perspekt
kwaliteit in zorg

prezo
Verpleging, Verzorging & Thuiszorg

Auditrapport
St. Elisabeth

08 december 2022 (initiële audit)
04 oktober 2023 (heraudit)

Stichting Perspekt

Inhoudsopgave

Inleiding 3
Aanleiding 3
Registratieadvies 3
Behaalde prestaties 3
Advies 3
Vervolg 3
Samenvatting bevindingen 4
Algemene conclusie 4
Complimenten 4
Aandachtspunten 4
Toelichting per prestatie 6
Bijlage 1. Methodische verantwoording 23
Bijlage 2. Kerngegevens 24
Bijlage 3. Auditprogramma 28
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht 35

Inleiding

St. Elisabeth heeft een initiële audit aangevraagd bij Stichting Perspekt. Met deze audit geeft Perspekt een onafhankelijke beoordeling over kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties uit het kwaliteitssysteem PREZO VVT '17 v1.

De audit verschaft ontwikkelingsgerichte informatie voor St. Elisabeth en biedt waar nodig concrete handvatten voor verbetering. Bij een positief resultaat leidt de audit tot de toekenning van een keurmerk en opname in het keurmerkregister van Perspekt.

Aanleiding

U bent momenteel in het bezit van een PREZO VV&T keurmerk. De audits hebben u de afgelopen jaren geholpen om te blijven verbeteren en de kwaliteit van zorg en ondersteuning elke dag een stukje beter te maken. Het huidige keurmerk loopt af in januari 2023. U heeft de wens uitgesproken om PREZO VV&T als auditmethodiek te bestendigen. Om die reden heeft u een nieuwe PREZO VV&T audit aangevraagd. Mogelijk wilt u in de toekomst meer gebruik maken van narratieve kwaliteitsverantwoordingsmethodieken. U gebruikt de komende tijd om te verkennen wat dit voor uw organisatie kan opleveren.

Registratieadvies

Op 8 december 2022 heeft er een initiële audit en op 4 oktober 2023 heeft een heraudit plaatsgevonden voor pijler 3 cliëntveiligheid, binnen St. Elisabeth op basis van het keurmerkschema PREZO VVT '17 v1. De scope van de audit is Verblijf inclusief behandeling, Verblijf, Individuele zorg, Dagbesteding. De kerngegevens van dit organisatieonderdeel staan in bijlage 2.

Behaalde prestaties

St. Elisabeth heeft tijdens de initiële audit 10 van de 11 prestatie(s) behaald. Tijdens de heraudit heeft St. Elisabeth pijler 3 ook behaald en daarmee 11 van de 11 prestaties gehaald. Hiermee voldoet St. Elisabeth aan het wegingskader van PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap 2017 (01/07/17, versie 1).

Advies

De voorzitter verklaart namens het auditteam dat op basis van de genomen steekproef met voldoende diepgang is getoetst. Daarom adviseert het auditteam de directeur/bestuurder van Perspekt om St. Elisabeth te voorzien van het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg.

Vervolg

Na een negatief registratiebesluit kan St. Elisabeth opgaan voor een heraudit. Tijdens een heraudit (uiterlijk binnen een jaar) toetst Perspekt alleen de prestaties die niet behaald zijn opnieuw. Op 4 oktober 2023 heeft de heraudit plaatsgevonden waarbij de prestatie is getoetst die tijdens de initiële audit niet behaald was.

Samenvatting bevindingen

Algemene conclusive

Stichting Elisabeth is een zelfstandig woonzorgcentrum met een prachtige rijke geschiedenis vanuit de Zusters. Dagelijks werken ze vanuit de waarden die geïnspireerd zijn op de Franciscaanse spiritualiteit: Liefde, Eenvoud, Werkzaamheid en Onthechting.
Deze waarden heeft het auditteam tijdens de audit gehoord en gezien. Het leeft bij de medewerkers van St. Elisabeth. St. Elisabeth is een platte organisatie waarin iedereen elkaar kent en nauw samenwerkt. Momenteel wordt de HR afdeling versterkt en daarnaast zijn er een aantal wisselingen geweest in de management functies. Het grootste dilemma waar St. Elisabeth mee te maken heeft is de arbeidsproblematiek. Verder zijn ze dagelijks bezig het goede voor de bewoners te doen, waarbij hoog ingezet wordt op het welzijn van de bewoners. Zo zijn er keukenprins(sessen) en sfeermakers in de afgelopen periode ingezet ter ondersteuning en verbetering van het welzijn van de bewoners. Op gebied van cliëntveiligheid in de pijlers liggen de grootste uitdagingen die tijdens de audit naar voren zijn gekomen.

Heraudit
Stichting Elisabeth heeft qua samenstelling een vrij jong managementteam, in die zin van een nieuwe bestuurder en een ad interim. Het managementteam houdt zich bezig met grote opgaves (zoals de productie, zorginhoud, vastgoed, capaciteitsvraagstukken, innovatie, duurzaamheid) en het zorgen voor een gezonde organisatie. 2024 Wordt het transitiejaar geven ze aan waarbij ze de medewerkers willen meenemen naar de stip op de horizon.
De aandachtspunten m.b.t. cliëntveiligheid zijn opgepakt. Er is hard gewerkt door iedereen om te zorgen voor goede en veilige cliëntenzorg.

Complimenten

- D2 De samenwerking tussen vrijwilligers en medewerkers is een compliment waard
- V3 De kwaliteitscyclus zoals ingezet vanuit het kwaliteitsjaarplan en de kwaliteit thema's is een compliment waard
- V3 De bewoners van St. Elisabeth geven in diverse metingen een hoge tevredenheid van zorg aan
- D1 De inzet van de keukenprinsessen en keukenprinsen wordt erg gewaardeerd door de bewoners
- V1 De nieuwe werkwijze van de psycholoog waarbij aan de hand van de gedragscirkel gezocht wordt naar de oorzaak van het gedrag van bewoner
- V1 De ontwikkeling van het eigen behandel team is mooi
- V1 St. Elisabeth heeft betrokken medewerkers die warme en liefdevolle zorg leveren

Aandachtspunten

- P1 De organisatie weet dat er aantal zaken niet op orde zijn, of er acties op het gebied van P1 zijn uitgezet was tijdens de audit onvoldoende aantoonbaar voor het auditteam
- P1 het consequent uitvoeren van MDO besprekingen is niet op elke afdeling aantoonbaar terug gezien
- P3 Het reflecterend vermogen van medewerkers en de organisatie op gebied van cliëntveiligheid is onvoldoende aantoonbaar gemaakt tijdens de audit, hierin liggen uitdagingen voor St. Elisabeth. Niet meer van toepassing tijdens heraudit.

- P3 Bij cliëntveiligheid heeft St. Elisabeth een aantal punten niet op orde zoals de medicatieketen, voedselveiligheid en schoonmaak, valpreventie, brandveiligheid (stickers van aanwezigheid zuurstof) cameropnames en de Wzd. Niet meer van toepassing tijdens heraudit.
- P3 De inhoud en werkwijze ten aanzien van de werkvoorraad medicatie is niet helemaal op orde, o.a. is niet alle medicatie voorzien van een sticker van de apotheek.
- P3 HACCP Met betrekking tot het stickeren van producten die geopend zijn wordt op afdelingen verschillend mee omgegaan.

Toelichting per prestatie

Hieronder ziet u per prestatie de beoordeling inclusief het aantal toegekende punten. Onder elke tabel vindt u een toelichting. Deze toelichting is gebaseerd op:

- uitkomsten van cliëntervaring;
- observatie van praktijk en instrumenten;
- het inzien van registraties;
- het reflecterend en verbetervermogen van medewerker en organisatie;
- het hanteren van wet- en regelgeving.

Per beoordelingscriterium worden punten toegekend. De verdeling is als volgt:

Puntenverdeling	Beoordelingscriteria		
Cliëntervaring	Goed op orde	30	☐
	Voldoende	20	☐
	Matig	10	☐
	Onvoldoende	5	☐
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	☐
	Voldoende	25	☐
	Matig	15	☐
	Onvoldoende	5	☐
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	☐
	Voldoende	25	☐
	Matig	15	☐
	Onvoldoende	5	☐

De bevindingen en conclusies in dit rapport zijn tot stand gekomen conform het vigerende wegingskader.

Domeinen

Waarde Comfort Prestatie D1 Woon- en leefsituatie		**100**	**Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	

Cliëntervaring

Binnen St Elisabeth is een winkeltje aanwezig. In dit winkeltje kunnen bewoners verschillende spullen kopen. Dit is uiteenlopend van koekjes, shampoo tot seizoensgebonden spullen. Tijdens de rondgang door de winkel is er een bewoner boodschappen aan het doen. 'dit is een fijn winkeltje, ik hoef nu in de kou niet naar buiten en heb toch een koekje als mijn visite komt'. Uit dit voorbeeld blijkt dat bewoner een aangename woon- en leefsituatie hebben. Tijdens de rondgang vraagt het auditteam of ze een kamer van een bewoners mogen zien. Voordat we naar binnen gaan wordt er eerst aangebeld en wordt het gevraagd aan de bewoner of het auditteam de kamer mag zien. In dit voorbeeld wordt er rekening gehouden met de privacy van een bewoner. Tijdens gesprekken met bewoners geven bewoners het volgende aan: Een bewoner van de Strijpe vertelt blij te zijn dat het appartement ingericht is met eigen spulletjes. Een andere bewoner geeft aan graag naar het winkeltje te gaan om daar boodschappen te doen. Een bezoeker van de Externe dagbesteding geeft aan dat het fijn wandelen is in de binnentuin en dat ze regelmatig naar de kapper in St. Elisabeth gaat. Bewoners van De Laantjes en bezoekers van de Externe dagbesteding geven aan dat het eten lekker is. Een bewoner van De Laantjes zegt "wij zijn heel blij met de kookkunsten van de keukenprinsessen". Een bewoner van De Strijpe geeft aan dat het eten steeds beter wordt doordat er een nieuwe leverancier is. Op basis van bovenstaande bevindingen wordt het volledig aantal punten toegekend.

Praktijk en instrumenten

In het verslag van de incidentencommissie worden diverse onderwerpen besproken, waaronder de MIC en MIM-meldingen. Ook de kwartaalrapportage laat hiervan overzichten zien, evenals de analyses en opvolging ervan. Per doelgroep zijn er zorgovereenkomsten beschikbaar en in de dossiers zijn getekende overeenkomsten gezien. Ook zijn getekende sleutelovereenkomsten terug te vinden in het dossier. Bewoners kunnen gebruik maken van alarmering. St. Elisabeth is gevestigd in een voormalig klooster. Er verblijven nog een aantal zusters. Tot voor kort werd het pand gehuurd van de zusters, maar inmiddels heeft de organisatie het pand in eigendom. Er zijn negen afdelingen voor pg-bewoners (De Laantjes 1 t/m 9) met ieder een eigen huiskamer en een palliatieve unit, Laantje 10, deze biedt ook ELV. Op afdeling De Strijpe wordt individuele zorg geboden; in het atrium is een centrale ontmoetingsruimte ingericht, maar ook het restaurant "'t Trefpunt" is een ontmoetingsplaats voor onder andere maaltijden en activiteiten. Ook is er externe dagbesteding vanuit de Wmo; dit staat onder druk gezien de verlaging van het budget door de gemeente. Medewerkers zorg zijn herkenbaar aan een uniformjasje en alle medewerkers dragen een naambadge. Ruimtes zijn toegankelijk met behulp van een salto. Tijdens de rondleiding heeft het auditteam gezien dat er een huiselijke sfeer is gecreëerd o.a. door muren van behang/grote posters met o.a. natuur afbeeldingen te voorzien, passend bij de doelgroep. Daarnaast zijn de ruimtes van kerstversiering voorzien. Bewoners en medewerkers geven aan dit als sfeervol te ervaren. Op basis van bovenstaande bevindingen wordt het volledig aantal punten toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Reflecteren en verbeteren

In een gesprek met verpleegkundige wordt verteld dat er op de Strijpe een omslag gemaakt van bewoners met een lage ZZP naar een hogere ZZP. Dit vraagt van de medewerkers een andere manier van werken, bijvoorbeeld door het gebruiken van huiskamers, omdat bewoners met een hogere ZZP meer zorg en aandacht nodig hebben dan bewoners met een lage ZZP. De verpleegkundigen vervullen een belangrijke rol in deze omslag, door actief het team erbij te betrekken. "Soms is het proberen, en weer bijstellen". In hetzelfde gesprek wordt verteld dat er bij opname voor een andere werkwijze is gekozen, door meer aandacht te besteden aan verwachtingsmanagement. "Vroeger werd er gezegd, kom maar bij ons wonen, wij zorgen voor U. Nu wordt er gezegd, fijn dat u bij ons komt wonen, wat kan u nog zelf". In beide voorbeelden kan het auditteam concluderen dat er wordt gereflecteerd. Het volledig aantal punten wordt toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Waarde Samen Prestatie D2 Participatie		**100**	● **Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Cliëntervaring

Tijdens gesprekken met het auditteam geven bewoners aan dat ze een gezellige sfeer ervaren en dat het onderling contact wordt gestimuleerd. Bewoners van een Laantje die bezig zijn met de braintrainer geven aan deel te nemen aan de activiteit omdat het gezellig is/een praatje te kunnen maken. Ze vertellen ook dat ze elkaar helpen als het nodig is. Op Zorgkaartnederland.nl scoort St. Elisabeth een 8,6 gemiddeld. Een waardering rondom de activiteiten is te lezen: "Het is fijn om te weten dat moeder in goede handen is en er een fijn activiteitenprogramma is, waar moeder op dat moment van geniet." Het volledig aantal punten wordt toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Praktijk en instrumenten

Volgens medewerkers worden families steeds actief betrokken bij de zorgverlening. Bijvoorbeeld door brieven vanuit het MT wordt er gezorgd voor de verbinding met familie. St Elisabeth heeft een vrij grote club van vrijwilligers die aangestuurd worden door een vrijwilliger coördinator. Vrijwilligers vertellen in gesprek dat ze zelf mee kunnen denken over het werk wat ze doen, "dit geeft ons voldoening, onze mening telt". Deze manier van samenwerken ten gunste van de bewoners is volgens het auditteam een compliment waard. Bewoners, bezoekers en medewerkers vertellen erg blij te zijn met alle vrijwilligers. Het auditteam heeft gezien dat vrijwilligers ondersteunen bij o.a. het winkeltje en groepsactiviteiten (gymnastiek, braintrainer). Een vrijwilliger vertelt weer terug te zijn gekomen nadat ze gestopt was omdat ze het zo leuk vindt. De meldcode ouderenmishandeling is aanwezig en bekend bij medewerkers. St. Elisabeth richt zich op welzijn door o.a. het organiseren van diverse activiteiten, zoals de muziekmiddag en mogelijkheden om bijvoorbeeld naar buiten te gaan met de duofiets of tandem-scooter. Op de huiskamers zijn keukenprinsessen en sfeermakers aanwezig om ook daar het welzijn van de bewoners te bevorderen. Medewerkers vertellen dat op de palliatieve unit de mogelijkheid is echtparen te verzorgen. Het auditteam heeft gezien dat er twee aangrenzende kamers zijn. De medewerkers vertelden dat er dan de optie is dat in de ene kamer de bewoner is voor palliatieve zorg en in de andere kamer de partner kan zijn die andere zorg nodig heeft. Een andere optie is dat er gebruik gemaakt wordt van een koppelbed. Op die manier kan de gezonde partner, of een andere naaste, op dezelfde kamer, letterlijk ernaast liggend, verblijven. Familie wordt nadrukkelijk gevraagd mee te helpen in het dagelijks leven van de cliënt. Dit leest het auditteam

in het verslag van de bewonersraadpleging. Niet alle familieleden kunnen hierop ingaan. De meeste voldoening haalt ze uit het feit als bewoners plezier hebben. Op basis van bovenstaande bevindingen wordt het volledig aantal punten toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Reflecteren en verbeteren

Het auditteam hoort van de nieuwe medewerker communicatie en marketing dat de organisatie voornemens is de dag na de audit foto's van vrijwilligers op Social Media te plaatsen in het kader van de Dag van de Vrijwilliger, met als doel de aanwas van vrijwilligers te stimuleren. Verder hoort het auditteam van welzijnsmedewerkers dat er gezocht wordt naar manieren om meer individuele activiteiten te verzorgen. Het volledig aantal punten voor dit prestatieonderdeel wordt toegekend.

Waarde Genieten Prestatie D3 Mentaal welbevinden		**100**	**Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	

Cliëntervaring

Uit gesprekken en registraties blijkt dat de bewoners van St. Elisabeth voldoende ondersteuning ervaren bij de invulling van levensvragen en zinvolle tijdsbesteding hebben. Bewoners van De Strijpe en De Laantjes en bezoekers van de externe dagbesteding geven aan dat ze tevreden zijn t.a.v. een zinvolle dag. Een bezoeker van de Externe dagbesteding geeft aan tegen het weekend op te zien omdat ze dan niet naar de dagopvang gaat. Bezoekers van de dagopvang geven aan met alles mee te doen omdat alles leuk is. Specifiek genoemd zijn o.a. knutselen en handwerken. Bewoners vertellen het fijn te vinden dat er begrip en steun is als zij het moeilijk hebben, zoals even een knuffel of een goed gesprek. Het auditteam heeft gezien dat er regelmatig b.v. een hand op een schouder werd gelegd bij een bewoner. Een mevrouw vertelt aan het auditteam dat ze nu ongeveer een half jaar in St. Elisabeth woont. Mevrouw laat haar schilderijen zien die ze zelf gemaakt heeft. Mevrouw vertelt dat ze het naar haar zin heeft, "ik heb elke dag wel iets te doen". Op Zorgkaartnederland.nl geeft een naaste de volgende waardering: "Er is voldoende aandacht voor het welzijn van de bewoners. Ook worden er regelmatig activiteiten georganiseerd. Wij hopen met haar dat ze nog lang gebruik mag maken van jullie zorg." Op basis van deze voorbeelden wordt het volledig aantal punten toegekend.

Praktijk en instrumenten

Tijdens de rondleiding heeft het auditteam gezien dat er diverse activiteiten aangeboden worden. Enkele voorbeelden: braintrainer, groepsgymnastiek. Tijdens de rondleiding heeft het auditeam gezien dat er 2 duofietsen en een duoscootmobiel beschikbaar zijn. Op de website van St. Elisabeth staat een programma met diverse activiteiten. Tijdens de audit was er een zangactiviteit in 't Trefpunt. Hier zijn bewoners van De Strijpe & De Laantjes en bezoekers van de Externe dagbesteding naar toe geweest. In dossiers op De Laantjes heeft het auditteam gezien dat er aandacht is voor de dag-invulling (activiteiten-weekschema) en religieuze aspecten een voorbeeld is: "mw. bidt elke avond voor het slapen." St. Elisabeth beschikt over een eigen team behandeling en begeleiding. Momenteel zijn er twee verpleegkundig specialisten beschikbaar en een basisarts. Er is geen specialist ouderengeneeskunde op de locatie aanwezig, maar advies kan wel worden ingewonnen bij een collega zorgaanbieder (Groenhuysen). In het dossier staan risico's vermeld op bijvoorbeeld depressie of onbegrepen gedrag. De verpleegkundig specialist loopt gedragsvisites en heeft daardoor in beeld bij welke bewoners sprake is van onbegrepen gedrag. Bij bewoners waar sprake is van agressie wordt gezocht naar een passende

benaderingswijze. Zo kan de psycholoog ingeschakeld worden voor benaderingsadviezen. Het auditteam heeft gezien dat dit in het zorgplan verwerkt is. En in de praktijk opgevolgd wordt. Daarnaast heeft het auditteam gehoord over een casus waarbij een consult aangevraagd wordt voor een cliënt bij het Consult Centrum Expertise (CCE). Het aantal MIM-melding is hoog en dit wordt veelal veroorzaakt door agressief gedrag van doorgaans dezelfde cliënt. Ethische vraagstukken zijn binnen de organisatie bespreekbaar, zoals euthanasie. Het beleidsdocument is beschikbaar en ingezien. Dit geldt ook voor het reanimatiebeleid. Middels een pictogram is dit terug te zien voor de Wlz-bewoners. Ten aanzien van de bewoners met individuele zorg is dit een aangelegenheid tussen cliënt en huisarts. St. Elisabeth beschikt over een kapel waar dagelijks gebruik van wordt gemaakt. Er is een palliatieve unit, waar ook externen gebruik van kunnen maken. Bewoners van St. Elisabeth worden zoveel mogelijk op hun eigen appartement verzorgd in de laatste fase. De organisatie heeft hiervoor bijvoorbeeld ook een waakkast beschikbaar. De overleden cliënt wordt uitgeleide gedaan door de organisatie. Er is een herdenkingshoek en jaarlijks vindt een herdenkingsbijeenkomst plaats. In de hal hangt een bord waarop, na toestemming van de familie, de naam van een overleden cliënt staat aangegeven en een stoffen roos; deze roos wordt bij de herdenkingsovereenkomst overhandigd aan de familie. Dit hoort het auditteam van de auditees. Op basis van bovenstaande bevindingen wordt het volledig aantal punten toegekend.

Reflecteren en verbeteren

In gesprek komt naar voren dat de dagbesteding, gefinancierd vanuit de Wmo, voor de grote uitdaging staat om volgend jaar met 40% minder inkomsten door te gaan. “Dit vraagt om creativiteit, flexibiliteit en out-of-the box denken”, zo geeft de manager aan. Om hierin een andere manier van werken te vinden met elkaar, is reflecteren op de ervaringen een belangrijk onderdeel. Een voorbeeld van het reflecterend vermogen op team niveau is: Het auditteam heeft gezien dat een medewerker oplette dat een stagiaire niet alleen bij een bewoner was met ongewenst gedrag. Toen dat toch leek te gaan gebeuren sprak ze direct een andere medewerker aan om er bij te blijven. Op basis van bovenstaande bevindingen wordt het volledig aantal punten toegekend.

Waarde Vitaliteit Prestatie D4 Lichamelijk welbevinden		**100**	**Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	

Cliëntervaring

Tijdens de rondleiding heeft het auditteam waargenomen dat bewoners er verzorgd uit zien. Een bewoner die het auditteam heeft gesproken vertelt dat zij een goede verzorging ervaart. Ze vindt het jammer dat er regelmatig invalkrachten zijn, maar waardeert het des temeer als één van de vaste verzorgsters er is; “voelt vertrouwd.” In de PREM factsheet 2022 leest het auditteam dat St. Elisabeth een 7.5 scoort op de vraag: “Kunt u met de hulp van de zorgverleners beter omgaan met uw ziekte of aandoening?” Op basis van bovenstaande voorbeelden wordt het volledig aantal punten toegekend.

Praktijk en instrumenten

Bewoners worden ondersteund bij hun dagelijkse verzorging daar waar van toepassing, waarbij bewoners worden gestimuleerd nog zoveel mogelijk zelf te doen wat zij nog kunnen. Binnen St. Elisabeth wordt gewerkt met Nedap ONS systeem voor de dossiervoering. Risicosignalering vindt plaats, zo blijkt uit inzage in de zorgdossiers evenals de opvolging. Uit gesprekken met

medewerkers blijkt dat er passende ondersteuning wordt geboden aan de bewoners bij verzorging, toiletgang, eten en drinken etc. Medewerkers vertellen dat ze trots zijn op het feit dat er aandacht is voor de individuele mens. In de dossiers is gezien dat er aandacht is voor o.a. (zelf)verzorging, eten en drinken, mondzorg, toiletgang. Medewerkers van de dagopvang vertellen de verpleegkundige dienst te bellen als ze EHBO nodig hebben. St. Elisabeth beschikt over een eigen team behandeling en begeleiding met o.a. verpleegkundige specialisten, een GZ-psycholoog, paramedici. Zo kan bijvoorbeeld de ergotherapeut worden ingeschakeld om de cliënt te adviseren. Ook kan de ergotherapeut worden ingeschakeld om medewerkers te adviseren bij het tillen en transfers. De organisatie heeft twee verpleegkundig specialisten in dienst en een basisarts. Bewoners individuele zorg hebben hun eigen huisarts. Door samenwerking met Groenhuysen is er de mogelijkheid om op consultbasis gebruik te maken van de expertise van een Specialist Ouderengeneeskunde (SO). Het auditteam heeft gezien dat adviezen van disciplines in de zorgleefplannen van individuele bewoners terug zijn te vinden. Bewoners van de Strijpe kunnen eventueel naar b.v. een fysiotherapeut van buiten de organisatie gaan. Op basis van bovenstaande bevindingen en voorbeelden wordt het volledig aantal punten toegekend.

Reflecteren en verbeteren

In het elektronisch cliëntendossier staan de diverse risicosignaleringen benoemd en kunnen aldaar worden ingevuld. Dit leest het auditteam in de dossiers. Echter het systeem voorziet niet in een risicoscore. Medewerkers geven aan dat ze zelf een rapportageformulier ontwikkeld hebben zodat de scores wel zichtbaar zijn, zodat de medewerkers weten dat er een risico is en daarop acties kunnen uitzetten. Dit is een compliment waard, het auditteam acht het reflecterend vermogen aanwezig en kent het volledig aantal punten toe.

Pijlers

Waarde Uniciteit Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg		**80**	**Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	
Reflecteren en verbeteren	Voldoende	25	

Cliëntervaring

Uit gesprekken met bewoners blijkt dat ze tevreden zijn met de persoonsgerichte zorg. Het auditteam heeft gehoord en gezien dat de medewerkers hun bewoners kennen. Op zorgkaartnederland.nl leest het auditteam diverse mooie voorbeelden, een daarvan is: “Niet alleen het medische stukje maar ook haar welzijn en persoonlijke zorg zoals een bezoekje aan de kapper wordt volledig en in overleg met m’n moeder en haar familie geregeld. Wij zijn de medewerkers en organisatie erg dankbaar voor hun aandacht, zorgvuldigheid en plezier waarmee ze hun werk, onder alle omstandigheden, alle dagen van het jaar doen. Echte toppers!” In de PREM factsheet scoort St. Elisabeth een 8.4 op de vraag: “Nemen de zorgverleners uw wensen mee bij het bepalen van de zorg?” en een 8,0 op de vraag: “Past de zorg bij de manier waarop u wilt leven?” Op basis van bovenstaande bevindingen en voorbeelden kent het auditteam het volledig aantal punten toe.

Praktijk en instrumenten

Het auditteam heeft gezien dat de medewerkers de bewoners in de praktijk goed kennen. Bewoners beschikken uiterlijk na zes weken over een elektronisch cliëntendossier met daarin een individueel zorgplan. Er wordt gewerkt met Ons/Nedap en de cliënt en/of familie heeft inzage via

CarenZorgt. In het dossier staan de vier domeinen benoemd en er wordt volgens de SOEP-methodiek gerapporteerd. Relevante formulieren zijn eveneens beschikbaar in het dossier. De zorgplannen die zijn ingezien tonen grotendeels doelen op basis van mogelijkheden en op basis van gezondheidsrisico's voorzien van adequate acties. Deze worden in samenspraak met de bewoner en familie geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Het auditteam heeft waargenomen dat dit niet bij alle dossiers recent gebeurd is. In een gesprek komt naar voren dat niet alle zorgplannen op orde zijn, volgens de medewerkers is een belangrijke reden de onderbezetting sinds de zomer en het hoge ziekteverzuim. "Met ZZP'ers gaat de zorg door, maar meer niet", geeft een medewerker aan. Een ander voorbeeld: Er is weinig rapportage gezien op het onderdeel participatie. De medewerker geeft aan dat dat vaak vaste activiteiten zijn die verwerkt zijn in de agenda van de bewoner. Samen met een medewerker welzijn, kijkt het auditteam in drie dossiers van bewoners. In deze drie dossiers is de bewonersagenda ingevuld. Hieruit kan het auditteam opmaken dat dit punt in orde is. Echter niet op alle afdelingen kon worden aangetoond dat een MDO plaats vond, waardoor puntenaftrek is gegeven door het auditteam. Het ECD voorziet wel in de risicosignaleringen, maar er wordt geen score zichtbaar in het systeem. Dit moet op een andere manier zichtbaar worden, zoals beschreven is bij reflecteren en verbeteren bij domein 4. Als voorbeeld van persoonsgerichte zorg wordt gegeven dat het eten van een bewoner een aangepaste consistentie had (gemalen vlees) maar dat de bewoner dat vaak niet/koud aan het opeten was i.v.m. traagheid van handelen. Vervolgens werd in eerste instantie gedacht aan verrijkte voeding. Door met de bewoner op een ander moment er nog een keer op terug te komen krijgt hij nu, tot zijn eigen genoegen, altijd een maaltijdsoep. Een ander voorbeeld van persoonsgerichte zorg wat gehoord is: voor een bewoner die altijd in de techniek gewerkt heeft is ruimte vrijgemaakt in de gemeenschappelijke ruimte om technisch bezig te zijn. Deze bewoner kan op die manier weer de vakman zijn/aangesproken worden op zijn kennis voor techniek. De woon- en zorgbemiddelaar vertelt dat zij bij mogelijke toekomstige bewoners op huisbezoek gaat als er een plaats beschikbaar is. Zij verwerkt haar informatie in ONS. Voorheen werd het huisbezoek door medewerkers van de afdeling waar de bewoner opgenomen gaat worden, gedaan. De medewerkers van de Externe dagbesteding pakken het proces van plaatsing zelf op (huisbezoek, planning). Medewerkers vertellen dat het levensverhaal door de EVV-er aan de familie gevraagd wordt. Het auditteam heeft gezien dat in sommige dossiers het levensverhaal bijgewerkt is tot januari 2021. De senior consulent welzijn vertelt dat ze individueel kijkt waar de behoefte van de bewoners liggen. Als voorbeeld noemt ze: de bewoner zelf de keuze laten of ze in het restaurant willen eten of in de groepsruimte. Het auditteam heeft gezien dat de senior consulent welzijn rapporteert in het dossier. Ze vertelt ook bij het MDO aanwezig te zijn. St. Elisabeth beschikt over een laagdrempelige klachtenregeling. Dit heeft het auditteam gehoord en ingezien. Op basis van bovenstaande bevindingen en voorbeelden wordt er 25 punten toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Reflecteren en verbeteren

De organisatie weet dat een aantal zaken niet op orde zijn, opvolging is niet zichtbaar voor het auditteam. Dat de risicoscore niet wordt weergegeven is bekend, maar het is niet duidelijk of er actie bij de leverancier op wordt genomen of dat dit zo wordt gelaten. Ook het niet voldoen aan de eisen t.a.v. een MDO is bekend, maar ook hier is geen actie op zichtbaar. Een voorbeeld van reflecteren en verbeteren van medewerkers: Op de begane grond van Strijpe komen steeds meer bewoners die behoefte hebben aan gezamenlijke activiteiten. De medewerkers welzijn gaan daardoor in de toekomst ook zorgen voor meer bezetting van hun diensten over de gehele dag. 'dit is een groeimodel waar we met elkaar inzetten'. Volgens het auditteam draagt dit bij aan leren en ontwikkelen van het geven van persoonsgerichte zorg voor een veranderende groep bewoners. Op basis van bovenstaande bevindingen wordt 25 punten toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Waarde Transparantie Prestatie P2 Communicatie en informatie		**100**	**Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	

Cliëntervaring

Het auditteam heeft van bewoners gehoord dat er op een respectvolle manier met hen wordt gecommuniceerd. In PREM factsheet leest het auditteam dat St. Elisabeth een 7.3 scoort op de vraag of de zorgverleners op de afgesproken tijd komen. Er zijn verder geen klachten rondom informeren en communiceren aangetroffen door het auditteam, op basis van bovenstaande bevindingen wordt het volledig aantal punten toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Praktijk en instrumenten

St. Elisabeth beschikt over een website waar informatie over de locatie te vinden is. Op de website is een videotour beschikbaar waardoor o.a. nieuwe bewoners en hun familie een beter beeld kunnen krijgen hoe St. Elisabeth er van binnen uitziet. Het auditteam heeft inzage gehad in de informatie die aan nieuwe bewoners en/of hun familie/verwanten wordt uitgedeeld. Deze folder is zeer volledig wat betreft informatie. Medewerkers vertellen dat CarenZorgt weinig gebruikt wordt door familie. Naasten benaderen de medewerkers meestal rechtstreeks i.p.v. via CarenZorgt. Familie en naasten krijgen een weekinfo op papier. Hiermee worden ze op de hoogte gehouden van het wel en wee binnen St. Elisabeth. Ook is er informatie te vinden op de kabelkrantschermen. Hierbij valt o.a. te denken aan "wij herdenken bewoner X". St. Elisabeth beschikt ook over een Facebook- en Instagrampagina waar naast activiteiten in het algemeen (bijvoorbeeld de avond driedaagse) vacatures worden gepost. St. Elisabeth heeft een document De GOUDEN gedragsregels waarin de algemene omgang met elkaar beschreven staat (zowel bewoners, familie, medewerkers als vrijwilligers). Verplichte informatie als de klachtenprocedure, kostenoverzicht e.d. is aanwezig en worden ook op de website gepubliceerd. Ook in het informatiesetje wat bij opname wordt gegeven is dit terug te vinden.

Reflecteren en verbeteren

De nieuwe medewerker communicatie en markering heeft verteld
over plannen voor een update van de website. Hierbij wordt gedacht aan het updaten van de foto's en een video met activiteiten die gedaan worden (o.a. zwemmen) met bewoners.

Waarde Veiligheid (initiële audit) Prestatie P3 Cliëntveiligheid		**60**	**Niet behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Matig	15	
Reflecteren en verbeteren	Matig	15	

Cliëntervaring

Bewoners ervaren vertrouwen in de medewerkers. Dit heeft het auditteam waargenomen tijdens de rondleidingen en dit is ook uit de gesprekken met bewoners naar voren gekomen. Als voorbeeld de uitspraak van een bewoner: "wij hebben echt een vertrouwensband." Op de vraag:

"Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?" in de PREM vragenlijst komt een score van 8.4 uit. Het volledig aantal punten wordt toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Praktijk en instrumenten

Verantwoording over de basisveiligheidsindicatoren vindt plaats middels het kwaliteitsjaarverslag. De veilige principes in de medicatieketen worden niet nageleefd. Er vinden geen medicatiereviews plaats, sleutels van medicijnkasten zitten in het slot of zijn vrij toegankelijk. Medicatie werd vanaf de hand gegeven in plaats vanuit een bakje of vanaf een schoteltje. De noodmedicatie en de opiaten worden op de 2e etage bewaard, op het kantoor waar ook de planning zit. De noodmedicatie en de opiaten zitten in een afgesloten kast in deze kamer. De sleutel van deze kast zit in een codekastje. Het auditteam ziet dat de code ook in het zicht hangt boven de papieren handdoekjes. Op de afgesloten kast is de code op een sticker aan de zijkant geplakt. Het zichtbaar zijn van de code vormt volgens het auditteam een risico binnen de veilige medicatie keten. Iedereen kan erbij en de medicatie meenemen. Als er dan een noodsituatie is, kan het zijn dat je misgrijpt. Dit risico zorgt voor punten aftrek. Er zijn voedingsproducten aangetroffen die de houdbaarheidsdatum (juni 2022) ver overschreden. Van opengemaakte producten was niet zichtbaar wanneer ze waren geopend. Het auditteam heeft gezien dat in de Laantjes voedsel beperkt van stickers/openingsdatum voorzien is in de koelkast. In alle keukens zijn wel stickers aanwezig maar ze worden regelmatig niet gebruikt. Ook in de voorraadkasten is aangebroken en vervolgens niet afgesloten voedsel gezien zonder openingsdatum (o.a. kaaskoekjes). Daarnaast is in 1 keuken voedsel aangetroffen in de koelkast wat over-datum was (o.a. vleeswaren) en voedsel wat gekoeld bewaard moest worden lag in de voorraadkast en was een paar maanden over-datum (strooikaas). Besteklades met scherpe messen en/of scharen zijn niet afgesloten. Er is in de gangen en op de slaapkamerdeuren geen sticker aanwezig, waarop staat dat er zuurstof aanwezig is. Dit is een vereiste vanuit veiligheidsoogpunt. Ook van cameratoezicht wordt geen melding gemaakt. Tijdens de rondgang op de begane grond in een Laantje, staan 2 zuurstof concentratoren op de gang. Bij een concentrator zit een hele lange slang, zodat de bewoner de zuurstof kan gebruiken terwijl ze in de huiskamer zit. Volgens het auditteam vormt deze lange slang op de grond een risico op valgevaar. De slang ligt namelijk niet aan de kant, maar midden in de gang waar ook andere bewoners lopen om naar hun kamer te gaan. Tijdens het schoonmaken van de gangen werden geen waarschuwingsbordje voor de gladde vloeren geplaatst (dit is meerdere malen waargenomen, en dus geen sprake van een incident/eenmalig vergeten). Het ontbreken van deze bordjes zorgt voor een risico op valgevaar. Het auditteam heeft tijdens de rondleiding gezien dat schoonmaakkarren onbeheerd in de gang stonden waar bewoners zelfstandig kunnen komen. Daarnaast heeft het auditteam op de PG-afdelingen schoonmaakartikelen gezien op de toiletten die voor bewoners toegankelijk zijn. Het auditteam heeft gezien dat trapgaten wisselend afgeschermd worden, soms door een verankerde paal en soms door een rood koord tussen twee paaltjes. Dit laatste biedt geen veiligheid. De legionella controle en schoonmaakschema's van de keukens zijn op orde bevonden. Ten aanzien van de BHV worden scholingen gehouden en maandelijks een test uitgevoerd, zodat de BHV'ers weten wat ze moeten doen. Ten aanzien van onvrijwillige zorg wordt terughoudendheid betracht en St. Elisabeth wil toe naar een dementievriendelijk omgeving. De registratie en evaluatie aan de hand van het stappenplan in het kader van de Wet Zorg en Dwang is echter nog in ontwikkeling. Een externe Wzd-functionaris is sinds 1 januari 2022 beschikbaar.
Schoonmakers houden voor het auditteam en de medewerker de deur open naar een ander gedeelte van het gebouw. Hierbij laten ze ook de deur voor een bewoner open. De medewerker ziet dit en brengt de bewoner terug naar de afdeling en geeft hem een bakje koffie. "Ik heb de bewoner even koffie gegeven hoor, anders voelt het zo naar als ik hem alleen terug naar afdeling breng", dit is volgens het auditteam een stukje persoonsgerichte zorg, doordat je weet wat een bewoner nodig heeft als hij wordt teruggebracht naar de afdeling.
Een aantal bevindingen eerder hierboven genoemd leiden tot de score matig voor dit prestatie onderdeel.

Reflecteren en verbeteren

De organisatie geeft aan dat het totale proces (registratie, evaluatie, aanlevering gegevens) van de Wzd in ontwikkeling is en dat dit onder andere door corona nog niet verder is opgepakt, maar nu wel de bedoeling is. Een betere borging gaat plaatsvinden door de doorstart van de werkgroep Wzd, aldus de organisatie. Hiertoe is sinds 1 januari 2022 een externe Wzd-functionaris beschikbaar. Ten aanzien van de aangegeven punten bij praktijk en instrumenten viel bijvoorbeeld op dat de medewerkers de tekortkomingen zelf niet signaleerden en ook nadat zij er door het auditteam op werden gewezen geen actie op ondernamen. Een ander voorbeeld: Naast de toiletten op de PG-afdeling waar schoonmaakmiddelen zijn aangetroffen, heeft de organisatie een afsluitbare kast voor o.a. Schoonmaakmiddelen gecreëerd. De kast wordt echter niet consequent gebruikt op alle afdelingen. Op basis van deze bevindingen wordt er 15 punten toegekend omdat het lerend vermogen op dit onderwerp voor zowel organisatie als medewerker niet voldoende aangetoond is tijdens de audit.

Waarde Veiligheid (Herauidt) Prestatie P3 Cliëntveiligheid		**90**	● **behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Cliëntervaring

Heraudit
Op de vraag: “Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?” in de PREM vragenlijst komt een score van 8.4 uit.
Bewoners hebben tijdens gesprekken aangegeven dat ze zich veilig voelen binnen St. Elisabeth ‘Ik voel me veilig, het is gezellig om gezamenlijk bezig te zijn’.
Het volledige aantal punten is toegekend.

Praktijk en instrumenten

Heraudit
De werkvoorraad is door de auditor bekeken. Medicatie zit bij elkaar in diverse bakjes en dat maakt het minder overzichtelijk volgens de auditor. Op de overzichtslijst staat vermeld welke medicatie aanwezig moet zijn en de aantallen. Op de registratielijst staat geschreven wat eruit gehaald is, voor wie en wanneer. Dit staat onder elkaar geschreven. Zo is niet in een opslag te zien hoeveel medicatie er nog in de werkvoorraad zou moeten zitten wat zorgt voor minder overzicht en zorgt voor meer telwerk. Bij een steekproef van een bepaald medicijn zouden er 20 aanwezig zijn, op de registratielijst staat dat er 3 tabletten eruit zijn gehaald maar bij controle zaten er 18 tabletten in. Dit terwijl de werkvoorraad wel gecontroleerd wordt. Een ander medicijn is gecontroleerd en dit klopte wel. Auditor gaat in dit geval uit van een vergissing. Auditee geeft aan dat ze toe gaan werken naar het digitaliseren van de werkvoorraad in 2024. De auditor heeft gezien dat er medicatie in de werkvoorraad zit, die niet voorzien is van een sticker van de apotheek. Auditee geeft aan dat ze bv. een hele antibioticakuur eruit halen en dat dan een recept wordt voorgeschreven op naam van de bewoner en zodra deze binnenkomt, wordt opgeborgen in de werkvoorraad en dat de sticker op naam eraf gehaald wordt. 3 Stuks haldol flesjes zijn niet voorzien van een sticker van de apotheek. De toegang tot de werkvoorraad is aangepast. Het

kantoor is toegankelijk met de tag en de sleutel van de werkvoorraad zit in een kluisje. De code is nergens meer zichtbaar, zoals dat wel was ten tijde van de initiële audit. De werkvoorraad staat niet meer bij het planbureau en is verhuisd naar een apart kantoor wat zorgt voor meer rust. Op de afdelingen zelf is een medicijnkast aanwezig. Daarin zit per bewoner een bakje met de medicatierol en overige medicatie. Op een afdeling zat in het medicijnbakje ook persoonlijke eigendommen zoals een ring en een enveloppe met geld van de bewoner en dit hoort niet in een medicijnkastje thuis. Medicijnkastjes op andere afdelingen die zijn gezien tijdens de vrije rondgang zagen er opgeruimd uit. Auditees geven aan dat de noodtas niet meer wordt gebruikt, het gebruik hiervan staat echter nog wel in de procedures en werkinstructies opgenomen dus deze zullen hierop aangepast moeten worden. De opiatenkluisjes zijn uit de kast gehaald en vastgenageld aan de muur, iedere afdeling heeft een eigen kluisje met een aparte map en per medicijn een aftekenlijst zo is aan de auditor verteld en tijdens de rondgang op enkele afdelingen gezien. Bij een steekproef kwam het aantal mg dat op het doosje stond (20mg) niet overeen met het aantal mg dat op het formulier (10mg) was genoteerd. Dit laatste gebeurt handmatig en auditor gaat uit van een vergissing. Controle van de opiaten vindt plaats door de regieverpleegkundigen en auditor heeft gezien dat de registratielijsten dat dit inderdaad gebeurd. Medicatiereviews vinden een keer per jaar plaats voor iedere bewoner, voorafgaand aan een MDO. Auditee geeft aan dat de verpleegkundig specialist van tevoren gegevens doorstuurt naar de apotheek. De apotheek kan erop reageren en vervolgens wordt het voorstel in het MDO besproken. De verpleegkundig specialist accordeert het voorstel of plaatst een reactie. Auditor heeft een voorstel gezien van de apotheek om bepaalde medicatie te stoppen aangezien het al enige tijd niet meer gegeven werd. Auditee geeft aan dat apotheek ook belt als een actie open blijft staan. De apotheek is heel betrokken, denkt mee, geeft tips en tops. Voorheen werden verschillende communicatielijnen gebruikt maar nu gaat alles via Medimo en het berichtenportaal zodat ook snel geschakeld kan worden volgens de auditee.
De Wet Zorg en Dwang (wzd)is gedocumenteerd in o.a. een visiedocument, beleidsdocument en een stappenplan en na de initiële audit verder geïmplementeerd door de werkgroep wzd. Het uitgangspunt is bewegingsvrijheid volgens de auditees. Daarbij is eerst gekeken hoe het werkt in de praktijk en daarna is het vastgelegd. Auditee heeft aan auditor laten zien op de computer dat er gewerkt wordt met een aparte wzd map, welke voorzien is van een wachtwoord. In februari jl. zijn ze gestart met overzichtslijsten van vrijwillige zorg en onvrijwillige zorg en psychofarmaca. Deze laatste twee lijsten worden besproken met de Wzd functionaris (een specialist ouderengeneeskunde) en bijzonderheden vermeldt de verpleegkundig specialist in de episode in ONS. Voor de evaluatie maken ze gebruik van de kwaliteitsmonitor in ONS waarbij onvrijwillige zorg een keer in de drie maanden wordt geëvalueerd en de vrijwillige zorg een keer per half jaar. Aangetoond is dat ook onderzoek naar alternatieven plaats vindt, zo geeft auditee als voorbeeld dat bij een bewoner met loopdrang een schommelstoelfunctie is uitgeprobeerd. M.b.t. leefcirkels is in de hulpmiddelenkast ook een noodset aanwezig. In de ingeziene zorgdossiers heeft auditor gezien dat de wilsbekwaamheid is vastgelegd. Met betrekking tot de wzd hebben alle zorgmedewerkers een e-learning gevolgd. Verpleegkundigen hebben van de verpleegkundig specialist een scholing ontvangen over de nieuwe werkwijze en de verpleegkundigen brengen het weer over naar het team.
Tijdens de rondgang is ook gekeken bij de keukens. Besteklades zijn voorzien van een slot. Met betrekking tot het stickeren van producten die geopend zijn, heeft auditor geconstateerd dat daar verschillend mee om wordt gegaan op de verschillende afdelingen. Bij de ene wordt wel gestickerd, bij een ander niet en bij een ander wordt met pen een datum erop gezet. In een koelkast staat een fles advocaat met daarop de sticker zondag geopend en dinsdag weggooien en tijdens auditdag was het woensdag. Auditee geeft aan dat het langer bewaard kan blijven maar waarom is het dan voorzien van een sticker?
Tijdens de rondgang heeft auditor gezien dat bij de ingangen bordjes geplaatst zijn met de vermelding cameratoezicht. Op een appartement waar zuurstof aanwezig is en in de ruimte met verpleegartikelen waar zuurstof staat, is de deur voorzien van een sticker ‘zuurstof aanwezig’. Een schoonmaakwagen stond op de gang en er was gedweild, een bordje ‘let op natte vloer’ was geplaatst wat zorgt voor alertheid. Ten tijde van de initiele audit was dit bordje niet geplaatst wat

zorgde voor een onveilige situatie. De trapgaten zijn voorzien van een paaltje in het midden of als het breder is met twee paaltjes en een lijn en dit is veilig. Een aantal trapgaten is voorzien van nieuwe paaltjes n.a.v. de initiële audit.
In de centrale keuken is het 'meet en weetboek' met diverse registratielijsten ingezien. Een auditee geeft aan dat ze in het kader van veiligheid een aparte blusser heeft aangevraagd voor de frituurplan en deze ook heeft gekregen.
Met betrekking tot legionella wordt wekelijks gespoeld volgens de lijst die is ingezien en ook appartementen die leeg staan. Andere maatregelen die worden getroffen zijn o.a. UV lampen voor het water en een keer in de drie maanden voert een extern bedrijf metingen uit.
In het kader van de brandveiligheid vinden maandelijks testen plaatsen. De laatste brandoefening heeft plaatsgevonden in februari 2022. Auditee geeft aan dat ze bezig zijn een oefening te plannen met de brandweer.
Puntenaftrek vindt plaats vanwege aandachtspunten werkvoorraad o.a. dat alle medicatie voorzien dient te zijn van een sticker van de apotheek en geen eenduidige werkafspraken of uitvoering m.b.t. stickeren van geopende producten in de praktijk en geen recente brandoefening.

Reflecteren en verbeteren

Heraudit
Naar aanleiding van de initiële audit zijn de aandachtspunten opgepakt, zo zijn o.a. de procedures en werkinstructies aangepast geeft auditee aan. Auditor heeft ook tijdens de rondgang gezien dat aandachtspunten zijn afgewerkt. Op de gebieden medicatie, opiaten en wet zorg en dwang hebben interne audits plaatsgevonden. Auditor heeft de rapportages ingezien. Bevindingen en verbeterpunten staan weergegeven. Een ander voorbeeld van reflecteren en verbeteren is bv. de invoering van de wet zorg en dwang, eerst is gekeken hoe de praktijk werkt en vervolgens is daar de werkwijze op aangepast. Een ander voorbeeld is het verder willen digitaliseren van de werkvoorraad en de opiatenregistratie.
Het volledige aantal punten wordt gescoord.

Voorwaarden

Waarde Vakkundigheid Prestatie V1 Kwaliteit medewerkers		**100**	**Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	

Cliëntervaring

In het verslag van de bewonersraadpleging juni 2022 is het volgende te lezen over de tevredenheid van de naasten over de deskundigheid van de medewerkers: "De aanwezige naasten geven allereerst aan zeer tevreden te zijn over de zorg. Termen als 'grandioze zorg' en 'geweldig personeel en keukenprinsessen' worden genoemd. Zorgmedewerkers stimuleren bewoners voldoende om iets te doen. Door de stimulans van zorgmedewerkers om iets te doen, gaat het met sommige bewoners zelfs beter dan in de thuissituatie. Dit kunnen de zorgmedewerkers echter nog meer aanmoedigen, want het doet bewoners goed en het draagt bij aan eigen waarde, succes en erbij horen. Het is belangrijk goed aan te sluiten bij wat passend is voor de bewoner." Op de vraag: "Heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners" uit de PREM 2022 scoort St. Elisabeth gemiddeld een 8,2. Op Zorgkaartnederland.nl is o.a. de volgende waardering te lezen rondom de tevredenheid van de bejegening van de bewoners: "Mijn

moeder kon helaas niet meer beter worden, alleen nog verzorgd worden. Ondanks dat zij zelf af en toe pittig uit de hoek kon komen bleven de medewerkers altijd uiterst liefdevol en behulpzaam. Overduidelijk veel begrip en inlevingsvermogen in de situatie van mijn moeder." Op basis van bovenstaande voorbeelden wordt het volledig aantal punten toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Praktijk en instrumenten

Bij St. Elisabeth werken medewerkers die voldoen aan de vigerende bekwaam- en bevoegdheden. Zo is de BIG registratie in orde en heeft het auditteam samen met de auditees in het systeem SDB gekeken naar de bevoegdheden van de medewerkers en naar de personeelsplanning. Binnen St. Elisabeth worden er 1 keer in de twee jaar een POP-gesprek gevoerd met medewerkers. Het auditteam heeft dit ingezien. Het planbureau plant conform arbowetgeving de medewerkers in, hierbij wordt rekening gehouden met de capaciteit en zorgzwaarte per team. Er is een team behandeling en begeleiding. Vanwege de krapte op de arbeidsmarkt rondom specialisten ouderengeneeskunde (SO) is er een andere constructie bedacht waarbij de continuïteit van de zorg gewaarborgd is. Zo is er binnen het eigen team behandeling en begeleiding een basisarts, deze is 3 keer per week aanwezig binnen de locatie, zijn er 2 fysiotherapeuten, 2 beweegagogen, verpleegkundig specialisten, een ergotherapeut, een gespecialiseerd verpleegkundige en een geestelijk verzorger. Op afstand is er een SO te raadplegen indien de situatie hierom vraagt. Indien nodig zijn een logopedist en diëtist ook in te schakelen. Dit hoort het auditteam tijdens de gesprekken. Vanwege het belang van de arbeidsmarkt zijn er binnen St. Elisabeth twee leerafdelingen opgezet, op afdeling 7 en 9. Hier worden de stagiaires/leerlingen goed begeleid. Verder is er een uitwisseling met het ziekenhuis zodat de leerlingen 5 weken de verplichte stage in het ziekenhuis kunnen werken. Zo tracht St. Elisabeth een eigen kweekvijver voor verzorgenden en verpleegkundigen te creëren. Hier zijn ze erg trots op. De leerlingen worden CIO's (collega's in opleiding) genoemd. Onlangs is er gestart met regieverpleegkundige die voor 50% van de beschikbare tijd als coach voor het team gaan fungeren. Binnen de maandelijkse werkoverleggen is er ruimte voor intervisie. Hierin worden o.a. casussen besproken. De psycholoog is op afroep inzetbaar indien er moeilijke casussen spelen waarbij verdieping in omgang nodig wordt geacht. Tijdens het gesprek met de psycholoog hoort het auditteam dat zij met het team en welzijnsmedewerkers het gedrag van bewoners op basis van 6 facetten in kaart trachten te brengen en het gesprek voert over hoe omgeving of systeem kan bijdragen aan gedrag van bewoners. Daarnaast worden er observaties uitgevoerd om gedrag van medewerkers in kaart te brengen. Vervolgens wordt hier binnen het team een gesprek over gevoerd en passende benaderingswijzen afgesproken. Het auditteam heeft notulen gezien van een bespreking en de benaderingsplannen in dossiers. Binnen St. Elisabeth is er oog voor werkplezier en de werkomgeving van de medewerkers. Zo wordt er jaarlijks een personeelsfeest georganiseerd, zijn er teamuitjes, kerstbijeenkomsten etc. Als laatste worden er ook medewerker raadplegingen georganiseerd, de zogenaamde "Babbels en Bubbels" waarbij dezelfde stellingen worden getoetst als tijdens de bewonersraadplegingen. Op basis van bovenstaande bevindingen en voorbeelden wordt het volledig aantal punten toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Reflecteren en verbeteren

In september 2022 is een leerafdeling gestart. Dit was al langer een plan, maar door Covid-19 nog niet eerder mogelijk. Er worden nieuwe medewerkers opgeleid tot verzorgende IG. Doordat de opleiding in samenwerking is met een onderwijsorganisatie en de lessen op locatie zijn, zijn de lijnen tussen opleiden en werken heel kort. Een voorbeeld dat wordt gegeven is een bewoner met bijzonder gedrag. Het gedrag van deze bewoner is moeilijk te begrijpen. Doordat de opleiding letterlijk zo dichtbij, heeft de psycholoog een les verzorgt over dit onbegrepen gedrag. Het auditteam concludeert hiermee dat er voor leerlingen ruimte is om te leren en te reflecteren.

Waarde Ontwikkelen Prestatie V2 Management en Governance		**100**	**Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	

Cliëntervaring

St. Elisabeth kent een cliëntenraad (CR) en een ondernemingsraad (OR). De medezeggenschapsorganen bestaan ieder uit 7 leden en uit een dwarsdoorsnede van de organisatie. Zowel CR als OR geven aan een goed contact te hebben met de bestuurder en dat zij voldoende inspraak ervaren. Ook heeft ieder een eigen overleg en een overleg in aanwezigheid van de bestuurder. Contact met de achterban is verschillend; de OR gebruikt hiervoor het medewerkersbulletin waar zowel de agenda als de notulen worden gedeeld en het contact op de afdelingen door het betreffende OR-lid. De CR richt zich vooral op persoonlijk contact met de bewoners en is zich nog aan het bereiden op welke wijze zij de achterban ook schriftelijk van informatie kunnen voorzien, daar notulen niet organisatiebreed worden gedeeld. Op zorgkaartnederland.nl leest het auditteam dat de organisatie op alle waarderingen reageert en respondenten in de gelegenheid stelt verder contact op te nemen indien gewenst.

Praktijk en instrumenten

St. Elisabeth is een kleinschalige organisatie die sinds de oprichting in 1927 geheel zelfstandig is. De kleinschaligheid wordt als voordeel gezien, daar hierdoor ook direct een vinger aan de pols is wat betreft zgn. stuurinformatie. “Je wordt bevestigd in wat je al weet”, zo wordt aan het auditteam aangegeven. Via bijvoorbeeld de zorgbemiddeling is direct bekend of er sprake is van leegstand of juist een wachtlijst. Er wordt samengewerkt met andere kleinschalige zorgaanbieders in de regio op het gebied van uitwisseling van kennis en ervaring, bijvoorbeeld op het gebied van ICT. Het voormalige klooster is inmiddels in eigendom van de organisatie; ook dit wordt als voordeel gezien om zo de zelfstandigheid van de organisatie te kunnen waarborgen. Middels de kaderbrief met bijbehorende begroting worden plannen inzichtelijk en verantwoording wordt afgelegd via het kwaliteitsjaarverslag en de tussentijdse kwartaalrapportage. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is hierin leidend en ook de verbeterplannen worden volgens die systematiek ingericht. De organisatie kent een eenhoofdige Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht die bestaat uit 5 leden. De Zorgbrede Governancecode wordt gevolgd en ook wordt een zelfevaluatie door de Raad van Toezicht uitgevoerd. Op gezette tijden wordt door de bestuurder meegewerkt om feeling te houden met het primaire proces. Zo heeft de bestuurder bijvoorbeeld ook meegewerkt tijdens een corona uitbraak en zo ook aan den lijve ondervonden wat het betekent om met persoonlijke beschermingsmiddelen je werk te moeten doen. St. Elisabeth wil een “thuis met karakter” zijn, gebaseerd op het cultureel erfgoed van de organisatie. Kernwaarden zijn: liefde, eenvoud, werkzaamheid en onthechting. Door de korte lijnen is sprake van een leiderschapsstijl die gekenmerkt wordt als situationeel en “management by walking around”. Managers zijn zichtbaar voor de medewerkers en dat wordt gewaardeerd door de medewerkers, zo heeft het auditteam gehoord. Ook de “Babbels & Bubbels” alsmede het Brabantskwartiertje dragen bij aan het informele contact en laagdrempeligheid binnen de organisatie.

Reflecteren en verbeteren

Door het inzetten van een eigen team behandeling en begeleiding wat ten goede komt aan de bewoners, wordt ook het werken in St Elisabeth aantrekkelijk gemaakt voor medewerkers. St. Elisabeth wil een topwerkgever zijn en hoopt op die manier medewerkers naar zich toe te kunnen trekken ondanks de personeelstekorten die er in de omgeving zijn. Ook de inzet van

verpleegkundig specialisten wegens een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is hier een voorbeeld van. Het pand is inmiddels in eigendom van de organisatie; ook dit wordt als voordeel gezien om zo de zelfstandigheid van de organisatie naar de toekomst toe te kunnen waarborgen. Hiermee wordt aangetoond dat de organisatie in staat is te leren en verbeteren. Het volledig aantal punten wordt toegekend.

Waarde Kwaliteit Prestatie V3 Sturen op kwaliteit		**100**	**Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	

Cliëntervaring

De bewoners en naasten van St. Elisabeth worden via meerdere kanalen jaarlijks bevraagd naar hun mening over de kwaliteit van leven, op een wijze die voldoet aan de geldende branchespecifieke eisen. Daarnaast beschikken (potentiële) bewoners over voldoende en passende keuze- informatie. Zo worden er bewonersraadplegingen georganiseerd, uitgevoerd door een extern bureau. Hiervan heeft het auditteam het verslag ingezien. De PREM wordt jaarlijks uitgevraagd. Op Zorgkaartnederland.nl wordt actief naar waarderingen gevraagd en zijn er bewoners- en naasten informatiebijeenkomsten. Op basis van deze bevindingen wordt het volledig aantal punten toegekend voor dit prestatieonderdeel.

Praktijk en instrumenten

St. Elisabeth beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem dat richting geeft aan duurzame, positieve en betekenisvolle persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Op basis van diverse uitkomsten analyseert St. Elisabeth de mate waarin ze aan hun cliëntprestaties voldoen. Zo is er onlangs gestart met vakgroepen: dementie, preventie van decubitus en wondzorg, technologische ontwikkelingen, eten en drinken, palliatieve zorg, ergotherapie en til&transfer, welzijn en wordt een vakgroep Wzd in 2023 opgestart. Daarnaast wordt er gewerkt met aandachtsvelders en is er een kwaliteit- en veiligheid overleg. Teams hebben maandelijks overleg. 1x per zes weken is er een verpleegkundig overleg. 1 keer per twee maand is er een kwaliteit- en veiligheidsoverleg. Het auditteam heeft diverse notulen van de werkoverleggen gezien. Het management werkt met een kwaliteitsdashboard en kwartaalrapportages. Binnen het dashboard wordt voortgang gemonitord van diverse onderwerpen en met de kwartaaloverleggen en -rapportages gestuurd op voortgang van diverse thema's. De auditee heeft het auditteam het dashboard getoond, evenals de rapportages. MIC en klachten zijn vaste onderwerpen van de teamoverleggen. Het auditteam heeft de MIC-analyses gezien. Er is een incidentencommissie die 6 keer per jaar samenkomt en verantwoordelijk is voor de uitvoer van trendanalyses op o.a. de MIC. Binnen de teams wordt er gewerkt met doorlopend team- en verbeterplan. De voortgang op de gestelde doelen is wisselend per team. De organisatie geeft aan hier nog mee te worstelen, omdat dit voor sommige teams lastig werken is. De manager heeft een coachende rol hierin. Het MT werkt aan de hand van een kwaliteitsjaarplan. Dit is een Excell bestand waarin per thema uit het kwaliteitskader een jaarplanning is opgenomen om projectmatig te werken aan doelen. Dit heeft het auditteam gezien. Interne audits worden planmatig uitgevoerd, de opvolging van de verbeteractie in de teams is nog niet overal aanwezig. St. Elisabeth neemt deel aan diverse netwerken, de netwerken die ter sprake kwamen zijn; palliatieve netwerk, netwerk dementie en een samenwerking met diverse kleine organisaties uit de regio. Op basis van bovenstaande bevindingen en voorbeelden wordt het volledig aantal punten toegekend voor dit prestatieonderdeel.

Reflecteren en verbeteren

De organisatie heeft tijdens gesprekken met het auditteam en door inzage in diverse registraties, de PDCA-cyclus op organisatieniveau voldoende aantoonbaar gemaakt voor het auditteam. Voorbeelden zijn terug te lezen zoals hierboven beschreven. Op teamniveau worden medewerkers hierin ook gefaciliteerd en gestimuleerd, echter is dit in de praktijk nog wel eens een uitdaging, geeft de organisatie aan. Zo vindt de organisatie het lastig om de bevindingen uit bijvoorbeeld de interne audit te borgen op teamniveau. Desalniettemin zijn de randvoorwaarden hiervoor goed ingericht. Het volledige aantal punten wordt toegekend voor dit prestatieonderdeel.

Waarde Betrouwbaarheid Prestatie V4 Bedrijfsresultaten		**100**	● **Behaald**
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Cliëntervaring

Bewoners en naasten ervaren een correcte en tijdige afhandeling van de administratie van zorg en diensten, evenals een goede beveiliging van hun persoonlijke gegevens. Het auditteam hoort dat er geen klachten bekend zijn ten aanzien van de administratie en leest dat de organisatie beleid geformuleerd heeft rondom de bescherming van persoonsgegevens. Er zijn geen waarderingen gelezen waarin bewoners of naasten zich negatief uitlaten over boven gestelde onderwerpen. Het volledig aantal punten wordt toegekend voor dit prestatie onderdeel.

Praktijk en instrumenten

St. Elisabeth heeft de bedrijfsvoering op orde. Bekend is dat de bedrijfsvoering vanwege de kleinschaligheid continu onder druk staat. Zo is het direct zichtbaar en voelbaar indien de gemeente de tarieven voor de Wmo verlaagd of dat er een wijziging komt in de Wlz-financiering. De organisatie voert hiertoe regelmatig overleg met de bank. Via de maandelijks rapportage is voor het management inzichtelijk wat de prognoses zijn, zodat tijdig kan worden bijgestuurd. Hiervoor wordt nog een verfijning aangebracht zodat afdelingen hier zelf ook inzicht in krijgen, echter dit is nog in ontwikkeling zo is aan het auditteam verteld. Bescherming van persoonsgegevens wordt gewaarborgd door de organisatie; de taak van AVG-functionaris is gekoppeld aan de HRM-functionaris. In de praktijk zag het auditteam hier en daar een lijstje in de keuken van de pg-afdeling met persoonsgegevens op. Het auditteam attendeerde de medewerkers hierop en zij toonden inzicht in de AVG-regels en ondernamen direct actie waardoor er geen risico was voor de bewoners en medewerkers. Het volledig aantal punten wordt toegekend voor dit prestatieonderdeel.

Reflecteren en verbeteren

St Elisabeth heeft goed zicht op de financiële situatie; het is bekend hoe ze er financieel voor staan en daardoor kan tijdig worden bijgestuurd ten aanzien van wijzigingen. Ook worden duidelijke keuzes gemaakt in wat wel kan en wat niet. Een voorbeeld daarvan is de afschaling van de groep bewoners met een ZZP4. Ook wordt waar mogelijk de samenwerking gezocht met vergelijkbare zorgaanbieders om zo ook kennis en ervaring te delen.

Bijlage 1. Methodische verantwoording

Audits vinden plaats onder toezicht van het College van Belanghebbenden. Dit college bestaat uit vertegenwoordigers van partijen uit de sector. Zij bewaken de kwaliteit van alle audits die Perspekt uitvoert.

De datum, scope en het soort audit vindt u in hoofdstuk Registratieadvies van dit rapport. Er waren geen bijzonderheden voor deze audit van toepassing.

Het auditteam van de initiële audit op 8 december 2022 bestond uit:

- Voorzitter (Yvonne Ossevorth)
- Secretaris (Nino Hanssen (LEAD))
- Auditor (Pien Slingerland)
- Auditor (Esther den Haan)

Het auditteam van de heraudit op 4 oktober 2023 bestond uit:
Mariëlla Lemmens (voorzitter/secretaris)

Prestatieoverzicht

Onderwerpen	Wel/niet behaald
Domeinen	
D1 Woon- en leefsituatie	Behaald
D2 Participatie	Behaald
D3 Mentaal welbevinden	Behaald
D4 Lichamelijk welbevinden	Behaald
Pijlers	
P1 Persoonsgerichte zorg	Behaald
P2 Communicatie en informatie	Behaald
P3 Cliëntveiligheid	Behaald
Voorwaarden	
V1 Kwaliteit medewerkers	Behaald
V2 Management en Governance	Behaald
V3 Sturen op kwaliteit	Behaald
V4 Bedrijfsresultaten	Behaald

Totaal aantal prestaties getoetst en behaald	**Getoetst: 11 prestaties** **Behaald: 11 prestaties**

Bijlage 2. Kerngegevens

Peildatum	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	01 oktober 2022
Bestuursstructuur	
Bestuursstructuur	Raad van Bestuur, Raad van Toezicht
Zorgbrede Governance Code	Ja
Toelichting:	
Verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	
Onder verscherpt toezicht IGJ	Nee
Toelichting:	
Datum laatste inspectieverslag	13 december 2018
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	Ja
Toelichting:	
Identiteit	
Identiteit	Een thuis met karakter We zijn een thuis met karakter, voor senioren met en zonder zorgvraag. Dagelijks bieden we, vanuit onze prachtige, historische locatie aan de Wouwseweg in Roosendaal, uitstekende zorg en dienstverlening. Er is volop ruimte voor ontmoeting en activiteiten, maar ook voor rust en bezinning. We zijn bewust een compacte zorgorganisatie en we kennen elkaar persoonlijk. Door er écht voor mensen te zijn, maken we dagelijks het verschil. Bij alle vormen van zorg die we aanbieden gaat het ons niet alleen om fysieke zorg, maar juist ook om het welzijn van de bewoner. De kernwaarden zijn: liefde, onthechting, werkzaamheid en eenvoud
Samenwerkingsverbanden	

Relevante samenwerkingsverbanden	SVRZ - voor bereikbaarheid van artsen tijdens avond, nacht en weekend Regionaal Elektronisch Netwerk (REN) Huisartsen Thuiszorg West-Brabant gemeente Roosendaal Bravis ziekenhuis Star-SHL Palliatief Netwerk Regionaal Platform Dementie Regionaal netwerk Antibiotica Resistentie St. Groenhuysen (SO op consultbasis en logopedist) Ronaz Fresh Unieke Mondzorg (FUM) Zorglinck (St. Elisabeth Roosendaal, Park Zuiderhout Teteringen, Raffy | Lale | De Leystroom) Zorgzame samenleving - wijkproject Care Innovation Center ICWB (inkoop centrum west brabant)
Diensten die zijn uitbesteed	SVRZ - voor bereikbaarheid van artsen tijdens avond, nacht en weekend ICT bij QNP Van Delft - onderhoud vastgoed Thuiszorg West-Brabant voor specialisaties op afroep (specialistisch verpleegkundige wondzorg, dietiste, parkinsonverpleegkundige) SDB, salarisverwerking Wzd functionaris AFAS ONS (ECD)

Lokatie St. Elisabeth

In zorg

Aantal cliënten in zorg op peildatum	202
Uit zorg	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	
Overlijden	6
Ontslag / overig	15
Scope	**Aantal cliënten**
Individuele zorg (*Bij zelfstandig wonen – Zvw)*	28
Ondersteuning en begeleiding *(Wmo, hulp bij het huishouden)*	9
Verblijf *(Wlz)*	138
Verblijf inclusief behandeling *(Alleen behandeling wordt niet getoetst)*	92
Dagbesteding *(Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)*	14
Revalidatie *(o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)*	0
Informele zorg	0
Totaal aantal cliënten	**Totaal: 281**
Specifieke kenmerken doelgroepen	Individuele zorg is alleen Zvw Thuiszorg Ondersteuning en begeleiding alleen Wmo dagbesteding Verblijf Wlz is inclusief en exclusief behandeling en niet geindiceerde partner Dagbesteding is alleen Wlz
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening	
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Nee
Toelichting:	Zie ook jaarrekening bedrijfsopbrengsten betreffen wasserij, huur en restaurant.
BOPZ-aanmerking	
BOPZ-aanmerking	Ja
Toelichting:	BOPZ bestaat niet meer, is nu Wzd
Personeel	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	
Personen:	253
FTE:	141,0
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	
Personen:	69
FTE:	27,0
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE)	

in loondienst in laatste volledige jaar		
	Personen:	72
	FTE:	34,0
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof		11,0 %
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar		
	Personen:	164
	FTE:	8,0

Dit formulier is ingevuld door:	
Naam en functie:	Leonoor de Geus, adviseur beleid, kwaliteit en veiligheid

Bijlage 3. Auditprogramma

Initiële audit 8 december 2022

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
08:30	09:00	Voorbespreking auditteam		Auditor (Esther den Haan) Auditor (Pien Slingerland) Secretaris (Nino Hanssen (LEAD)) Voorzitter (Yvonne Ossevorth)
09:00	09:15	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Managementteam: M (bestuurder) A (manager zorg en welzijn - individueel wonen) E (manager zorg en welzijn - groepswonen) B (manager facilitair) P (controller) L (adviseur beleid, kwaliteit en veiligheid)	Auditor (Esther den Haan) Auditor (Pien Slingerland) Secretaris (Nino Hanssen (LEAD)) Voorzitter (Yvonne Ossevorth)
09:15	12:00	Scope Verblijf en Verblijf inclusief behandeling Observaties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden	Begeleider: M (interne auditor) E (manager zorg en welzijn - groepswonen) (9:30 - 10:00 uur) Rondleiding De Laantjes 1 t/m 9 (10:00 - 12:00 uur) 10:00 - 10:25 uur - I 10:25-10:50 uur De Laantjes 2 - I (verzorgende IG en EVV-er) 10:50-11:15 uur De Laantjes 4,5 - B (verpleegkundige HBO in opleiding) niet naar De Laantjes 6	Secretaris (Nino Hanssen (LEAD))

			11:15 - 11:40 uur De Laantjes 7, 8, 9 - E (consulent welzijn) 11:40 - 12:00 uur - reservetijd	
09:15	12:00	Scope Individuele zorg en Dagbesteding Observaties en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden	Begeleider: S (interne auditor) Rondleiding De Strijpe BG vrijwilligers (M, J, T) 9:30 -10:00 uur gesprek, 10:00 - 10:30 uur meelopen (winkel, fysio halen en brengen, huiskamer Strijpe BG) A (manager zorg en welzijn - individueel wonen) 10:30 - 11:00 uur A (opleidingscoordinator/leerteam) 11:00-11:30 uur Gesprek met 1 of 2 bewoners en medewerker De Strijpe 1-18 (BG) W praktijkcoach De Strijpe BG (11:30 - 12:00 uur)	Auditor (Esther den Haan)
09:15	12:00	Scope Individuele zorg en Dagbesteding Observaties en gesprekken over: D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	Begeleider: E (interne auditor) Rondleiding De Strijpe 1 en 2, externe dagbesteding en De Laantjes 10 Externe dagbesteding (9:30 -10:00 uur) Gesprek met 1 of 2 deelnemers M(consulent welzijn) De Laantjes 10 (10:00 - 11:00 uur) J (verpleegkundige HBO) en S(verpleegkundige) 10:00 - 11:30 uur: braintrainer Charitasstede	Auditor (Pien Slingerland)

			De Strijpe 2 M (verzorgende IG) De Strijpe 2 11:00 - 11:30 uur P (senior consulent welzijn, consulent welzijn en OR) huiskamer De Strijpe BG/1/2. 11:30 - 12:00 uur	
09:15	12:00	Alle scopes Registraties/instrumenten en gesprekken over: D1. Comfort – Woon- en leefsituatie D2. Samen – Participatie D3. Genieten – Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit – Lichamelijk welbevinden P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	Begeleider: L (adviseur beleid, kwaliteit en veiligheid) Rondleiding fysiotherapie en beweegagogen Team Behandeling en Begeleiding T (gespecialiseerd verpleegkundige) 9:30 - 10:00 uur M(ergotherapeut) 10:00 - 10:30 uur M (verpleegkundig specialist) 10:30 - 11:00 uur B (manager facilitair) 11:00 - 12:00 uur	Voorzitter (Yvonne Ossevorth)
12:00	13:00	Bespreking auditteam bevindingen/werklunch		Auditor (Esther den Haan) Auditor (Pien Slingerland) Secretaris (Nino Hanssen (LEAD)) Voorzitter (Yvonne Ossevorth)
13:00	15:00	Alle scopes Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P2. Transparantie - Communicatie en Informatie	Begeleider: G(interne auditor E (woon- en zorgbemiddelaar) 13:00 - 13:30 uur vrijwilligers (t en L), gesprek om 13:30 - 14:00 uur en 14:00 -14:30 uur meelopen ('t Trefpunt klaarmaken voor activiteit en bewoners transfers)	Auditor (Pien Slingerland)

		Openstaande punten van Pijlers en Domeinen in de ochtend	Activiteit in 't Trefpunt om 14:30 uur M (adviseur communicatie en marketing) 14:30 - 15:00 uur	
13:00	15:00	Scope Verblijf en Verblijf inclusief behandeling Observaties en gesprekken over: P1. Uniciteit – Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid	Begeleider: Sa(interne auditor) Team Behandeling en Begeleiding J (verpleegkundig specialist) 13:00 - 13:30 uur A (verzorgende IG van De Laantjes 7, 8,9 en L (leerling misschien) 13:30 - 14:00 uur U (geestelijk verzorger) 14:00-14:30 uur I fysiotherapie en C (beweegagoog) 14:30 - 15:00 uur	Auditor (Esther den Haan)
13:00	15:00	Alle scopes Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V1. Vakkundigheid – Kwaliteit medewerkers V3. Kwaliteit – Sturen op kwaliteit	Begeleider: l (adviseur beleid kwaliteit en veiligheid) A (manager zorg en welzijn) (13:00-13:30 uur) V (adviseur P&O) en M (medewerkersdossiers) 13:30-14:00 uur) A (opleidingscoördinator/technologie)(14:00 - 14:30 uur) L (adviseur beleid, kwaliteit en veiligheid (14:30 - 15:00 uur)	Secretaris (Nino Hanssen (LEAD))
13:00	15:00	Alle scopes Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V2. Ontwikkelen – Management en Governance	Begeleider: T (interne auditor) M(bestuurder) (13:00-13:30 uur) P (13:30 - 14:00 uur) OR (P en/of S) 14:00 - 14:30 uur CR (M en I) 14:30 - 15:00 uur	Voorzitter (Yvonne Ossevorth)

		V4. Betrouwbaarheid – Bedrijfsresultaten		
15:00	16:30	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Auditor (Esther den Haan) Auditor (Pien Slingerland) Secretaris (Nino Hanssen (LEAD)) Voorzitter (Yvonne Ossevorth)
16:30	16:45	Eindgesprek	MT begeleiders alle deelnemers en overige geinteresseerden	Auditor (Esther den Haan) Auditor (Pien Slingerland) Secretaris (Nino Hanssen (LEAD)) Voorzitter (Yvonne Ossevorth)
16:45	17:00	Evaluatie auditteam		Auditor (Esther den Haan) Auditor (Pien Slingerland) Secretaris (Nino Hanssen (LEAD)) Voorzitter (Yvonne Ossevorth)

Heraudit 4 oktober 2023

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
13:00	13:30	Startgesprek over ontwikkelingen en bijzonderheden	A (manager zorg en welzijn - individueel wonen a.i.) E (manager zorg en welzijn - groepswonen) B (manager facilitair) M (manager HR L (adviseur beleid, kwaliteit en veiligheid)	M. Lemmens
13:30	14:00	Veilige medicatieketen: medicatie en opiaten	A (manager zorg en welzijn - individueel wonen a.i.) E (manager zorg en welzijn - groepswonen) T (gespecialiseerd verpleegkundige)	M. Lemmens
14:00	14:30	Rondgang de Laantjes 10	T (gespecialiseerd verpleegkundige) J (regieverpleegkundige) Aanwezige medewerkers	M. Lemmens
14:30	15:00	Wet Zorg en Dwang	J (verpleegkundig specialist) M (verpleegkundig specialist)	M. Lemmens
15:00	16:30	Rondgang de Laantjes 1 t/m 9 en De Strijpe HACCP BHV Legionella	Aanwezige medewerkers E (kok) E (receptionist) R (medewerker technische dienst)	M. Lemmens
16:30	16:45	Beoordelen prestatie en voorbereiden eindgesprek		M. Lemmens
16:45	17:00	Eindgesprek	A (manager zorg en welzijn - individueel wonen a.i.) E (manager zorg en welzijn - groepswonen) B (manager facilitair)	M. Lemmens

	M (manager HR L (adviseur beleid, kwaliteit en veiligheid)

Bijlage 4. Instrumentenoverzicht

Algemeen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Ingevuld formulier kerngegevens	Ja	Ja
Ingevulde ARI (instrumentenoverzicht)	Ja	Ja
Organogram	Ja	Ja
(Strategisch) Jaarplan/activiteitenplan & begroting	Ja	Ja
Kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag	Ja	Ja
Strategische personeelsplanning	Ja	Ja
Maatschappelijke verantwoording (conform vigerende eisen) inclusief jaarrekening, accountantsverklaring	Ja	Ja
Informatiemateriaal (flyers, brochures e.d.) voor (potentiële) cliënten	Ja	Ja
Registratie en opvolging van uitkomsten (valide) cliëntervaringsonderzoek	Ja	Ja
Inzicht in de wijze van reflecteren en verbeteren m.b.t. de prestaties	Ja	Ja
Registratie en opvolging van klachten/complimenten en ongenoegens cliënten	Ja	Ja
Registratie en opvolging van incidenten (cliënten en medewerkers)	Ja	Ja
Inspectierapport en opvolging (actueel = niet ouder dan 3 jaar)	Ja	Ja

Domeinen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten over de woon- en leefsituatie, tenminste tav wooncomfort, gezamenlijke (binnen en buiten)ruimten, maaltijden en privacy	Ja	Ja
Registratie en opvolging van privacy/privacyafspraken	Ja	Ja
Inbraakpreventie, waaronder legitimatie en sleutelbeleid	Ja	Ja
Huur-/zorgovereenkomsten	Ja	Ja

Inzet van passende technologische hulpmiddelen	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. participatie, tenminste ten aanzien van geboden ondersteuning bij het onderhouden van sociale contacten en deelname aan de samenleving, betrokkenheid bij hun zorg, inzet van vrijwilligers en de mate van inspraak	Ja	Ja
Ouderenmishandeling (signaleren, melden, opvolgen)	Ja	Ja
Afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers)	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. mentaal welbevinden, tenminste ten aanzien van zinvolle tijdsbesteding en geestelijke ondersteuning	Ja	Ja
Risicosignalering en –opvolging m.b.t. mentaal welbevinden: depressie/sociaal isolement/vergeetachtigheid/onbegrepen gedrag	Ja	Ja
Afspraken en opvolging m.b.t. ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken: onder andere reanimeren/geestelijke zorg	Ja	Ja
Psychosociale of gedragsinterventie (tenminste voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca)	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. lichamelijk welbevinden	Ja	Ja
Periodieke risicosignalering en –opvolging: medicijnen (inclusief polyfarmacie)/mobiliteit/voeding/incontinentie/huidletsel/mondzorg	Ja	Ja
Passende ondersteuning bij (zelf)verzorging, eten en drinken, mondzorg, toiletgang, rust en slaap, pijn, mobiliteit en beweging, seksualiteit en levenseinde	Ja	Ja
Relevante betrokkenheid disciplines/deskundigen (zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, pedicure, verpleegkundige, aandachtsvelders)	Ja	Ja

Pijlers

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. persoonsgerichte zorg	Ja	Ja
10% van de Zorgleefplannen (ZLP) met een minimum van 10 dossiers met relevante informatie over de 4 domeinen (inventarisatie van wensen, afgestemd op waarden/behoeften/afspraken en doelen/evaluatie/rapportage/bijstelling)	Ja	Ja
Structurele en periodieke ZLP besprekingen/cliëntbesprekingen/MDO	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. communicatie en informatie	Ja	Ja
Informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/of digitaal via website) zoals informatie over zorgleefplan, zorg-/dienstverleningsovereenkomst, kosten, bescherming persoonsgegevens, inrichting	Ja	Ja

appartement/huisregels (o.a. over veiligheid), procedure indicatie, toegang appartement/sleutelbeheer, wachtlijst/wachtlijstbegeleiding, bereikbaarheid, klachten, levensbeschouwelijke zaken en inspraak en medezeggenschap		
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten zoals zorgplannen opstellen en evalueren, inzagerecht, wettelijke vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. veiligheid	Ja	Ja
Systematiek waarbij alle risico's (basisveiligheid) van cliënten in kaart zijn gebracht, reflectie hierop en waar relevant preventieve en corrigerende maatregelen	Ja	Ja
Aandacht voor fysieke veiligheid: brandveiligheid inclusief BHV, hulpmiddelen, voedsel-/drinkwaterveiligheid, infectiepreventie	Ja	Ja
Aandacht voor sociale veiligheid: eenzaamheid, ouderenmishandeling, huiselijk geweld, grensoverschrijdend gedrag, vrijheidsbeperking	Ja	Ja
Bescherming persoonsgegevens	Ja	Ja

Voorwaarden

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten over deskundigheid, voldoende beschikbaarheid en bejegening van medewerkers	Ja	Ja
Bekwaam en bevoegdheid t.a.v. risicovolle en voorbehouden handelingen op basis van vigerende protocollen	Ja	Ja
Strategische personeelsplanning	Ja	Ja
Scholing, deskundigheidsbevordering en reflecteren of intervisie van medewerkers	Ja	Ja
Periodieke gesprekken over competenties en loopbaanontwikkeling	Ja	Ja
Beschikbaar- en/of oproepbaarheid van interne en externe deskundigen (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig team, psycholoog en andere paramedici) en samenwerkingsafspraken	Ja	Ja
Arbo, RI&E en verzuimbeleid en uitvoering	Ja	Ja
Medewerkerstevredenheidsonderzoek en opvolging daarvan	Ja	Ja
Ervaren inspraak van cliënten en medewerkers	Ja	Ja
Besproken en onderschreven visie en missie	Ja	Ja
Periodieke managementreviews	Nee	Nee
Hanteren en reflecteren op Governance Code inclusief de klokkenluidersregeling	Ja	Ja
Inspraak en medezeggenschap van OR en CR, beschikbaarheid vertrouwenspersoon, klachtencommissie	Ja	Ja

Leiderschapsstijl en overlegstructuur	Ja	Ja
Samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, andere zorginstellingen (waaronder ziekenhuizen)	Ja	Ja
Ervaren kwaliteit van leven	Ja	Ja
Net promotorscore/aanbevelingsvraag Zorgkaart Nederland	Ja	Ja
Sturinginstrumenten kwaliteit voor cliënten en medewerkers, waaronder registratie en opvolging van incidenten, registratie en opvolging van klachten, inzicht in persoonsgerichte zorg, tevredenheidsmetingen en sturen op prestaties, interne audits, open houding t.o.v. reflecteren en verbeteren.	Ja	Ja
Reflecteren en verbeteren met betrokkenheid van medewerkers, lerend netwerk	Ja	Ja
Periodieke toetsing van kwaliteitssysteem	Ja	Ja
Administratieve processen en controles, waaronder geldig indicatiebesluit en eigen bijdrage cliënten	Ja	Ja
Financiële bedrijfsvoering, sturingsinformatie en risicoanalyse	Ja	Ja
Databeveiliging, waaronder persoonlijke gegevens	Ja	Ja
Gebouwenbeheer, huisvesting en duurzame investeringen	Ja	Ja

Overige instrumenten: Projectplan leerteams
BPV-plan praktijkgericht leren
Persoonlijkbegeleidingsplan CIO
Opleiden en ontwikkelen beleid
Diverse notulen van teamoverleggen, vakgroep en verpleegkundig overleg
Werkoverleg agenda verslag actie en besluitenlijst
Bespreking met familie (psycholoog)
Bewonersoverleg voorbereiding
Gedragscirkel
Rapportage bewonersbespreking
Familiegesprek

Het auditteam heeft 9 cliëntendossiers ingezien.

Het auditteam heeft 4 personeelsdossiers ingezien.

Instrumenten heraudit 4 oktober 2023

De volgende documenten zijn voor de heraudit digitaal toegestuurd:

Medicatie en opiaten

1. Medicatie voor bewoners met behandeling – procedure

2. Opiaten voor bewoners met behandeling – procedure

3. Medicatiereview – werkinstructie

4. BEM-score – werkinstructie

5. Lijst voorraad opiaten op naam - werkinstructie

6. Lijst voorraadbeheer algemeen – werkinstructie

7. Medicatie voor bewoners zonder behandeling – procedure

8. Opiaten voor bewoners zonder behandeling - procedure

9. Overleg met de VS – werkinstructie

10. Overleg met de VS agenda - bijlage

11. Afspraken apotheek Kalsdonk – St. Elisabeth - procedure

12. Noodvoorraad medicijnkast 2e etage en noodtas kamer team behandeling en

begeleiding – werkinstructie

13. Medimo – gebruikershandleiding

14. Medimo noodplan - werkinstructie

Wzd

15. Zorg voor mensen met dementie – visie en beleid

16. Wet zorg en dwang (Wzd) – beleid

17. Wzd stappenplan – procedure

18. Wet zorg en dwang zorgmedewerker - werkinstructie

19. Inzetten van een hulpmiddel t.b.v. (on) vrijwillige zorg – procedure

20. Hulpmiddelen (on)vrijwillige zorg – werkinstructie

21. Inzetten hulpmiddel (on)vrijwillige zorg - opdrachtformulier

22. Digitaal overzicht en analyse Wet zorg en dwang - werkinstructie

Voedselveiligheid

23. Hygienecode St Elisabeth – werkinstructie

24. Voeding - registratieformulieren

Zuurstof

25. Zuurstofcilinders en concentrators – werkinstructie

Hygiëne

26. Basis hygiëne en handhygiëne - werkinstructie

MDO

27. Multidisciplinair overleg (MDO) – procedure

28. Multidisciplinair overleg (MDO) - werkinstructie

MIC

29. Overzicht MIC meldingen 2023

30. Notulen incidentencommissie 19 juni 2023

31. MIC- meldingen 2023 – bijlage bij werkoverleg De Laantjes 1-3

32. MIC meldingen maart t/m juni – bijlage bij werkoverleg De Strijpe 2

33. Notulen werkoverleg De Strijpe BG Thuiszorg 18 september 2023

Clienttevredenheid

34. Rapport PREM wijkverpleging 2023

35. Tevredenheidsmeting ZorgkaartNederland

36. Verslag bewonersraadpleging juni 2023

Brandoefeningen

37. Ontruimingsoefening januari 2019

38. Ontruimingsoefening 22 februari 2022

Aanvullende instrumenten tijdens auditdag:

- rapportage interne audit medicatie
- rapportage interne audit opiaten
- rapportage interne audit wzd
- zorgdossiers