

Auditrapport

Eindaudit

De Berkelhof van Stichting de Berkelhof

Haarlo, 29 juli 2019



Inhoudsopgave

1	Methodische verantwoording	3
2	Resultaten	5
3	Conclusie	12
3.1	Conclusie	12
3.2	Keurmerk- en logogebruik	12
3.2	Registratieadvies	12
Bijlage A	Kerngegevens	13
Bijlage B	Auditprogramma tussentijdse audit of eindaudit	16
Bijlage C	Instrumentenoverzicht	18

1. Methodische verantwoording

Naam organisatie	Stichting de Berkelhof Voor informatie over de organisatie, zie bijlage A Kerngegevens
Naam organisatieonderdeel	De Berkelhof
Keurmerkschema	PREZO GZ (11/04/14, versie 2)
Scope	Ondersteuning en begeleiding, Verblijf, Dagbesteding
Soort audit	Eindaudit
Auditdatum	29 juli 2019
Auditor	Dea Bobeldijk (voorzitter/secretaris)
Bijzonderheden	Geen
Wijze van aanlevering set toegestuurde instrumenten	via e-mail aangeleverd. Ook werden tijdens de auditdag diverse instrumenten geobserveerd of ingezien. Digitale toegang zorgplan, jaarplan en verbeterplannen

Alle Perspekt keurmerken hebben een geldigheidsduur van 3 jaar. Perspekt voert na verlening van een keurmerk jaarlijks een tussentijdse audit uit om te beoordelen of de keurmerkhouders op dat moment (nog steeds) voldoet aan de kwaliteitseisen op grond van het Reglement registratie Perspekt keurmerk in de zorg. Na één jaar is dit een tussentijdse audit en na twee jaar is dat een eindaudit.

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

1. de zogenoemde voorwaardelijke prestaties. Voorwaardelijke prestaties hebben een directe relatie met wet- en regelgeving;
2. het logo- en keurmerkgebruik;
3. de voortgang van de verbetercyclus.

Het doel van de tussentijdse- en eindaudit is om te beoordelen:

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

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

1.2 Beoordelings- en wegingskader

Het PREZO GZ keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap (11/04/14, versie 2) is gebaseerd op PREZO, Prestatiemodel Gehandicaptenzorg, PREZO GZ. Het PREZO keurmerkschema bestaat uit een set van 20 prestaties en een beoordelings- en een

wegingskader. Er zijn zeven prestaties die een directe relatie hebben met wet- en regelgeving. Deze prestaties zijn als voorwaardelijk aangemerkt.

Om het PREZO GZ zilveren/gouden keurmerk in de zorg te behouden, moet een organisatie tijdens de tussentijdse en de eindaudit de zeven voorwaardelijke prestaties behaald hebben. Dit zijn de prestaties: Ondersteuningsplan, Informatie en Communicatie, Cliëntveiligheid, Veiligheid, Medezeggenschap, Kwaliteitssysteem en Good Governance.

Het beoordelingskader- en wegingskader voor de tussentijdse en eindaudit is gelijk aan het beoordelingskader- en wegingskader van de initiële audit. Om voor het PREZO GZ gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zullen alle prestaties behaald moeten zijn. 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.

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

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

De Berkelhof is in bezit van het PREZO Gehandicaptenzorg gouden keurmerk in de zorg.

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

2. Resultaten

Cliëntprestaties							
C10	Ondersteuningsplan	30	30	20	20	100	ja De zorgplannen zijn digitaal, opgesteld in Qurentis en bestaan uit een dynamisch deel en een algemene kaart. De auditor heeft in een aantal zorgplannen kunnen inzien dat het dynamische deel op cliëntniveau beschreven is. Dit dynamische deel is in samenspraak met de cliënt en vertegenwoordiger opgesteld en voorzien van een handtekening. De gehanteerde negen (levens)domeinen komen in grote lijnen overeen met de domeinen van Shalock en Verdugo zoals in de gehandicaptensector gebruikelijk is. De organisatie heeft beschreven in het kwaliteitsverslag van 2018, dat het zorgplan het middel is om de eigen regie van de cliënt te versterken. De organisatie is continu bezig om de cliënt zoveel mogelijk bij de inhoud van het zorgplan te betrekken. Zoals de auditor heeft gehoord van een medewerker: 'het zorgplan is van de cliënt'. Na iedere zorgplanbespreking/evaluatie volgt een bespreking met de cliënt hoe deze het gesprek vond lopen. Hiervoor wordt een kleine zelfontworpen ervaringsmeting gedaan, heeft een medewerker verteld (deze meting is tijdens de vorige twee audits ook aan de orde gekomen en ingezien). Daarbij wordt besproken hoe de cliënt nog meer inbreng kan hebben in de dingen die hij nog wil leren of hoe de cliënt nog beter tot zijn recht kan komen, zich vrij voelt zijn mening te geven, tijdens de zorgplanbespreking. Tijdens een rondleiding vertelde een medewerker dat het afgelopen jaar wederom is gewerkt aan het bevorderen van de inbreng van de cliënt bij het tot stand komen van dit (dynamische) deel van het zorgplan. Als voorbeeld is genoemd dat er meer foto's in het zorgplan staan om onderwerpen te verduidelijken. En cliënten die te laag begripsniveau hebben om doelen te bespreken/begrijpen, laten zij nu een 'rondleiding' geven aan de verwanten en begeleider. De cliënt kan vertellen wat voor werk hij doet, wat anderen doen en hoe hij het wonen ervaart. Daardoor komen er vanzelf onderwerpen ter sprake waar de cliënt in geïnteresseerd is of wat er anders/beter kan voor deze cliënt, vertelde deze

								medewerker. De auditor complimenteert de organisatie met de inspanningen om de cliënt en zijn verwanten als eigenaar te laten functioneren van het zorgplan. Ook evaluaties en informatie van betrokken disciplines zijn aangetroffen. Voor deze prestatie geeft de auditor het totale aantal punten.
C11	Informatie en Communicatie	30	30	20	20	100	ja	Het afgelopen jaar is de website verbeterd en ziet het er overzichtelijk en duidelijk uit, informatie is snel te vinden en de bijbehorende tekst is in begrijpelijke woorden beschreven, heeft de auditor gezien. De website geeft de informatie die een (aspirant) bewoner of deelnemer aan de dagbesteding zoekt. Ook de diverse activiteiten waar bezoekers welkom zijn komen aan de orde op de website. Via eenvoudige bewoording ondersteund door fotomateriaal is uitgebeeld wat de Berkelhof onder goede zorg verstaat en wat de Berkelhof wil zijn en hoe dat tot stand komt: een plek waar iedereen gezien wordt. Op cliëntniveau is er JOEP, het portaal waarin ouders/verwanten mee kunnen lezen in het dynamische zorgplan en berichten kunnen sturen en ontvangen. Een medewerker heeft de auditor laten zien hoe transparant en makkelijk het portaal JOEP werkt voor medewerkers en ouders/verwanten. De ouders werken nog niet allemaal met JOEP, maar uit gesprekken over het zorgplan maken medewerkers op dat ouders/verwanten wel degelijk meelesen in het cliëntdossier. De ouders die JOEP gebruiken zijn enthousiast, vertelde de medewerker. Verder zijn er korte lijnen in de communicatie om zaken direct en open te bespreken, vertelde een medewerker aan de auditor. De medewerkers bellen of mailen direct naar verwanten/betrokkenen als er iets te melden of overleg nodig is. Waar nodig wordt communicatie op cliëntniveau verbeterd (zie ook C10). Ook hier worden ouders bij betrokken. Op de dagbesteding wordt een nieuwsbrief uitgegeven met informatie voor belanghebbenden/verwanten. Op basis van bovenstaande informatie is het totale aantal punten toegekend voor deze prestatie.
C12	Clientveiligheid	30	30	20	20	100	ja	In de cliëntervaringsmeting die dit jaar is uitgevoerd door Ipso Facto waarbij gebruik gemaakt is van een methode uit de waaier nl. 'cliënten aan het woord', geven 87% van

							de cliënten aan zich veilig te voelen in huis. In de actielijst van de Berkelhof (2019) staan onderwerpen genoemd die periodiek in een werkoverleg aan de orde moeten komen zoals actiepunten uit de RIE en MIC's. Deze MIC's worden maandelijks besproken, geanalyseerd en geëvalueerd met de teams dagbesteding en wonen. De MIC procedure en registratie is aanwezig en up-to-date. Medicatie wordt in de baxter uitgegeven en jaarlijks vindt evaluatie plaats tussen apotheker, huisarts en AVG (arts verstandelijk gehandicapten). Medewerkers krijgen eens in de twee jaar een opfriscursus medicatie, heeft de auditor gehoord en gelezen in een actielijst van de Berkelhof. Medewerkers zijn bereikbaar en beschikbaar volgens het werk/aanwezigheidsrooster dat de auditor heeft ingezien. Er is een intern klachtensysteem en de organisatie is daarnaast ook lid van een onafhankelijke klachten- en geschillen commissie (zie hiervoor kwaliteitsrapport 2018). De auditor heeft gelezen in het kwaliteitsrapport dat er in 2018 geen klachten zijn binnengekomen. Een medewerker vertelde de auditor dat de laagdrempelige manier waarop cliënten/verwanten en medewerkers hun mening kunnen uiten, meewerkt aan het voorkomen van echte klachten. Er is zijn cliëntvertrouwenspersonen aanwezig: er is gekozen voor een 3 tragsmogelijkheid zodat er keuze is uit meerdere personen waarmee een vertrouwelijk gesprek gevoerd kan worden. Eén is een medewerker die gekozen is door de cliënten, één is een neutraal aangesteld persoon en één is vrijwilliger (die in de winkel werkt). De aanwezige boerderijdieren zijn allemaal ingeënt, in ieder geval tegen die ziektes die op mensen overdraagbaar zijn, heeft de auditor op het daarvoor aanwezige registratiebord gelezen. Medewerkers en cliënten dragen werkschoenen die beveiligd zijn als de dieren verzorgd gaan worden. De auditor heeft gezien dat een cliënt die deze schoenen weer uittrok om elders heen te gaan de schoenen weer aan ging trekken op het moment dar deze cliënt de dieren weer ging verzorgen. Op basis van bovenstaande bevindingen is het totale aantal punten gegeven.
--	--	--	--	--	--	--	--

Organisatieprestaties								
002	Veiligheid	30	30	20	20	100	ja	Het veiligheidsbewustzijn is een continu proces bij deze organisatie. Veiligheidsacties zijn standaard onderdeel van de jaarlijkse actielijst van de Berkelhof. Voorbeelden van acties die de auditor gelezen en gehoord heeft zijn: oefenen met het calamiteitenplan, actualisering BHV, actievrije ziekteverzuimbegeleiding. Er is in 2018 een RI&E gehouden door een externe organisatie, waarbij aandachtspunten in een meerjaren-actieplan worden geagendeerd en aantoonbaar worden aangepakt. Acties, die simpel op te lossen zijn, worden meteen aangepakt heeft een medewerker verteld. Zoals de aanschaf van een kast (die op slot kan) voor giftige materialen of een in company training over brandveiligheid. In het auditgesprek is veiligheid op de locatie aan de orde geweest. Een medewerker heeft het actieplan Berkelhof 2019 erbij gepakt en besproken, waarbij verteld werd dat ontruimingsoefeningen jaarlijks worden geoefend. Ook worden hierbij de vluchtplannen opnieuw besproken. MIC-registratie en verslaglegging en bespreking plus analyse zijn een belangrijk onderwerp in deze lijst en planning. Een overzicht van de incidentanalyse is tevens terug te vinden in het kwaliteitsverslag wat de auditor heeft gekregen. Informatiebeveiliging is geregeld via een Microsoft beveiliging. Er worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen opgelegd. De gebouwen staan op een groot terrein met voldoende mogelijkheden om rond te lopen/fietsen zonder verkeersgevaar. Het gevaar van omgaan met dieren is onder de aandacht, heeft de auditor waargenomen uit gesprekken met medewerkers en cliënten. Waar dit gevaar oplevert wordt dit aangepast in bv. omgangsafspraken en is er voortdurend toezicht van een begeleider zodat de cliënt niet onbegeleid met de dieren zoals de ezels werkt. Het volledige aantal punten zijn hiervoor gegeven.
004	Medezeggenschap	30	30	20	20	100	ja	Medezeggenschap is als een kwaliteitsdoel benoemd voor 2019 in het kwaliteitsrapport van 2018. Tijdens de audit zijn hiervan in gesprek met medewerkers en cliënten diverse voorbeelden gezien en gehoord. Voorbeelden van medezeggenschap op cliëntniveau zijn vooral terug te vinden in de zorgplan besprekingsmethode, en de diverse

								manieren die ontwikkeld worden om hierbij vooral de cliënt aan het woord te laten (zie ook C10). Ook is er dit jaar gestart met een huiskameroverleg per doelgroep is de auditor verteld door een medewerker (zie ook actieplan 2019). Naast de cliëntenraad, welke viermaal per jaar overleg voert met de directie/bestuurder en eenmaal 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. De bestuurder probeert één instrument te gebruiken ter informatie aan deze raden, namelijk het kwaliteitsplan wat dynamisch gebruikt en bijgehouden wordt. Dit om zoveel mogelijk dezelfde onderwerpen te bespreken met de diverse raden en iedereen op zijn invloedsniveau te laten meedenken en/of beslissen. Het kwaliteitsplan is opgebouwd uit (verbeter)acties waarbij de tekst rood, oranje of groen gearceerd is zodat men in één oogopslag de vorderingen kan zien. De toetsing en evaluatie over de zorgplanbespreking wordt met inspraak van cliënten, medewerkers, vrijwilligers en verwanten continu geëvalueerd en verbeterd (zie ook C10). De medewerkers vertegenwoordiging is anders ingericht omdat de Personeels Vertegenwoordiging (PVT) voorheen bestond uit 4 medewerkers uit de verzorging, nu is er een completere vertegenwoordiging door iemand uit de ondersteuning lid te laten zijn. De huidige PVT bestaat nu uit 1 lid wonen, 1 lid dagbesteding en 1 lid ondersteuning. Een PVT lid heeft de auditor verteld dat dit erg goed bevalt om zo meer de gehele organisatie te kunnen bespreken en vertegenwoordigen.
005	Kwaliteitssysteem	30	30	20	20	100	ja	Hoe De Berkelhof met kwaliteit omgaat en hoe diverse onderdelen zijn geregeld staat beschreven op de website. Hierdoor zijn kwaliteitsthema's zowel intern alsook voor externe partijen in te zien. Tijdens het rondlopen, en voeren van gesprekken door de auditor met cliënten, medewerkers, vrijwilligers en bestuurder is naar voren gekomen dat kwaliteitsitems voor iedereen belangrijk zijn. Op allerlei niveaus wordt er gesproken over "hoe en waarom doen we dit" en "hoe kan het eventueel nog beter", met als uitgangspunt altijd de cliënt en zijn eigen leven en regie. Het volgende voorbeeld illustreert het

								reflecteren en verbeteren: uit het zelfontworpen cliënttevredenheidsonderzoek bleek dat cliënten op een dagbestedingsgroep aldoor moesten zoeken naar spullen. Er zijn nieuwe kasten gekocht en samen met de cliënten hebben medewerkers de spullen opgeruimd tot tevredenheid van de cliënten maar ook medewerkers. De Berkelhof is inmiddels lid van de VGN, zodat de kwaliteitseisen gesteld voor deze sector nog nauwkeuriger gevolg kunnen worden (zie bv. de Cliëntervaringsmeting). Het kwaliteitsrapport dat over 2018 geschreven is, is een eis van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Dit rapport is verbeterd ten opzichte van 2017, de adviezen n.a.v. een visitatie over dit rapport en andere verbetervoorstellen van externe partijen zijn hierin meegenomen, heeft de auditor gelezen in het rapport. Het kwaliteitsrapport is geschreven met onderwerpen volgens de drie bouwstenen van het kwaliteitskader VG. Duidelijk zichtbaar zijn de kleuren rood, oranje en groen die de vorderingen van bepaalde verbeteringen weergeven. Bij alle onderwerpen is aangegeven hoe hier met de PDCA-cyclus om wordt gegaan. Interne audits/controles en tevredenheidsonderzoek zijn gedaan en ingezien door de auditor. Voorbeelden van acties n.a.v. uitslagen uit deze onderzoeken zijn bv.: de wijziging van de Personeelsvertegenwoordiging, een andere indeling van personeel en het aannemen van een extra meewerkend coördinator op de dagbesteding. Inmiddels is Ipso Facto betrokken voor het cliëntervaringsonderzoek en is men erin geslaagd in twee jaar PREZO als kwaliteitssysteem te ontwikkelen/implementeren binnen de organisatie. Als voorbeeld werd genoemd door een medewerker dat de 'cliënt centraal' beter in beeld kwam door Het PREZO model en heeft de structuur van PREZO geholpen instructies te ordenen en beschrijven. Er is een zelfontworpen kwaliteitshandboek dat jaarlijks wordt bijgehouden. Om bovenstaande redenen wordt het volledig aantal punten toegekend.
006	Good Governance	30	30	20	20	100	ja	Taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht en directie/bestuurder zijn helder en duidelijk omschreven, statuten zijn aanwezig evenals verslaglegging van het overleg dat viermaal per jaar plaatsvindt tussen deze

								gremia. Jaarlijks wordt de directie/bestuurder door RVT beoordeeld en beoordeelt de RVT het eigen functioneren. In de jaargesprekken die de bestuurder met de medewerkers voert, komen vooral welzijnsaspecten van de medewerker aan de orde, waarbij werkdruk en psychische belastbaarheid onderdeel zijn. De RVT krijgt een globaal overzicht van de opmerkingen uit deze gesprekken om informatie te hebben over de werkvloer en het te voeren beleid waar dit van invloed kan zijn, zo is verteld door een leidinggevende en gepland in de actielijst 2019. De auditor geeft deze prestatie hiervoor het maximale aantal punten.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aandachtspunten uit de initiële audit

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/>)

Toelichting na tussentijdse audit

De organisatie heeft contact opgenomen met de VGN en de benodigde informatie verkregen en toegepast. Er zijn op diverse terreinen voorbeelden te zien van de toepassing van de bouwstenen zoals die genoemd zijn in het kwaliteitskader VG. Er is een mooi kwaliteitsrapport samengesteld, hierbij is tevens een vertaling beschikbaar voor de cliënten. Er is een extern bureau aangetrokken om intervisie toe te passen en te leren hoe men kan reflecteren op het werk en verbeteracties methodisch kan uitwerken. Op organisatieniveau is deze methode via een kwaliteitsplan weggezet en wordt er voor de diverse disciplines aangegeven welke verantwoordelijkheid of werkzaamheden er verricht zullen worden. Hierbij zijn cliënten, medewerkers, vrijwilligers, verwanten en bestuurder betrokken en ingezet.

Aandachtspunten uit de tussentijdse audit

Er zijn geen aandachtspunten aan het licht gekomen in de tussentijdse audit.

Toelichting na eindaudit

Aandachtspunten uit de eindaudit

Er zijn geen aandachtspunten aan de orde gekomen tijdens de eindaudit.

3. Conclusie

3.1 Conclusie

De Berkelhof is een mooie locatie midden in de natuur waar veel bezoekers komen en vrijwilligers de cliënten helpen de tuin te onderhouden en de dieren te verzorgen. Medewerkers ogen ontspannen en behulpzaam. De bewoners en deelnemers van de dagbesteding hebben op deze locatie een plek waar ze tot hun recht komen als mens en worden gewaardeerd en gestimuleerd in het nemen van initiatief. Eigen regie zoals we dat noemen is het belangrijkste wat voor De Berkelhof geldt. Een locatie waar iedereen zichzelf kan zijn en genieten van elkaar maar ook (nog) van elkaar kan leren, heeft de auditor tijdens de auditdag mogen horen en zien. De medewerkers zijn hierbij altijd bezig zich te verbeteren en op de hoogte te zijn van de eisen die de maatschappij ook aan hen stelt.

3.2 Keurmerk- en logogebruik

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

Tijdens de eindaudit is gebleken dat De Berkelhof het keurmerk en het logo wel gebruikt conform de vereisten vermeld in de algemene voorwaarden.

3.3 Registratieadvies

Om voor het PREZO GZ gouden keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zullen alle prestaties behaald moeten zijn. Om voor het PREZO GZ zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, zijn maximaal twee niet-behaalde prestaties geoorloofd, niet zijnde voorwaardelijke prestaties.

Tijdens de eindaudit zijn 7/7 van de voorwaardelijke prestaties behaald.

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

De auditor verklaart dat op basis van de genomen steekproef er met voldoende diepgang is getoetst. Derhalve adviseert de auditor de directeur/bestuurder van Perspekt om het PREZO GZ gouden keurmerk in de zorg van De Berkelhof te continueren.

Bijlage A Kerngegevens audit PREZO Gehandicaptenzorg

Peildatum			
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?		<11-06-2018>	
Organisatieonderdeel			
Naam organisatieonderdeel			
Naam organisatie		Stichting De Berkelhof	
Type, omvang en plaats/wijk organisatieonderdeel	☒ Hoofdlocatie ☐ Locatie ☐ Regio ☐ Team ☐ Anders, namelijk:	1 <aantal> <aantal> <aantal> <aantal>	Haarlo <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk> <plaats/wijk>
Bestuursstructuur			
Bestuursstructuur		Stichting	
Zorgbrede Governance Code		☒ Ja ☐ Nee ☐ N.v.t. ☐ Dispensatie Toelichting: Kleinschalig	
Scope		Aantal cliënten	
Individuele zorg (<i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i>)			
Ondersteuning en begeleiding (<i>Wmo, hulp bij het huishouden</i>)		4	
Verblijf (<i>Wlz</i>)		Differentiëren naar ZZP: 14	
Verblijf inclusief behandeling (<i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i>)		Differentiëren naar ZZP: nvt	
Dagbesteding (<i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i>)		21	
Revalidatie (<i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i>)			
Informele zorg			
Totaal aantal cliënten		Totaal: 39	
Specifieke kenmerken doelgroepen		Omschrijving: VG	
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening			
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?		☐ Ja ☒ Nee Toelichting:	
BOPZ-aanmerking			
BOPZ-aanmerking		☐ Ja ☒ Nee Toelichting:	
In zorg			
Aantal cliënten in zorg op peildatum		39	
Uit zorg			
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar		Overlijden: Ontslag / overig: 1	
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 ?

Samenwerkingsverbanden

Relevante samenwerkingsverbanden	Onderaannemerschap dagbesteding
Diensten die zijn uitbesteed	AVG

Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 31 FTE: 19,15
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: 1,75
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	Percentage: 2,7%
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 15 FTE: nvt

Dit formulier is ingevuld door:

Naam en functie	Susanne Kresse bestuurder
Datum	<11-06-2019>

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?² ☐ Ja ☒ Nee
Toelichting:

Producten en/of dienstverlening

Zijn er wijzigingen die van invloed zijn op de (deel)producten en diensten, het vervallen van (deel)producten/diensten of juist een aanvulling van (deel)producten/diensten?³ ☐ Ja ☒ Nee
Toelichting:

Personeel

Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd?⁴ ☐ Ja ☒ Nee
Toelichting:

Keurmerk- en logogebruik

Zijn er aanvullende afspraken met Perspekt over keurmerk- en logogebruik? ☐ Ja ☒ Nee
Toelichting:

Overige

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

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

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

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

Is er andere informatie voor de tussentijdse- of eindaudit van belang?

☐ Ja ☒ Nee

Toelichting:

Bijlage B Auditprogramma eindaudit

Auditprogramma eindaudit (ongepland) PREZO Gehandicaptenzorg

Naam organisatie: Stichting De Berkelhof
Naam organisatieonderdeel: De Berkelhof
Scope: Ondersteuning en begeleiding, Verblijf, Dagbesteding
Weeknummer: week 31, 29 juli 2019
Aantal auditoren: 1

Het auditprogramma bestaat uit enkele auditblokken met daarin een overzicht van het tijdstip, de te toetsen prestaties en de mogelijkheid namen van auditees en auditoren in te vullen. Het auditprogramma heeft een vaste structuur die, afhankelijk van het auditproject, voor uw organisatie door de auditcoördinator op maat gemaakt wordt. Mocht er vanuit de organisatie aanleiding zijn het auditprogramma te willen wijzigen dan kunt u daarvoor overleggen met de secretaris van het auditteam. In bijlage D in de handleiding PREZO GZ vindt u een uitgebreide toelichting op het auditprogramma.

De organisatie vult de kolom Auditee(s) in:

- Voor de auditblokken geldt dat de auditor(en) in de praktijk observaties doet, gesprekken met cliënten/medewerkers/ naasten houdt, afdelingen/algemene ruimtes/werkplekken/cliënten thuis bezoekt, en (optioneel) een (deel van het) MDO bijwoont. Daarnaast is de auditor belast met het inzien van registraties en instrumenten, zoals zorgdossiers, personeelsdossiers, klachtenregistraties en incidentenanalyses.
- Per auditblok is er tenminste één auditee die de auditor begeleidt naar de verschillende ruimtes en werkplekken.
- Voor de beoordeling van alle prestaties dienen per auditblok één of meer auditees beschikbaar te zijn.

Tijd ⁵	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor(en)
	Half uur tevoren telefonisch contact met afgesproken contactpersoon organisatie	Bestuurder	Dea Bobeldijk
30 min	Vorbereidingstijd organisatie Regelen van observaties en auditees Beschikking van registraties organiseren		
30 min	Observatie algemene ruimte ⁶ , waaronder:		Dea Bobeldijk

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

⁶ Indien van toepassing, anders vervalt dit blok

Tijd ⁵	Inhoud auditblok	Auditee(s)	Auditor(en)
	Logo- en keurmerkgebruik		
5 – 10 min	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Bestuurder	Dea Bobeldijk
30 min	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: C12 Cliëntveiligheid O02 Veiligheid	Medewerker dagbesteding Cliënten	Dea Bobeldijk
30 min	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: C10 Ondersteuningsplan C11 Informatie en communicatie Aandachtspunten vorige audit(s)	Medewerkers dagbesteding Cliënten Administratief medewerker	Dea Bobeldijk
30 min	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: O06 Good Governance O05 Kwaliteitssysteem Aandachtspunten vorige audit(s)	Medewerkers dagbesteding/wonen Cliënten	Dea Bobeldijk
30 min	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: O04 Medezeggenschap	Medewerkers dagbesteding/wonen Cliënten	Dea Bobeldijk
30 min	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Dea Bobeldijk
15 min	Eindgesprek/terugkoppeling registratieadvies		Dea Bobeldijk

Bijlage C Instrumentenoverzicht

Stichting De Berkelhof	Overz.Instr.
OO: De Berkelhof	

Instrumenten Algemeen

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

Organisatie: Auditor:
beschikbaar 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 Ondersteunende cliëntprestaties (Pijlers)

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

Organisatie: Auditor:
beschikbaar aangetroffen

C 10 Ondersteuningsplan

Afspraken m.b.t. ondersteuningsplan (inhoud en systematiek)	x	x
Ondersteuningsplannen in samenspraak en met instemming van cliënten: - actueel indicatiebesluit - 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)	x	x
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten: - inzage ondersteuningsplan - opstellen, evalueren en bijstellen OP - wettelijke vertegenwoordiging/mentorschap/curatele - wilsonbekwaamheid - inspraak en medezeggenschap	x	x
Ondertekende zorg- dienstverleningsovereenkomst/leveringsvoorwaarden waaronder: - informatie uitgangspunten van zorg en dienstverlening (visie, identiteit) - communicatie en overleg met cliënt - informatie ethische aangelegenheden - informatie veiligheid	x	x
Beschikbaarheid en afspraken eindverantwoordelijkheid (interne en/of externe) deskundige(n): - huisarts/psycholoog	x	x
Afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers) - afstemming/coördinatie inclusief evaluatie zorgverlening en diensten	x x	x
C 11 Informatie en communicatie		

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

- beschermende kleding (schorten, handschoenen e.d.) - 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
Instrumenten Medewerkerprestatie/organisatieprestaties		
Verplichte registraties en/of instrumenten ten tijde van de audit beschikbaar	Organisatie: beschikbaar	Auditor: aangetroffen
001-007 Organisatieprestaties		
Samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, ZH e.d.	x	x
Coördinatie en continuïteit van - zorg - beschikbaarheid van arts, verpleegkundige	x	x
Afspraken en opvolging m.b.t. veiligheid: - actueel calamiteitenplan/-oefening en evaluatie - periodieke veiligheidscontroles - BHV organisatie (scholing en aanwezigheid) - periodieke controle installaties/onderhouds- of keuringsrapport - periodiek controle van (hulp)middelen (o.a. tillift, rollator)/onderhouds- of keuringsrapport - infectiepreventie: o.a. NORO virus, MRSA en Legionella - Arbo en RI&E (o.a. fysieke en psychische belasting) - informatiebeveiliging (WBP) en ICT - incidentenregistratie en -opvolging	x	x
Strategie en beleid: - beleidsplan/kadernota - betrokkenheid medewerkers - overleg en communicatie	x	x

- sturingsgegevens - verslaglegging		
Afspraken en opvolging m.b.t. medezeggenschap: - cliëntenraad/klantenpanels - ondernemingsraad/medezeggenschapsraad	x	x
Beschikbaarheid (interne en/of externe) deskundige(n): - klachtenfunctionaris - klachtencommissie - vertrouwenspersoon	x	x
Kwaliteitssysteem/-cyclus: - uitkomsten tevredenheidsonderzoeken- indicatoren - beleid, opvolging en verslaglegging - (gezondheids)risico's - ZLP cyclus - registratie en opvolging klachten - registratie en opvolging incidenten - prestaties verantwoorde zorg en verantwoord ondernemerschap - verbeteren en borgen	x	x
Good Governance: - taken en bevoegdheden - statuten/vertegenwoordiging belangen cliënten - klokkenluidersregeling - verslaglegging gevoerde beleid Good Governance - evaluatiegesprekken RvT en RvB - functioneren RvB en RvT	x	x
Bedrijfsvoering zorgbeleid: - periodieke metingen en opvolging ervan (cliëntervaringsonderzoek) - vigerende indicatie besluiten - zorgovereenkomsten - archivering en bewaartermijnen - wachtlijstbeheer en overbruggingszorg - multidisciplinaire zorg - capaciteitsplanning	x	x
Bedrijfsvoering personeelsbeleid:	x	x

- loopbaanplanning/leeftijdsbewust personeelsbeleid - doelgroepenbeleid - verzuimbeleid: registraties, register beroepsziektes, re-integratie - functieprofielen - deskundigheidsbevordering - overlegstructuur - organisatiecultuur		
Bedrijfsvoering veilige gezonde werkomgeving: - onderzoeken waaronder MTO en RIE - afspraken psychische en fysieke belasting - beschikbaarheid til/transferhulpmiddelen - registratie en opvolging van agressieincidenten - afspraken introductie en inwerken - omgang met gevaarlijke en schadelijke stoffen - persoonlijke beschermingsmiddelen/naaldencontainers - systeem FG/exit-interview en onderzoeken van trends - klachtenregistratie- en opvolging van medewerkers - MIM incidenten registratie en opvolging/melding beroepsongevallen/register	x	x
Financiële bedrijfsvoering: - gezonde exploitatie/-positief/neutraal exploitatie resultaat (jaarrekening) - begroting/financiële kaders/(interne) budgettering - leverancierseisen, samenwerkingsovereenkomsten en evaluatie - inkoopbeleid- voorraadbeheer - periodieke financiële sturingsinformatie - AO-IC controles - Accountantsverklaring/-beoordeling	x	x
Huisvesting: - lange termijn huisvestingsplan - onderhoud gebouw(en) - duurzame investeringen	x	x

Aanvullende instrumenten tijdens auditdag:

- Inzage in ECD
- Inzage in cliëntervaringsonderzoek
- Inzage in medewerkertevredenheidsonderzoek
- Actielijst Stichting de Berkelhof
- Medicatie aftekenlijsten