

Auditrapport

Zorgboerderij de Berkelhof van Stichting de Berkelhof

Haarlo, 3 oktober 2017

Inhoudsopgave

1	Methodische verantwoording	4
2	Resultaten	5
3	Conclusie	13
3.1	Registratieadvies	13
3.2	Aandachtspunten volgende audits	13
3.3	Overzicht behaalde prestaties	13
Bijlage A	Kerngegevens	14
Bijlage B	Auditprogramma	17
Bijlage C	Uitkomst pijlers	19
Bijlage D	Instrumentenoverzicht	20

1 Methodische verantwoording

Naam organisatie	Stichting de Berkelhof Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
Organisatieonderdeel	Zorgboerderij de Berkelhof
Keurmerkschema	Keurmerkschema PREZO GZ (010617, versie 3)11-04-2014
Scope	Verblijf, Dagbesteding en Ondersteuning en begeleiding
Soort audit	Initiële audit
Auditdatum/data	3 oktober 2017
Auditteam	Anton Bakker (voorzitter) Dea Bobeldijk (secretaris)
Instrumenten	Aangeleverd via e-mail
Bijzonderheden	geen

Het PREZO GZ keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (11/04/14, versie 2) is gebaseerd op PREZO GZ, Prestatiemodel Zorg. Het PREZO GZ keurmerkschema bestaat uit de set prestaties en het beoordelings- en wegingskader. PREZO GZ is het kwaliteitssysteem voor de Gehandicaptensector, dat gebaseerd is op het landelijke Kwaliteitskader 2.0.

Het PREZO GZ keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (11/04/14, versie 2) heeft betrekking op organisaties en rechtspersonen die vallen onder de gehandicaptenzorg. In totaal worden er 20 prestaties getoetst. De audit richt zich op vier onderdelen: werken met de uitkomsten Kwaliteitskader, praktijk, instrumenten en verbeteren/borgen. Van de 100 punten die per prestatie toegekend kunnen worden, kunnen maximaal 30 punten toegekend worden aan het werken met de uitkomsten van de pijlers, maximaal 30 punten aan de praktijk en maximaal 20 punten voor resp. instrumenten en de verbeter- en borgingscyclus. Prestaties dienen minimaal een eindscore van 70 punten te behalen om voor het PREZO GZ gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen. Om voor het PREZO GZ zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking tot komen, zijn maximaal 2 niet-behaalde prestaties geoorloofd, niet zijnde voorwaardelijke prestaties.

Het doel van de audit:

- een onafhankelijke beoordeling van de kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties, zoals geformuleerd in PREZO GZ en de Handleiding Audit & Registratie PREZO GZ;
- het verschaffen van ontwikkelingsgerichte informatie aan de getoetste organisatie;
- erkenning van de organisaties die voldoen aan het wegingskader voor Verantwoorde zorg en Verantwoord ondernemerschap.

De audits vinden plaats onder auspiciën van het College van Belanghebbenden dat bestaat uit vertegenwoordigers van partijen uit de sector. Het College van Belanghebbenden bewaakt de kwaliteit van de audits die door Perspekt verricht worden.

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

2 Resultaten

ARI Scoreblad Cliëntprestaties							
Prestatie	Uitkomsten Pijlers	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking
		P	I	V/B			<i>binnen een cel naar een nieuwe regel met alt/enter</i>
Cliëntprestaties							
C01 Lichamelijk welbevinden en gezondheid	30	30	20	20	100	ja	Cliënten geven aan zich goed te voelen en zien er verzorgd uit. Zij worden in hun waarde gelaten en aangesproken op een manier die past bij hun begripsniveau. Ze worden door kundige- en gemotiveerde medewerkers verzorgd en begeleid. Er zijn diverse disciplines beschikbaar waaronder een AVG arts en een gedragsdeskundige waar nodig kan een beroep op kan worden gedaan. Via Lichtenvoorde en Elver is er ook andere expertise beschikbaar. Verder wordt er in het kader van zo gewoon mogelijk, gebruik gemaakt van een eigen huisarts, apotheek en tandarts.
C02 Psychisch welbevinden: herinrichten van het leven	30	30	20	20	100	ja	Cliënten hebben allemaal een eigen woning met meer of minder begeleiding en nabijheid. Via een dynamisch zorgplan en cliëntenkaart worden begeleidingsafspraken helder weergegeven. In samenspraak met de cliënt wordt door de persoonlijk begeleider het zorgplan vastgesteld. Cliënten hebben op de Berkelhof meestal ook hun dagbesteding maar kunnen (als zij daartoe in staat zijn) ook werken buiten de Berkelhof zoals in de horeca. Er wordt regelmatig gekeken en besproken welke werkzaamheden men nog (meer) kan verrichten. Er is een grote fruit- en bloementuin waarvan de oogst in de boerderijwinkel wordt verkocht. Sommige cliënten gaan zelfstandig naar het dorp, men is daar bekend met deze cliënten en zo nodig worden er afspraken gemaakt bv met de lokale horeca. Familie is altijd welkom en nemen regelmatig hun verwant mee voor uitjes of naar de sportschool.

C03	Psychisch welbevinden: leefomgeving	30	30	20	20	100	ja	Cliënten zijn erg tevreden over hun "eigen" huis, dat is ingericht zoals zij dat wensen. De algemene ruimtes zien er huiselijk uit. Er zijn veel mogelijkheden om via het dagprogramma en de dagbesteding deel te nemen aan activiteiten. Er heerst een prettige sfeer. Er gebeurt veel gezamenlijk maar er is ook ruimte voor individuele rust of activiteiten. Cliënten doen zoveel mogelijk zelf, bv koffie/thee staat in kannen op tafel en de cliënt pakt zelf een beker en schenkt het in en zet na afloop beker bij de afwas.
C04	Persoonlijke relaties	30	30	20	20	100	ja	Familie en netwerk worden actief betrokken bij de zorgverlening, medewerkers hebben veel oog voor ontwikkeling en welzijn van de cliënten en zijn erg betrokken. Cliënten ervaren het als gezellig en er is alle ruimte om als verwant mee te doen aan activiteiten of er zelf een te plannen. Er is recentelijk een 'jongerengroep' gestart. Er volgt daarom binnenkort een scholing voor de begeleiders over hoe om te gaan met de seksuele ontwikkeling of andere specifieke eisen die bij de ontwikkeling van deze jongeren (kunnen) horen.
C05	Deelname aan de samenleving	15	30	20	20	85	ja	De samenleving wordt actief binnen gehaald door middel van de winkel waar groente, zuivelproducten en eigen fabricaten worden verkocht zoals jam en limonade. Er worden 'open dagen' georganiseerd waarbij eigen producten verkocht worden zoals groente en bloemen. Er is een 'belevingstuin' waar de cliënten aan diverse bezoekers vertellen hoe dit in zijn werk gaat en de rondleiding verzorgen. Er zijn plannen om deze initiatieven uit te breiden met bv een 'blote voeten tuin'. Cliënten gaan samen met bezoekers de dieren voeren en vertellen aan kinderen hoe om te gaan met de dieren. Er zijn veel vrijwilligers die behalve hulp bieden op de boerderij ook cliënten meenemen naar activiteiten elders. Leerlingen van een ZMLK school en van andere instellingen zijn welkom op de dagbesteding.

C06	Persoonlijke ontwikkeling	30	30	20	20	100	ja	In het onderzoeksrapport cliëntervaringsmeting van Ipso Facto wordt aangegeven dat er positief wordt geoordeeld over de vrijetijdsbesteding. Er wordt echter weinig afwisseling in de dagbesteding ervaren. Dit is meteen aangepakt en verbeterd: de begeleiding heeft meer 'eigen' plekken gemaakt voor diverse groepen. Er is een vast programma voor de groep met individuele onderdelen in samenspraak met de cliënt ontwikkeld. Voortdurend wordt bekeken wat nog past bij de cliënt. Er zijn over het algemeen ruime mogelijkheden om activiteiten te ontplooiën zoals wandelen met de hond, dieren verzorgen etc. In het zorgplan wordt hier helder verslag over gedaan. Er zijn recentelijk meer mannen in dienst genomen om met name de jongere mannelijke cliënten te ondersteunen in hun 'rolmodel' en mannezaken.
C07	Materieel welzijn	30	30	20	20	100	ja	De cliënten zijn erg tevreden over hun woning. De grote en de inrichting van de woning hangt af van de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Ook de mate van bereikbaarheid van de begeleiding is hierop aangepast. Toen uit het cliëntervaringsonderzoek naar voren kwam dat sommige cliënten meer nabijheid nodig hadden is dit meteen geregeld door in de dagbesteding een inloop/maaltijd te organiseren. Er wordt goed schoongemaakt. Afspraken in de woningen worden in overleg met elkaar gemaakt en in taal en beeldmateriaal opgeschreven. Cliënten worden met respect behandeld en hun woning is privé.

C08	Zelfbepaling	15	30	20	20	85	ja	Clïënt heeft inspraak in zijn zorgplan, hij wordt als eigenaar van zijn plan gezien. Via een film, opgenomen door eigen mensen met cliënten, wordt de functie van en de inbreng in het zorgplan uitgelegd. Er is behalve dit (digitale)zorgplan, een exemplaar van de cliënt, 'de cliëntenkaart' die de algemene informatie van de cliënt bevat. Zo is risicoinventarisatie nu 'let op' en doelstelling is 'wat leer je nu'. Er worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen opgelegd. In 2017 is er een onderzoek uitgevoerd 'eigen regie' door studenten van Saxion. Op cliënt- en begeleiderniveau maar ook op organisatie niveau zijn er aanbevelingen gedaan, zoals het werken met methode Heijkoop (het opnieuw leren kennen van de cliënt) en het EIM-model (eigen initiatief model) wat ondersteunend is aan (stimuleren) van de eigen regie.
C09	Individuele belangen	30	30	20	20	100	ja	Regelmatig vindt er cliëntoverleg plaats, er wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt (genoteerd in het zorgplan) onder kopje "Visie". Het rapportcijfer "beslissen" in het cliënttevredenheidsonderzoek juli 2017 ondersteunt dit. Klachten en blijken van onvrede worden meteen bespreekbaar gemaakt. Cliënten worden vertegenwoordigd door een goed functionerende cliëntenraad. De cliëntenraad wordt nauw betrokken bij (beleids)keuzes, zoals de verschuiving van GGZ naar VG-jongeren.
C10	Ondersteuningsplan	30	30	20	20	100	ja	De zorgplannen zijn in samenspraak met de cliënt en haar vertegenwoordiger opgesteld, zijn voorzien van een handtekening. De gehanteerde negen (levens)domeinen zijn duidelijk weergegeven. Deze negen domeinen komen in grote lijnen overeen met de domeinen van Shalock en Verdugo zoals in de gehandicapten sector gebruikelijk is. Ook evaluaties en informatie van betrokken disciplines zijn aangetroffen. Dit zorgplan is beschreven op het begripsniveau van de cliënt.

C11	Informatie en Communicatie	15	30	20	20	85	ja	Er wordt met behulp van pictogrammen en zelfs een film de methodiek van zorgplannen uitgelegd. Daarnaast vindt terugkoppeling en verslaglegging plaats over de verschillende bijeenkomsten. Ouders/verwanten kunnen meelezen in het zorgplan via JOEP. Er wordt gewerkt om dit systeem zo in te richten dat ouders ook kunnen reageren via dit systeem. Bij incidenten en klachten worden ouders direct betrokken, er zijn korte lijnen in de communicatie om zaken direct en open te bespreken. Waar nodig wordt communicatie op cliëntniveau verbeterd. Ook hier worden ouders bij betrokken. Op de dagbesteding wordt een krant uitgegeven met informatie voor belanghebbenden/verwanten.
C12	Clientveiligheid	30	30	20	20	100	ja	Ri&E is gedaan en wordt besproken, MIC procedure en registratie is aanwezig en up-to-date. Medicatie wordt in Baxter uitgegeven en jaarlijks vindt evaluatie plaats tussen apotheker, huisarts en AVG (arts verstandelijk gehandicapten) arts. Medewerkers zijn bereikbaar en beschikbaar en hebben de juiste kwalificaties. Er is een werkend klachtenprocedure en registratie en opvolging vindt plaats. Cliëntvertrouwenspersonen zijn aanwezig. Er is gekozen voor een 3 tragsmogelijkheid, één is een medewerker die gekozen is door de cliënten, één neutraal aangesteld persoon en één vrijwilliger (die in de winkel werkt). De aanwezige boerderijdieren zijn allemaal ingeënt in ieder geval tegen die ziektes die op mensen overdraagbaar zijn.

ARI Scoreblad medewerkerprestatie/organisatieprestaties								
Prestatie		Uitkomsten pijlers	Bevindingen auditteam			Totaal	Behaald	Toelichting bij afwijking, aandachtspunt, opmerking
			P	I	V/B			binnen een cel naar een nieuwe regel met alt/enter
Medewerkerprestatie								
M01	Kwaliteit medewerkers	30	30	20	20	100	ja	Medewerkers beschikken over de juiste opleiding en er vindt (bij-)scholing plaats. Scholing vindt ook op locatie plaats en is afgestemd op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten. Al deze scholingen moeten direct toepasbaar zijn in het werkveld zoals 'geef me de vijf, ' EIM', de Heijkoop methode en omgaan met dementie. Ook de CCE (centrum voor consultatie en expertise) is betrokken bij consultatie en scholing. Er worden jaargesprekken gehouden met medewerkers, waarin leer- en ontwikkelmogelijkheden belangrijk zijn. Tijdens de werkoverleggen zijn thema's aan de orde die gericht zijn op 'eigen regie' van de cliënt en de rol van jou als begeleider hierin.
Organisatieprestaties								
O01	Samenhang in zorg en ondersteuning	30	30	20	20	100	ja	Er is een eenduidig zorgplansystematiek samengesteld. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van diverse disciplines is aanwezig en vermeld in het zorgplan. Sommige disciplines zijn (gedeeltelijk) in dienst en dus altijd beschikbaar. Andere disciplines worden ingehuurd waar nodig vb. van Elver en de Lichtenvoorde. Medezeggenschap is geborgd door cliëntoverleg en een goed functionerende cliëntenraad. Inzage in het dynamische zorgplan is mogelijk voor de contactpersoon of wettelijk vertegenwoordiger via een digitaal systeem "Joep". Er is een slaapwacht aanwezig en 24 uren bereikbaarheid van de manager of hoofd zorg bij problemen.

002	Veiligheid	30	30	20	20	100	ja	De RI&E is aanwezig en aandachtspunten worden aangepakt. Er worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen opgelegd. De gebouwen staan op een groot terrein met voldoende mogelijkheden om rond te lopen/fietsen zonder verkeersgevaar. Het omgaan met dieren is onder de aandacht, waar dit gevaar oplevert word dit aangepast, zo zijn er ezels gekomen ipv pony's. Het calamiteitenplan en de oefening zijn van recente datum. MIC registratie en verslaglegging en bespreking plus analyse zijn op orde.
O03	Strategie en beleid	30	30	20	20	100	ja	De begroting 2017 schetst een helder beeld van verleden en heden, met een activiteitenoverzicht voor 2017, alsmede de inhoudelijke doelstellingen. Ontwikkelafspraken met zorgkantoor "Menzis" zijn uitgebreid geschreven en te vinden in bijlage 4a. Het jaarverslag is in begrijpelijke taal met veel beeldmateriaal beschreven. Er is een duidelijk vergaderschema met actiepunten voor de cliëntenraad, directie/bestuurder en Raad van Toezicht.
004	Medezeggenschap	30	30	20	20	100	ja	Naast een cliëntenraad, welke periodiek overleg voert met de directie/bestuurder en een maal per jaar met de RVT (raad van toezicht), heeft de RVT ook overleg met de directie/bestuurder en is nauw betrokken bij de dagelijkse gang van zaken. Medewerkers en cliënten hebben direct inspraak via overleg en werkoverleg op het gevoerde- maar ook het te voeren beleid.
005	Kwaliteitssysteem	15	30	20	20	85	ja	Er is een omslag moest gemaakt naar PREZO maar er was een kwaliteitssysteem en een bijbehorend keurmerk aanwezig. Interne audits/controles en tevredenheidsonderzoek werden reeds gedaan. Inmiddels is Ipso Facto betrokken voor het cliëntervaringsonderzoek en is men doende PREZO als kwaliteitssysteem verder te ontwikkelen/implementeren binnen de organisatie. Er is een zelf ontworpen kwaliteitshandboek dat goed wordt bijgehouden.
006	Good Governance	30	30	20	20	100	ja	Taken en bevoegdheden Rvt en directie/bestuurder zijn helder en duidelijk omschreven, statuten zijn aanwezig evenals verslaglegging van periodiek overleg tussen deze gremia. Jaarlijks wordt de directie/bestuurder door RVT beoordeeld en beoordeelt de RVT het eigen functioneren.

O07	Bedrijfsresultaten	30	30	20	20	100	ja	Bedrijfsvoering zorgbeleid is op orde: zorgovereenkomsten zijn aanwezig en getekend en de indicatiebesluiten zijn aangetroffen. Bedrijfsvoering personeelsbeleid: verzuimbeleid is ook op orde; er is een (multidisciplinair) overlegstructuur aanwezig; deskundigheidsbeleid is aangetroffen en functioneringsgesprekken ofwel jaargesprekken worden jaarlijks gevoerd. Financiële bedrijfsvoering is beschreven in de jaarrekening. Personeel en cliënten worden betrokken bij een veilig en gezond werkklimaat. Middels een 'werkgroep visie en missie' wordt er een nieuwe toekomstvisie ontwikkeld, die aansluit bij maatschappelijke vraagstukken.
-----	--------------------	-----------	----	----	----	-----	----	--

3 Conclusie

3.1 Registratieadvies

Wanneer in zijn totaliteit wordt voldaan aan het wegingskader van het PREZO GZ keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (11/04/14, versie 2) komt de organisatie in aanmerking voor het *PREZO GZ gouden keurmerk in de zorg*. Hiervoor zullen alle prestaties behaald moeten zijn. Om voor het *PREZO zilveren keurmerk in de zorg* in aanmerking te komen, mogen maximaal 2 prestaties niet behaald zijn, niet zijnde voorwaardelijke prestaties.

Zorgboerderij de Berkelhof heeft 20 van de 20 prestaties behaald. Hiermee voldoet zorgboerderij de Berkelhof aan het wegingskader van PREZO GZ voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap, (11/04/14, versie 2). De scope van de audit is Verblijf, Dagbesteding en Ondersteuning en begeleiding.

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

3.2 Aandachtspunten voor volgende audit

Tijdens de volgende audit is op basis van deze audit geen specifieke aandacht te besteden aan de prestaties. Wel is aandacht vereist voor:

- de wijze waarop de bouwstenen zoals genoemd in het nieuwe kwaliteitskader op kleinschalig niveau vorm worden gegeven. (zie het vernieuwde kwaliteitskader op <http://www.vgn.nl/>)

Hier wordt door de auditor(en) ook naar gekeken als de desbetreffende prestatie niet standaard op het programma staat van de eerstvolgende audit.

3.3 Overzicht behaalde prestaties

Onderwerpen	wel/niet behaald
Cliëntprestaties	9 van de 9 prestaties behaald
Medewerkerprestatie	1 van de 1 prestaties behaald
Organisatieprestaties	7 van de 7 prestaties behaald
Totaal aantal prestaties getoetst en behaald	Getoetst: 20 prestaties Behaald: 20 prestaties

Bijlage A Formulier kerngegevens PREZO Gehandicaptenzorg

Peildatum

Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?

September 2017

Organisatieonderdeel

Naam organisatieonderdeel	Stichting de Berkelhof		
Naam organisatie	Stichting de Berkelhof		
Type, omvang en plaats/wijk organisatieonderdeel	☒ Hoofdlocatie ☐ Locatie ☐ Regio ☐ Team ☐ Anders, namelijk:	1 <aantal> <aantal> <aantal> <aantal>	<plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk>

Bestuursstructuur

Bestuursstructuur	Ja
Zorgbrede Governance Code	☐ Ja ☐ Nee ☐ N.v.t. ☐ Dispensatie Toelichting:

Scope

Aantal cliënten

Individuele zorg (<i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i>)	
Ondersteuning en begeleiding (<i>Wmo, hulp bij het huishouden</i>)	WMO dagbesteding
Verblijf (Wlz)	Differentiëren naar ZZP: VG 03 - 06
Verblijf inclusief behandeling (<i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i>)	Differentiëren naar ZZP:
Dagbesteding (<i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i>)	Dagbesteding
Revalidatie (<i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i>)	
Informele zorg	

Totaal aantal cliënten	Totaal: wonen 17 dagbesteding + 23
Specifieke kenmerken doelgroepen	Omschrijving:
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening	
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	☐ Ja ☒ Nee Toelichting: Nee
BOPZ-aanmerking	
BOPZ-aanmerking	☐ Ja ☒ Nee Toelichting:
In zorg	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	40
Uit zorg	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden: 2 Ontslag / overig: 2
Verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	
Onder verscherpt toezicht Inspectie voor de Gezondheidszorg	☐ Ja ☒ Nee Toelichting:
Datum laatste inspectieverslag	14-01-2015
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	☐ Ja ☐ Nee Toelichting:
Identiteit	
Identiteit	Stichting de Berkelhof
Samenwerkingsverbanden	
Relevante samenwerkingsverbanden	Hoofd en onderaannemerschap dagbesteding
Diensten die zijn uitbesteed	Brandveiligheid etc, behandeling
Personeel	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 32 FTE: 17,9

Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar ¹	Personen: 3 FTE: 2
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 2 FTE: 1.4
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage: 9%
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 15 FTE: nvt
Dit formulier is ingevuld door:	
Naam en functie	Suzanne Krisse
Datum	29-08-2017

¹ Indien een andere periode dan een volledig jaar wordt aangehouden, deze periode graag specificeren.

Bijlage B Auditprogramma

Datum audit: 3 oktober 2017
Organisatie: Stichting De Berkelhof
Auditees: Dea Bobeldijk en Anton Bakker

Tijd	Inhoud auditblok	Betrokkenen
8.30 – 9.00 uur	Voorbespreking auditteam	Dea Bobeldijk, Anton Bakker, Susanne Krisse
9.00 – 9.30 uur	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie: Susanne Krisse (directeur bestuurder) en Kim Gillissen (coördinator zorg)	Dea Bobeldijk, Anton Bakker Susanne Krisse en Kim Gillissen
9.30 – 12.00 uur	- Rondleiding door Kim Gillissen - Koffie bij wonen - Aansluitend meelopen met cliëntgroep van dagbesteding - Koffie bij dagbesteding - Aansluitend meelopen met cliëntgroep van dagbesteding Hierbij beoordeling in praktijk van: - Lichamelijk welbevinden en gezondheid - Psychisch welbevinden: (her)inrichten van het leven - Psychisch welbevinden: leefomgeving - Persoonlijke relaties - Deelname aan de samenleving - Persoonlijke ontwikkeling - Materieel welzijn: (her)inrichten leefsituatie - Zelfbepaling - Individuele belangen - Cliëntveiligheid	Dea Bobeldijk, Anton Bakker Kim Gillissen Diana Nijhuis Manna Aekema Erik Hulshof
12.00 – 12.15 uur	(Voorlopige) score en toelichting per auditor	Dea Bobeldijk, Anton Bakker
12.15 – 13.00 uur	Werklunch – bespreking auditteam / voorlopige	Dea Bobeldijk, Anton Bakker

	scores	
13.00 – 14.00 uur	Beoordeling diverse documenten (kantoor) - Ondersteuningsplannen - Strategie en beleid - Medezeggenschap - Kwaliteitssysteem - Good Governance - Bedrijfsresultaten	Dea Bobeldijk, Anton Bakker Susanne Krisse, Erna Molenkamp (ouder)
14.00 – 15.00 uur	Beoordeling praktijk: Ontmoeting met ouders, mantelzorgers, cliëntenraad	Dea Bobeldijk, Anton Bakker Paul Schröder
15.00 – 15.15 uur	(Voorlopige) score en toelichting per auditor	Dea Bobeldijk, Anton Bakker
15.15 – 16.45 uur	Evaluatie, beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek	Dea Bobeldijk, Anton Bakker
16.45 – 17.00 uur	Eindgesprek	Dea Bobeldijk, Anton Bakker Susanne Krisse
17.00 – 17.05 uur	Evaluatie auditteam	Dea Bobeldijk, Anton Bakker

Bijlage C Uitkomsten Pijlers

Het kwaliteitskader is per 1 januari 2017 gewijzigd, en is niet langer ingedeeld volgens pijlers maar in vier bouwstenen:

1. Het zorgproces rond de individuele cliënt. Hierin zijn onderwerpen als 'zelfredzaamheid' en op maat naar 'de ondersteuningsbehoeften' van de cliënt belangrijke onderwerpen. Deze komen nadrukkelijk aan de orde in het zorgplan op de Berkelhof.
2. Onderzoek naar de cliëntervaringen. Dit is in de Berkelhof uitgevoerd door een onafhankelijk bureau 'Ipso Facto' met een instrument uit de waaier. Dus aan deze bouwsteen is voldaan.
3. Zelfreflectie in de teams. Een belangrijk onderwerp hier is 'de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en begeleider', het hebben van een zorgplan en de borging van de afspraken. Het zorgplan is een bijzonder verbeterpunt geweest op de Berkelhof waarbij de cliënt en zijn verwanten een belangrijke rol hierin kregen. De kwaliteit van de relatie is zeker een belangrijk aandachtspunt op de Berkelhof en er worden instrumenten gebruikt die het reflecteren in zich hebben.
4. Het mooie en van voorbeelden voorzien jaarverslag van de Berkelhof heeft al onderdelen in zich van het vereiste kwaliteitsrapport zoals beschreven in het nieuwe kwaliteitskader.

Bijlage D Instrumentenoverzicht

Instrumenten Algemeen

Verplichte registraties en/of instrumenten 5 weken voor de audit aan iedere auditor verstrekt.

**Organisatie:
beschikbaar**

**Auditor:
aangetroffen**

Ingevuld formulier kerngegevens	x	x
Ingevuld overzicht registraties en instrumenten (ARI)	x	x
Ingevoerde ARI	x	x
Inzicht in verbeter- en borgingscyclus m.b.t. de prestaties	x	x
Registratie en opvolging van uitkomsten (zoals pijler 1, 2A, 2B en 3)	0	0
Jaarplan/activiteitenplan	x	x
Organogram	x	x
Registratie en opvolging van uitkomsten (geldige en gevalideerd) cliëntervaringsonderzoek	x	x
Maatschappelijke verantwoording (conform vigerende eisen)	x	x
Informatiemateriaal (flyers, brochures e.d.) voor (potentiële) cliënten	x	x
Registratie en opvolging van klachten/complimenten en ongenoegens cliënten	x	x
Registratie en opvolging van incidenten (cliënten en medewerkers)	x	x
Inspectierapport en opvolging (actueel = niet ouder dan 3 jaar)	x	x
Afspraken en opvolging m.b.t. veiligheid: - periodieke veiligheidscontrole - brandpreventie (inclusief periodieke oefening)	x	x

Instrumenten Cliëntprestaties (Domeinen Shalock en Verdugo)

Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar

**Organisatie:
beschikbaar**

**Auditor:
aangetroffen**

10% (minimaal 10 en maximaal 50) ondersteuningsplannen	x	x
Verslaglegging MDO/cliëntbespreking/evaluatiegesprekken	x	x

C01 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

Risicosignalering en -opvolging:	x	x
----------------------------------	---	---

- medicijnen		
- mobiliteit, vallen		
- voeding		
- incontinentie		
- huidletsel		
- ethische vraagstukken		
Beschikbaarheid (interne en/of externe) deskundige(n) zoals:	x	x
- psycholoog		
- (huis)arts		
- vertrouwenspersoon		
Beschikbaarheid, afspraken en gebruik <i>relevante</i> (hulp)middelen zoals:	x	x
- beschermende kleding (schorten, handschoenen e.d.)		
- formularium geneesmiddelen		
- incontinentiemateriaal		
- (goedgekeurde) tilliften		
- vrijheidsbeperkende hulpmiddelen		
Registratie en opvolging van:	x	x
- klachten en ongenoegens rondom lichamelijk welbevinden		
- incidenten		
- verpleegtechnische protocollen		
- uitvoeringsverzoeken		
Erkenning BOPZ (indien van toepassing) én	0	0
Afspraken, registratie en opvolging afspraken BOPZ in OP		
C02 en C03 Psychisch welbevinden		
Inventarisatie van wensen en behoeften leefomgeving bij individuele cliënten blijkt uit ondersteuningsplannen:	x	x
- wonen		
- werken/dagbesteding		
- school/opleiding		
Risicosignalering en -opvolging:	x	x
- sociaal isolement		
- somberheid		
- depressieve gevoelens		

- grensoverschrijdend gedrag		
C04 Persoonlijke relaties		
Inventarisatie van wensen en behoeften t.a.v. persoonlijke relaties van individuele cliënten blijkt uit ondersteuningsplannen:	x	x
- vriendschap		
- genegenheid		
- gezelligheid		
- intimiteit		
- seksualiteit		
- sociaal netwerk		
- disciplines		
Risicosignalering en -opvolging:	x	x
- sociaal isolement en eenzaamheid		
- niet kunnen aangaan van persoonlijke relaties		
C05 Deelname aan de samenleving		
Inventarisatie van wensen en behoeften deelname aan de samenleving van individuele cliënten blijkt uit ondersteuningsplannen:	x	x
- contacten met lokale voorzieningen, club- en buurthuis		
- kerken		
- vrijwilligerswerk		
- winkels		
- dagbesteding en bedrijven		
- inzicht sociale kaart		
- (potentiële) risico's		
Signaleren en opvolgen (potentiële) risico's	0	0
Afspraken en samenwerking met lokale dienstverlening, buurt- en clubhuis, kerken, vrijwilligersorganisatie, winkels, dagbesteding, bedrijven,..)	x	x
C06 Persoonlijke ontwikkeling		
Inventarisatie van wensen en behoeften persoonlijke ontwikkeling/ontplooiing van individuele cliënten blijkt uit ondersteuningsplannen:	x	x
- scholing		
- leren en ervaring opdoen		

- benutten van eigen mogelijkheden en kwaliteiten		
- creativiteit uiten		
C07 Materieel welzijn		
Inventarisatie van wensen en behoeften materieel welzijn van individuele cliënten blijkt uit ondersteuningsplannen:		
- woning	x	x
- financieel beheer en administratie		
- openbaar vervoer, mobiliteit en reizen		
- winkels en voorzieningen (buurthuis, zwembad)		
C08 Zelfbepaling en C09 Individuele belangen		
Inventarisatie van wensen en behoeften zelfbepaling van individuele cliënten blijkt uit ondersteuningsplannen:		
- regie over het eigen leven	x	x
- waardigheid, fysiek en mentaal welzijn, vrijheid en veiligheid		
- recht op zelfbeschikking		
- (grenzen van) maatschappelijk aanvaardbaarheid van wensen en keuzes		
- recht op privacy		
- recht op gepersonaliseerde informatie, advies en informed consent		
- mogelijkheid tot medezeggenschap		
- mogelijkheid tot klagen		
- vrijheid van meningsuiting, opvattingen, cultuur en religie/ levensbeschouwing		
- wel/niet reanimeren		
- palliatieve zorg en hulp, respect en waardigheid in sterven en dood		
Instrumenten Ondersteunende cliëntprestaties (Pijlers)		
Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
C 10 Ondersteuningsplan		
Afspraken m.b.t. ondersteuningsplan (inhoud en systematiek)	0	0
Ondersteuningsplannen in samenspraak en met instemming van cliënten:		
- actueel indicatiebesluit	x	x
- contactpersoon		

- samenhangende risico's		
- passende professionele inzet en maatregelen		
- betrokkenheid disciplines		
- evaluaties en opvolging		
én indien van toepassing		
- wettelijke vertegenwoordiging		
- mate van wils(on)bekwaamheid		
- opnamegronden		
- uitvoeringsverzoeken		
- wilsverklaringen (zoals niet- reanimatie verklaring)		
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten:		
- inzage ondersteuningsplan		
- opstellen, evalueren en bijstellen OP	x	x
- wettelijke vertegenwoordiging/mentorschap/curatele		
- wilsonbekwaamheid		
- inspraak en medezeggenschap		
Ondertekende zorg- dienstverleningsovereenkomst/leveringsvoorwaarden waaronder:		
- informatie uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit)	x	x
- communicatie en overleg met cliënt		
- informatie ethische aangelegenheden		
- informatie veiligheid		
Beschikbaarheid en afspraken eindverantwoordelijkheid (interne en/of externe) deskundige(n):	x	x
- huisarts/psycholoog		
Afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers)	x	x
- afstemming/coördinatie inclusief evaluatie zorgverlening en diensten		
C 11 Informatie en communicatie		
Informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/of digitaal via website) en communicatie met cliënten:		
- individueel ondersteuningsplan	x	x

- zorgovereenkomst/leveringsvoorwaarden		
- bescherming persoonsgegevens		
- procedure indicatie		
- uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit)		
- ethische aangelegenheden		
- veiligheid		
- klachtenprocedures/vertrouwenspersoon		
- inspraak en medezeggenschap		
C 12 Cliëntveiligheid		
Risicosignalering en -opvolging:		
- fysieke veiligheid (woon- en leefomgeving, inbraak, brandveiligheid, hulpmiddelen, voedselveiligheid)	x	x
- sociale veiligheid (eenzaamheid, ouderenmishandeling, vrijheidsbeperking)		
- emotionele veiligheid (depressie)		
- meldcode ouderenmishandeling		
Structurele en periodieke risicosignalering en -opvolging:		
- medicijnen (eigen beheer, polyfarmacie)		
- mobiliteit, vallen	x	x
- eten en drinken		
- incontinentie		
- huidletsel		
- mondzorg		
Medicatie/distributiebeleid incl afspraken apotheek/veilige principes	x	x
Infectiepreventie beleid (o.a. NORO, MRSA, legionella)/opvolging/middelen/instructie/controle persoonlijke hygiëne	0	0
Structurele registratie en opvolging van incidenten (preventieve en corrigerende maatregelen)	x	x
Structurele registratie en opvolging van klachten	x	x
Inventarisatie van wensen en behoeften veiligheid appartement/veilig voelen van individuele cliënten	x	x
Beschikbaarheid, afspraken en gebruik relevante (hulp)middelen zoals:		
- beschermende kleding (schorten, handschoenen e.d.)	x	x
- formularium geneesmiddelen		

- incontinentiemateriaal		
- (goedgekeurde) tilliften		
- vrijheidsbeperkende hulpmiddelen		
- hoog-/laagbedden		
Registratie afgifte sleutels/toegangsregistratie	x	x
Erkenning BOPZ (indien van toepassing) én afspraken, registratie en opvolging afspraken BOPZ in ZLP	0	0

Aanvullende instrumenten tijdens auditdag:

- Personeelsdossiers
- Registraties mic/mim, kwaliteitsdocumenten