

Auditrapport

Tussentijdse audit

Schutse Zorg Tholen, van Stichting Schutse Zorg Tholen

St. Annaland, 29 oktober 2018



Inhoudsopgave

1	Methodische verantwoording	3
2	Resultaten	5
3	Conclusie	13
3.1	Conclusie	13
3.2	Keurmerk- en logogebruik	13
3.3	Registratieadvies	13
Bijlage A	Kerngegevens	14
Bijlage B	Auditprogramma tussentijdse audit of eindaudit	17
Bijlage C	Uitkomsten Indicatoren	19
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	21

1. Methodische verantwoording

Naam organisatie	Stichting Schutse Tholen Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
Naam organisatieonderdeel	Schutse Zorg Tholen
Keurmerkschema	PREZO VV&T (01/07/14, versie 1)
Scope	Intramuraal: Verblijf en Verblijf inclusief behandeling, Extramuraal: Individuele zorg en Dagactiviteiten
Soort audit	Tussentijdse audit
Auditdatum	29 oktober 2018
Auditor	Mw. drs. M. J. Meulmeester (voorzitter/secretaris)
Bijzonderheden	Geen bijzonderheden
Wijze van aanlevering set toegestuurde instrumenten	via e-mail aangeleverd. Ook werden tijdens de auditdag diverse instrumenten geobserveerd of ingezien.

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 Auditreglement. Na één jaar is dit een tussentijdse audit en na twee jaar is dat een eindexamen.

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

1. De 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- en eindexamen is om te beoordelen:

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

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

1.2 Beoordelings- en wegingskader

Het PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap <<(01/07/14, versie 1) of (01/07/14, versie 1.1)>> is gebaseerd op PREZO, Prestatiemodel verpleging, verzorging en thuiszorg, PREZO VV&T. Het PREZO keurmerkschema bestaat uit een set van 15 prestaties en een beoordelings- en een wegingskader.

Om het PREZO VV&T zilveren/gouden keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse en de eindaudit de drie pijlers hebben behaald: Pijler 1 Zorgleefplan, Pijler 2 Informatie en Communicatie en Pijler 3 Cliëntveiligheid.

Het beoordelingskader- en wegingskader voor de tussentijdse en eindaudit is gelijk aan het beoordelingskader- en wegingskader van de initiële audit. 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 VV&T zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking tot komen, is maximaal 1 niet-behaalde prestaties geoorloofd.

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

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

Schutse Zorg Tholen is in bezit van het PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg gouden keurmerk in de zorg.

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

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				
Pijlers								
Pijler 1 Zorgleefplan								
P 1	De cliënt beschikt over een eigen zorgleefplan dat in samenspraak en met zijn instemming tot stand is gekomen	30	30	20	20	100	ja	De Schutse werkt met het ECD Nedap ONS. Iedere bewoner beschikt over een digitaal ondertekend zorgleefplan, gebaseerd op de vier levensdomeinen. Op iedere afdeling werken EVV-ers en medewerkers met de opleiding GVP, zij dragen de verantwoordelijkheid voor het zorgleefplan. Tijdens de audit is gezien dat acties worden ingezet vanuit doelen en dat er op doelen wordt gerapporteerd. De Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) en de huisartsen (cliënten ZZP zonder behandeling) en de activiteitenbegeleider werken ook direct in het ECD. Familie vult, samen met de bewoners, de cliëntprofielen in. Uit de tweejaarlijkse CQ en uit de reviews op Zorgkaart Nederland blijkt dat bewoners en familieleden ervaren dat er sprake is van liefdevolle zorg, aandacht, veiligheid en respect. De zorg rond het levenseinde heeft volop aandacht. Door het bieden van Hospicezorg, binnen de ELV Hoog Complex, is er veel kennis en ervaring in huis. Er zijn twee gespecialiseerde palliatieve zorg-verpleegkundigen in dienst. Het beleid rond reanimeren wordt met bewoners besproken en vastgelegd in het zorgleefplan en periodiek geëvalueerd. Daarbij is de wens van de bewoner leidend. Er is veel aandacht binnen de organisatie voor de persoonsgerichte zorg. Alle medewerkers hebben een training gehad in persoonsgerichte of belevingsgerichte zorg (Böhmer-systematiek). Overwogen wordt om deze trainingen ook aan te bieden aan familie en vrijwilligers. Uit de activiteiten (dagje uit naar Intratuin, bewonersvakanties, etc.) spreekt dat De Schutse inzet op individuele begeleiding en steeds zoekt naar "wat past het beste bij de vraag van bewoners".

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	30	30	20	20	100	ja	De communicatie binnen Schutse Zorg getuigt van een goed en vertrouwd contact tussen medewerkers en cliënten. Gesproken cliënten zijn erg tevreden. De organisatie beschikt over een overzichtelijke website en heeft verschillende folders en brochures die aan de cliënten worden aangeboden. Afhankelijk van het product of de dienst waarvoor de cliënt in aanmerking komt worden de brochures verstrekt. Maandelijks ontvangen alle cliënten een activiteitenplanning. Cliënten vertellen dat ze deze informatie duidelijk is voor de cliënten. De ervaringen en tevredenheidsscores van cliënten worden continu gemeten via de waarderingsmethodiek zoals is opgenomen in het zorgleefplan Nedap ONS. Hierdoor ontstaat een gesprek tussen EVV'er/ GVP'er en de cliënt/ familie/ mantelzorg, van waaruit directe verbeteringen worden ingezet. Dit is gezien in het ZORGLEEFPLAN. Daarnaast worden via Zorgkaart ervaringen verzameld en besproken in het maandelijks kwaliteitsoverleg. De resultaten zijn op de website opgenomen en worden gedeeld met cliënten, cliëntenraad en RvT. Familieleden/mantelzorgers hebben digitaal toegang tot het zorgdossier via de module CarenZorgt. Mantelzorgers vertellen dat zij dit heel prettig vinden. Medewerkers intramuraal en extramuraal beschikken over een smartphone waarmee bewonersinformatie beschikbaar is en direct gerapporteerd en indien nodig gecommuniceerd kan worden. De Schutse heeft oog voor familie en mantelzorgers. Er loopt een mantelzorgproject. Eén van de verbeterpunten is volgens de medewerkers om familie ook na het overlijden van een dierbare meer gestructureerd te bevragen naar hun ervaring hoe zij zijn betrokken bij de zorgverlening in de Schutse. De organisatie beschikt over een onafhankelijke klachtencommissie. In 2018 is er 1 klacht geweest. Op de afdelingsniveau beschikt De Schutse over formulieren voor het registreren van ongenoegens. Deze worden op de afdelingen in de teams besproken en in het maandelijks kwaliteitsoverleg van de organisatie.
-----	--	----	----	----	----	-----	----	---

P 3	De cliënt voelt zich veilig	30	15	20	20	85	ja	<p>De afdelingen voor Kleinschalig wonen PG zijn voorzien van een Leefcirkel, waardoor er sprake is van een open setting. In de nachten is er de mogelijkheid van cameratoezicht. Als dit wordt toegepast, wordt het geregistreerd als beschermende maatregel in het zorgleefplan. Inzet en registratie van VBM's op de BOPZ-afdeling wordt geregistreerd en maandelijks geëvalueerd. Maatregelen worden geëvalueerd binnen het MDO met de SOG en in afstemming met familie/mantelzorgers. Inzet van VBM zonder BOPZ worden geregistreerd in het zorgleefplan en minimaal twee keer per jaar geëvalueerd en vaker indien nodig. Hiervoor heeft De Schutse in het afgelopen jaar een document "beschermende maatregelen zonder BOPZ" opgesteld.</p> <p>Tijdens de rondgang is gezien dat een aantal schoonmaakkarren onbeheerd in de gang stond. De urinegeur was afkomstig van de zak met incontinentiemateriaal die aan de karren hing. Medewerkers vertellen dat zij risico's bespreken met bewoners. Indien bewoners bewust risico's nemen – bv roken op de gang- wordt dit vastgelegd. Dit is gezien in het zorgleefplan.</p> <p>Schutse Zorg beschikt over een alarmeringssysteem. De duur waarbinnen de alarmopvolging plaatsvindt wordt centraal gemonitord.</p> <p>De Schutse Zorg heeft een MIC-commissie. Uit de notulen en in de gesprekken met de leden van komt naar voren dat de commissie van mening is dat er te veel MIC-meldingen medicatie zijn en dat men zoekt naar mogelijkheden om dit te verbeteren. De organisatie overweegt de invoering van een medicatie-app (Boomer). Dit is een registratiebeheerssysteem met deellijsten en borging van de dubbele controles. De invoering is afhankelijk van de medewerking van apothekers en collega-instellingen op het eiland. Bewoners hebben medicatiekluisjes op de appartementen.</p> <p>In november 2017 is de werkgroep infectie en hygiëne opgestart. Deze werkgroep bestaat uit 6 leden van alle disciplines. Het beleid Hygiëne Infectiepreventie is opnieuw beschreven (juli 2018). Op 27 februari 2018 heeft er een inspectiebezoek plaatsgevonden door de IGJ. Dit heeft</p>
-----	-----------------------------	----	----	----	----	----	----	---

								<p>geresulteerd in een rapport met als eis dat er op 1 juni 2017 een Plan van Aanpak is opgesteld, mede ondertekend door de Raad van Toezicht. Bureau ArboGezond heeft op 16 april 2017 een Plan van Aanpak opgesteld gebaseerd op de geconstateerde knelpunten van de inspectie en op grond van het auditrapport infectiepreventie 15 december 2017. Om de uitgevoerde maatregelen en acties te monitoren is een resultaatverslag opgesteld. De SOG maakt per 1 april 2018 officieel deel uit van de werkgroep Infectiepreventie en adviseert de leden van de werkgroep, de medewerkers en het management vanuit zijn medische deskundigheid. De richtlijnen voor infectiepreventie zijn, waar nodig vertaald naar de organisatie, opgenomen in het kwaliteitssysteem. Daarnaast hebben de betreffende richtlijnen een prominente plaats gekregen op intranet. In het hele gebouw van locatie De Schutse en de unit van Scheldeoord zijn voorzieningen gerealiseerd om te voldoen aan de inrichtingseisen die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie.</p> <p>Tijdens de audit ontstond onduidelijkheid over de noodzaak van het bijhouden van HACCP op de huiskamers. Medewerkers facilitair waren er niet van op de hoogte dat dit niet gebeurt op de huiskamers. Trainingen voor de welzijnsmedewerkers huiskamers zijn ingepland.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

ARI Scoreblad Prestaties EXTRAMURALE 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	30	30	20	20	100	ja	Binnen Schutse Zorg wordt gewerkt met een digitaal zorgdossier (Nedap) dat o.a. via een smartphone kan worden geraadpleegd. Bij de intake wordt duidelijk vastgelegd wie wat doet, ook de taken van de familie/ mantelzorgers worden duidelijk vastgelegd. Medewerkers werken uitsluitend vanuit het digitale zorgleefplan. Alle cliënten beschikken over een actueel en ondertekend zorgleefplan, dat twee keer wordt geëvalueerd. Tijdens de huisbezoeken blijkt dat de thuiszorgmedewerkers en de teamleider bijzonder goed op de hoogte zijn van de wensen van hun klanten en van hun persoonlijke situatie.
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	30	30	20	10	90	ja	De cliënten die zijn bezocht geven aan dat zij heel goed contact hebben met de medewerkers van De Schutse. De communicatie binnen Schutse Zorg is gebaseerd op persoonlijke relaties en onderling contact. Er is een goed en vertrouwd contact tussen medewerkers en cliënten. Cliënten zijn erg tevreden. De organisatie beschikt over een overzichtelijke website en heeft verschillende folders en brochures die aan de cliënten worden aangeboden. Afhankelijk van het product of de dienst waarvoor de cliënt in aanmerking komt worden de brochures verstrekt. Er zijn speciale folders voor de dagbesteding.
Pijler 3 Cliëntveiligheid							
P 3 De cliënt voelt zich veilig	GEEN	20	30	30	80	ja	Binnen Schutse Thuiszorg wordt aantoonbaar aandacht besteed aan cliëntveiligheid. Er worden op cliëntniveau een risico-inventarisaties uitgevoerd en er wordt in de praktijk afstemming gezocht met familie, huisarts en de huishoudelijk hulp. De medicatieverstrekking is op orde. De Schutse Zorg beschikt ook in de thuiszorg over een alarmeringssysteem. De gesproken cliënten vertellen dat zij zich veilig voelen. Het sleutelbeleid is op orde. In de thuiszorg werkt de Schutse met het Clavisio-systeem. Uit de notulen van de MIC-commissie en uit de gesprekken met medewerkers en leden van de MIC-commissie komt naar voren

											<p>dat de meldingen en verwerking extramuraal nog niet naar wens verlopen. De teamleider heeft te weinig tijd om de meldingen uit te zoeken. De procedure MIC-meldingen is daarom per eind september 2018 aangepast. Ook bijna-incidenten worden gemeld. De deellijsten van één specifieke huisarts/apotheek worden niet altijd tijdig geactualiseerd. Afspraak is gemaakt om met de huisarts rond de tafel te gaan om deze compleet te krijgen. Om de medicatieveiligheid verder te verbeteren, wil De Schutse zo snel mogelijk gaan werken met de Boomer-app. De MIC-commissie vindt het van belang om de geplande E-learning module die gepland staat voor 2020, al in 2019 te laten plaatsvinden.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Aandachtspunten

Aandachtspunten uit de initiële audit

P1 Zorgleefplan (intramuraal/ extramuraal): Binnen Schutse Zorg is nog onvoldoende verbinding aantoonbaar tussen de doelen en acties van het zorgleefplan en het dagelijks handelen. Het zorgleefplan geeft nog onvoldoende sturing aan de dagelijkse zorgverlening.

Toelichting na tussentijdse audit

Tijdens de tussentijdse audit is de relatie tussen doelen en acties aangetoond. Rapportage op doelen vindt plaats waardoor de sturing aan de dagelijks handelen inzichtelijk en aantoonbaar is.

P3 cliëntveiligheid (intramuraal): De medicatieveiligheid is nog niet goed op orde. Risicovolle medicatie wordt niet consequent dubbel afgetekend (Insuline) en de ruimte waarin de voorraad medicatie wordt opgeslagen was toegankelijk voor onbevoegden. Vanuit de aanpalende ruimte kon via een openstaande schuifdeur de medicatie opslagruimte worden betreden.

Tijdens de audit is gezien dat de medicatieveiligheid op orde is. Dubbel aftekenen vindt plaats. De ruimte voor de voorraad medicatie is verplaatst en niet toegankelijk voor onbevoegden. Het voorraadbeheer is opnieuw ingericht en ziet er netjes en verzorgd uit. Dit verdient een compliment.

P3 cliëntveiligheid (extramuraal): De organisatie heeft niet volledig kunnen aantonen dat zij haar medewerkers voldoende ondersteunt/faciliteert bij het omgaan met risico's. Bijvoorbeeld bij het omgaan met excretieproducten bij chemokuren

Medewerkers kunnen voor bijzonder handelingen een beroep doen op externe expertise.

V1 deskundigheid (intramuraal/extramuraal): Binnen de Schutse Zorg worden medewerkers gedreven door een sterke intrinsieke motivatie om 'goed te willen doen'. Systemen als het zorgleefplan worden hiervoor minder ingezet/benut. Dit maakt dat binnen de Schutse Zorg professioneel gedrag en gemaakte keuzes minder

Medewerkers werken vanuit het zorgleefplan en vinden dit een helder en toegankelijk systeem. Zij zijn geschoold in het werken met het ECD en de EVV-ers bieden ondersteuning aan de teams.

transparant zijn voor derden en daarmee minder goed te toetsen en te bewaken. Dit brengt risico's met zich mee.

V2.5 kwaliteitssysteem: Binnen de Schutse Zorg is het cyclisch denken nog onvoldoende ingevoerd. Er is te weinig samenhang tussen de verschillende onderdelen van het kwaliteitssysteem. Tijdens de heraudit van 14 november 2017 is prestatie V2.5 opnieuw getoetst. De organisatie heeft de punten uit de initiële audit aangepakt. Dit heeft geleid tot een meer cyclisch werken en denken bij zowel het managementteam als medewerkers. Er is meer samenhang en het is duidelijk welke kwaliteitsinformatie input vormt voor de verbeter- en borgingsplannen. Het MIC-beleid is in 2017 opnieuw opgezet, zowel intra- als extramuraal. Medewerkers geven aan dat hierdoor het kwaliteitsbewustzijn is verhoogd. De PDCA-cyclus van het nieuwe MIC beleid kan worden aangetoond in een volgende audit. De verbeter- en borgingsplannen PREZO kunnen verder worden geïntegreerd in het kwaliteitsjaarplan 2018.

De organisatie verzamelt veiligheids- en kwaliteitsindicatoren. Vanuit interne audits, externe audits, en de MIC-commissie worden verbeterpunten opgesteld en besproken in het maandelijks kwaliteitsoverleg. Verbeterpunten zijn opgenomen in het kwaliteitsplan 2018.

Aandachtspunten uit de tussentijdse audit

Toelichting na eindaudit

Intramuraal P3: Tijdens de audit ontstond onduidelijkheid over de noodzaak van het bijhouden van HACCP op de huiskamers. Medewerkers facilitair waren er niet van op de hoogte dat dit niet gebeurt op de huiskamers. Trainingen voor de welzijnsmedewerkers huiskamers zijn ingepland.

Extramuraal P3:

Uit de notulen van de MIC-commissie en uit de gesprekken met medewerkers en leden van de MIC-commissie komt naar voren dat de meldingen en verwerking extramuraal nog niet naar wens verlopen. De teamleider heeft te weinig tijd om de meldingen uit te zoeken. De procedure MIC-meldingen is daarom per eind september 2018 aangepast. Ook bijna-incidenten worden gemeld.

De deellijsten van één specifieke huisarts/apotheek worden niet altijd tijdige geactualiseerd. Afspraak is gemaakt om met de huisarts rond de tafel te gaan om deze compleet te krijgen.

3. Conclusie

3.1 Conclusie

De Schutse Zorg is een lerende organisatie die steeds in beweging is en blijft. De eerste helft van het jaar is de organisatie druk doende geweest met verbeterpunten aangegeven door de Inspectie op het gebied van hygiëne. Ook het op het gebied van zorgleefplan-systematiek, persoonsgerichte zorg, medicatieveiligheid lopen er ontwikkelings- en verbetertrajecten. Het totaal aantal klanten in de thuiszorg bedraagt nu 240. De Schutse Zorg heeft per 22 oktober 40 klanten overgenomen van een thuiszorgorganisatie. Op moment van de audit waren de zorgleefplannen van deze klanten gevuld met de noodzakelijke informatie en was de inzet van zorg geregeld.

3.2 Keurmerk- en logogebruik

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

Tijdens de tussentijdse audit is gebleken dat Schutse Zorg Tholen het keurmerk en het logo gebruikt conform de vereisten vermeld in de algemene voorwaarden.

3.3 Registratieadvies

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 VV&T zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, is maximaal één niet-behaalde prestatie geoorloofd.

Tijdens de tussentijdse audit zijn 3 van de 3 prestaties behaald.

Schutse Zorg Tholen voldoet aan het wegingskader van het PREZO VV&T 2014 keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (01/07/14, versie 1) . De scope van de audit is Intramuraal: Verblijf en Verblijf inclusief behandeling, Extramuraal: Individuele zorg en Dagactiviteiten

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 gouden keurmerk in de zorg van Schutse Zorg Tholen te continueren.

Bijlage A Kerngegevens

Kerngegevens audit PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg

Peildatum			
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	27-09-2018		
Organisatieonderdeel			
Naam organisatieonderdeel	verpleging intramuraal en thuiszorg		
Naam organisatie			
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:	Zorgcentrum <aantal> <aantal> <aantal> <aantal>	Sint-Annaland <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk>
Bestuursstructuur			
Bestuursstructuur	RvB/RvT		
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>)	83		
Ondersteuning en begeleiding (<i>Wmo, hulp bij het huishouden</i>)	68		
Verblijf (<i>Wlz</i>)	Differentiëren naar ZZP: 46		
Verblijf inclusief behandeling (<i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i>)	Differentiëren naar ZZP: 27		
Dagbesteding (<i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i>)	42		
Revalidatie (<i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i>)			
Informele zorg	2		
Totaal aantal cliënten	Totaal:		
Specifieke kenmerken doelgroepen	Omschrijving:		
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 checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting:		

In zorg	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	268
Uit zorg	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden: 33 Ontslag / overig: 65
Verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	
Onder verscherpt toezicht Inspectie voor de Gezondheidszorg	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee Toelichting:
Datum laatste inspectieverslag	26-03-2018
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting:
Identiteit	
Identiteit	PC
Samenwerkingsverbanden	
Relevante samenwerkingsverbanden	
Diensten die zijn uitbesteed	
Personeel	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 253 FTE: 116,8
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar ¹	Personen: 43 FTE: 15,30
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 26 FTE: 9,54
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage: 2,2%
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 120 FTE:
Dit formulier is ingevuld door:	
Naam en functie	P.W.Kok bestuurder
Datum	27-09-2018

¹ Indien een andere periode dan een volledig jaar wordt aangehouden, deze periode graag specificeren.
(Concept) auditrapport tussentijdse audit, PREZO VV&T 2014, Schutse Zorg Tholen, van Stichting Schutse Zorg Tholen, St. Annaland, 29 oktober 2018, Pagina: 15/24

Tussentijdse- of eindaudit

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?²

Ja Nee

Toelichting:

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?³

Ja Nee

Toelichting:

Personeel

Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd?⁴

Ja Nee

Toelichting:

Keurmerk- en logogebruik

Zijn er aanvullende afspraken met Perspekt over keurmerk- en logogebruik?

Ja Nee

Toelichting:

Overige

Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang?

Ja Nee

Toelichting:

² Indien van toepassing, het auditteam een voorgaande én de huidige versie van het organogram opsturen.

³ Indien van toepassing, het auditteam een voormalig én een actueel overzicht van (deel)producten en diensten inclusief omvang opsturen.

⁴ Indien van toepassing, het auditteam een voormalig én een actueel formatieoverzicht opsturen.

Bijlage B Auditprogramma

tussentijdse (ongepland)

PREZO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg 2014

Naam organisatie: Schutse Zorg Tholen

Naam organisatieonderdeel: Schutse Zorg Tholen

Scope: Verblijf, Verblijf incl. behandeling, Individuele zorg

Weeknummer: 44 2018

Aantal auditoren: 1

Tijd ⁵	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor
08.00u	Half uur tevoren telefonisch contact met afgesproken contactpersoon organisatie		M. Meulmeester
08.30 – 09.00	Vorbereidingstijd organisatie Regelen van observaties en auditees Beschikking van registraties/instrumenten organiseren		
08.30 – 09.00	Observatie algemene ruimte ⁶ , waaronder: Logo- en keurmerkgebruik		
09.00 – 09.10	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	P.W. Kok (Bestuurder), H. Aarnoudse (manager facilitaire dienst) J. Aarnoudse (teamleider extramurale zorg), C. v. Leeuwen (teamleidster intramuraal/wachlijstbeheer) L. v. Broekhoven (teamleidster intramuraal zorg en welzijn/praktijkbegeleidster N. Heijboer (MIC commissielid).	M. Meulmeester
09.10 – 12.00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1 Zorgleefplan P2 Informatie en Communicatie	E. Wesdorp (EVV) L. v. Broekhoven (teamleidster intramuraal zorg en welzijn/praktijkbegeleidster	

⁵ Tijden zijn indicatief, hier kan in praktijk door de auditor van worden afgeweken.

⁶ Indien van toepassing, anders vervalt dit blok

Tijd ⁵	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor
	P3 Cliëntveiligheid V2.5 Kwaliteitssysteem Aandachtspunten vorige audit(s)	Huiskamerbezoeken afd. Meekrap Afd. Landzicht H. Aarnoudse (manager facilitaire dienst) N. Heijboer (MIC commissielid). Inzage zorgleefplannen met teamleiders P. Bolier, Activiteitenbegeleider, 1 ^e medewerker team welzijn R. Vermaas, medicatieveiligheid M. Verkerke, verzorgende IG	
12.00 – 13.00	(voorlopige) Score en toelichting en werklunch		M. Meulmeester
13.00 – 16.00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1 Zorgleefplan P2 Informatie en Communicatie P3 Cliëntveiligheid Aandachtspunten vorige audit(s)	J. Aarnoudse (teamleider extramuraal) C. v. Leeuwen (teamleidster intramuraal/wachtdienstbeheer, coördinatie vrijwilligers Hospice) Cliënten bezocht	M. Meulmeester
16.00 – 16.30	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		M. Meulmeester
16.30 – 16.45	Eindgesprek/ terugkoppeling registratieadvies	P.W. Kok (Bestuurder), H. Aarnoudse (manager facilitaire dienst) J. Aarnoudse (teamleider extramuraal zorg), C. v. Leeuwen (teamleidster intramuraal/wachtdienstbeheer) N. Heijboer (MIC commissielid).	M. Meulmeester

Bijlage C Uitkomsten Indicatoren

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	3,7	30	-	-	30	-	-
CQI	1.1	Ervaringen met maaltijden: Sfeer		GEEN	3,75	30	30	-	-
2. Woon- en leefsituatie									
CQI	2.1	Omgaan met elkaar	3,92	30	3,23	30	30	-	-
CQI	2.2	Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken	3,71	30	3,77	30	30	-	-
CQI	2.3	Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	4	30	4	30	30	-	-
CQI	2.4	Gastvrijheid: Ervaren privacy	4	30	4	30	30	-	-
3. Participatie									
CQI	3.1	Zinvolle dag	3,96	30	3,54	30	30	-	-
4. Mentaal welbevinden									
CQI	4.3	Respect voor mensen: Ervaren bejegening	3,87	30	3,51	30	30	3,54	30
CQI	4.5	Effect van zorg op iemands leven: Ervaringen met (lichamelijke) verzorging	-	-	-	-	-	3,3	30
Kwaliteit van de zorgverleners									
5. Kwaliteit van de zorgverleners									
CQI	5.1	Ervaren beschikbaarheid personeel	3,82	30	3,15	20	25	-	-
CQI	5.4	Ervaren kwaliteit personeel	3,92	30	3,54	30	30	3,61	30
Kwaliteit van de zorgorganisatie									
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie									
CQI	6.1	Ervaren inspraak	3,95	30	3,51	30	30	3,29	30
CQI	6.2	Ervaren informatie	4	30	3,71	30	30	3,72	30

CQI	6.3	Pliot aanbevelingsvraag	-	-	-	-	-	-
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid								
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid								
CQI	7.5	Ervaren veiligheid	3,89	30	-	-	30	-

Bijlage D Instrumentenoverzicht

Algemeen		
Verplichte 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: - periodieke veiligheidscontrole - brandpreventie (inclusief periodieke oefening)	X	X

Pijlers		
Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
Verplichte registraties & instrumenten		
Pijler 1 Zorgleefplan		
10% Van de ZORGLEEFPLAN met een minimum van 10 dossiers met relevante informatie 4 domeinen	X	X
Afspraken m.b.t. zorgleefplan (inhoud en systematiek)	X	X

<p>Zorgleefplannen in samenspraak en met instemming van cliënten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, <p>én indien van toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ZORGLEEFPLAN besprekingen/cliëntbesprekingen/MDO	x	x
<p>Ondertekende zorg- dienstverleningsovereenkomst/leveringsvoorwaarden waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informatie en procedures rondom opname incl. wachttijd, - informatie uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit), - communicatie en overleg met cliënt. 	x	x
<p>Beschikbaarheid en afspraken eindverantwoordelijkheid (interne en/of externe) deskundige(n):</p> <ul style="list-style-type: none"> - huisarts /specialist ouderengeneeskunde 	x	x
<p>Afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, - huidletsels, - 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 ZORGLEEFPLAN	x	x

Aanvullende instrumenten tijdens auditdag:

- Clavisio-systeem
- Registratie afgifte sleutels medewerkers, klanten en toegangsregistratie
- Monitor meldingen alarmeringssysteem
- BHV- Rooster, oefeningen en verbeterpunten
- Keuringsrapporten tilliften en hulpmiddelen.
- Informatiemap intramuraal, thuiszorg en dagbesteding
- MIC/MIM analyses
- Activiteitenprogramma's op de huiskamers