitaire- en technische ondersteuning) om het methodisch werken en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren/verhogen. Dit werpt zijn vruchten af, alhoewel medewerkers nog niet vaardig genoeg zijn om zelfstandig te werken. Dit kwam ook tot uiting in de CQi meting van 2015: de uitkomst m.b.t. de ervaren beschikbaarheid personeel had te maken met de ingezette koerswijziging van Herfstzon. Er is nog veel sturing en coaching nodig (zie ook P1 en V 2.5).</p>

ARI Scoreblad Prestaties INTRAMURAL ZORG: Voorwaarde 2						
Prestatie	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking
	P	I	V/B			<i>binnen een cel naar een nieuwe regel met alt/enter</i>
Voorwaarde 2.1 tot en met 2.7 professionele organisatie						
V 2.1	De organisatie draagt zorg voor samenhang en continuïteit in zorg en ondersteuning aan de cliënt zowel binnen als buiten de eigen organisatie	40	30	30	85	ja De familie/mantelzorg heeft zowel in de missie en visie van Herfstzon als in de praktijk een centrale plek; dit is echter niet uitgewerkt in een mantelzorgbeleid (zie ook D3). Er zijn initiatieven ontwikkeld om in de wijk samen te werken met welzijnswerk in de vorm van het leveren van maaltijden voor Tafeltje-dek-je. Vanuit de keuken is er sinds enkele maanden een maandelijks maaltijdactiviteit waarmee men ouderen uit de wijk in Herfstzon uitnodigt. Hiervoor is samenwerking gezocht met Stichting Welzijn Ouderen.
V 2.2	De organisatie biedt veilige zorg en ondersteuning in een veilige omgeving, door vakbekwame medewerkers en gericht op het ondersteunen van het algehele welbevinden van de cliënt	40	15	30	85	ja De MIM registratie is opgenomen in de MIC registratie en er is een verwijzing naar een digitale site waar de stappen staan bij Prikincidenten etc. Het auditteam heeft echter geen MIM registratie aangetroffen in de MIC overzichten van het 1e kwartaal 2015 en 2016. Gezien de huidige- en toekomstige zwaardere doelgroepen met gedragsproblemen zoals agressie is het zinvol de MIC en MIM registratie te scheiden, zodat analyse en benodigde acties specifiek in beeld komen. In de afgelopen 1,5 jaar is er veel achterstallig onderhoud gepleegd. Veel installaties zijn vernieuwd of aangepast (bv. brandmeldinstallatie, personenalarmering, telefooncentrale, liften). Er zijn nieuwe servicecontracten afgesloten en de werkprocessen zijn zonodig herzien. Het legionellabeheer is geborgd. De contactgegevens van de belangrijke leveranciers en de documentatie van de systemen zijn geordend bij de receptie. Er is een nieuw calamiteitenplan, BHV-oefening staat gepland en medewerkers zijn geschoold in werken volgens HACCP en dragen dit ook uit. De registraties in de keuken zijn op orde en de inrichting ziet er verzorgd uit.

V 2.3	De organisatie bereikt haar prestaties op basis van een strategie met een daaruit afgeleid beleidsplan	40	30	30	100	ja	<p>Herfstzon heeft het afgelopen jaar een forse cultuuromslag ondergaan en heeft uitgebreid geïnvesteerd in het inhuren van kennis en kwaliteit op interim-/adviesbasis. Ook op het gebied van scholing, het gebouw en in nieuwe medewerkers is geïnvesteerd om zo de basis weer op orde te krijgen.</p> <p>Het "Herfstzonhuis met de vele wegen naar Rome" vormt de missie/het kader van waaruit gewerkt wordt.</p> <p>Op het gebied van de inzet van behandelaars en de inhuur van overhead wordt samengewerkt met Zorggroep Sint Maarten. Ook vindt er een uitwisseling plaats van kennis en deskundigheid t.a.v. de toenemende zorgzwaarte/pg-problematiek van de cliënten. Inmiddels zijn een aantal toekomstscenario's doorgerekend; voor Herfstzon is er alleen een toekomst weggelegd indien een vaste partner kan worden gezocht voor de ondersteuning van financiën, gebouwenbeheer, zorg en P&O. De definitieve uitkomst hiervan zal nog dit jaar bekend worden.</p> <p>Ten behoeve van zowel het Zorgkantoor als de Inspectie is een integraal verbeterplan opgesteld. Hierin is aangegeven welke verbeteringen al zijn gerealiseerd en welke acties nog uitgevoerd moeten worden.</p>
V 2.4	De organisatie betreft op actieve wijze cliënten/verwanten en medewerkers bij de totstandkoming van besluiten (tenminste zoals in de wet benoemd)	40	30	30	100	ja	<p>De cliëntenraad bestaat uit vijf actieve, betrokken leden die regelmatig in huis zijn. Er is een maandelijks overleg met de bestuurder. Het verslag van het overleg is niet openbaar. De bewoners worden eenmaal per jaar uitgenodigd voor een jaarvergadering waarin men op de hoogte wordt gebracht van de zaken die spelen. Er is veel openheid tussen de bestuurder en de cliëntenraad en de cliëntenraad wordt betrokken bij overleg met stakeholders, bijv. het Zorgkantoor. De cliëntenraad voelt zich gehoord en betrokken bij de toekomstscenario's voor Herfstzon. Een lid van de cliëntenraad is tevens vertrouwenspersoon voor bewoners. Deze persoon is bijna dagelijks in huis en laagdrempelig toegankelijk voor bewoners (zie ook P2). Voor de medewerkers is er geen personeelsvertegenwoordiging, hier bleek te weinig animo voor te zijn. Als alternatief is er tweemaal per jaar een medewerkersbijeenkomst. Hiervan is een verslag beschikbaar. Daarnaast worden medewerkers tussentijds via de mail op de hoogte gehouden over actuele ontwikkelingen.</p>

V 2.5	De organisatie heeft een werkend kwaliteitssysteem	20	30	30	80	ja	<p>Er is een geïntegreerd kwaliteits/veiligheidskader m.b.t. zorg, gebouwen, werk en bedrijfsvoering opgesteld. Ook is er een kwaliteitshandboek, zowel op papier als digitaal met daarin de voor de medewerkers meest noodzakelijke documenten. In de toekomst zal alleen met een digitaal kwaliteitshandboek gewerkt worden dat op basis van de PREZO-prestaties wordt ingedeeld. In het inwerkprogramma nieuwe medewerkers wordt d.m.v. een aftekenlijstje ook expliciet gecheckt of medewerkers de voor hen belangrijkste documenten hebben gezien.</p> <p>Herfstzon maakt veelvuldig gebruik van externe ondersteuning; de eigen verantwoordelijkheid voor de werking van het kwaliteitssysteem is nog volop in ontwikkeling en is nog geen "business as usual". Het is de bedoeling om na de externe audit te gaan werken met prestatiecoaches en meetkaarten; de externe audit wordt nadrukkelijk gezien als een evaluatiemoment waar Herfstzon op grond van de bevindingen weer mee verder kan. In dat kader heeft het eerder genoemde onderzoek van de inspectie alsmede de inkooppeisen van het zorgkantoor een integraal verbeterplan/ontwikkelplan voor Herfstzon opgeleverd.</p> <p>Herfstzon heeft in 2015 opnieuw een CQ meting laten uitvoeren. De uitkomsten hiervan zijn geanalyseerd en ook de tegenvallende scores waren uiteindelijk te verklaren; zo bleek dat cliënten en familie het prettig vinden om informatie/mededelingen daadwerkelijk op papier te hebben i.p.v. van mondeling (zie ook P2). Ook de uitkomst m.b.t. de ervaren beschikbaarheid personeel had te maken met de ingezette koerswijziging van Herfstzon (zie ook V1).</p> <p>Door de geringe omvang van de organisatie vinden er veel evaluaties plaats door externen (zie ook V 1). Zo is er een jaarverslag van de onafhankelijke vertrouwenspersoon voor medewerkers; ook het verbeterplan wordt gecheckt door externen. Zo voert de accountant extra controles uit op het gebied van bedrijfsvoering.</p>
-------	--	----	----	----	----	----	---

V 2.6	De organisatie heeft bestuur en toezicht en het afleggen van verantwoording adequaat geregeld conform de Zorgbrede Governancecode en handelt hiernaar	40	30	30	100	ja	Ook op het gebied van de governance is sinds 2014 een inhaalslag gemaakt. Inmiddels wordt gewerkt met de Governance Code en zijn er reglementen voor zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht opgesteld. De rol van de Raad van Toezicht kenmerkt zich ook nu nog als "nabij op afstand" wat alles te maken heeft met de situatie waarin Herfstzon zich bevond en deels nog bevindt. Het is de bedoeling dat deze rol van de RvT net zoals de rol van de cliëntenraad wordt afgebouwd naar een reguliere situatie/samenwerking.
V 2.7	De bedrijfsvoering van de organisatie ondersteunt het leveren van en sturen op de vooraf door de organisatie geformuleerde prestaties en is gericht op het doeltreffend en doelmatig inzetten van middelen	40	30	30	100	ja	Er is een geïntegreerd kwaliteits/veiligheidskader m.b.t. zorg, gebouwen, werk en bedrijfsvoering opgesteld. Het gebouw alsmede de brandveiligheid zijn weer op orde. De financiering hiervan is deels uit de reserves gehaald. In het kader van de bedrijfsvoering is aangegeven dat Herfstzon weer positieve bedrijfsresultaten laat zien. Gezien de kleinschaligheid van de organisatie voert de accountant naast de reguliere AO/IC controle ook extra controles uit t.a.v. de financiële bedrijfsvoering. De maandelijkse stuurinformatie voorziet o.a. in financiële- en verzuiminformatie; via een rekenmodel wordt de inzet van de ZZP's gemonitord. In het kader van "Herfstzon, de basis op orde" is nadrukkelijk gekeken naar het personeelsbestand, m.a.w. zitten de juiste mensen ook op de juiste plek. Zo zijn er nieuwe medewerkers aangetrokken die vanuit een coachende rol de gewenste verbeteringen door kunnen voeren. Daar waar van toepassing wordt ingezet op deskundigheidsbevordering of wordt afscheid van iemand genomen.

3 Conclusie

3.1 Registratieadvies

Wanneer in zijn totaliteit wordt voldaan aan het wegingskader van het PREZO VV&T 2014 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (01/07/14, versie 1) komt de organisatie in aanmerking voor het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg. Hiervoor zullen alle 15 prestaties behaald moeten zijn. Om voor het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de *zorg* in aanmerking te komen, mag maximaal 1 prestatie niet behaald zijn.

Woon- en zorgcentrum Herfstzon heeft intramuraal 14 van de 15 prestaties behaald. Hiermee voldoet Woon- en zorgcentrum Herfstzon aan het wegingskader van PREZO VV&T 2014 voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (01/07/14, versie 1). De scope van de audit is Intramuraal: 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 zilveren keurmerk in de zorg.

3.2 Aandachtspunten voor volgende audit

Het auditteam is onder de indruk van de deskundige en tomeloze inzet van de bestuurder a.i., management en medewerkers van Herfstzon om gebouw, zorgorganisatie en bedrijfsvoering in korte tijd weer cliëntvriendelijk te maken en de kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering op orde te krijgen. Een professionaliseringsslag, die begon na een bestuurscrisis in 2014.

Er is een stevige basis gelegd, getuige instrumenten " Herfstzon, de basis op orde ", missie en visie en de verbeter- en borgingsplannen van januari en maart 2016.

Herfstzon investeert veel in externe deskundigheid (verpleegkundige, EVVer, kwaliteitsmedewerker, facilitaire- en technische ondersteuning) om het methodisch werken en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren/verhogen. Dit werpt zijn vruchten af, alhoewel medewerkers nog niet vaardig genoeg om zelfstandig te werken. Er is nog veel sturing en coaching nodig, om zich het methodische werken met zorgleefplannen eigen te maken en daarmee te verbeteren.

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

- Toestemming van de cliënt om het appartement te betreden zonder dat hij/zij aanwezig is en vastgelegd in het zorgleefplan (Domein 3);
- Aanwezigheid van mantelzorgbeleid (Domein 3)
- Methodische werkwijze van het zorgleefplan op basis van de 4 domeinen (Pijler 1);
- Verbeteren samenwerking apotheek (Pijler 3);
- Aftekenen van gegeven medicijnen (Pijler 3);
- Instructie in het medicatiebeleid voor dubbel aftekenen risicovolle medicatie (Pijler 3);
- Vaardigheid medewerkers om zelfstandig en methodisch te werken (Voorwaarde1);
- Gescheiden registratie van de MIC en MIM (Voorwaarde 2.2);
- Volgroeit en geïntegreerd kwaliteitssysteem (Voorwaarde 2.5)

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	Intramuraal: wel/niet behaald
Domeinen	
D 1. Domein woon- leefsituatie	behaald
D 2. Domein participatie	behaald
D 3. Domein mentaal welbevinden	behaald
D 4. Domein lichamelijk welbevinden & gezondheid	behaald
Pijlers	
P 1. Pijler zorgleefplan	niet behaald
P 2. Pijler communicatie en informatie	behaald
P 3. Pijler cliëntveiligheid	behaald
Voorwaarden	
V 1. Voorwaarde professionele medewerkers	behaald
V 2. Voorwaarde professionele organisatie	7 prestaties behaald
Totaal aantal prestaties getoetst en behaald	Getoetst: 15 prestaties Behaald: 14 prestaties

Bijlage A Formulier kerngegevens

Kerngegevens intramuraal

Het formulier 'Kerngegevens intramuraal' wordt door de organisatorische eenheid ingevuld en aan alle leden van het auditteam opgestuurd, opdat zij zich een beeld kunnen vormen van de organisatorische eenheid. Voor iedere organisatorische eenheid wordt een apart formulier kerngegevens ingevuld.

Organisatorische eenheid	
Naam organisatorische eenheid	Stichting Woon- en zorgcentrum Herfstzon
Indien relevant: onderdeel van stichting	
Verslagjaar	
Op welke peildatum en/of verslagjaar zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	31 december 2014
AWBZ-functies	
Persoonlijke verzorging	Ja
Verpleging	Ja
Begeleiding	Ja
Behandeling	Nee
Verblijf op grond van de AWBZ	Ja
Grondslagen cliënten AWBZ-zorg	
Somatische aandoening / beperking	Ja
Psychogeriatrische aandoening / beperking	Ja
Psychiatrische aandoening / beperking	Ja
Lichamelijke handicap	Nee

Verstandelijke handicap	Nee
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	Nee
Clënten	
Zijn er diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Ja, het all inclusive zorgwonen arrangement
Indien van toepassing, graag toelichting geven	All inclusive zorgwonen arrangement: huur met zorg en hoteldiensten
Clënten	
Aantal cliënten op basis van een ZZP per peildatum	Differentiëren naar ZZP:1x ZZP0 1x ZZP1 2x ZZP2 9x ZZP3 13x ZZP4 2x ZZP5 3x ZZP6
Aantal cliënten met verblijf op basis van volledig pakket thuis (VPT) per peildatum	0
Capaciteit	
Aantal beschikbare plaatsen met verblijfszorg per peildatum	34 (38)
Productie	
Aantal dagen met verblijfszorg per verslagjaar	12.483
Aantal dagen op basis van volledig pakket thuis (VPT) per verslagjaar	0
BOPZ-aanmerking	
Heeft de organisatorische eenheid een BOPZ aanmerking?	Nee
Opname	
Hoeveel cliënten zijn gedurende het verslagjaar opgenomen?	11

Overleden	
Hoeveel cliënten zijn gedurende het verslagjaar overleden?	10
Lengte wachtlijst	
Hoeveel cliënten staan op de wachtlijst (per peildatum)?	1 à 2
Verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	
Is er sprake van verscherpt toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg?	Nee
Leveringsvoorwaarden	
Hanteert de organisatorische eenheid de Algemene Voorwaarden voor zorg (met verblijf en/of zonder verblijf) van ActiZ en BTN?	Ja
Gebouw	
Bouwjaar	Jaartal:1987
Renovaties	Jaartal: diverse in 2014,2015 en 2016
Ligging (bijv. woonwijk, centrum):	<i>In woonwijk nabij centrum</i>
Identiteit	
Identiteit	
Samenwerkingsverbanden	
Met welke (zorg)organisaties heeft de organisatorische eenheid samenwerkingsverbanden?	Zorggroep Sint Maarten
Personeel	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in	Personen: 40

loondienst per verslagjaar	FTE: 17,5
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst per verslagjaar	Personen: 2 FTE: 1,3
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst per verslagjaar	Personen: 2 FTE: 1,3
Ziekteverzuim van de personeelsleden in loondienst per verslagjaar	Percentage incl. zwangerschap: Percentage excl. zwangerschap: 5,7%
Totaal aantal vacatures per verslagjaar	2
Totaal aantal moeilijk vervulbare vacatures per verslagjaar	Geen
Diensten die zijn uitbesteed	Financiële en cliënten administratie
Aantal vrijwilligers per verslagjaar	Ca. 100
Bestuursstructuur	
Welke bestuursstructuur is op de organisatorische eenheid van toepassing?	Raad van Toezicht en directeur- bestuurder
Hanteert de organisatorische eenheid de zorgbrede Governance Code?	Ja
Innovatie	
Besteding van de organisatorische eenheid aan innovatie (percentage van de bedrijfsopbrengsten)	Percentage: 20% (vertekend door de verbeterplannen fase 1, 2 en 3)
Cliëntenraad	
Heeft de organisatorische eenheid een cliëntenraad?	Ja
Klachten	
Heeft de organisatorische eenheid geregeld dat	Nee, wel een cliëntencontact persoon en een kwaliteitsfunctionaris die deze

cliënten terecht kunnen bij een klachtenfunctionaris?	functie vervullen.
Heeft de organisatorische eenheid geregeld dat cliënten terecht kunnen bij een onafhankelijke klachtencommissie?	Ja
Dit formulier is ingevuld door:	
Naam en functie	drs. Angélique (J.I) Lamme MHA
Datum	Maart 2016

Bijlage B Auditprogramma

Scope: Intramuraal: Verblijf
Naam locatie: Stichting Woon-en zorgcentrum Herfstzon, Goor
Datum: 20 april 2016

Tijd	Programma en prestatie(s)	Auditee	Auditor/Ruimte
08.30 – 09.00	Voorbespreking auditteam		Allen
09.00 – 09.15	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Angélique Lamme (directeur - bestuurder) Karin Schuurman (locatie- manager)	Allen / directiekamer Angélique Lamme (1 ^e verdieping)
09.15 – 11.45	Beoordelen praktijk: D1 Woon- leefsituatie D2 Participatie P1 Zorgleefplan	Observatie praktijk zoals: Meelopen medewerker(s) Bezoeken en gesprek cliënt (en) Bezoek afdelingen en werkplek Bijwonen (deel) van MDO (optie) Mee bij rondgang praktijk: Olaf Alting (bezoeken de heer Gorter)	Caroline Wijdeven Huiskamer (begane grond)
09.15 – 11.45	Beoordelen praktijk: D3 Mentaal welbevinden D4 Lichamelijk welbevinden P2 Informatie en communicatie	Mee bij rondgang: Anita Benus	Yvonne Ossevorth Huiskamer (begane grond) Zusterpost
09.15 – 11.45	Beoordelen registraties, instrumenten en verbetercyclus:	Wilma Bruns (kwaliteitsmedewerker) Nicole Buitinga (verpleegkundige)	Agnes Stegeman/ Kantoor Wilma Bruns

Tijd	Programma en prestatie(s)	Auditee	Auditor/Ruimte
	D1 Woon- leefsituatie D2 Participatie D3 Mentaal welbevinden D4 Lichamelijk welbevinden P1 Zorgleefplan P2 Informatie en communicatie		(2 ^e verdieping)
11.45 – 12.15	(voorlopige) Score en toelichting per auditor		Individuele auditor
12.15 – 13.15	Bespreking auditteam/ voorlopige scores/ werklunch		Allen
13.15– 15.00	Beoordelen praktijk: V1 Kwaliteit medewerkers V2.1 Samenhang in zorg en ondersteuning	Irma van Hattem (facilitair manager) tot 14.45 uur Karin Schuurman (locatie-manager) tot 14.30uur	Agnes Stegeman/ Kamer Karin Schuurman (1 ^e verdieping)
13.15– 15.00	Beoordelen praktijk, registraties, instrumenten en verbetercyclus V2.4 Medezeggenschap Beoordelen praktijk, registraties, instrumenten en verbetercyclus: P3 Cliëntveiligheid V1 Kwaliteit medewerkers V2.2 Veiligheid V2.1 Samenhang en ondersteuning	Vertegenwoordiger CR (mevrouw Krol, voorzitter + ander lid CR) Irma van Hattem (facilitair manager) vanaf 14.45 uur Erik van Leuken (externe deskundige techniek)	Caroline Wijdeven Huiskamer (begane grond)
13.15– 15.00	Beoordelen praktijk, registraties, instrumenten en verbetercyclus:	Angélique Lamme (directeur- bestuurder) Wilma Bruns (kwaliteitsmedewerker) tot	Yvonne Ossevorth Directiekamer Angélique

Tijd	Programma en prestatie(s)	Auditee	Auditor/Ruimte
	V2.3 Strategie en beleid V2.5 Kwaliteitssysteem V2.6 Good Governance V2.7 Bedrijfsresultaten	14.30 uur 14.30 uur Karin Schuurman	Lamme
15.00 – 15.30	(voorlopige) Score en toelichting per auditor		Individuele auditor
15.30 – 16.30	Evaluatie, beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Allen
16.30 – 16.45	Eindgesprek		Allen / kamer Karin Schuurman (1 ^e verdieping)
16.45 – 17.00	Evaluatie auditteam		Allen

Bijlage C Indicatoren

ARI Indicatoren Verantwoorde zorg										
			Intramuraal					Extramuraal		
			Score VV		Score PG		gemiddeld	Score ZT		
Op dit blad vult u de (ruwe) CQ score in uit het overzicht van het meetbureau. De scores worden ingevuld in de vet omliggende cellen, de andere velden zijn beveiligd. S.v.p. invullen met twee decimalen achter de komma. Bij de CQ-indicatoren wordt direct het aantal bijbehorende punten (= PREZO score) getoond en evt. het gemiddelde. Om de inhoud van een cel te wissen gebruikt u de delete toets.			score prestatie-overzicht	PREZO punten	score prestatie-overzicht	PREZO punten		score prestatie-overzicht	PREZO punten	
			Let op: bij decimalen komma gebruiken en twee cijfers achter de komma invoeren!							
Kwaliteit van leven										
1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid										
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Smaak	3,5	30	-	-	30	-	-	
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Sfeer		GEEN		GEEN	GEEN	-	-	
2. Woon- en leefsituatie										
CQI	2.1	Omgaan met elkaar	3,5	30		GEEN	30	-	-	
CQI	2.2	Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken	3,14	20		GEEN	20	-	-	
CQI	2.3	Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	4	30		GEEN	30	-	-	
CQI	2.4	Gastvrijheid: Ervaren privacy	4	30		GEEN	30	-	-	
3. Participatie										
CQI	3.1	Zinvolle dag	3,45	30		GEEN	30	-	-	
4. Mentaal welbevinden										
CQI	4.3	Respect voor mensen: Ervaren bejegening	3,1	20		GEEN	20		GEEN	
CQI	4.5	Effect van zorg op iemands leven: Ervaringen met (lichamelijke) verzorging	-	-	-	-	-		GEEN	
Kwaliteit van de zorgverleners										
5. Kwaliteit van de zorgverleners										
CQI	5.1	Ervaren beschikbaarheid personeel	2,36	0		GEEN	0	-	-	
CQI	5.4	Ervaren kwaliteit personeel	3,27	30		GEEN	30		GEEN	
Kwaliteit van de zorgorganisatie										
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie										

CQI	6.1	Ervaren inspraak	2,6	10		GEEN	10		GEEN
CQI	6.2	Ervaren informatie	3,5	30		GEEN	30		GEEN
CQI	6.3	Pliot aanbevelingsvraag	-	-	-	-	-	-	-
	Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid								
	7.	Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid							
CQI	7.5	Ervaren veiligheid	3,86	30	-	-	30	-	-

Bijlage D Instrumentenoverzicht

Algemeen		
Registraties en/of instrumenten 5 weken voor de audit aan iedere auditor verstrekt.	Organisatie beschikbaar	Auditor aangetroffen
Ingevuld formulier kerngegevens	x	x
Inge vulde ARI	x	x
Inzicht in de wijze van Verbeteren en borgen/ resultaten m.b.t. de prestaties	x	x
Jaarplan/activiteitenplan	x	x
Organogram	x	x
Registratie en opvolging van uitkomsten (geldige en gevalideerd) cliëntervaringsonderzoek	x	x
Registratie en opvolging zorgindicatoren	0	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 - brandpreventie (inclusief periodieke oefening)	x	x

Domeinen		
Registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
Verplichte registraties & instrumenten		
10 % (minimaal 10 en max 50) zorgleefplannen	x	x
Verslaglegging MDO/ cliëntbespreking/ evaluatiegesprekken	x	x
Domein 1 woon- leefsituatie		
uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. de woon/leefsituatie	x	x
inventarisatie van wensen en behoeften woon/leefsituatie bij individuele cliënten blijkt uit zorgleefplannen	x	x
afspraken en opvolging m.b.t. veiligheid: - legitimatie medewerkers - sleutelbeheer / sleutelafgifte - functioneren alarm/ alarmopvolging - valpreventie (bijv. eisen/suggesties inrichting en afwezigheid drempels)	x	x
privacy afspraken	x	x
Domein 2 Participatie		
uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. participatie	x	x
inventarisatie van wensen en behoeften participatie- dagbesteding van individuele cliënten blijkt uit zorgleefplannen	x	x
informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten: - inzage zorgleefplan - opstellen, evalueren en bijstellen zorgleefplan - wettelijke vertegenwoordiging / mentorschap / curatele - wilsonbekwaamheid - inspraak en medezeggenschap	x	x
informatie(materiaal), afspraken en communicatie cliënten m.b.t. (dagbesteding-/recreatie)activiteiten (intern en extern)	x	x
Domein 3 Mentaal welbevinden		
uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. mentaal welbevinden	x	
inventarisatie van wensen en behoeften mentaal welbevinden van individuele cliënten blijkt uit zorgleefplannen	x	x

risicosignalering en –opvolging m.b.t. mentaal welbevinden - depressie - probleemgedrag	x	x
afspraken en opvolging m.b.t. ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken: - wel/niet reanimeren - geestelijke zorg - kerkdiensten; beschikbaarheid - aandacht geestelijke zorg	x	x
Domein 4 Lichamelijk welbevinden		
uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. lichamelijk welbevinden en gezondheid	x	x
uitkomsten vigerende zorginhoudelijke metingen	0	
ZLP met inventarisatie en afspraken rondom lichamelijk welbevinden	x	x
risicosignalering en –opvolging op individueel cliëtniveau - medicijnen - mobiliteit, vallen - voeding, SNAQ, - incontinentie - huidletsel - mondzorg	x	x
beschikbaarheid / interactie (interne en/of externe) deskundige(n) zoals: - huisarts/ specialist ouderengeneeskunde - verpleegkundige / verpleegkundig team - vertrouwenspersoon	x	x
psychosociale of gedragsinterventie (voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca)	x	x
beschikbaarheid relevante en actuele verpleegtechnische protocollen	x	x
incidentenregistratie en opvolging (corrigerende en preventieve maatregelen)	x	x
Pijlers		
Registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar Verplichte registraties & instrumenten	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
Pijler 1 Zorgleefplan		
10% van de ZLP met een minimum van 10 dossiers met relevante informatie 4 domeinen	x	x

afspraken m.b.t. zorgleefplan (inhoud en systematiek)	x	x
zorgleefplannen in samenspraak en met instemming van cliënten: - actueel indicatiebesluit - contactpersoon - persoonlijke mogelijkheden en beperking m.b.t. 4 domeinen - prognose gezondheidssituatie - samenhangende risico's - passende professionele inzet en maatregelen - eindverantwoordelijkheid medisch proces - betrokkenheid disciplines - evaluaties en opvolging én indien van toepassing - wettelijke vertegenwoordiging - mate van wils(on)bekwaamheid - opnamegronden (o.a. BOPZ) - toezicht PG cliënt - uitvoeringsverzoeken - wilsverklaringen (zoals niet- reanimatie verklaring)	x	x
structurele en periodiek ZLP besprekingen/ cliëntbesprekingen/ MDO	x	x
ondertekende zorg- dienstverleningsovereenkomst/ leveringsvoorwaarden waaronder - informatie en procedures rondom opname incl. wachttijd - informatie uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit) - communicatie en overleg met cliënt	x	x
beschikbaarheid en afspraken eindverantwoordelijkheid (interne en / of externe) deskundige(n): -- huisarts /specialist ouderengeneeskunde	x	x
afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers) - afstemming/ coördinatie inclusief evaluatie zorgverlening en diensten	x	x
Pijler 2 Informatie en communicatie		
uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. informatie en communicatie	x	x

informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/ of digitaal via website) en communicatie met cliënten: <ul style="list-style-type: none"> - individueel zorgleefplan - zorgverleningsovereenkomst/ leveringsvoorwaarden - bescherming persoonsgegevens - inrichting appartement - procedure indicatie - toegang appartement/ overeenkomst sleutels - opname incl. wachttijd - bereikbaarheid - uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit) - veiligheid (o.a. brand, inbraak, persoonlijke bezittingen) - klachtenprocedure/ vertrouwenspersoon - inspraak en medezeggenschap 	x	x
informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten: <ul style="list-style-type: none"> - inzage zorgleefplan- opstellen, evalueren en bijstellen zorgleefplan- - wettelijke vertegenwoordiging / mentorschap / curatele- wilsonbekwaamheid- - inspraak en medezeggenschap 	x	x
informatievoorziening en afspraken rondom ethische / levensbeschouwelijke vraagstukken (reanimatie, euthanasie, palliatieve sedatie, e.d.)	x	x
Pijler 3 Cliëntveiligheid		
uitkomsten en opvolging cliëntervaringsonderzoek m.b.t. cliëntveiligheid	x	x
structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging <ul style="list-style-type: none"> - fysieke veiligheid (woon/leefomgeving, inbraak, brandveiligheid, hulpmiddelen, voedselveiligheid) - periodieke veiligheidscontroles - sociale veiligheid (eenzaamheid, ouderenmishandeling, vrijheidsbeperking, grensoverschrijdend gedrag) - emotionele veiligheid (depressie) 	x	x
structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging <ul style="list-style-type: none"> - medicijnen (eigen beheer, polyfarmacie) - mobiliteit, vallen - voeding, SNAQ, - incontinentie - huidletsel - mondzorg 	x	x

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 - (goedgekeurde) tilliften - vrijheidsbeperkende hulpmiddelen - hoog-/laagbedden	x	x
registratie afgifte sleutels/ toegangsregistratie	x	x
erkenning BOPZ (indien van toepassing) én afspraken, registratie en opvolging afspraken BOPZ in ZLP	0	0
Voorwaarden		
Registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar	Organisatie: Auditor: aangetroffen beschikbaar	
Verplichte registraties & instrumenten		
Voorwaarde 1 Professionele medewerker		
afspraken en naleving - aanspreekvorm/bejegening - privacy / toegang appartement - omgaan persoonlijke eigendommen - gegevensbeheer	x	x
informatie en afspraken m.b.t. personeel: - klachtenregistratie & opvolging medewerkers - registratie en opvolging incidenten medewerkers	x	x
afspraken m.b.t. vrijwilligers - rechten en plichten	x	x

personeelsdossiers waaruit blijkt: - opleidingsniveau en deskundigheid medewerkers - functioneringsgesprek / jaargesprek/ persoonlijk ontwikkelingsplan	x	x
kennis en vaardigheden rondom periodieke risicosignalering en -opvolging - medicijnen, vallen e.d.	x	x
capaciteitsplanning aantal en niveau medewerkers op basis van aard en omvang cliëntenpopulatie	x	x
beschikbaar/ oproepbaar (interne en/of externe) deskundige(n)/ disciplines zoals: - huisarts/ specialist ouderengeneeskunde - verpleegkundige / verpleegkundig team - vertrouwenspersoon	x	x
periodieke praktijktoets of scholing/ BIG-register/ inzicht bekwaamheden per eenheid	x	x
raamovereenkomsten met huisartsen/ uitvoeringsverzoeken	x	x
vigerende verpleeg-/ vaktechnische protocollen (beschikbaar/ actueel/ bekend)	x	x
Voorwaarde 2 Professionele organisatie		
samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, ZH e.d.	x	x
coördinatie en continuïteit van - zorg - beschikbaarheid van arts, verpleegkundige	x	x
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 - 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	x	x

strategie en beleid - beleidsplan/ kadernota - betrokkenheid medewerkers - overleg en communicatie - sturingsgegevens - verslaglegging	x	x
afspraken en opvolging m.b.t. medezeggenschap: - cliëntenraad/ klantenpanels-ondernemingsraad/ medezeggenschapsraad	x	x
beschikbaarheid (interne en/ of externe) deskundige(n): - klachtenfunctionaris - klachtencommissie - vertrouwenspersoon	x	x
kwaliteitssysteem/-cyclus - 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	x	x
Good Governance - taken en bevoegdheden - statuten/ vertegenwoordiging belangen cliënten - klokkenluidersregeling - verslaglegging gevoerde beleid Good Governance - evaluatiegesprekken RvT en RvB - functioneren RvB en RvT	x	x
bedrijfsvoering zorgbeleid - periodieke metingen en opvolging ervan (cliëntervaringsonderzoek) - vigerende indicatie besluiten - zorgovereenkomsten - archivering en bewaartermijnen - wachtlijstbeheer en overbruggingszorg - multidisciplinaire zorg - capaciteitsplanning	x	x

bedrijfsvoering personeelsbeleid: - loopbaanplanning/ leeftijdsbewust personeelsbeleid - doelgroepenbeleid - verzuimbeleid: registraties, register beroepsziektes, re-integratie - functieprofielen - deskundigheidsbevordering - overlegstructuur - organisatiecultuur	x	x
bedrijfsvoering veilige gezonde werkomgeving - onderzoeken waaronder MTO en RIE - afspraken psychische en fysieke belasting - beschikbaarheid til/transferhulpmiddelen - registratie en opvolging van agressie-incidenten - afspraken introductie en inwerken - omgang met gevaarlijke en schadelijke stoffen - persoonlijke beschermingsmiddelen/ naaldencontainers - systeem FG/ exitinterview en onderzoeken van trends - klachtenregistratie- en opvolging van medewerkers - MIM incidenten registratie en opvolging/ melding beroepsongevallen/ register	x	x
financiële bedrijfsvoering - begroting/financiële kaders/ (interne) budgettering/ periodieke financiële sturingsinformatie - leverancierseisen, samenwerkingsovereenkomsten en evaluatie - inkoopbeleid- voorraadbeheer - financiële sturingsinformatie - AO-IC controles	x	x
huisvesting- lange termijn huisvestingsplan- onderhoud gebouw(en)- duurzame investeringen	x	x

Aanvullende instrumenten tijdens audit dag:

Zipnet: Wat moet ik doen bij een prikaccident
 Aftekenrooster huismeester
 Protocol Hygiëne en infectiepreventie
 Procedure Inbraak