

Auditrapport Stichting Woongemeenschap voor Ouderen Heemzicht, Woonzorgcentrum Heemzicht

11 oktober 2021

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	7
Bijlage 1. Methodische verantwoording	14
Bijlage 2. Kerngegevens	15
Bijlage 3. Auditprogramma.....	18
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht.....	20

Inleiding

Stichting Perspekt heeft een eindaudit uitgevoerd bij Stichting Woongemeenschap voor Ouderen Heemzicht. Met deze audit geeft Perspekt een onafhankelijke beoordeling over kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties uit het kwaliteitssysteem PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap 2017 (01/07/17, versie 1).

De audit verschaft daarnaast ontwikkelingsgerichte informatie voor Stichting Woongemeenschap voor Ouderen Heemzicht en biedt waar nodig concrete handvatten voor verbetering.

Aanleiding

U bent in het bezit van een PREZO VV&T 2017 keurmerk. Na de uitvoering van de tussentijdse audit bent u verder gegaan met het vormgeven van kwaliteit binnen uw organisatie. De volgende stap om het keurmerk te behouden, is het uitvoeren van de eindaudit. Tijdens deze audit ligt de focus op de voortgang van de in het vorige rapport geformuleerde aandachtspunten, de drie prestaties vallend onder de Pijlers en het logo- en keurmerkgebruik. Het doel van de audit is om te beoordelen of uw PREZO VV&T 2017 keurmerk gecontinueerd kan worden zoals dit ten tijde van de initiële audit is getoetst.

Registratieadvies

Op 11 oktober 2021 heeft er een eindaudit plaatsgevonden binnen Stichting Woongemeenschap voor Ouderen Heemzicht op basis van het keurmerkschema PREZO VVT '17 v1. De scope van de audit is Verblijf, Individuele zorg, Dagbesteding. De kerngegevens van dit organisatieonderdeel staan in bijlage 2.

Behaalde prestaties

Stichting Woongemeenschap voor Ouderen Heemzicht heeft 3 van de 3 prestatie(s) behaald. Hiermee voldoet Stichting Woongemeenschap voor Ouderen Heemzicht 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 het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg voor Stichting Woongemeenschap voor Ouderen Heemzicht te continueren.

Vervolg

Na een positief registratiebesluit neemt Perspekt contact met u op over uw wensen ten aanzien van een vervolgtraject.

Samenvatting bevindingen

Algemene conclusie

Heemzicht heeft de ontwikkeling op het gebied van het methodisch werken en de PDCA-cyclus - zoals de auditor tijdens de aanvullende audit in april jl. heeft waargenomen, op een positieve wijze doorgezet. Naast dat er volop aandacht is voor persoonsgerichte zorg is de focus op cliëntveiligheid op de getoetste onderdelen in beeld.

Door het aanstellen van aandachtsvelders op verschillende gebieden, het versterken van de teams met de inzet van een kwaliteitsverpleegkundige laat Heemzicht zien zich verder te willen professionaliseren waarbij medewerkers (ondersteund) in hun kracht uitgedaagd worden. Kritische reflectie op het eigen handelen hoort daar naar mening van de auditor bij en is meermaals tijdens de audit naar voren gekomen. Complimenten hiervoor!

Complimenten

- Heemzicht heeft zich na de tussentijdse audit weten te herpakken op de onderdelen waarbij cliëntveiligheid aan de orde was. Tijdens de eindaudit ziet de auditor dat er een mooi samenspel is ontstaan tussen enerzijds persoonsgerichte zorg in relatie tot cliëntveiligheid waarbij medewerkers zorginhoudelijke thema's bespreekbaar maken. Een mooie ontwikkeling die de organisatie in staat stelt om te (willen) leren en verbeteren.

Aandachtspunten

- P3 - Praktijk verblijf: - Er is geen aantoonbare opvolging/plan van aanpak beschikbaar met betrekking tot de in augustus uitgevoerde risicoanalyse legionella preventie leidingwaterinstallatie. De onderdelen C en A van de PDCA ontbreken.
- P2 - Praktijk verblijf/thuiszorg: - Beschikbare informatie in de mappen bij de bewoners/cliënten thuis bevat verouderde en dubbele informatie.
- P3 – Praktijk Verblijf: - Er vinden geen aantoonbare structurele evaluaties van de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen plaats. Tijdens de tussentijdse audit ziet de auditor hierin geen verbeteringen en daarom blijft dit punt staan voor de eindaudit. Tijdens de aanvullende audit heeft de auditor geen dossiers ingezien om dit punt te kunnen beoordelen en daarom wordt dit punt tijdens de eindaudit opnieuw beoordeeld. De auditor hoort tijdens de eindaudit dat er binnen Heemzicht niet/nauwelijks sprake is van toepassen van 'onvrijwillige zorg'. Het ECD, zo ziet de auditor tijdens de genomen steekproef, biedt de mogelijkheid om 'maatregelen' te registreren en te evalueren volgens het stappenplan van de Wet zorg en dwang. In gesprekken hoort de auditor dat er zorgvuldig omgegaan wordt met de overweging om onvrijwillige zorg toe te passen, er is in sommige situaties sprake van de inzet van een sensor (wanneer er sprake is van valgevaar). Of hier altijd het stappenplan gevolgd dient te worden, in situaties waarbij geen sprake is van verzet (maar wel categorie 1, 2 of 3) is niet voor alle medewerkers even duidelijk. De beleidsnotitie dient hierin, zo constateert de auditor bij het lezen hiervan, aangepast/verduidelijkt te worden. De auditor heeft geen dossiers gezien (geen van de bewoners/cliënten waarbij inzage was geregeld) waarin de evaluaties inzichtelijk waren - er werd geen onvrijwillige zorg toegepast.
- P3 – Reflecteren en verbeteren Thuiszorg: - De medicatie app voor de dubbele controle werkt niet in alle werkgebieden van Heemzicht. Dit is bekend doch het auditteam ziet geen opvolging terug naar aanleiding van deze constatering. Tijdens de tussentijdse audit blijkt uit gesprekken met auditees dat dit (nog) niet is verbeterd en blijft

gehandhaafd voor de eindaudit. Tijdens de aanvullende audit hoort de auditor dat de werking van de app nog niet verbeterd is. Er gaat wel een gesprek plaatsvinden met de aanbieder van de app om zaken te bespreken (zie toelichting praktijk en instrumenten). Tijdens de eindaudit zal de auditor opnieuw naar dit onderdeel kijken. Tijdens de eindaudit hoort de auditor dat Heemzicht gestopt is met het gebruik van de medicatie-app voor de dubbele controle. Eerdere gesprekken met de leverancier van de app leverde geen verbetering op. Heemzicht is weer overgestapt naar de werkwijze van voorheen; daar waar mogelijk passen cliënten/bewoners de dubbele controle toe en anders worden collega's gevraagd mee te kijken op afgesproken tijden. Het punt is hiermee afgerond.

- P1 - Verblijf: - Het afstemmen van individuele activiteiten op de bewoner werd niet altijd door het auditteam teruggelezen in de getoonde cliëntdossiers. Tijdens de tussentijdse audit heeft de auditor dit onderdeel onvoldoende kunnen beoordelen en blijft daarom staan voor de eindaudit. In de getoonde dossiers ziet de auditor tijdens de eindaudit terug dat medewerkers aandacht hebben voor de individuele activiteiten van de bewoners. Ook ziet de auditor dat voor de intake van welzijn een nieuwe profiel vragenlijst is aangemaakt in het ECD. Welzijn staat nu als eerste domein in het zorgplan genoemd. Uit gesprekken met verschillende bewoners maakt de auditor op dat specifiek gevraagd wordt naar wensen en behoeften maar dat niet alle bewoners hier interesse in hebben. Bewoners voeren hierin sterk de eigen regie én zelfredzaamheid. Het punt is hiermee voor de auditor afgerond.
- V3 – Reflecteren en verbeteren - De PDCA-cyclus wordt in meerdere organisatieprocessen niet volledig doorlopen/afgemaakt, de stappen C en A worden gemist. Tijdens de tussentijdse audit heeft de auditor geconstateerd in de verschillende gesprekken en tijdens het beoordelen van instrumenten en werkprocessen dat vanuit de PDCA-cyclus de C en A nog steeds onvoldoende tot uitdrukking komen. Het niet opvolgen van diverse aandachtspunten naar aanleiding van de initiële audit zijn hier een voorbeeld van. Tijdens de eindaudit ziet en hoort de auditor dat Heemzicht zich steeds meer bewust is/raakt van de PDCA-cyclus (stappen C en A) en het methodisch werken dat daarmee samenhangt. In de verschillende gesprekken hoort de auditor dat (zorg)medewerkers zich bewust zijn van het borgen van processen en het reflecteren (en verbeteren) van het eigen handelen in relatie tot de (kwaliteit) van zorg aan de bewoners en cliënten van Heemzicht. Tegelijk constateert de auditor ook dat het een leerproces is waarin het alert blijven hierin van toepassing is. Een voorbeeld hiervan is beschreven onder P3 cliëntveiligheid; opvolging risicoanalyse & beheersplan legionella preventie. Meerdere interventies zijn toegepast maar zijn niet aantoonbaar inzichtelijk of ondergebracht in bijvoorbeeld een plan van aanpak. Ook hierin verwacht de auditor dat de PDCA-cyclus aantoonbaar gevolgd wordt. En blijft daarmee een aandachtspunt voor de organisatie.
- D3 – Praktijk - Niet alle getoonde reanimatieverklaringen zijn up-to-date. Tijdens de tussentijdse audit is bij wijze van steekproef, in de getoonde dossiers gebleken dat niet alle reanimatieverklaringen up-to-date waren. Daarnaast constateerde de auditor dat in een map op het appartement van een echtpaar getekende verklaringen waren opgenomen (weliswaar uit 2011) die niet in het ECD verwerkt waren. Dit punt blijft gehandhaafd voor de eindaudit. - Er zijn geen omgangsadviezen/signaleringsplannen aangetroffen naar constatering van onbegrepen gedrag. De opvolging wordt gemist. Tijdens de tussentijdse audit heeft de auditor in de getoonde dossiers geen omgangsadviezen/signaleringsplannen aangetroffen. Dit punt blijft gehandhaafd en wordt tijdens de eindaudit opnieuw beoordeeld. In de tijdens de eindaudit getoonde dossiers constateert de auditor dat de getoonde reanimatieverklaringen up-to-date zijn. Er zijn in de papieren mappen op de appartementen door de auditor geen verouderde verklaringen aangetroffen. Hiermee is voor de auditor het punt t.a.v. de reanimatieverklaring afgerond. Over het al dan niet ontbreken van omgangsadviezen in

dossiers kan de auditor met betrekking tot de eindaudit geen uitspraak doen. Er zijn geen dossiers met de auditor gedeeld waarin hiervan sprake zou (kunnen) zijn of waar een psycholoog betrokken is. Dit punt blijft als aandachtspunt staan.

- P1 - Dagbesteding/Verblijf/Thuiszorg- ontbreken van een beleids -en of werkdocument m.b.t. de afspraken die gelden ten aanzien van het invullen/gebruiken van het ECD. De auditor heeft voorafgaand aan de eindaudit een nieuw opgesteld document/handleiding ECD ontvangen waarin afspraken en uitgangspunten met betrekking tot het gebruik zijn vastgelegd. Hiermee is dit onderdeel afgerond.
- P1 - Dagbesteding/Verblijf - Het rapporteren volgens de SOEP-methode komt in de dossiers nauwelijks naar voren. - Ontbreken uitvoeringsverzoeken/mails/notitie ECD. - Niet in alle getoonde dossiers zijn de reanimatiewensen verwerkt. Tijdens de eindaudit ziet de auditor in de getoonde dossiers een duidelijke vooruitgang ten opzichte van de initiële en tussentijdse audit. In de getoonde dossiers wordt inmiddels structureel gerapporteerd volgens de SOEP-methode. De auditor hoort in de gesprekken dat de organisatie ervoor gekozen heeft de mogelijkheid van vrije rapportage uit te schakelen om medewerkers zo nog meer te vragen/ondersteunen te rapporteren volgens deze methodiek. Ook ziet de auditor in de getoonde dossiers de wensen rondom reanimatie vastgelegd middels het groene/rode hartje. Uitvoeringsverzoeken zijn ingezien - hierbij merkt de auditor op dat de geldigheid van dergelijke verzoeken een punt van aandacht blijven. In enkele getoonde verzoeken leest de auditor de opdracht 'zo lang als nodig' terug. Het risico hierbij is dat een dergelijk verzoek niet structureel geëvalueerd wordt (bijvoorbeeld 1 x per jaar) en daarmee z'n actualiteit kan verliezen. De auditor heeft voorafgaand aan de audit een nieuw opgesteld document/handleiding ECD ontvangen waarin afspraken en uitgangspunten met betrekking tot het gebruik zijn vastgelegd. Alle hiervoor genoemde voorbeelden zijn voor de auditor aanleiding op de aandachtspunten als voldoende afgerond te beschouwen, m.u.v. de geldigheid van enkele uitvoeringsverzoeken.
- P1 - Praktijk dagbesteding - het is in de ingeziene dossier niet aantoonbaar wat de aanleiding/reden is van deelname aan de dagbesteding en op welke wijze dit ondersteund kan worden. Daarnaast ontbreken welke doelen daarbij van belang zijn. Tijdens de eindaudit (en eerder ook al tijdens de aanvullende audit in april jl.) heeft de auditor, bij wijze van steekproef in meerdere dossiers, kunnen lezen wat de aanleiding/reden voor deelname aan de dagbesteding is. Daarnaast wordt duidelijk aan de hand van de beschreven doelen/acties op welke wijze de dagbesteding ondersteunend is aan de zorgvraag/vragen. De persoonsgerichtheid van de zorgplannen (gebaseerd op de ondersteuningsplannen) valt hierbij - in de positieve zin- op. Een mooie vooruitgang ten opzichte zowel de initiële als de tussentijdse audit. Hiermee is het punt voldoende behaald.

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.

Pijlers

Waarde Uniceit		100	●	Behaald
Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Op Zorgkaart Nederland leest de auditor enkele waarderingen met betrekking tot persoonsgerichte zorg. De waarderingen zijn unaniem positief. Enkele voorbeelden ter illustratie; "Ik ben zeer tevreden met de verzorging die ik nu krijg in Heemzicht, waartoe ik zelf niet meer in staat ben. Verder vind ik dat het verplegend personeel heel attent, behulpzaam en vriendelijk is. Een compliment voor het werk dat zij verzetten".

"De persoonlijk begeleider (contactverzorgende) houdt bij of alle zorg (volgens het zorgplan) gegeven wordt en goed verloopt. Zij heeft regelmatig contact met moeder en mij. Mocht aanpassing van de zorg nodig zijn is het via de contactverzorgende zo geregeld. Alle verpleegkundigen, verzorgenden, keukenpersoneel, huishoudelijke hulp, vrijwilligers e.a. zetten zich enorm in en benaderen je vriendelijk".

In de rapportage van het cliënttevredenheidsonderzoek dat is gehouden tussen juni en september 2021, onder de bewoners/cliënten (verblijf en thuiszorg) van Heemzicht, leest de auditor deze positieve ervaringen ook terug. Een sprekend voorbeeld hierin:

"Naast kennis en kunde van het personeel is het de kleinschaligheid en betrokkenheid van verzorgenden en overig personeel. Heemzicht slaagt er m.i. in om al het personeel en de vrijwilligers zich onderdeel van de "ring" rond de bewoners te laten voelen".

Tijdens de rondgang spreken de bewoners/cliënten vol lof over de persoonsgerichte zorg die zij ontvangen van Heemzicht. Bewoners/cliënten geven daarbij aan dat er goed geluisterd wordt naar wensen en behoeften en dat er gerichte aandacht is voor eigen regie en zelfredzaamheid.

Praktijk en instrumenten

De auditor ziet, bij de genomen steekproef in de dossiers, dat alle bewoners/cliënten beschikken over een (definitief) zorgplan dat in samenspraak is opgesteld en structureel wordt geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. De gesproken bewoners/cliënten noemen in gesprek met de auditor dat er ruimte (tijdens de evaluaties en het op/bijstellen van het zorgplan) is voor eigen inbreng (wensen/behoeften) van de bewoner/cliënt. Daarbij ook rekening houdend met de mogelijkheden en belastbaarheid van de bewoner/cliënt.

De getoonde dossiers laten zien dat halfjaarlijks de zorgplannen in samenspraak met de bewoner/cliënt/betrokken naasten geëvalueerd worden. De rapportage op de doelen/acties worden volgens de SOEP-methode uitgeschreven. Heemzicht heeft ervoor gekozen, zo hoort de auditor in de verschillende gesprekken en leest dit in de beschikbare instrumenten, om de mogelijkheid tot vrije rapportage 'te blokkeren' en alleen het schrijven van rapportage volgens de SOEP-methode toegankelijk te laten. In de gesprekken met auditees hoort de auditor verschillende ervaringen terug. Sommige auditees vinden het rapporteren volgens de SOEP-methode nog steeds heel lastig, ervaren het niet als ondersteunend aan het zorgproces en vinden

het voornamelijk tijdrovend. Terwijl andere auditees aangeven dat hoe vaker je het doet, hoe makkelijker het gaat en je beter over de dingen nadenkt. De auditor concludeert hiermee dat de medewerkers van Heemzicht nog steeds lerende zijn in de toepassing van de methodiek maar attendeert daarbij wel op het feit dat de methode een 'manier' is en geen doel op zich. Dit wordt door de organisatie ook erkent.

Zowel uit de gesprekken met bewoners/cliënten/auditees als uit de vooraf beschikbaar gestelde klachten/ongenoegenregistratie maakt de auditor op dat bewoners/cliënten klachten laagdrempelig kunnen uiten. De registratie laat zien welke opvolging plaats heeft gevonden met welk resultaat (wel/niet tevreden). Gesproken bewoners/cliënten tijdens de rondgang geven aan dat zij korte lijnen ervaren binnen de organisatie en dat zij weten wie zij kunnen benaderen wanneer er sprake zou zijn van ongenoegens of klachten. Gesproken bewoners/cliënten geven aan hier zelf geen ervaringen mee te hebben. Er is niet eerder sprake geweest van ongenoegens of klachten.

Tijdens de rondgang zijn verschillende verhalen door bewoners/cliënten gedeeld met de auditor die passen binnen de prestatie persoonsgerichte zorg. Een echtpaar dat thuiszorg ontvangt via Heemzicht, op advies van de kinderen eigenlijk zou moeten verhuizen maar juist door zorg die aansluit bij de dagelijkse wensen en behoeften van het echtpaar vanuit Heemzicht maakt dat het echtpaar (vooralsnog) zelfstandig kan blijven wonen op de plaats waar zij jaren samen lief en leed hebben gedeeld.

Een ander voorbeeld is die van een bewoonster die ontzettend gesteld is op haar zelfredzaamheid maar daardoor juist uit balans raakt wanneer zij hierin niet ondersteund wordt. Samen met de zorgmedewerkers kijkt deze bewoonster naar wat mogelijk (én wenselijk gezien de belastbaarheid) is. Hierdoor worden bewust enkele handelingen/activiteiten overgenomen, ondanks dat bewoonster deze fysiek nog uit kan voeren, zodat de bewoonster 'energie' overhoudt voor andere belangrijke activiteiten die de kwaliteit van leven verhogen.

Een deelnemster van de dagbesteding wordt betrokken bij diverse activiteiten (in de rol van vrijwilligster) waardoor deze deelnemster het gevoel heeft 'van waarde te zijn' voor anderen.

Reflecteren en verbeteren

Door de gesprekken met auditees en door de instrumenten die ter beschikking zijn gesteld te lezen concludeert de auditor dat de medewerkers van Heemzicht in staat zijn (individueel en groepsgewijs) te reflecteren op het eigen handelen. Binnen Heemzicht is sinds enkele maanden, een kwaliteitsverpleegkundige aangesteld om de medewerkers, naast de werkcoach en de coördinatoren, inhoudelijk te ondersteunen in de dagelijkse zorgverlening en de uitvoer van voorkomende werkzaamheden, zoals bijvoorbeeld in contact met externen, waaronder huisartsen. De auditor hoort dat medewerkers hier positief op reageren.

Ook leest de auditor in verschillende documenten terug op welke wijze de teams opvolging geven aan eerder geconstateerde verbeterpunten vanuit audits als ook na een IGJ bezoek.

Kijkend naar alle voorbeelden en verhalen die met de auditor zijn gedeeld, kent de auditor het volledige aantal punten toe op de prestatie persoonsgerichte zorg.

Waarde Transparantie		90	●	Behaald
Prestatie P2 Communicatie en informatie				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Op Zorgkaart Nederland leest de auditor dat bewoners/cliënten zeer tevreden zijn over de manier waarop zij gehoord worden en de wijze van waarop de communicatie plaats vindt. Een tweetal voorbeelden ter illustratie:

“We zijn erg tevreden omdat we ons gehoord voelen”.

“Omdat Heemzicht een zelfstandige organisatie is, zijn de lijnen kort. Ik kan iedereen aanraden om - als het nodig is - naar Heemzicht te verhuizen. U bent daar in goede handen!”.

In de rapportage van het cliënttevredenheidsonderzoek dat is gehouden tussen juni en september 2021, onder de bewoners/cliënten (verblijf en thuiszorg) van Heemzicht, leest de auditor dat bewoners/cliënten over het algemeen tevreden zijn over het thema informatie en communicatie.

Voorbeelden van uitspraken die door de geïnterviewde zijn gedaan:

“Mw. is zeer tevreden over hoe wij mw. benaderen”.

Verbetersuggestie:

“Betere communicatie tussen de afdelingen (huishouding, verpleging, keuken, enz)”.

Gezien de korte termijn waarop de uitkomsten van het cliënttevredenheidsonderzoek bekend zijn geworden heeft nog geen concrete opvolging plaatsgevonden, zo hoort de auditor.

In de rondgang heeft de auditor aan verschillende bewoners/cliënten gevraagd naar de ervaringen met betrekking tot de informatie en communicatie en de mate van tevredenheid hierover. Alle gesproken bewoners/cliënten geven aan uitermate tevreden te zijn. Voor hen is duidelijk bij wie zij terecht kunnen, wie het aanspreekpunt is binnen Heemzicht en waar zij aanvullende informatie kunnen krijgen m.b.t. specifieke onderwerpen. De gesproken bewoners/cliënten zijn bekend met het informatiemateriaal dat vanuit Heemzicht beschikbaar wordt gesteld aan (nieuwe) bewoners/cliënten - terug te vinden in de map met papieren op het appartement van de bewoner/cliënt. Allen geven daarbij ook aan hier niet in te kijken; achten dit niet nodig. De map heeft voor de gesproken bewoners/cliënten geen meerwaarde geven zij aan in het gesprek met de auditor.

Op basis van de beschreven waarderingen/ervaringen kent de auditor het volledige aantal punten toe op dit onderdeel.

Praktijk en instrumenten

Op de website van Heemzicht ziet de auditor dat er een ruim aanbod van informatie(materialen) wordt aangeboden aan (potentiële) bewoners/cliënten en verwijzers. De informatie komt overeen, zo constateert de auditor tijdens de rondgang, met de informatie in de mappen op de appartementen van de bewoners/cliënten en de informatierekken bij de receptie. Gesproken bewoners/cliënten zijn bekend met deze informatie en geven aan dat deze informatie voldoet aan de wensen/behoefte.

Bij een genomen steekproef op de informatiemappen bij de bewoners/cliënten thuis constateert de auditor dat in elke mappen (thuiszorg) verouderde informatie aanwezig is. Het gaat hier om een verouderde klachtenprocedure (28-06-2017), een reanimatieprocedure (31-12-2019) en het ethisch beleid (31-12-2019). De gesproken auditee geeft aan dat dit niet conform de afspraak is, de betreffende map is er onverhoopt tussendoor geschoten. Tevens ziet de auditor dat bij bewoners/cliënten die zowel HHD (huishoudelijke zorg) als TZ (thuiszorg) ontvangen het in enkele dossiers voorkomt dat informatie dubbel aanwezig is: de map met papieren informatie bevat twee tabbladen, HHD en TZ en beide organisatieonderdelen leveren informatie aan voor de map (zie verder reflectie en verbeteringen voor het vervolg).

Gesproken bewoners/cliënten weten op welke wijze zij de zorgverleners binnen Heemzicht kunnen bereiken en benoemen (uit ervaring) ook dat zij goed bereikbaar zijn.

Bij aanvang van de zorgverlening ontvangen, zo vertellen auditees aan de auditor en bevestigen gesproken bewoners/cliënten tijdens de rondgang, (verplicht vigerende) informatie in de vorm

van een informatiebrochure. Hierin komen verschillende thema's aan bod, waaronder het zorgplan, kosten, veiligheid, klachten en ethische aangelegenheden.

Hoewel bewoners/cliënten aangeven geen gebruik te maken van de papieren map meent de auditor toch puntenaftrek toe te passen op dit onderdeel. Dit punt is in eerdere audits ook een punt van aandacht geweest.

Reflecteren en verbeteren

De auditor hoort van een gesproken auditee dat in het kader van (verbetering) van de samenwerking, een betere afstemming van informatieverstrekking richting bewoners/cliënten gewenst is. Het beschreven voorbeeld bij praktijk en instrumenten is hier een voorbeeld van. Op korte termijn gaan beide organisatieonderdelen (HHD en TZ) met elkaar om de tafel om inhoudelijke werkafspraken af te stemmen, zodat bewoners/cliënten geen dubbele informatie meer ontvangen.

De auditor hoort dat in de werkoverleggen uitgebreid stil gestaan wordt bij de bejegening van de bewoners/cliënten vanuit de gedragscode van Heemzicht. De gedragscode is het uitgangspunt in het dagelijks handelen van alle medewerkers binnen Heemzicht en doet daarbij ook een beroep op de bejegening van bewoners/cliënten/naasten. Een mooie manier om te blijven reflecteren op het eigen (en elkaars) handelen stelt de auditor.

Voor de auditor voldoende aanleiding om het volledige aantal punten toe te kennen op het onderdeel reflectie en verbeteringen.

Waarde Veiligheid		90	●	Behaald
Prestatie P3 Cliëntveiligheid				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Op Zorgkaart Nederland leest de auditor geen waarderingen terug met betrekking tot de ervaren veiligheid binnen Heemzicht.

In de rapportage van het cliënttevredenheidsonderzoek dat is gehouden tussen juni en september 2021, onder de cliënten die hulp bij het huishouden ontvangen van Heemzicht, leest de auditor dat bewoners/cliënten tussen een 8,4 - 9,2 waarden op de vraag "Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?".

In gesprek met bewoners/cliënten tijdens de rondgang hoort de auditor dat bewoners/cliënten zich veilig voelen in de nabijheid van de medewerkers van Heemzicht. Er wordt naar tevredenheid van de gesproken bewoners/cliënten(en met voldoende snelheid) gereageerd op de alarmoproepen door de medewerkers van Heemzicht. Het altijd terug kunnen vallen op de (aanwezigheid van) medewerkers stelt bewoners/cliënten gerust, zo vertellen zij de auditor.

De auditor kent op basis van de gedeelde ervaringen tijdens de rondgang het volledige aantal punten toe op het onderdeel cliëntervaring.

Praktijk en instrumenten

De auditor leest in de beschikbaar gestelde documenten, waaronder het kwaliteitsplan en kwaliteitsjaarverslag, dat Heemzicht verantwoording (reflectie en interne reflectie) aflegt over de

vigerende (basis)veiligheidsindicatoren.

Tijdens de rondgang heeft de auditor geconstateerd, bij de genomen steekproeven, dat Heemzicht de veilige principes in de medicatieketen hanteert. Zo hoort de auditor dat er twee maal per jaar een evaluatie met de huisartsen plaatsvindt, gericht op polyfarmacie. Bij risicovolle medicatie vindt dubbel paraferen plaats en in de medicatiekar treft de auditor uitsluitend potjes/flesjes aan met een geldige houdbaarheidsdatum. Bij de genomen steekproef op de opiatenregistratie bleek deze op orde, evenals de registratie van de werkvoorraad. De gemeten temperatuur van de medicatiekoelkast is binnen de gestelde waarden, de koelkast is afgesloten. Auditees vertellen de auditor dat de BHV scholing, na de drukke Coronaperiode weer is opgepakt, en er sprake is van een 24/7 bezetting van BHV-ers. Kort geleden heeft de laatst uitgevoerde ontruimingsoefening plaatsgevonden binnen Heemzicht waarbij er naar zeggen van de auditees, goed is gehandeld.

In de koelkasten van de huiskamers ziet de auditor dat het stickeren van producten niet wordt toegepast conform het geldende (HACCP-kleinschalig wonen)beleid.

De auditor hoort dat er binnen Heemzicht niet/nauwelijks sprake is van toepassen van 'onvrijwillige zorg'. Het ECD, zo ziet de auditor tijdens de genomen steekproef, biedt de mogelijkheid om 'maatregelen' te registreren en te evalueren volgens het stappenplan van de Wet zorg en dwang. In gesprekken hoort de auditor dat er zorgvuldig omgegaan wordt met de overweging om onvrijwillige zorg toe te passen, er is in sommige situaties sprake van de inzet van een sensor (wanneer er sprake is van valgevaar). Of hier altijd het stappenplan gevolgd dient te worden, in situaties waarbij geen sprake is van verzet (maar wel categorie 1, 2 of 3) is niet voor alle medewerkers even duidelijk. De beleidsnotitie dient hierin, zo constateert de auditor bij het lezen hiervan, aangepast/verduidelijkt te worden.

De auditor hoort in de gesprekken met auditees dat het gesprek met familie wordt aangegaan in het kader van verwachtingsmanagement ten aanzien van de inzet van onvrijwillige zorg. Het plaatsen van beddekken op verzoek van familie omdat zij daarmee verwachten dat de veiligheid van een naaste wordt vergroot, wordt niet zomaar toegepast. De consequenties en mogelijke risico's worden uitvoerig besproken, ook binnen de teams, zo hoort de auditor. Het toepassen van alternatieven en het tijdig stoppen van een maatregel is bij de gesproken auditees goed in beeld. De auditor heeft geen dossiers gezien (geen van de bewoners/cliënten waarbij inzage was geregeld) waarin de evaluaties inzichtelijk waren - er werd geen onvrijwillige zorg toegepast. Op welke wijze een Wzd-functionaris toeziet op de ingezette onvrijwillige zorg (beoordelen zorgplannen) wordt voor de auditor tijdens de audit niet geheel duidelijk.

In augustus heeft er een risicoanalyse legionella preventie preventie leidingwaterinstallatie plaatsgevonden binnen Heemzicht, zo leest de auditor in het rapport. Hieruit zijn verschillende verbetermaatregelen naar voren gekomen. Uit gesprek met auditees wordt duidelijk dat een groot deel van de voorgestelde interventies opvolging hebben gekregen maar wat nu het precieze plan, met planning en aantoonbare opvolging is, kan aan de auditor niet voor worden gelegd/duidelijk worden gemaakt. Veel van de toegepaste interventies zijn naar alle waarschijnlijkheid middels verschillende mails (gegeven opdrachten) inzichtelijk te maken maar ten tijde van de audit niet voorhanden. Wanneer alle voorgestelde interventies (planning) zijn afgerond kon ook niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld. Op dit onderdeel mist de auditor de C en A van de PDCA-cyclus en kent daarom aftrek van punten toe.

Reflecteren en verbeteren

De auditor leest dat Heemzicht voor verschillende thema's verbeterplannen heeft opgesteld waarin zij de voortgang nauwkeurig monitort. Enkele voorbeelden hiervan zijn de MIC, medicatie, hygiëne en infectiepreventie en Wzd.

In gesprek met auditees hoort de auditor dat tijdens het wekelijkse koffie-uurtje (informeel

werkoverleg voor de die dag aanwezige zorgmedewerkers) aandacht is voor de analyse van de MIC-meldingen. Wat de auditor in de MIC kwartaalrapportages opvalt is dat de analyse vooral iets zegt over de aantallen en niet over de aanleiding/oorzaken en mogelijke trends van de meldingen. De auditor hoort van auditees dat zij hierin met aandachtsvelders langzaam aan, aan het reflecteren en verbeteren zijn. Hoewel de auditor hierin ruimte voor verbetering ziet, constateert zij ook dat Heemzicht volop aan het leren en verbeteren is op dit onderdeel en daarom het volledige aantal punten toekent.

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 bestond uit:

- Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))

Prestatieoverzicht

Onderwerpen	Wel/niet behaald
Pijlers	
P1 Persoonsgerichte zorg	Behaald
P2 Communicatie en informatie	Behaald
P3 Cliëntveiligheid	Behaald
Totaal aantal prestaties getoetst en behaald	Getoetst: 3 prestaties Behaald: 3 prestaties

Bijlage 2. Kerngegevens

Peildatum	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	31 december 2020
Bestuursstructuur	
Bestuursstructuur	Raad van Toezichtmodel
Zorgbrede Governance Code	Ja
Toelichting:	
Verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	
Onder verscherpt toezicht IGJ	Nee
Toelichting:	
Datum laatste inspectieverslag	16 maart 2021
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	Ja
Toelichting:	
Identiteit	
Identiteit	Algemene signatuur
Samenwerkingsverbanden	
Relevante samenwerkingsverbanden	Thuis in de Kern met Alerimus, Zorgwaard, Cavent en Careyn --> www.thuisindekern.nl Daarnaast samenwerking met gemeente Hoeksche Waard, huisartsen en andere zorgaanbieders etc.
Diensten die zijn uitbesteed	ICT --> Altronic Financieel --> Adfincare

Lokatie Woonzorgcentrum Heemzicht

In zorg	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	56
Uit zorg	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	
Overlijden	27
Ontslag / overig	4
Scope	Aantal cliënten
Individuele zorg (<i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i>)	55
Ondersteuning en begeleiding (<i>Wmo, hulp bij het huishouden</i>)	150
Verblijf (<i>Wlz</i>)	56
Verblijf inclusief behandeling (<i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i>)	0
Dagbesteding	8

(Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)

Revalidatie 0
(o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)

Informele zorg 0

Totaal aantal cliënten Totaal: 269

Specifieke kenmerken doelgroepen

Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen? Nee

Toelichting:

BOPZ-aanmerking

BOPZ-aanmerking Nee

Toelichting:

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum

Personen: 154
FTE: 86,0

Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen: 20
FTE: 10,0

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen: 18
FTE: 9,0

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof 5,2 %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar

Personen: 182
FTE: 12,0

Tussentijdse- of eindaudit

Om wijzigingen ten opzichte van de voorgaande audit inzichtelijk te maken voor het auditteam vragen wij u een aantal aanvullende gegevens:

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? 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? Nee

Toelichting:

Personeel

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

Toelichting:

Keurmerk- en logogebruik

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

Toelichting:

Overige

Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang? Ja

Toelichting: De directeur/bestuurder heeft aangekondigd dat hij vanaf 1 juli 2022 met vervroegd pensioen zal gaan.

Dit formulier is ingevuld door:

Naam en functie: Joni van de Werken-Pols, beleidsadviseur

Bijlage 3. Auditprogramma

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
13:15	13:30	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie Observatie algemene ruimte en logo- en keurmerkgebruik vindt tijdens de rondgang plaats.	AK, directeur/bestuurder VvdA, locatiemanager JvdW, beleidsadviseur AD, coördinator wonen met zorg MdB, coördinator groepswonen HvdW, wijkverpleegkundige SvdS, coördinator welzijn en informele zorg	Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
13:30	16:15	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1 Persoonsgerichte zorg P2 Communicatie en informatie P3 Cliëntveiligheid Aandachtspunten vorige audit(s)	CR, verzorgende wonen met zorg HdV, verzorgende wonen met zorg HvS, verzorgende groepswonen HvdW, wijkverpleegkundige EvdG dagbesteding	Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
16:15	16:45	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))
16:45	17:00	Eindgesprek	AK, directeur/bestuurder VvdA, locatiemanager JvdW, beleidsadviseur AD, coördinator wonen met zorg MdB, coördinator groepswonen HvdW, wijkverpleegkundige SvdS, coördinator welzijn en informele zorg CR, verzorgende wonen met zorg HdV, verzorgende wonen met zorg HvS, verzorgende groepswonen	Voorzitter / Secretaris (Natasja Heij (LEAD))

HvdW, wijkverpleegkundige
EvdG dagbesteding

Bijlage 4. Instrumentenoverzicht

Algemeen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Ingevuld formulier kerngegevens	Ja	Ja
Ingevoerde 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

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/behoefte/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	Ja	Ja

zorgleefplan, zorg-/dienstverleningsovereenkomst, kosten, bescherming persoonsgegevens, inrichting appartement/huisregels (o.a. over veiligheid), procedure indicatie, toegang appartement/sleutelbeheer, wachtlijst/wachtlijstbegeleiding, bereikbaarheid, klachten, levensbeschouwelijke zaken en inspraak en medezeggenschap		
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

Overige instrumenten: Handleiding ECD