



Auditrapport

Tussentijdse audit

Woon-en zorgcentrum Herfstzon

Goor, 19 april 2017

Inhoudsopgave

1	Methodische verantwoording	2
2	Resultaten	6
3	Conclusie	9
3.1	Conclusie	9
3.2	Keurmerk- en logogebruik	10
3.3	Registratieadvies	10
Bijlage A	Kerngegevens	12
Bijlage B	Auditprogramma tussentijdse audit	15
Bijlage C	Indicatoren	17
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	19

1 Methodische verantwoording

Naam organisatie	Woon-en zorgcentrum Herfstzon Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
Naam organisatie onderdeel	Woon-en zorgcentrum Herfstzon
Scope	Intramuraal: Verblijf
Keurmerkschema	PREZO VV&T 2014 (01/07/14, versie 1)
Tussentijdse audit /eindaudit	Tussentijdse audit (onverwacht)
Auditdatum	19 april 2017
Auditoren	Mevr. mr. Y.A. Ossevorth (voorzitter/secretaris)
Bijzonderheden	Het PREZO VV&T zilveren keurmerk is behaald. Pijler 1 is niet behaald, deze prestatie wordt standaard getoetst tijdens de tussentijdse audit. Voor deze audit worden 3 prestaties in totaal getoetst. Ook wordt tijdens de tussentijdse audit specifiek gekeken naar de aandachtspunten uit de initiële audit. De tussentijdse audit heeft onverwacht plaats gevonden.

Alle Perspekt keurmerken hebben een geldigheidsduur van 3 jaar. Perspekt voert na verlening van een keurmerk jaarlijks een tussentijdse audit uit om te beoordelen of de keurmerkhouders op dat moment (nog steeds) voldoet aan de kwaliteitseisen op grond van het Reglement registratie Perspekt keurmerk in de zorg. De jaarlijkse tussentijdse audit is noodzakelijk om het verkregen keurmerk te behouden.

Tijdens de tussentijdse audit en de eindaudit beoordeelt de auditor de volgende 5 onderdelen:

1. de drie prestaties vallend onder de Pijlers (Zorgleefplan/ Communicatie en Informatie/ Cliëntveiligheid);
2. de niet behaalde prestatie (indien er sprake is van een PREZO VV&T zilveren keurmerk);
3. de in het initiële rapport geformuleerde aandachtspunten;

4. het logo- en keurmerkgebruik;
5. de voortgang van de verbetercyclus.

Het doel van de tussentijdse audit is om te beoordelen:

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

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

Beoordelings- en wegingskader

Het PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (01/07/14, versie 1) is gebaseerd op PREZO VV&T 2014, Prestatiemodel Zorg. Het PREZO VV&T keurmerkschema bestaat uit de set prestaties, het beoordelings- en wegingskader. Het keurmerkschema is van toepassing op zowel de intramurale zorg als de thuiszorg.

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 beoordelings- en wegingskader voor de tussentijdse- en eindaudit is gelijk aan het beoordelings- en wegingskader van de initiële audit.

Om het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse- en eindaudit de drie prestaties vallend onder de Pijlers behalen.

Bij het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg is er één prestatie ten tijde van de initiële audit niet behaald. Deze prestatie wordt ook opnieuw beoordeeld bij de tussentijdse- en eindaudit, maar het PREZO VV&T zilveren keurmerk kan bij een tussentijdse- en eindaudit niet opgewaardeerd worden naar een PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg. Om het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse- en eindaudit de drie prestaties vallend onder de Pijlers behalen, tenzij dit de niet-behaalde prestatie is.

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

De voortgang van de verbetercyclus wordt beoordeeld bij zowel de betreffende prestaties als bij de gestelde aandachtspunten.

Woon-en zorgcentrum Herfstzon is in bezit van het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg.

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 was via diverse e-mails aangeleverd. Deze set was compleet, zodat voorafgaand aan de audit, geen aanvullende instrumenten meer aan het auditteam zijn toegestuurd. Ook werden tijdens de auditdag diverse instrumenten geobserveerd of ingezien.

2 Resultaten

Stichting: Woon- en zorgcentrum Herfstzon

OE: Woon- en zorgcentrum Herfstzon

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			

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	<p>Het zorgleefplan is compleet en bevat alle benodigde formulieren. Evaluaties vinden structureel plaats en de ondertekening van de gemaakte afspraken door de cliënt is op orde. Persoonlijke wensen als het gaat om toestemming vragen bij het betreden van het appartement bij afwezigheid of het noemen bij de voornaam staan vermeld. Ten aanzien van het werken met het zorgleefplan is door de medewerkers een forse verbeterslag gemaakt. Uit het zorgleefplan is te achterhalen over welke cliënt het gaat, m.a.w. de cliënt is herkenbaar. Doelen en acties staan vermeld en ook wordt sinds enige tijd een directe koppeling gemaakt met de vier domeinen. De dossiers die zijn ingezien, laten zien dat dit is nog in ontwikkeling is, evenals het werken met een levensboek, daar dit nog niet in alle dossiers is doorgevoerd. Ook het methodisch werken is nog in ontwikkeling; in de dossiers die zijn ingezien is de samenhang tussen de verschillende doelen en acties niet altijd helder. Een voorbeeld hiervan is een cliënt met gewichtsverlies; er zijn verschillende acties uitgezet, maar de onderlinge samenhang hierin ontbreekt.</p> <p>Naar verwachting zal de introductie van een elektronisch cliëntendossier (Nedap) hierbij gaan helpen. Zoals aangegeven in het kwaliteitsplan 2017 gaat de pilot nog voor de zomer bij een aantal extramurale cliënten van start, waarna de daadwerkelijke uitrol van het ECD voor geheel Herfstzon na de zomer kan plaatsvinden.</p>
-----	---	----	----	----	----	----	-----	--

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>Doordat het voorgenomen fusietraject met Zorggroep Sint Maarten uiteindelijk geen doorgang heeft gevonden, werd Herfstzon genoodzaakt dit jaar een nieuwe website te bouwen. Dit is inmiddels in volle gang en op de site staan momenteel de meest essentiële zaken vermeld, bijvoorbeeld t.a.v. de eigen bijdrage. Ook wil Herfstzon meer gebruik gaan maken van digitalisering, o.a. ten aanzien van informatie richting contactpersonen. Cliënten ontvangen een opnamepakket, met daarin een informatieboekje. Ook dit wordt nog aangepast, waarbij ook de eisen uit de Wkkgz, als het gaat om de geschillencommissie worden meegenomen.</p> <p>In de ontwikkelplannen richting zorgkantoor voor 2017 en de jaren daarop, staan de volgende twee projecten/afspraken vermeld: 1) het goed begeleiden van mantelzorgers m.b.t. onbegrepen gedrag bij dementie en 2) meer concreet inzicht verkrijgen in de ervaren kwaliteit van zorg. In dat kader is inmiddels een informatiebijeenkomst voor mantelzorgers gehouden en heeft de eerste klankbordbijeenkomst onder begeleiding van een extern bureau plaatsgevonden. De uitkomsten hiervan zijn ingezien.</p>
Pijler 3 Cliëntveiligheid								
P 3	De cliënt voelt zich veilig	30	30	20	20	100	ja	<p>De aandachtspunten uit het initiële rapport zijn voortvarend opgepakt (zie hierna aandachtspunten initiële audit). Herfstzon heeft een derde ontwikkelafpraak bij het zorgkantoor ingediend: het minimaliseren van de toepassing psychofarmaca en een geïntegreerde benadering van onbegrepen gedrag. Tijdens het project "Herfstzon de basis op orde" dat sinds 2014/2015 loopt en waarvan inmiddels de laatste fase is afgerond is veel aandacht en scholing geweest omtrent het bewustzijn van en omgaan met onbegrepen gedrag onder medewerkers. Het ontwikkelplan is bedoeld om tot een verdere verdieping van de problematiek te komen en bijbehorende behandelmethoden/interventies. Dit ook gezien de opschaling naar zwaardere zorg waar Herfstzon na de zomer mee gaat starten.</p> <p>Tijdens de tussentijdse audit was de brandweer op bezoek voor een eigen audit. Er is o.a. gekeken naar de nieuw in te richten pg-afdeling en huiskamer. De brandweer was onder de indruk van de oplossing die Herfstzon heeft gekozen om in de huiskamer met behulp van een zgn. valdeur zowel recht te blijven doen aan de visie (open en toegankelijk voor cliënten) en de eisen van de brandveiligheid (de huiskamer kan bij brand worden afgesloten).</p>

Aandachtspunten initiële audit

Aandachtspunten initiële audit	Toelichting tussentijdse audit
<p>D3: Toestemming van de cliënt om het appartement te betreden zonder dat hij/zij aanwezig is en vastgelegd in het zorgleefplan.</p>	<p>Afspraken hierover staan vermeld in het zorgleefplan. Tijdens de audit zijn een aantal cliënten bezocht. Er is gezien dat er bij het aankloppen op antwoord van de cliënt wordt gewacht. Medicatie ligt in een afgesloten kast op het appartement. I.v.m. de praktijkcontrole van de medicatie is vanwege de afwezigheid van een cliënt toestemming gevraagd voor het betreden van het appartement.</p>
<p>D3: Aanwezigheid van mantelzorgbeleid.</p>	<p>Er is inmiddels een mantelzorgbeleid opgesteld. Er is een ontwikkelplan opgesteld om mantelzorgers meer te begeleiden bij onbegrepen gedrag bij dementie. De eerste informatiebijeenkomst hierover is gehouden op 2 maart 2017.</p>
<p>P1: Methodische werkwijze van het zorgleefplan op basis van de vier domeinen.</p>	<p>Zie hoofdstuk 2 Resultaten.</p>
<p>P3: Verbeteren samenwerking apotheek.</p>	<p>Er is een overeenkomst met de apotheek beschikbaar.</p>
<p>P3: Aftekenen van gegeven medicijnen.</p>	<p>Medicatie wordt uitgezet in de Baxter. Het aftekenen van de medicatie daarvan is gezien. Ook voor losse medicatie wordt afgetekend.</p>
<p>P3: Instructie in het medicatiebeleid voor dubbel aftekenen risicovolle medicatie.</p>	<p>Er wordt gewerkt volgens de Veilige Principes. De instructie is opgenomen in het medicatiebeleid/kwaliteitshandboek.</p>
<p>V1: Vaardigheid medewerkers om zelfstandig en methodisch te werken.</p>	<p>Het methodisch werken is nog volop in ontwikkeling (zie ook P1). Het is de bedoeling om naast de invoering van een ECD ook te gaan werken met e-learning. Vanuit de medewerkers komen inmiddels meer initiatieven,</p>

	bijvoorbeeld het participeren in werkgroepen of wellicht toch het invoeren van personeelsvertegenwoordiging in het kader van de medezeggenschap.
V2.2 en P3: Gescheiden registratie van de MIC en MIM.	Herfstzon heeft 1 formulier waarop aangegeven kan worden of het een MIC of een MIM melding betreft. In het kwartaaloverzicht wordt middels kleuren aangegeven of het een MIC en MIM melding is. Gezien de opschaling naar zwaardere zorg verdient het aanbeveling om deze werkwijze blijvend onder de aandacht te houden.
V2.5: Volgroeid en geïntegreerd kwaliteitssysteem.	Herfstzon is samen met een externe ondersteuner bezig het kwaliteitshandboek te actualiseren. Er is een kwaliteitsplan opgesteld inclusief bijbehorend tijdpad. In het kader van meer concreet inzicht in de ervaren kwaliteit van zorg is een ontwikkelplan opgesteld (zie ook P2) en de eerste klankbordbijeenkomst/ronde-tafelgesprek heeft op 2 maart 2017 onder begeleiding van Facit plaatsgevonden. Prestatiecoaches en meetkaarten zijn echter gezien alle ontwikkelingen van het afgelopen jaar nog niet ingezet.

3 Conclusie

3.1 Conclusie

Woon-en zorgcentrum Herfstzon is voortvarend aan de slag gegaan met de aandachtspunten uit het initiële rapport. De praktische punten zijn allemaal opgepakt. Ook het methodisch werken met het zorgleefplan laat een forse verbeterlag zien, echter de samenhang tussen de doelen en acties is nog niet altijd aanwezig.

Woon-en zorgcentrum Herfstzon heeft een turbulente periode achter de rug. Het project "Herfstzon de basis op orde", dat vanaf 2014 in gang is gezet is in de laatste fase begin 2017 afgerond. Eind 2016 werd bekend dat het voorgenomen fusiebesluit met Zorggroep Sint Maarten niet door zou gaan, waardoor de bestaanszekerheid van Woon-en zorgcentrum Herfstzon als kleinschalige zorgaanbieder en kleine thuiszorgaanbieder opnieuw in het geding kwam. Met zorgkantoor Menzis zijn begin 2017, op basis van diverse haalbaarheidsstudies, afspraken gemaakt om Woon-en zorgcentrum Herfstzon door te laten ontwikkelen en te laten groeien naar een zelfstandige kleinschalige Woon-en zorgcentrum waar zowel somatische cliënten als cliënten met psychogeriatrische problematiek terecht kunnen.

Ten behoeve van het zorgkantoor zijn drie ontwikkelplannen opgesteld die zowel dienen als verbeterplan alsmede de opmaat gaan vormen voor het strategisch meerjarenbeleidsplan. Nu er weer bestaanszekerheid voor Woon-en zorgcentrum Herfstzon is gekomen, zijn diverse nieuwe medewerkers met deskundigheid op het gebied van pg-problematiek aangesteld. Ook zijn de directeur-bestuurder en de locatieverantwoordelijke die voorheen op interim basis waren aangesteld zijn in vaste dienst van woon-en zorgcentrum Herfstzon gekomen. Op het gebied van dienstverlening en/of de inzet van paramedici wordt samengewerkt met Zorggroep Manna en ook wordt expertise van buitenaf ingeschakeld.

Tijdens een informatiebijeenkomst op 12 april jl. is het startschot gegeven voor het project "Herfstzon in opbouw"; het bijbehorende projectplan moet nog worden opgesteld. Per september 2017 zal de eerste pg-afdeling worden geopend; de inrichting hiervan is in volle gang. De opschaling naar zwaardere zorg zal de komende anderhalf jaar verder plaatsvinden, om zo uiteindelijk in 2019 nog twee pg-afdelingen met bijbehorende huiskamer beschikbaar te hebben. Deze zorgverzwaring zal ertoe leiden dat woon-en zorgcentrum Herfstzon in de toekomst mogelijk ook behandeling gaat aanbieden en een BOPZ-erkenning gaat aanvragen.

3.2 Keurmerk- en logogebruik

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

Tijdens de tussentijdse audit is gebleken dat Woon-en zorgcentrum Herfstzon het keurmerk en het logo gebruikt conform de vereisten vermeld in de algemene voorwaarden. In de praktijk wordt door Woon-en zorgcentrum Herfstzon terughoudend en/of beperkt uiting gegeven aan het behaalde keurmerk. In een aantal beleidsdocumenten, het jaardocument en correspondentie richting het zorgkantoor is melding gemaakt van het PREZO VV&T zilveren keurmerk. De enige zichtbare uiting die is aangetroffen betreft het ingelijste keurmerk hangt in de hal.

3.3 Registratieadvies

Om het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse- en eind audit de drie prestaties vallend onder de Pijlers behalen.

Bij het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg is er één prestatie ten tijde van de initiële audit niet behaald. Deze prestatie wordt ook opnieuw beoordeeld bij de tussentijdse- en eindaudit, maar het PREZO VV&T zilveren keurmerk kan bij een tussentijdse- en eindaudit niet opgewaarderd worden naar een PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg. Om het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse- en eindaudit de drie prestaties vallend onder de Pijlers behalen, tenzij dit de niet-behaalde prestatie is.

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) wordt het PREZO VV&T keurmerk gecontinueerd.

Woon-en zorgcentrum Herfstzon heeft bij de tussentijdse audit voldaan 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 auditor verklaart dat op basis van de genomen steekproef er met voldoende diepgang is getoetst. Derhalve adviseert de auditor de directeur/bestuurder van Perspekt om het PREZO VV&T zilveren keurmerk in de zorg van Woon-en zorgcentrum Herfstzon te continueren.

Bijlage A Kerngegevens

Organisatieonderdeel	
Naam organisatieonderdeel:	Woon- en zorgcentrum Herfstzon
Indien relevant: onderdeel van stichting:	
Verslagjaar	
Op welke datum c.q. verslagjaar zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	31 december 2016/2017
Clënten	
Aantal cliënten op basis van een ZZP per verslagjaar:	Differentiëren naar ZZP: ZZP0 - 1 ZZP1 - 1 ZZP2 - 0 ZZP3 - 6 ZZP4 - 20 ZZP5 - 2 ZZP6 - 4 Totaal 34
Aantal cliënten met verblijf op basis van volledig pakket thuis (VPT) per verslagjaar	n.v.t.
Productie	
Aantal beschikbare plaatsen met verblijfszorg per verslagjaar:	35 cliënten
Aantal dagen met verblijfszorg per verslagjaar:	Ca 12.775
Aantal dagen op basis van volledig pakket thuis (VPT) per verslagjaar:	0
Opname	
Hoeveel cliënten zijn gedurende het verslagjaar opgenomen?	Er zijn 10 cliënten opgenomen
Overleden	

Hoeveel cliënten zijn gedurende het verslagjaar overleden?	Er zijn 8 cliënten overleden
Lengte wachtlijst	
Hoeveel cliënten staan op de wachtlijst (peildatum)?	Wachtlijst is er niet, aanvraagindicatie voor verblijf nieuwe indicaties zijn onderweg.
Organisatiestructuur	
Hebben zich, ten opzichte van de voorgaande audit, ingrijpende wijzigingen in de organisatiestructuur voorgedaan? Bijv. wijzigingen in leidinggevende posities of juridische structuur, is er sprake van een fusie?	Ja, in 2016 heeft Herfstzon gebruik gemaakt van de dienstverlening van de Zorggroep Sint Maarten. Met het voornemen tot een fusie. Deze fusie heeft echter niet plaats gevonden.
Indien van toepassing, het auditteam een voorgaande én de huidige versie van het organogram opsturen.	Toelichting: zie bijlage organogram
Producten en/of dienstverlening	
Zijn er wijzigingen die van invloed zijn op de (deel)producten en diensten, het vervallen van (deel)producten/diensten of juist een aanvulling van (deel)producten/diensten?	Nee
Indien van toepassing, het auditteam een voormalig én een actueel overzicht van (deel)producten en diensten inclusief omvang opsturen.	Toelichting: NVT
Formatie	
Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd?	NVT
Indien van toepassing, het auditteam een voormalig én een actueel formatieoverzicht opsturen.	Toelichting:

Wat is het ziekteverzuim van de personeelsleden in loondienst per verslagjaar?	Percentage incl. zwangerschap: Percentage excl. zwangerschap: 6,1
Verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	
Is er sprake van verscherpt toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg?	Nee
Keurmerk- en logogebruik	
Zijn er aanvullende afspraken met Perspekt over keurmerk- en logogebruik?	Nee
Indien van toepassing, graag toelichting geven.	Toelichting: NVT
Overige	
Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang?	Ja, de voorgenomen fusie met Zorggroep Sint Maarten die niet heeft plaatsgevonden.
	Toelichting: De afhandeling van dit proces heeft zoveel tijd en energie gekost waardoor er minder tijd beschikbaar was voor de voorbereiding van de kwaliteitsslag welke wij in gang hadden gezet.
Dit formulier is ingevuld door:	
Naam en functie:	Drs. Angélique (J.I.) Lamme MHA
Datum:	Maart 2017

Bijlage B Auditprogramma tussentijdse audit

Scope: Intramuraal: Verblijf
Naam organisatie onderdeel: Woon-en zorgcentrum Herfstzon, Javastraat 2, 7471 RG, Goor
Datum: Week 16, 2017 (auditdag: 19 april, 2017)

Tijd	Programma en prestatie(s)	Auditee	Auditor
	Half uur tevoren telefonisch contact met afgesproken contactpersoon organisatie	Via telefoonnummer contactpersoon: Mw. K. Schuurman (leidinggevende)	Mw. Mr. Y.A. Ossevorth
	Vorbereidingstijd organisatie Regelen van observaties en auditees Beschikking van registraties organiseren		
12.30 - 13.00	Vorbereiding auditor		Mw. Mr. Y.A. Ossevorth
13.00 - 13.30	Kennismakingsgesprek V/B cyclus algemeen Logo- en keurmerkgebruik	Mw. A. Lamme (bestuurder) Mw. K. Schuurman (leidinggevende)	Mw. Mr. Y.A. Ossevorth
13.30 - 14.30	Beoordelen praktijk: P1 Zorgleefplan P2 Informatie en Communicatie P3 Cliëntveiligheid	Contactpersoon auditblok: Mw. K. Schuurman Overige auditees: Mw. A. Benus (EVVer) Mw. A. Meulenkamp Mw. W. Bruns Hr. O. Alting + rondgang en bezoek cliënten.	Mw. Mr. Y.A. Ossevorth
14.30 - 15.30	Beoordelen registraties, instrumenten en verbetercyclus: P1 Zorgleefplan	Contactpersoon auditblok: Mw. K. Schuurman	Mw. Mr. Y.A. Ossevorth

Tijd	Programma en prestatie(s)	Auditee	Auditor
	P2 Informatie en communicatie P3 Cliëntveiligheid		
15.30 - 16.00	Aandachtspunten vorige audit: NB: De niet-behaalde prestatie m.b.t. P 1 Zorgleefplan wordt meegenomen tijdens de standaard prestaties van de tussentijdse audit.	Contactpersoon auditblok: Mw. K. Schuurman	
16.00 - 16.30	(voorlopige) Score en toelichting		Mw. Mr. Y.A. Ossevorth
16.30 - 17.00	Eindgesprek/ terugkoppeling registratieadvies tussentijdse audit	Mw. A. Lamme (bestuurder) Mw. K. Schuurman (leidinggevende)	Mw. Mr. Y.A. Ossevorth

Bijlage C Indicatoren

Stichting: Woon- en zorgcentrum Herfstzon

OE: Woon- en zorgcentrum Herfstzon

ARI Indicatoren Verantwoorde zorg									
			Intramuraal				Extramuraal		
			Score VV		Score PG		gemiddeld	Score ZT	
			score prestatie-overzicht	PREZO punten	score prestatie-overzicht	PREZO punten		score prestatie-overzicht	PREZO punten
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
Ingevulde 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
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: <ul style="list-style-type: none"> - periodieke veiligheidscontrole - brandpreventie (inclusief periodieke oefening) 	x	x

Pijlers		
Registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
Verplichte registraties & instrumenten		
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: - 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: - 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: - 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: - 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

Aanvullende instrumenten vooraf toegezonden en/of beschikbaar tijdens de auditdag:

Jaarverslag 2015

Organogram 2015

Ontwikkelplannen, memo's en bijbehorende evaluaties, 2016/2017

Plan van Aanpak gelden Waardigheid & Trots, 27-09-2016

Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsplannen, 2016/2017

Rapport IGZ t.a.v. omgaan met onbegrepen gedrag, 2015/2016

RI&E rapport 13-12-2016

Bedrijfsnoodplan, revisie 2017

Verslag ontruimingsoefening en bijbehorende presentielijst, 05-02-2017

Verlag informatieavond contactpersonen, 02-03-2017

Activiteitenoverzicht, 2016

MIC-MIM kwartaalrapportages 2016

Klachtenoverzicht 2016

CQ-meting 2015/2016 en verlag rondetafelgesprek, maart 2017

Informatie Herfstzon 2017

Mantelzorgbeleid

Veilige principes; instructie dubbel aftekenen.

Samenwerkingsovereenkomst apotheek.