



Alerimus

- Hcertificatie d.d. 15, 16 en 17 maart 2016

Kiwa N.V.
Stationspark 45
4462 DZ Goes
Telefoonnummer: + 31 113 25 34 34
Fax: +31 113 25 36 22
Internet: www.1kiwa.nl

© Kiwa
Versie juli 2015

Auditrapport

Organisatie

Naam : Alerimus
Contactpersoon : Dhr. A. Hahn
E-mail : ahahn@alerimus.nl
Vestigingsadres : Numansdorp
Telefoon : 0186-659 659

Aantal vestigingen : 2 Aantal : 3149,5 fte
Medewerkers/ mdw. 24,5 fte
Fte vrijw./ 367
evt. aantal mdw. 259
vrijwilligers vrijw./4 zzp

Onderzoek

Soort onderzoek : Hercertificatie
Onderdeel : Implementatie
Datum onderzoek : 15, 16 en 17 maart 2016
Datum rapport, versie : 4 april 2016, versie 1

Auditteam

Lead Auditor : Mw. M.C.M. (Marja) Post
Auditor(en) : Mw. L. (Loes) Hoekstra
Vakdeskundige(n) : Mw. M.C.M. (Marja) Post
Mw. L. (Loes) Hoekstra

Certificatie-eisen

Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Systeemcertificatie: 2014.

Norm(en):	Toepassingsgebied(en):	Scope / Nace	Certificaatnr. en aflooptdatum
HKZ VV&T 2010, Algemeen organisatiedeel versie 2009	a). het leveren van woonvoorzieningen, zorg- en dienstverlening t.b.v. senioren. b). het leveren van woonvoorziening en verpleeghuiszorg t.b.v. somatische en psychogeriatrische clienten. c). het leveren van extramurale verzorgingshuiszorg aan extern wonende clienten. d). het leveren van extramurale hulp bij het huishouden aan extern wonende clienten.	38	K 43778/ 03 15-04-2016

Evt. bijzonderheden: in de calculatie is 10% opgenomen voor onderhoud en beheer van een externe adviseur. Dat is niet meer van toepassing. De leadauditor zal sales Kiwa vragen wat dit voor effect zal hebben op de audittijd in SA1 en SA2 audits. De bestuurder zal daarover geïnformeerd worden.

21 maart 2016: calculatie is aangepast, heeft geen effect op de audittijd in SA1 En SA2, geplande audittijd blijft gehandhaafd.

Afgesproken is dat beide auditoren de organisatie zullen bezoeken bij de SA1 en SA2 audits. Audit datum SA1 moet nog worden vastgesteld met de klant.

Samenvatting

Auditteam	: De aard van het bedrijf geeft geen aanleiding om het auditteam te wijzigen	C/NC
Normuitsluitingen	: Normuitsluitingen zijn voldoende onderbouwd.	C

Auditplan	: Het auditplan is ter afstemming per e- mail naar de klant verzonden en door de klant akkoord bevonden. Het auditplan in dit rapport is aangepast aan de daadwerkelijk uitgevoerde audit	C
Handboek, procedures	: De systeemdokumentatie is vastgelegd in het handboek versie 15 maart 2016. Indien van toepassing: handboek is aangepast naar de nieuwe norm.	C
Acties uit vorige audit	: Corrigerende maatregelen n.a.v. de vorige audit zijn effectief doorgevoerd.	C
Multi Site Toetsing	: Organisatie voldoet aan Multi Site voorwaarden De klant is er (in verband met het multisiteprincipe) op gewezen dat op een vestiging geconstateerde tekortkomingen consequenties hebben voor het gehele certificaat, incl. alle vestigingen. Bij de oplossing van geconstateerde tekortkomingen dienen alle relevante vestigingen in ogenschouw genomen te worden.	C
Certificatieovereenkomst	: De huidige certificatieovereenkomst is actueel voor wat betreft de uitgangspunten. (data, logogebruik, reikwijdte/scope, aantal medewerkers, Fte totaal en per kritisch proces, vermelding vestigingen zijn gecontroleerd) De auditresultaten (van de afgelopen 3 jaar) geven (bij herevaluatie) geen aanleiding tot aanpassing van de uitgangspunten.	C
Uitvoering Fase 1 bij Herevaluatie	: De resultaten uit de voorgaande audits, de beperkte wijzigingen in de organisatie, het managementsysteem en de van toepassing zijnde regelgeving geven geen aanleiding tot het (bij de herevaluatie) opnieuw uitvoeren van een Fase 1 onderzoek.	C
Beoordeling fase 1	: Op grond van bovenstaande heeft er geen vooronderzoek (fase 1) bij het bedrijf plaatsgevonden (zie auditplanning). De resultaten zijn verwerkt in de auditmatrix. Na afloop van het vooronderzoek (fase1) zijn er aandachtsgebieden aan het bedrijf gerapporteerd waarbij is aangegeven dat deze gedurende fase 2 tot tekortkomingen kunnen leiden. Fase 1 is op de volgende facetten positief beoordeeld: <ul style="list-style-type: none"> - Bepaling audit doelstelling - Reikwijdte in relatie tot wet- en regelgeving - Reikwijdte in relatie tot kwalificatie auditteam - Verificatie bij personeel fase 2 audit - Prestaties KMS - Het hebben van een directiebeoordeling en Interne audits conform de eisen uit het certificatie schema - Het beschreven hebben van de 6 verplichte procedures - Toewijzing middelen fase 2 - Verificatie gegevens klant in relatie tot calculatie gegevens - Toepassingsgebied in relatie tot norm 	NVT
Effectiviteit systeem	: Het systeem functioneert effectief (beleid, doelstellingen, review en acties).	C
Logo's / pictogrammen	: Het gebruik van logo's, pictogrammen, certificaat conform het reglement.	C
Klachten	: De klachtenprocedure functioneert effectief.	C
Interne audits	: De interne audits dragen effectief bij aan het systeem.	C
Adviseur	: Het bedrijf wordt t.a.v. het beheer / onderhoud van hun zorgsysteem extern geadviseerd door: n.v.t.	NVT

Bevindingen (definitie)

<u>C - Conform</u>	: Voldoet aan de normen. Eventueel kunnen er verbeteraspecten ter informatie worden gerapporteerd. Deze aspecten verdienen nadere aandacht of kunnen in het systeem nog verder doorontwikkeld worden.
<u>T - Tekortkoming</u> (n.v.t. bij VCA)	: Na afloop van de audit is een tekortkoming geconstateerd (en als zodanig geaccepteerd). Het managementsysteem voldoet op aspecten niet aan de certificatie-eis. Er is objectief bewijs van een situatie, waarbij op termijn moet worden getwijfeld of het zorgsysteem van de organisatie de beoogde output levert. Dit is belemmerend voor toekenning of behoud van het certificaat. De geplande corrigerende maatregelen moeten beoordeeld zijn alvorens het auditteam een certificatieadvies kan uitbrengen
<u>KT - Kritische tekortkoming</u>	: Na afloop van de audit is geen kritische tekortkoming geconstateerd (en als zodanig geaccepteerd).

Het managementsysteem voldoet niet aan de certificatie-eis.
Er is objectief bewijs van een situatie, dat het zorgsysteem van de organisatie niet voldoet aan de norm en/of niet de beoogde output levert. Dit is belemmerend voor toekenning of behoud van het certificaat. Voor de afhandeling van de kritische tekortkoming is doorgaans een extra audit noodzakelijk alvorens het auditteam een certificatieadvies kan uitbrengen.

Vervolgafspraken

Het bedrijf presenteert corrigerende maatregelen aan Kiwa vóór 2 april 2016.
Kiwa beoordeelt de maatregelen n.a.v. kritische tekortkoming(en) tijdens een extra audit op nv.
Kiwa beoordeelt de maatregelen n.a.v. tekortkoming tijdens de volgende audit op nv.

Beoordeling corrigerende maatregelen

Beoordelingsresultaat : Overgang vooronderzoek (fase 1) naar implementatieonderzoek (fase 2):
N.a.v. heraudit Er is geen overgang van fase 1 naar fase 2 van toepassing.

De beoordeling van de corrigerende maatregelen is opgenomen in de rapportbladen.
Er zijn voldoende corrigerende maatregelen getroffen.
Bij onvoldoende: zie motivatie in rapportage

Eventuele toelichting:

.....

Certificatieadvies

Bij hercertificatie bezoek:
Het auditteam adviseert Kiwa tot hercertificatie van het certificaat.
Zonder tegenbericht binnen 4 weken, is dit certificatieadvies ongewijzigd overgenomen als certificatiebeslissing.

Eventuele toelichting:

Leadauditor Kiwa
Naam : Mw. M.C.M.Post

Datum : 4 april 2016
Handtekening:



Review en certificatiebeslissing Kiwa
Akkoord met certificatieadvies:

Naam : Anne van Diemen -
Vereijken
Datum : 06-04-2016
Handtekening:



Dit rapport heeft de volgende bijlagen:

- Auditrapport
- Rapportbladen
- Auditplan
- Auditprogramma
- Indien van Toepassing: Plan(-nen) van Aanpak
- Actuele gegevens klant en planning te auditten onderwerpen

1 Indrukken en bevindingen

1.1 Algemene indruk

Past Performance Review: In het kader van de hercertificering is een past performance review uitgevoerd. Hierbij is door de lead auditor en het auditteam gekeken naar de prestatie van het kwaliteitsmanagementsysteem over de afgelopen periode. Op basis van deze review heeft de lead auditor het volgende geconcludeerd: naar aanleiding van voorgaande audits zijn vervolgacties en verbeteracties uitgezet. Na analyse zijn diverse procedures en documenten aangepast en wijzigingen geïmplementeerd. Hiermee bewijst Alerimus dat het kwaliteitsmanagementsysteem een solide systeem is en werkt voor de organisatie. Onderwerpen m.b.t. de auditdoelstellingen opgemerkt tijdens de initiële audit zijn geverifieerd en opgenomen in de rapportage.

Er zijn in de organisatie geen wijzigingen die invloed hebben op auditdoelstelling, auditprogramma, audittijdbesteding of toepassingsgebied. Dit is in het openingsgesprek geverifieerd.

1.2 Bevindingen per rubriek

1.2.1 Rubriek 1: PLAN

- Een risico-inventarisatie is uitgevoerd op de processen via een vastgestelde methode en frequentie en preventieve maatregelen zijn geregistreerd en opgevolgd. Een voorbeeld is de opslag van opiaten;
- Werkafspraken zijn gemaakt en worden geëvalueerd in met name het MT overleg en via de interne auditsystematiek:
 - wachtlijstbeheer
 - interne en externe zorgcoördinatie
 - voorschrijven, uitgeven en gebruik van geneesmiddelen evenals opslag en distributie
 - vervoer
 - ethische dilemma's
 - overlijden cliënt en laatste zorg
 - sleutelbeheer
 - mondzorg
 - palliatieve zorg
 - vroeg signalering
- Werkwijzen zijn vastgesteld voor de volgende wet- en regelgeving:
 - het recht op informatie, inzage in dossier, bescherming van privacy, overdracht van gegevens, zorgvuldige omgang en verwijdering van gegevens, informatiebeveiliging
 - Vrijheidsbeperkende maatregelen
 - klachten procedure en het hebben van een vertrouwenspersoon
 - medezeggenschap
 - hygiënerichtlijnen
- Het delegeren van voorbehouden handelingen gebeurt via een schriftelijke overdracht en protocollen;
- Procedure Veilig melden is vastgesteld;
- Er is een gegevensbestand m.b.t. incidenten en trends worden geanalyseerd;
- Dit leidt tot verbeteringen in de kwaliteit van zorg bijvoorbeeld;

Sterke punten:

- Het sleutelbeleid draagt bij aan de veiligheid in bredere zin. Niet allen kunnen onbevoegden ruimtes niet betreden. Ook is het mogelijk om patronen te destilleren uit het aantal keren dat onbevoegden een bepaalde ruimte proberen binnen te gaan.

Aandachtspunten:

- Op de Open Waard wordt een start gemaakt met decentraal koken op de huiskamers. De koks zullen dit o.a. begeleiden. Er is vooraf geen PRI gemaakt. Er is voor gekozen om dit verder in het proces te doen. Hier laat de organisatie mogelijk een kans liggen. In zijn algemeenheid is de keuze voor de PRI's op relevantie nog niet sterk onderbouwd;
- Fona meldingen geeft binnen het systeem ook de mogelijkheid om "niet pluis" gevoel te melden. Deze optie kan niet gebruikt worden/werkt niet. Er is daardoor ook nog geen melding geregistreerd en een mogelijke dialoog nog onvoldoende op gang gekomen.

Conclusie: Het kwaliteitssysteem is conform de norm ingericht en uitgevoerd met betrekking tot deze rubriek.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
PRI	Programma PRI 2016 Opvolging PRI 2015 en effectmeting m.b.t. maaltijdvoorziening PRI opiaten en opvolging
	Plan van aanpak Uitvoering PRI 2016, maaltijdverzorging- kookproces huiskamers, zorgmaatjes, alarmering & opvolging, bezorgen van administratieve taken bij uitbrengmaaltijden, februari 2016
	Map PRI ingezien
Fona	Fona kwartaal 4 2015 Buitensluis VPA, Intramuraal en Thuiszorg
	Fona kwartaal 4, 2015 Open Waard Intramuraal en Thuiszorg
	Jaarverslag Fona commissie 2015

1.2.2 Rubriek 2: DO

- Informatievoorziening aan cliënt en betrokkenen vindt plaats via website en informatiefolders en tijdens het evt. opname gesprek op het gebied van:
 - mens en zorgvisie van de organisatie
 - zorg en dienstverleningsaanbod
 - eigen bijdragen
 - bereikbaarheid
 - zorgleefplan en zorgovereenkomst
 - contactpersoon
 - privacy
 - klachten procedure
 - medezeggenschap
- Cliënten hebben geldige indicaties waarop het zorgaanbod is afgestemd in overleg met de cliënt;
- Voor de thuiszorg plant het team zelf in Aysist;
- Zorgovereenkomsten zijn ondertekend door de cliënt, evenals het zorgplan;
- De methode voor het uitvoeren van de risico-inventarisatie is bepaald;
- Risico-inventarisaties op cliënt niveau zijn uitgevoerd. Relaties met het zorgplan worden gelegd daar waar relevant;
- Het zorgplan is opgesteld volgens de 4 domeinen of de Nanda systematiek (thuiszorg). Doelen zijn voldoende SMART opgesteld en worden geëvalueerd;
- Medicatie aftekenlijsten zijn aanwezig en correct gebruikt/afgetekend (incl. dubbelcheck voor risicovolle medicatie);
- Mantelzorg wordt waar gewenst betrokken bij de zorgverlening;
- Coördinatie van zorg vindt plaats tijdens overdracht momenten, cliëntbesprekingen en MDO's. Ook vindt er zo nodig tussentijds overleg plaats;
- Op de dagverzorging wordt de thuiszorg ingeschakeld als er zorg geboden moet worden (b.v. versterken van medicatie);
- Tijdens de evaluatie van zorg is aandacht voor de status van de gestelde doelen en de ervaringen van cliënten over het proces, de bejegening en de inhoud van de zorg inclusief de keten. Afwijkingen en tekorten worden geregistreerd en teruggekoppeld naar de cliënt, waarna het zorgplan bijgesteld wordt;
- De organisatie heeft een gegevensbestand van de resultaten van de individuele cliëntevaluaties;

Sterke punten:

- Een mooi voorbeeld van contact leggen met externe partijen in belang van de cliënt is de fotograaf en een ambtenaar die de locatie bezoeken opdat cliënten/bewoners hun ID of paspoort kunnen regelen;
- De notulen van de BOPZ commissie laten zien dat voor alle aspecten van het hele proces aandacht is. Daarnaast geeft een trendanalyse aan dat het gebruik van M&M in de loop der jaren sterk afgenomen is;

- Medewerkers krijgen verschillende trainingen aangeboden om hun kennis op te frissen en te vergroten zoals agressietraining, training dementie/delir/depressie en de Meldcode huiselijk geweld & ouderenmishandeling;
- De risicosignalering wordt uitgevoerd. Geconstateerde risico's leiden niet automatisch tot doelen, maar worden ten minste opgenomen/ genoemd binnen de domeinen. Dit is meerdere keren gezien tijdens de audit. Met deze werkwijze wordt een sterk appel gedaan op de professionaliteit van medewerkers en hun taakvolwassenheid. In de rapportages valt waar te nemen dat mogelijke risico's, ook zonder dat zij belegt zijn in doelen, wel degelijk op het netvlies van de verzorgende staan en gemonitord worden. De werkwijze leidt tot een efficiënte werkwijze en beheersing van cliëntrisico's;
- In de thuiszorg monitort de zorgcoördinator de kwaliteit van zorg onder meer door rapportages etc. steekproefsgewijs te monitoren. Ook is er een klimaat waarbij thuiszorgmedewerkers makkelijk melden/ advies vragen aan de zorgcoördinator. Overwogen kan worden om dit vast te leggen in een sturingsfilosofie om sterke punten in het monitoren van dagelijkse werkprocessen te borgen;
- De dagverzorging maakt gebruik van een eigen taxi bus en eigen vrijwillige chauffeurs. Ook is het mogelijk dat een medewerker van de dagverzorging mee gaat om de cliënt op te halen van huis, als de drempel te hoog is de eerste keren;
- De dagverzorging heeft ideeën om aan te haken bij de ambities van Alerimus vanuit het perspectief van de cliënt zoals open gaan in de weekenden. Cliënten geven aan erg op te zien tegen weekenden vanwege de eenzaamheid die zij dan ervaren;
- De geestelijk verzorger draagt, samen met de identiteitscommissie, op eigen wijze bij aan welzijn, vanuit de nieuwe koers van de organisatie. Opvallend is de ondernemersgeest bij het verbinden van wensen van Alerimus, in welke vorm dan ook, aan middelen die maatschappelijk betrokken partijen in de gemeenschap kunnen leveren. In de herdenkingsdienst staan niet alleen overleden cliënten en bewoners centraal maar ook dierbaren die medewerkers hebben verloren het afgelopen jaar;
- Alerimus heeft de Palliatieve Zorg uitgewerkt. Er zijn consulenten aangesteld en er is een palliatieve mand aanwezig met radio etc.;
- Ook kent de organisatie de mogelijkheid om tijdens de laatste levensdagen, op verzoek van bewoner en/of familie, het aantal medewerkers /verschillende gezichten te beperken. Dat wordt aangegeven met een bloem op de deur;
- Hoewel de uitvoerende processen van de cliëntenadministratie geborgd zijn op het gebied van continuïteit, ligt de kennis op strategisch en procesniveau op dit moment nog bij 1 persoon. De strategische plannen, het nieuwe procesontwerp en de wijze waarop contacten met externe partijen onderhouden worden (gemeenten, zorgverzekeraar en con-collega's), alsmede de wijze waarop risico's beheerst worden zijn indrukwekkend;
- Op de bewonerskamers (PG Verpleegafdeling) is bewust niet gekozen voor handalcohol in verband met de veiligheid van bewoners. Medewerkers kunnen handalcohol op b.v. kantoor gebruiken. Handen wassen blijft wel verplicht op de kamers en tussen cliëntcontacten;
- Betrokkenheid van de mantelzorg en zorgmaatje bij de cliëntenzorg. Mantelzorg belasting wordt geïnventariseerd en waar mogelijk ondersteund door organisaties in te zetten die daar voor beschikbaar zijn;
- Huisbezoek vanuit de coördinator Hulp bij het huishouden om vanuit de beschikking van de gemeente afspraken te maken bij de cliënt en zijn mantelzorg. Door te zien hoe de thuissituatie georganiseerd is kan er nog meer aangesloten worden om op maat zorg te bieden. Verantwoorde zorg blijkt mede uit het feit dat er nadrukkelijk aandacht is voor het niveau van horen en zien van de cliënt.
- Een ECD (methodiek ondersteunt het cliënt proces en perspectief), waarin alle vormen van zorg in geregistreerd kan worden, een ZLP en aandacht voor de vernieuwing in de zorg (classificatiesysteem, mantelzorg belasting, ZRM).
- Medicatie is een geborgd proces, op een aandachtspunt na.

Aandachtspunten:

- In het verzorgingshuis is een scheiding gemaakt tussen de anamnese conform de domeinen die keurig ondertekend waren en de doelen uit het zorgplan in het ECD, die niet ondertekend waren. Deze oplossing was bedacht om de cliënt te ontlasten. Deze moet steeds ondertekenen als de doelen veranderen. Het informed consent is op deze wijze niet geheel correct uitgevoerd. De organisatie is momenteel bezig met het vormgeven van het nieuwe ECD en dit soort aspecten zullen daarbij meegenomen worden; Om die reden is er geen afwijking gegeven, maar zal het meegenomen worden als auditlead in het volgende controlebezoek;
- In de zorgovereenkomst is nog niet opgenomen hoe er wordt omgegaan met het verstrekken van informatie aan derden zoals bij de vroeg signalering bij huiselijk geweld & ouderenmishandeling;
- Cliënten komen op de dagverzorging om eenzaamheid tegen te gaan, (gebruik van een mogelijk instrument ecogram is besproken) de thuissituatie te ontlasten of structuur te houden in hun dagritme. Deze doelen komen niet terug in het zorgleefplan. De toegevoegde waarde van de dagverzorging wordt zo ook niet duidelijk;
- Medewerkers van de dagverzorging kunnen niet vanuit hun eigen ruimte bij het ECD, maar moeten naar een flex plek. Rapportage vindt plaats op naam van de medewerker en niet op functie;

- De registratie van de opiaten in het verpleeghuis vindt via een drie dubbele registratie plaats, de auditor heeft vast kunnen stellen dat dit foutgevoeligheid in de hand werkt.

Tekortkoming normeisen 2.5/ 2.6.2: De organisatie inventariseert voor iedere individuele cliënt de risico's voor de uitvoering van de zorg- en/of dienstverlening en stelt deze vast.

Binnen Alerimus worden nog onvoldoende overeengekomen smart doelstellingen geformuleerd (gewenste resultaat). De frequentie van evaluatie bij de thuiszorg voldoet niet aan het Normenkader Verantwoorde Zorg VV&T.

Bevinding bij hercertificatie: De frequentie van de evaluatie van zorgplannen wordt aantoonbaar uitgevoerd volgens de normeisen. Risico signalering en smart doelstellingen zijn eveneens waargenomen tijdens de audit. Het auditteam heeft voldoende corrigerende maatregelen aangetroffen om de tekortkoming op te heffen.

Conclusie: Het kwaliteitssysteem is conform de norm ingericht en uitgevoerd met betrekking tot deze rubriek.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Wachlijstbeheer	WI plaatsingscommissie Wachlijst (datum inschrijven etc. wordt geregistreerd)
Opname	PR aanmelding nieuwe cliënt intramuraal Mutatieformulier aanmelding nieuwe cliënt Diverse registraties
Informatie	Informatiemap Open Waard (verhuis map) Informatiemap Hulp bij het huishouden Paasviering Buitensluis 2015 Herdenkingsbijeenkomst Digitale nieuwskrant Veel folders en brochures voor de cliënten
Sleutelbeheer	Tag systeem tijdens rondgang
Verhuizing	Informatiemap open waard
Nestor pakket	DigiDos > Nanda en Omaha
Planning zorg	Verschillende looproutes verzorgingshuis Werkplanning
Welzijn	Jaarverslag activiteitencommissie2015
M&M	Notulen BOPZ commissie 23-11-2015 met overzicht en evaluatie M&M, aandacht voor evaluatie van werkinstructies en protocollen, aandacht voor onderhoud M&M middelen, bespreking nieuwe wet Zorg en Dwang
Dagverzorging	Maand en week programma 2016 (wordt gebruikt als richtlijn en afgestemd op de behoeften van cliënten op dat moment)
Coördinatie van zorg/overdracht	Map bijzonderheden Meerzorg Overdracht nachtdienst verzorgingshuis
Hygiëne	Schoonmaakregistraties 2016 van zorgmaterialen zoals de bad brancards, medicijnkarren, tilliften en banden (verpleeghuis) WI Handwassen/desinfectie WI MRSA met desinfectie richtlijn WI Barrière verpleging
Plan van aanpak tekortkomingen	Uitwerking plannen van aanpak T's
Clientdossiers Buitensluis met vooraf toestemming. Zorgdossiers zijn getoetst op aanwezigheid (indien relevant):	Thuiszorg: Mw. B, Mw. H., Dhr. B. Dagverzorging: Mw. T., Mw. A Meerzorg: Mw. V., Mw. B. Verzorging: Mw. G., Mw. S. Verpleeghuis zorg: Mw. J., Mw. H., mw. B.,
<ul style="list-style-type: none"> • Ondertekende zorgovereenkomst • Indicatie /intake • Reanimatieregistratie • Risicowijzer en samenhang met zorgplan • Arbochecklist • Medicatieoverzicht • Medicatie aftekenlijst met dubbelcheck 	

<ul style="list-style-type: none"> • Zorgleefplan (ondertekend) a.d.h.v. 4 domeinen/Nanda en SMART doelen • Afsprakenkaart • Medisch beleid evt. • Rapportage in lijn met zorgdoelen • Evaluatie zorg/MDO verslag • Uitvoeringsverzoek • Registratie en evaluatie van M&M <p>Medicatieklapper verpleeghuis</p>	
<p>Clientdossiers Open waard met vooraf toestemming. Zorgdossiers zijn getoetst op aanwezigheid (indien relevant):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ondertekende zorgovereenkomst • Indicatie /intake • Reanimatieregistratie • Risicowijzer en samenhang met zorgplan • Arbochecklist • Medicatieoverzicht • Medicatie aftekenlijst met dubbelcheck • Zorgleefplan (ondertekend) a.d.h.v. de 4 domeinen en SMART doelen • Afsprakenkaart • Medisch beleid evt. • Rapportage in lijn met zorgdoelen • Evaluatie zorg/ MDO verslag • Uitvoeringsverzoek <p>Medicatieklapper verzorgingshuis</p>	<p>Verzorgingshuis ZZP / KDO plaatsen Zorgmaatjes voeren gesprekken in nauwe samenwerking met cliënt en mantelzorger.</p> <p>Mw. app. 2.08 T Mw. app. 20.2</p>
<p>Clientdossiers Wijkverpleging Open waard met vooraf toestemming</p>	<p>Client 2015077010 Client 2016067006</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overdracht in de toekomst • Toedienlijst • Zorgplan • Overeenkomst • Bijzonderhedenkaart cliënt thuiszorg • Personalialia • Non reanimatie gele sticker <p>Indiceren > vertalen in ZLP, gebruik van score op kennis / gedrag en signaal.</p>
<p>Cliënten Dagbesteding dossiers client met vooraf toestemming Open Waard</p>	<p>Client 2010097003 <i>geen indicatie aanwezig</i> Client 2010077008 Client 2012047005 Client 2014067015</p>
<p>Cliënten hulp bij het Huishouden met vooraf toestemming.</p>	<p>Bezuinigingen, langer thuis zijn 2015 > cliënten bezocht mantelzorgers, Afsprakenkaart, wie doet wat Korte lijnen > HO+ begeleiding (extra instap), VPT (integraal zorg en huishouding, alarmering) Thema vergaderingen: dementie, slechthorend/slechtziend/ ergonomie</p> <p>Huisbezoek > map met info ></p> <p>Client mw. C. Afsprakenkaart, inzet mdw. en mantelzorger, evaluatie (1x per jaar), evaluatie bij verandering medewerker,</p> <p>Client huisbezoek, 8 weken, 1 jaar (telefonisch). Tevredenheid bij de werkzaamheden, aandacht persoonlijk geeft, korte lijnen, mdw. persoonlijk kennen.</p>

1.2.3 Rubriek 3: CHECK en ACT (meten, analyseren en verbeteren)

Sterke punten:

- Indicatoren en procesuitkomsten zijn vastgesteld en resultaten zijn vastgelegd;
- Evaluatie van alle producten vinden plaats en de uitkomsten zijn allemaal boven de prestatienorm van de organisatie. In veel gevallen zijn het hogere scores dan het landelijke gemiddeld;
- De organisatie voert ook naast de landelijke CQ eigen tevredenheidsmetingen uit, o.a. op einde zorg, ook daar is de tevredenheid hoog;
- Cliëntenraad is actief betrokken bij het participatieproces op strategisch niveau. Participeren in de werkgroep (her) huisvesting en nieuwbouw. De cliëntenraad heeft daarvoor een specialist in huis gehaald om op een proactieve wijze te kunnen adviseren. Cliënten krijgen een keuze in de inrichting van de (her) huisvesting, keuze op verlichting, gordijnen, lampen, koelkasten kasten e.d.;
- De cliëntenraad is gevormd vanuit de 2 locaties en wordt gefaciliteerd door de organisatie om taken naar behoren uit te voeren. Naar behoefte worden sprekers uitgenodigd of wordt advies ingewonnen bij het LOC. Advies vanuit de cliëntenraad wordt opgevolgd door de bestuurder/ MT. De cliëntenraad neemt deel aan familieavonden en bezoekt nieuwe cliënten. De cliëntenraden zijn zeer tevreden over de nieuwe koers en herkent in de besluiten dat er meer vanuit het perspectief van de cliënt gekeken wordt. Als voorbeeld is genoemd dat de rouwdienst weer in de grote zaal gehouden mag worden, mits dit mogelijk is. Verder wordt ook herkend dat Alerimus duidelijker haar plaats in de regionale/maatschappelijke omgeving inneemt door b.v. het betrekken van cliënten met een verstandelijke beperking bij activiteiten waar dit kan en waar het een toegevoegde waarde heeft voor bewoners;
- Cliëntenraad en bestuurder overleggen met elkaar zoals dat bedoeld is in de wet CR, is een geborgd proces;
- Cliëntenraden Open Waard en Buitensluis zijn in overleg tot het vormen van een CR Alerimus breed.
- Analyses zijn uitgevoerd naar aanleiding van de volgende metingen:
 - procesuitkomsten
 - individuele cliëntevaluaties
 - ervaringen van cliënten
 - gemelde afwijkingen en calamiteiten
 - klachten
 - risico-inventarisatie
- Relevante verbetermaatregelen zijn opgesteld bijvoorbeeld:
- Effectiviteit van verbetermaatregelen wordt gemonitord, beoordeeld en zijn input voor de directiebeoordeling.

Aandachtspunten:

- Genereer rapportage uit het ECD waarop vanuit cliëntperspectief gestuurd kan worden en vanuit vastgestelde KPI's geanalyseerd kan worden.

Conclusie: Het kwaliteitssysteem is conform de norm ingericht en uitgevoerd met betrekking tot deze rubriek.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Clientevaluaties	Uitslagen na overlijden (nabestaanden) en vertrek van cliënt , intra- en extramuraal,
Klanttevredenheid voeding	Enquête uitbrengmaaltijden Open Waard/Buitensluis 2015(met cijfers rond de 8.0 ook in 2014)
Klanttevredenheid zorg	Evaluatie gestopte en nabestaanden cliënten EVZ 2e halfjaar 2015 met gemiddeld een 8.8 voor Buitensluis en gemiddeld een 8.7 voor open Waard Halfjaarlijkse trendanalyses cliëntonderzoek in eigen beheer Q1, Q2, Q3, Q4 2015
	KDO evaluaties verschuiving van doelgroep > terminaal
	Rapportage CQI ervaringen cliënten en contactpersonen van alle producten april 2015 Samenvatting cliënten CQI meting 2015
	Verbeterplannen CQI en voortgang
Cliëntenraad	Notulen gezamenlijk overleg 17-09-2015 Notulen CR Buitensluis 14-12-2015 en 08-02-2016

Clëntenraad	3 jaar CR, 4 leden. Formele zaken, herhuisvesting, nieuwbouw personeel en eten zijn er niet, verwennerij serieus nemen, zelf laten kiezen zorgmaatje en doel
Analyses en opvolging	Directiebeoordeling 2015
Nazorg	Herdenkingsbijeenkomst, nazorg boekje

1.2.4 Rubriek 4: Beleid (Leiderschap, Strategie, Beleid en middelen)

Beleidsplannen:

- Klanten zijn benoemd waaronder cliënten en ketenpartners;
- Eisen van klanten zijn bepaald en komen tot uiting in beleid met als doel klanttevredenheid te verhogen. Dit is vastgesteld bij diverse diensten en afdelingen;
- Beleid is vastgesteld met missie/visie, veiligheidsbeleid en visie van de organisatie op de positie in de keten. Binnen de nieuwe koers wordt niet langer uitgegaan van een centrale planning van beleid, wel van een centrale regie. Dit geeft automatisch meer ruimte voor de professional die als taakvolwassen medewerker beschouwd wordt. De cliënt is het startpunt voor de zorg en niet langer de werkprocessen. Na de implementatie van het ECD zullen werkprocessen, via werkgroepen en projectplannen verder vorm krijgen. Het maatjessysteem borgt dat de dialoog met de cliënt optimaal verloopt. Tegelijkertijd krijgt het 2e deel van de ambitie vorm door te investeren in het leggen van verbindingen met de maatschappelijke omgeving van Alerimus. Uit de gesprekken met de auditees bleek dat bijna elke medewerker duidelijk voor ogen heeft wat dit betekent voor zijn of haar functie en werkzaamheden. Medewerkers staan achter de nieuwe koers en denken mee over hoe zij hier vorm aan kunnen geven;
- Beleid van afdelingen is gerelateerd aan overstijgend beleid. Zo is in de Nota Facilitair het volgende kader geschetst: Alerimus straalt uit dat beleving het belangrijkste is. Producten en diensten waarvoor sluit maximaal aan op behoeften van cliënt en samenleving, met focus op duurzaamheid en doelmatigheid. Belangrijkste ontwikkelpunten zijn o.a. :
 - ontwikkelen van zelfbereide maaltijden;
 - samen zoeken met partners naar oplossingen op het gebied van vervoer, en uitleen van materialen om maximaal te kunnen inspelen op de agenda van de cliënt;
 - ondersteunende diensten zijn dienend voor de realisatie van een zinvolle dag, prettig wonen en goede zorg met eigen regie

Dit kader zal via projectplannen etc. verder vorm gegeven worden.

In deze fase van ontwikkeling is nog niet duidelijk wat de bijdrage van (para)medici zal zijn aan het realiseren van de nieuwe strategische koers van Alerimus. Het takenpakket van de SOG is niet veranderd.

Status KMS (Status qua beheersing en verbeteringen):

- De directie zorgt voor een gedragen en functionerend kwaliteitsmanagementsysteem;
- Er is aandacht voor veiligheid en veiligheidscultuur bijvoorbeeld;
- Als de organisatie veranderingen invoert die invloed hebben op de werking van het systeem, blijft de werking en samenhang van het systeem behouden. Dit is af te leiden uit de projecten die momenteel ingezet worden;
- Het kwaliteitssysteem levert veel informatie op, waaruit onder meer geconcludeerd kan worden dat processen leiden tot de gewenste resultaten (b.v. een onverminderd hoge klanttevredenheid op voeding en zorg).

Interne Audits en PDCA:

- Interne audits zijn uitgevoerd met vastgestelde frequentie over alle vastgestelde processen/locaties van de organisatie;
- Auditrapportages en verbeterplannen naar aanleiding van oorzakenanalyses zijn aantoonbaar;
- Verbeterplannen worden gemonitord en beoordeeld op effectiviteit. Dit levert de organisatie extra informatie op. Een voorbeeld is het sleutelbeleid waarbij tijdens de vorige externe audit een afwijking was geconstateerd. Uit de omvanganalyse bleek dat dit ook gold voor facilitaire medewerkers. Er is destijds een registratie voor die medewerkers opgesteld. Tijdens de interne bleek dat deze registratie niet gebruikt werd.

Directiebeoordeling:

- Directiebeoordeling is uitgevoerd;
- Maatregelen en besluiten zijn genomen om processen en het kwaliteitssysteem te verbeteren bijvoorbeeld meer aandacht voor scholing, nadrukkelijker profileren van Alerimus in de regio, efficiëntere ICT logistiek;
- De benodigde middelen worden beschikbaar gesteld.

Interne Communicatie:

- Interne communicatiestructuur is vastgesteld;
- Organisatiestructuur is vastgesteld.

Ketensamenwerking:

- Op alle niveaus is er aantoonbaar dat er proactief wordt samengewerkt in de keten;
- Thuiszorgteam heeft 2 S1 wijkverpleegkundigen die onderdeel uit maken van een wijkteam. Van daaruit is er een constructieve samenwerking met andere organisaties. De wijkverpleegkundige geven aan dat het ene leerproces is en dat het ook zijn vruchten af werpt;
- De bestuurder initieert dat er voor medewerkers een brug geslagen is om te kunnen samenwerken, tussen gemeente, verenigingen, kerken, andere organisaties e.d. rondom de Buitensluis en Open Waard.

Risico's:

- Risico's worden op alle niveaus ingeschat, de auditoren hebben dit vastgesteld, ook dat de organisatie daar nog meer op kan sturen.

Klachten:

In 2015 zijn er 2 formele klachten geuit, waarvan er een is ingetrokken en de ander is in behandeling genomen en afgerond. Informele klachten worden op individueel niveau afgehandeld tot tevredenheid van de cliënt/familie.

Indien Multi Site: conform omdat: er vanuit een handboek gestuurd op kwaliteit en is voor alle medewerkers toegankelijk.

Indien Multi Site: heeft organisatie dat ook in eigen interne auditsystematiek uitgevoerd (omvanganalyse)?: dit is in de eigen systematiek aangegeven, alhoewel de organisatie nog een methodiek hanteert om alle processen overal jaarlijks te auditen.

Controle PDCA naar aanleiding van vorige audits:

Diverse plannen van aanpak zijn gezien waarbij de gewenste resultaten nogmaals beoordeeld zijn op effectiviteit. De plannen zijn conform eigen planning uitgevoerd

Sterke punten:

- De nieuwe strategische koers is herkenbaar tot in het werkveld en auditees begrijpen wat er van hen verwacht wordt;
- Strategische koers > besturing om aan te haken bij nieuwe ontwikkelingen (context gericht, leiderschap, cultuur, HKZ norm 2015);
- Complimenten vanuit het auditteam, op de wijze waarop de nieuwe strategische koers wordt uitgezet, gedragen en energie oplevert bij medewerkers (gehoord worden);
- Geborgde processen;
- Tevredenheid hoog;
- Sturen op uitkomsten van registraties.

Aandachtspunten:

- Indicatoren m.b.t. de nieuwe koers zijn vastgesteld en worden uitgewerkt in projectplannen en werkplannen. Overwogen kan worden om indicatoren meer te formuleren vanuit cliëntenperspectief, zodat voor medewerkers ook duidelijk wordt wat de nieuwe werkwijze oplevert voor cliënten/bewoners. Dit geeft mede draagvlak voor de nieuwe projecten;
- Kwaliteitssysteem omzetten naar de nieuwe strategische koers en behouden wat de toegevoegde waarde is en de kracht van het huidige systeem;
- Directiebeoordeling op strategie niveau opstellen vanuit de strategische koers en zijn KPI's.

Conclusie: Het kwaliteitssysteem is conform de norm ingericht en uitgevoerd met betrekking tot deze rubriek.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Organisatiestructuur	Organigram 2016
Beleid	Het verhaal van Alerimus maart 2016 Verbinden en open bloeien 2015-2017

	Reiswijzer
	Presentatie strategisch plan 2015-2017 Verbinden & Openbloeien
	Jaarplan 2015-2017 Resultaten beschreven vanuit 4 onderwerpen
	Nota Zorgbeleid 2015-2017 Nota Welzijn Nota Facilitair Nota Backoffice
	Reiswijzer ontwikkeling Alerimus
Projecten/beleid	Alerimus Backoffice 2015-2017 Cliëntenadministratie Alerimus 2016 (jaarplan met terugblik en lange termijn doelen in kader van nieuwe koers, status op dit moment n.a.v. doorgevoerde verbeteringen) Verbeterplan productieproces Alerimus 2016 (analyse sterke en zwakke kanten cliëntenadministratie m.b.t. invoer productie) Nota facilitair 2015-2017 Projectplan Samen eten, minder zorg
Directiebeoordeling	Directiebeoordeling 2015
Interne audit	Diverse interne auditrapportages 2015 en effectmeting van vorige bevindingen Analyse intern auditeren als instrument voor Alerimus februari 2016
Continu verbeteren	Plan van aanpak Invoeren allergenen Management systeem Plan van aanpak Evaluatie van zorg
Communicatie	Organogram Groot werkoverleg Stuurgroep
Klachtenbewaking	Klachtenjaarverslag regionale externe klachtencommissie 2015, 21 januari 2015
Jaarverslagen	Jaarverslag menucommissie 2015
	Jaarverslag activiteiten commissie 2015
	Jaarverslag kwaliteitsbeheer 2015
	Jaarplan d.m.v. projecten in het primair proces, op basis van spelregels, begeleiding vanuit de lijn of ondersteunende dienst. Structureel overleg met alle zorgcoördinatoren (meewerkend). Wat houdt het in om een zorgmaatje te zijn?

1.2.5 Rubriek 5: Personeel (Medewerkers & Waardering door medewerkers)

- Personele dossiers zien er verzorgd uit en voldoen aan de gestelde normen;
- Er is een actief preventie beleid op arbo gebied. Medewerkers in de zorg worden preventief beschermd tegen hepatitis B;
- Er is beleid ingezet dat iedere client een zorgmaatje heeft, ook worden er kleinere teams gevormd. Het personeelsbeleid richt zich naar de strategische koers;
- Opleidingsbeleid is beschreven en wordt aantoonbaar uitvoering aan gegeven;
- Personeelsformatieplan wordt opgesteld;
- Exitgesprekken worden gevoerd en uitkomsten geregistreerd, heeft een positief effect op de organisatie qua imago;

Sterke punten:

- Laag ziekteverzuim;
- Medewerkers belonen met een vitaliteitsscan;
- Samenwerking met andere zorgorganisaties op o.a. het gebied van opleiden (E-learning);

- Alerimus weet vrijwilligers aan zich te binden. Deze werken veelal vele jaren en mogen verantwoordelijke werkzaamheden doen. Vrijwilligers geven aan zich erg betrokken te voelen bij Alerimus en gewaardeerd. Voor hun een waardevolle dagbesteding die elke dag gezien wordt.

Aandachtspunten:

- Nieuwe strategische koers beschrijven / bijstellen in het huidige personeelsbeleid;
- Effecten te meten van scholing en opleiding;
- Functioneringsgesprekken is geen norm voor gedefinieerd. Er is besproken wat de outcome is van deze gesprekken (levert het de organisatie op). Er is een nieuw formulier ingevoerd waarin vanuit competenties wordt geëvalueerd. De huidige functiebeschrijvingen zijn niet opgemaakt vanuit competenties;
- Neem in de leveranciersbeoordeling ook de ZZP en ingehuurde diensten mee (SOG);

Tekortkoming normeis 5.4.1. Conform de Arbowetgeving werkt de organisatie systematisch aan de verbetering van een gezonde en veilige werkomgeving voor medewerkers. Tijdens het auditbezoek is geconstateerd dat er geen arbocheck wordt toegepast in het zorgproces thuiszorg.

Bevinding bij hercertificatie: In alle cliëntendossiers is een arbochecklist toegevoegd. Medewerkers gaven aan het een waardevol instrument te vinden. Geef ook de cliënt helderheid in de gestelde arbo vereisten binnen het werk.

Conclusie: Het kwaliteitssysteem is conform de norm ingericht en uitgevoerd met betrekking tot deze rubriek.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Beleid maatschappelijk verandering	Professionalisering hoofdmoot is VIG, > meer richten op verpleegkundigen niveau 4
	Personeelsbegroting versus ZZP, onderzoek hoe voor de toekomst qua formatie. Uitgangspunt is eigen personeel opleiden
	Open Waard; Zorgmaatje > verantwoordelijk zijn voor een aantal cliënten, voorheen zorgsecretaresse >coördinator cliëntadministratie geworden ingezet vanwege de verhuizing
Onderzoek	Roostersysteem (is actueel 1-1-2015) gekoppeld aan cliënten adm. en f administratie. Sturing direct en niet meer achteraf > pro actiever
Personeelsdossiers met toestemming, bewaartermijn 7 jaar Hepatitis B mdw zorg en linnen	VOG verplicht voor medewerkers, stagiaire en vrijwilligers nog niet. <u>Stagiaires:</u> K,v.W. BOL opleiding, ID, Form. voortgangsgesprekken leerling, stagiaires <u>Medewerkers:</u> Mdw. R. (thuiszorg) vpk 5, herregistratie, certificaat initiëren en wondverpleging, ID, AO, bruikleenovereenkomst. hepatitis B F gesprek 17-6-2015 Mdw. L. vpk 4 gaat HBO V doen, hepatitis B, registratie (thuiszorg) Mdw. H. vpk 4, herregistratie, wijkverpleging, Meldcode (thuiszorg) F gesprek niet in de map, wel gesproken door hoofd frontoffice ZZP (bemiddelingsbureau); 1). Overeenkomst voor dienstverlening specifiek voor Alerimus (nood inzet met voorkeur) vpk 4 ID, VOG (moet nog komen), BIG registratie, VAR verklaring, certificaten en diploma, 2). Overeenkomst voor dienstverlening specifiek voor Alerimus (nood inzet met voorkeur) VIG ID, VOG, BIG registratie, VAR verklaring, certificaten en diploma
F gesprekken	Procedure functioneringsgesprekken

	P informatiesysteem, ligt verder in de lijn, P informatiesysteem wordt het afgesloten. 78% gevoerde gesprekken in 2015. F gesprek formulier is gereviseerd gericht op competenties.
	SDB staat gerapporteerd welke mdw bevoegd en bekwaam is voor welke mdw, signaleringen bij praktijkopleiding.
Exit gesprekken Toegevoegde waarde	Gegevens rapportage, op basis van drie vragen.
Opleiden Nieuw kwalificatiesysteem vanuit de opleidingen	Opleiden van medewerkers naar verpleegkundige 4. (thema mondzorg (verpleegafdeling) Opleidingsplan 2015-2017, herijken naar de nieuwe strategische koers moet nog plaatsvinden.
	Scholing ontwikkeling/ verhogen niveau 3 en niveau 4 investeren > klinisch beredeneren, analyse Pijnbestrijding, wondverzorging (verpleeghuiszorg speerpunt),
	Medewerker maatschappelijke zorg op de huiskamers > toekomst
	Opleiding externe trainer maakt evaluatie, omgaan met agressie
	Evaluaties E learning naar de toekomst, samen met andere zorgorganisaties (opleiden, personeel).
	Evaluatie veilig werken (omgaan met agressie) training, groep 1 Evaluatie van de trainingsorganisatie
Medewerkers tevredenheidsonderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Staat in 2015 op de rol, na de verhuizing, Bench mark bij Actiz • Vitaliteitscan 2015, week van de gezondheid, griepvrij, verzuim was gedaald, verwenactiviteiten (yoga, massage, acupuncteur, gezonde voeding) uitslag kreeg iedereen mee
Ziekteverzuim	Profar, heeft een proactieve wijze van denken over ziekte en nog kunnen werken, cultuuromslag in denken over werken en ziekte. Laag verzuim

1.2.6 Rubriek 6: Ontwikkeling

- Normuitsluiting is vastgelegd in het handboek kwaliteit;
- De organisatie volgt ontwikkelingen op het terrein van wet- en regelgeving door nieuwsbrieven van b.v. BTN, Vilans en Actiz;
- Deze oriëntatie op ontwikkelingen leiden via analyses tot het verbeteren van aanbod. Voorbeelden zijn het nieuwe strategisch beleid;
- Protocollen en richtlijnen zijn vastgesteld en worden geëvalueerd en bijgesteld door proceseigenaren;
- Invoering van werkwijzen die nieuw zijn voor de organisatie vindt beheerst plaats. Eisen m.b.t. doel en implementatie zijn verankerd/geborgd via projectplan. Een aantal projectplannen zal verder uitgewerkt worden in werkgroepen. De PRI zou nog wat strategischer ingezet kunnen worden;

Sterke punten:

- Vanuit de visie krijgen werkwijzen vorm. Hier zijn nu al vele voorbeelden van gezien o.a. de verhuis map van de Open Waard waarbij bewoners zelf een keuze kunnen maken uit wand en vloerbedekking, koelkast, gordijnen en verlichting.

Aandachtspunten:

- Geen.

Conclusie: Het kwaliteitssysteem is conform de norm ingericht en uitgevoerd met betrekking tot deze rubriek.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Projecten	Strategisch werkplan 2015-2017 (overzicht projecten) Projectplan Zorgleefplan 2015

1.2.7 Rubriek 7: Facilitaire zaken (Middelen)

- Menucommissie vertaalt opmerkingen van klanten en medewerkers en de uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken naar het menu;
- Alerimus heeft het keurmerk Gastvrijheidszorg met sterren behaald met 4 sterren;
- De HACCP audit in 20115 heeft geen tekortkomingen opgeleverd;
- Bij de Open Waard wordt gestart met het loslaten van de menucyclus en gaat er weer vers gekookt worden op de huiskamers. De cliënt zal het menu gaan bepalen en deelnemen aan het voorbereiden en bereiden, waar mogelijk, van de maaltijd. Doel van het projectplan sluit aan bij de nieuwe ambities van de organisatie zoals het behouden van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en bewoners. In het restaurant worden dagmenu's aangeboden voor cliënten en burgers uit de wijk. Ook kan er in het eigen appartement gegeten worden via b.v.: tafeltje dekje;
- Voor de ICT processen is een nulmeting uitgevoerd met een sterke en zwakte analyse. Daaruit bleek dat de risico's beheerd worden. ICT processen worden verder uitgewerkt in een ICT werkplan 2015-2017. Na implementatie van het nieuwe ECD zullen een aantal aanbevelingen al opgepakt zijn en kunnen ICT processen verder ingericht worden. Via de systematiek van het gebruik van wachtwoorden, autorisaties, een firewall en het maken van back- ups wordt aandacht besteed aan informatieveiligheid';
- Opslag, bescherming en bewaring van persoonlijke gegevens is geregeld en wordt uitgevoerd via ICT beleid zoals het gebruik van wachtwoorden, het maken van back- ups op een externe server en het gebruik van een firewall . Een nulmeting is uitgevoerd. risico's worden op dit moment beheert;
- Hulpmiddelen en benodigde materialen zijn vastgesteld, zoals tilliften, bad brancards, douchestoelen etc.
- Kritische apparatuur en hulpmiddelen zijn geïnventariseerd en worden op een correcte wijze onderhouden om te bewijzen dat de apparatuur volgens de geldende eisen werkt. Hiervan zijn registraties aangetroffen;
- Medicatie en steriele materialen worden op houdbaarheid gecontroleerd;
- Medicatieverbruik wordt geregistreerd middels aftekenlijsten;
- Calamiteitenplan is opgesteld en ontruimingsoefeningen vinden jaarlijks plaats;
- Brandveilig en legionella is een geborgd proces binnen Alerimus;

Sterke punten:

- Bij de ontruimingsoefening wordt gebruik gemaakt van Lotus slachtoffers. Dit geeft een zo realistisch mogelijk beeld van de praktijk;
- Het certificaat Gastvrijheidszorg met sterren is behaald. Er zijn bij de 1e toetsing maar liefst 4 sterren gehaald (op een schaal van 5).

Aandachtspunten:

- Overwogen kan worden om de gewenste temperatuur van het water in het format op te nemen (borging). De gewenste spoeltijd is al wel opgenomen in het format;
- Aandachtspunten vanuit de ontruimingsoefening worden getoetst bij de volgende oefening. Of deze punten nu verbeterd zijn, is niet uit de rapportage op te maken.

Conclusie: Er wordt niet voldaan aan alle normeisen van deze rubriek.

Tekortkoming normeis 7.1.1.a. en f. : In 1 ruimte worden steriele materialen, onsteriele materialen, incontinentiemateriaal, spelletjes voor de activiteiten, verpleeghulpmiddelen en een volle afvalcontainer opgeslagen.

De organisatie heeft geen beleid gemaakt op de correcte opslag van diverse zaken. De opslag voldoet niet aan de hygiënerichtlijnen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Proces voeding	Jaarverslag menucommissie Directiebeoordeling HACCP syteem2015 Projectplan Samen eten, minder zorg
ICT	Nulmeting-Slimmer en (nog) beter Verbinden oktober 2015
Hulpmiddelen	Overzicht hulpmiddelen Buitenslis en Open Waard met laatste datum keuring Diverse keuringsrapporten
Legionellabeheer	Legionella beheersplan Hydroscope Analyserapportage Hydroscope 15-09-2015 Diverse spoellijsten en temperatuurmetingen
Brandveiligheid	Ontruimingsplan Buitensluis versie 14 oktober 2015 Overzicht BHV bevoegde medewerkers 2016 Planning herhalingscursus mei 2016 Certificaten BHV van vrijwilliger chauffeur rolstoelbus Rapportage ontruimingsoefening Buitensluis en Open Waard december 2015 Registratie controle BMI Certificaten (2) bevoegde testmedewerkers

1.2.8 Rubriek 8: Inkoop en uitbesteding (Middelen)

Sterke punten:

- Alerimus werkt met procesverantwoordelijke/eigenaren. Elke procesverantwoordelijke regelt de inkoop en samenwerkingsovereenkomsten/contracten binnen de eigen processen. De achterban adviseert m.b.t. producteisen. In het MT wordt inkoop van kritische producten zo nodig besproken;
- Leveranciers worden beoordeeld op basis van vastgestelde criteria(o.a. tijdig leveren, kwaliteitsaspecten, adequaat omgaan met klachten, nakomen van afspraken etc.). Deze registraties zijn input voor de directiebeoordeling.

Aandachtspunten:

- ZZP'ers en (para) medici worden nog niet op persoonlijke titel geëvalueerd/beoordeeld, maar via het bemiddelingsbureau of de organisatie van waaruit medewerkers gedetacheerd zijn.

Conclusie: Het kwaliteitssysteem is conform de norm ingericht en uitgevoerd met betrekking tot deze rubriek.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Samenwerkingsovereenkomst en evaluatie	Handleiding geneesmiddelenstelsel 2014 Evaluatieverslag apotheek en SOG 2014 (2x) Samenwerkingsovereenkomst verpleeghuisafdeling 30-07-2010(Sabine van Egmont). Contract is verouderd en wordt momenteel herzien. Detacherende organisatie is nu de Zorgwaard Bijlage met afspraken m.b.t. samenwerking Kwaliteitscontract
Leveranciersbeoordeling	WI; Leveranciersbeoordelingscriteria Leveranciersbeoordelingen 2015 /2016(overzicht)

1.2.9 Rubriek 9: Documentatie en kwaliteitsregistraties (Eindresultaten)

- Het kwaliteitshandboek/kwaliteitssysteem is opgezet/bijgehouden;
 - Toepassingsgebied en uitsluitingen zijn benoemd
 - Een beschrijving van de interactie tussen processen is opgenomen in het handboek
 - Relevante procedures zijn vastgesteld
- Documentenbeheer wordt geregeld door een procedure. Proceseigenaren evalueren jaarlijks hun documenten en geven wijzigingen door aan de kwaliteitsfunctionaris, waarna de documenten aangepast worden. Hierdoor heeft het handboek geen versienummer. Documenten hebben wel een identificatienummer. Tijdens de interne audits vindt er een check plaats op de documentatie op inhoud;
- Documentenbeheer is op orde. Actuele versies zijn toegankelijk voor medewerkers en worden ook gebruikt door medewerkers;
- Registratiebeheer wordt geregeld door een procedure;
- Registraties zijn leesbaar, herkenbaar en terug te vinden;
- Opslaan/vernietigen van registraties is conform eigen beleid en wet- en regelgeving.

Sterke punten:

- Lay-out van de Nota's en Strategische Koers zijn aansprekend en in begrijpelijke taal opgesteld en zo een mooi communicatiemiddel.

Aandachtspunten:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) is nog vooral voorschrijvend van aard met werkinstructies en procedures met acties (documenten bibliotheek). Er is nog niet in grote lijnen nagedacht over een KMS, dat het beste past bij de nieuwe ambitie;
- Nog nagedacht kan worden over welke documenten tot het KMS behoren of gaan behoren. Documentatie van de cliëntenadministratie, die aan veel wijzigingen onderhevig zijn, zijn zeer arbeidsintensief als ze aan het formele systeem toegevoegd worden. Hier zou aangepast beleid voor gemaakt worden. Dit beleid maakt dan wel weer onderdeel uit van het KMS.


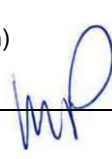
Conclusie: Het kwaliteitssysteem is conform de norm ingericht en uitgevoerd met betrekking tot deze rubriek.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Handboek kwaliteit	Handboek versie 15 maart 2016
Verplichte procedures	WI; Gebruik Fona formulieren WI; Interne audit Procedure documentbeheer/registratiebeheer WI; PDCA WI; Uitvoeren van een PRI

2 Rapportblad

2.1 Rapportblad

Organisatie : Alerimus
Auditdatum : 15, 16 en 17 maart 2016

Status T/KT	Bevinding	Norm HKZ VV&T 2010, algemeen deel 2009
T	<p>Het auditteam heeft vastgesteld dat de organisatie onvoldoende heeft gedefinieerd wat nodig is voor uitvoering van de zorg- en dienstverlening t.a.v.</p> <p>a). De gebouwen, werkruimten en bijbehorende voorzieningen</p> <p>b). De voorraad en opslag van ten minste geneesmiddelen, medische uitrusting en steriele materialen.</p> <p>In 1 ruimte worden steriele materialen, onsteriele materialen, incontinentiemateriaal, spelletjes voor de activiteiten, verpleeghulpmiddelen en een volle afvalcontainer opgeslagen.</p> <p>De organisatie heeft geen beleid gemaakt op de correcte opslag van diverse zaken. De opslag voldoet niet aan de hygiënerichtlijnen.</p> <p>Plannen van Aanpak kunt u voor 2 april 2016 sturen naar: m.c.m.post@quicknet.nl</p>	7.1.1.a. en f.
<p><i>T: Tekortkoming</i> <i>KT: Kritische Tekortkoming</i></p>		
<p>Extra audit op n.v.t. Volgende audit op SA 1 in 2017 (datum nog overeen te komen)</p> <p>Kiwa verzoekt u om de maatregelen hieronder kort toe te lichten en, evt. voorzien van bijlagen, aan Kiwa voor te leggen.</p> <p>Uit de afhandeling van de tekortkoming moet blijken dat onderzoek is gedaan naar de oorzaak van de afwijking, tot welke oplossing is gekomen en dat de oplossing in de praktijk effectief is gebleken.</p> <p>Kiwa beoordeelt de maatregelen en afhankelijk van de ontvangen informatie kan er een extra audit plaatsvinden bij een kritische tekortkoming. (zie ook document toelichting bij T/KT's, versie 2012)</p>		
<p>Paraaf lead auditor Kiwa: </p>		<p>Paraaf directievertegenwoordiger auditee:</p>
<p>Afhandeling tekortkoming(en): Oorzaken (voor het ontstaan van de tekortkoming) Omvang (van de tekortkoming) Oplossing (voor herstel van de gemaakte fout en voorkomen van herhaling) Operationaliteit (aantonen van genomen corrigerende maatregelen d.m.v. documenten) Effectiviteit (aantonen dat genomen corrigerende maatregelen effectief zijn geweest)</p>		
<p>Beoordeling corrigerende maatregel(en) door Kiwa <input checked="" type="checkbox"/> Akkoord <input type="checkbox"/> Niet akkoord (zie nieuw rapportblad)</p>		<p>Paraaf lead auditor Kiwa:  Datum: 4 april 2016</p>

Onderwerp	Plannen van aanpak T
Verantwoordelijke	Stichting Alerimus, contactpersoon A.R. Hahn
Datum PvA	31-03-2016
Relevante documenten	PvA
Beoogd resultaat	Oplossen tekortkoming m.b.t. de opslag van diverse zaken en daarmee voldoen aan de norm en WIP Hygiëne richtlijn, dit om het risico van infecties en / of besmettingen te verminderen door verbeterde hygiënische omstandigheden.

Aanleiding
<p><u>Oorzaak van de tekortkoming:</u> Op de Verpleegafdeling, locatie de Buitensluis is één magazijn. In dit magazijn worden vele artikelen bewaard welke nodig zijn voor de zorg- en dienstverlening op de Verpleegafdeling zijnde incontinentiematerialen, spelletjes voor activiteiten, schoon wasgoed, verpleeghulpmiddelen e.d. Tevens wordt in deze ruimte voorraad gehouden van meerdere steriele materialen en bevindt zich hier ook een afvalcontainer. De oorzaak van de tekortkoming ligt in het feit dat a) er beperkte ruimte beschikbaar is voor het opslaan van goederen en b) er bij het inrichten van de opslagruimte onvoldoende rekening is gehouden is met de hygiëne richtlijnen t.a.v. opslag steriele materialen en afval.</p>

Werkwijze
<p><u>Omvang van de tekortkoming:</u> De verpleegafdeling is de enige afdeling van Alerimus welke een eigen voorraad steriele materialen in beheer heeft. De tekortkoming t.a.v. de opslag van steriele materialen betreft derhalve alleen deze afdeling. Ongelukkigerwijs is de opslagruimte een gecombineerde opslagruimte van velerlei artikelen w.o. steriele incl. een afvalcontainer. Deze 'foute' combinatie is beperkt tot alleen de opslagruimte van de verpleegafdeling.</p> <p><u>Oplossing van de tekortkoming:</u> De oplossing is om de voorraad aan steriele materialen te verhuizen naar een bergkast naast de toegangstrap op dezelfde afdeling. Deze ruimte wordt momenteel gebruikt door de fysiotherapeute voor de opslag van oefenmaterialen en diverse rolstoelen. Deze spullen zullen verhuisd worden naar het centrale magazijn.</p> <p>In de bergkast zal een grote, afsluitbare kantoorkast komen van gladde materialen, welke goed schoon te houden is, De steriele materialen zullen in deze kantoorkast geplaatst worden. De bergkast / werkruimte is een 'schone en droge' ruimte welke geschikt is voor de opslag van goederen.</p> <p>De afvalcontainer zal worden verwijderd uit het magazijn en in de ruime entree- hal worden geplaatst (overwogen wordt of hiervoor een kleinere afsluitbare container aangeschaft zal worden). Door de frequentie van vuilnis wegbrengen te verhogen van één naar twee keer per dag; na het verlenen van de ochtend-zorg én in de avond, na het sluiten van de huiskamers, is er over langere tijden genomen minder afval op (de ruimte naast) de afdeling.</p> <p>Zowel de afvalcontainer als de steriele materialen staan op deze wijze niet in de nabijheid van elkaar of andere opgeslagen materialen, zijn op juiste wijze opgeslagen en voldoen hiermee aan de hygiëne richtlijnen.</p> <p><u>Operationaliteit (aantonen van genomen corrigerende maatregelen d.m.v. documenten):</u> (kan vermeld worden in statuslijst uitgevoerde acties) - De juiste wijze van opslag voorraad steriele materialen is omschreven en toegevoegd aan het kwaliteitshandboek Q-Intra MyDMS. Betreft Verpleegafdeling. Document 1- WI D03 VPafd Opslag en beheer van voorraad steriele materialen verpleegafdeling.</p>

Document 2 – F D03 VPafd Maandelijkse controle voorraad steriele materialen verpleegafdeling.
 NB. een lijst (document) m.b.t. voorraadgrootte is al aanwezig.
 - Er is een instructie voor het wegbrengen van het afval van de afdeling opgesteld. Betreft Verpleegafdeling.
 Document 3 – WI D04 VPafd Instructie huishoudelijk afval wegruimen verpleegafdeling.

Actielijst

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Wanneer (datum)
1.	Opstellen WI Opslag voorraad en beheer steriele materialen	Duidelijke instructie op welke wijze voorraad steriele materialen moeten worden opgeslagen en beheerd.	A.R. Hahn	31-03-2016
2.	Opstellen WI Huishoudelijk afval wegruimen van de verpleegafdeling	Duidelijke instructie hoe om te gaan met het dagelijks op de afdeling geproduceerde huishoudelijke afval.	A.R. Hahn	31-03-2016
3.	Opstellen formulier voor maandelijke controle tht en beschadigingen voorraad steriele materialen vpa	Registreren maandelijke controle op tht, beschadigde en geopende verpakkingen. Garantie dat steriliteit geborgd is.	A.R. Hahn	31-03-2016
4.	Bestellen kantoorkast t.b.v. opslag voorraad steriele materialen	Schone, droge, afsluitbare en goed te reinigen opslagkast om in werkruimte / bergkast te plaatsen.	R. van Gameren	04-04-2016
5.	Leeghalen werkruimte / bergkast en inrichting aanpassen. Plaatsen kast.	Werkruimte / bergkast schoon	R. van Gameren / W. Dorst	11-04-2016
6.	Verhuizen spullen fysiotherapeut naar magazijn	Werkruimte / bergkast schoon	R. van Gameren / W. Dorst	11-04-2016
7.	Implementatie WI's op de verpleegafdeling	Werkwijzen m.b.t. tot afval en opslag steriele materialen implementeren	M. Prooij / H. Huijzer en K. v.d. Heiden	12-04-2016
8.	Verhuizen voorraad steriele materialen naar nieuwe kantoorkast in werkruimte	Schone en verantwoorde opslag steriele materialen	H. Huijzer	12-04-2016
9.	Verplaatsen afvalcontainer en bepalen met het nieuwe wegbrengschema of er volstaan kan worden met een kleinere container.	Staat niet langer in de opslag bij andere materialen.	H. Huijzer	12-04-2016

Status uitgevoerde acties

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Datum gerealiseerd
1.	Opstellen WI Opslag en beheer voorraad steriele materialen	Duidelijke instructie op welke wijze voorraad steriele materialen moeten worden opgeslagen en beheerd.	A.R. Hahn	31-03-2016
2.	Opstellen WI Huishoudelijk afval wegruimen van de verpleegafdeling	Duidelijke instructie hoe om te gaan met het dagelijks op de afdeling geproduceerde afval.	A.R. Hahn	31-03-2016
3.	Opstellen formulier voor maandelijke controle tht en beschadigingen voorraad steriele materialen vpa	Registreren maandelijke controle op tht, beschadigde en geopende verpakkingen. Garantie dat steriliteit geborgd is.	A.R. Hahn	31-03-2016
4.	En overige nummers: in uitvoering			

Effectiviteit (aantonen dat genomen corrigerende maatregelen effectief zijn geweest)

1> Datum Evaluatie: Ma. 9 mei 2016 door M. Prooij en A. Hahn in samenspraak met coördinatoren dagelijkse zorg Verpleegafdeling.

2> PDCA Check: 31 mei 2016 door M. Prooij

3. Auditplan

Auditdoelstelling:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en het kwaliteitshandboek overeenkomen met de eisen van de norm HKZ VV&T versie 2010 en algemeen deel 2009 en de vastgestelde reikwijdte van de scope (zie hieronder benoemd) ;
- Het managementsysteem voldoende is geïmplementeerd om te bewerkstelligen dat de klant voldoet aan de eisen uit van toepassing zijnde wet- en regelgeving en contractuele eisen en
- De gedefinieerde processen en documentatie van het door de klant ontwikkelde managementsysteem aantoonbaar zijn geïmplementeerd.
- Het kwaliteitsmanagementsysteem doeltreffend functioneert en continue verbetert;
- De wijze van uitvoer van de werkzaamheden overeenkomt met de beschrijving hiervan in het kwaliteitshandboek.
- Daarnaast wordt er gekeken welke mogelijkheden er zijn om te verbeteren.
- Indien van toepassing: aan de Multi Site voorwaarden voldaan wordt.

Om de audit zo effectief mogelijk te laten verlopen, hanteert Kiwa de volgende randvoorwaarden:

- De betrokken personen dienen de beschikking te hebben over alle van belang zijnde documentatie (dossiers, kwaliteitsregistraties, jaarplannen etc.).
- Handboeken en gevraagde documenten graag ter inzage bij de desbetreffende interviews klaarleggen.
- Wij stellen het op prijs dat de interviews worden bijgewoond door een vertegenwoordiger van uw organisatie. Voor het leerproces mogen dit ook interne auditoren zijn.
- Voor verificatiedoeleinden dient het auditteam inzage te kunnen krijgen in een aantal gegevens m.b.t. de processen, waaronder dossiers/gegevens m.b.t. cliënten, onder waarborging van richtlijnen m.b.t. geheimhouding en privacy bescherming. In de introductiebijeenkomst dienen wij hiertoe een geschikte werkwijze overeen te komen.
- Wij verzoeken u vriendelijk om – indien mogelijk – een overlegruimte voor het auditteam te regelen.
- Bij de opgegeven tijden moet rekening gehouden worden met een eventueel oponthoud of een voorspoediger voortgang van gesprekken. Getracht wordt om met niet meer dan 20 minuten af te wijken van de aangegeven tijden. Gesprekken met uitvoerende medewerkers vinden zoveel mogelijk plaats op de afgesproken tijden.
- Interviews vinden bij voorkeur op de eigen werkplekken plaats.
- Indien de opgegeven tijden niet haalbaar zijn, verzoeken wij u dit tijdig te melden.
- Voldoende kwalitatieve en kwantitatieve inzet van medewerkers en overige betrokkenen.
- Prioriteit voor deze activiteit. Graag geen andere activiteiten die verstorend werken.

De gegevens zie momenteel bij ons bekend zijn:

Aantal bedrijfslocaties	Aantal Fte	Aantal medewerkers, aantal vrijwilligers, aantal tijdelijk medewerkers, aantal ZZP'ers	Toepassingsgebied
2 Open Waard en Buitensluis	149,5 fte Medewerkers 24,5 fte Vrijwilligers	367 Medewerkers 259 Vrijwilligers 4 ZZP'ers	Gelijk gebleven

Mochten er nog vragen zijn, aarzelt u niet om contact op te nemen.
Met vriendelijke groet,

Marja Post
Telefoonnummer: 06-27471427

Naam Klant: Alerimus

Onderzoek

Soort onderzoek : Hercertificering
Datum onderzoek : 15, 16 en 17 maart 2016
Versie : 0.2

Auditteam

Lead Auditor : Mw. M.C.M. (Marja) Post
Auditor (-en) : Mw. L. (Loes) Hoekstra
Materiedeskundige : Mw. M.C.M. (Marja) Post
Mw. L. (Loes) Hoekstra

Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Systeemcertificatie: 2014.

<u>Norm(en)</u>	<u>Toepassingsgebied(en)</u>	<u>Scope/ NACE</u>	<u>Certificaatnr. en afloopdatum</u>
HKZ VV&T 2010, algemeen deel 2009	a). Het leveren van woonvoorzieningen, zorg- en dienstverlening t.b.v. Senioren. b). Het leveren van woonvoorziening en verpleeghuiszorg t.b.v. Somatische en psychogeriatrische cliënten. c). Het leveren van extramurale verzorgingshuiszorg aan extern wonende cliënten. d). Het leveren van extramurale hulp bij het huishouden aan extern wonende cliënten.	38	K 43778/ 03 15-04-2016

Auditplanning

Bij de uitvoering van de audit zal het onderstaande schema worden aangehouden. Indien de omstandigheden hiertoe aanleiding geven, kan in onderling overleg van deze planning worden afgeweken.

De contactpersoon draagt er zorg voor dat de betrokken personen op het aangegeven tijdstip beschikbaar zijn voor het interview. Wij verzoeken u een andere auditee te vragen, daar waar mogelijk, dan degene die al eerder zijn geïnterviewd.

De audit verloopt het prettigst als men niet door externe factoren gestoord wordt.

Interne auditoren zijn welkom, mits zij een passieve houding tijdens het interview aannemen.

Het kan zijn dat de auditees worden gevraagd naar aantoonbaarheid van documenten en/of procedures. Het verdient daarom de voorkeur dat deze tijdens het interview snel te traceren zijn.

Inzien P- dossiers en cliëntendossiers graag voorzien van schriftelijke toestemming van betrokkenen.

Graag, indien relevant en/of aanwezig, ter inzage klaarleggen de volgende documenten over 2016:

- Systeembeoordeling/ Directiebeoordeling/Management Review
- Leveranciersbeoordeling
- Resultaten clienttevredenheidsonderzoeken
- Resultaten medewerkerstevredenheidsonderzoek
- Documenten t.b.v. onderhoud apparatuur
- Verslag interne audit
- Diverse meldingen of klachten met doorlopen PDCA cyclus
- Jaarplan/ beleidsplan 2016
- Jaarplanning
- RI & E (per locatie)
- Indien van toepassing: plannen van aanpak voorzien van actuele status acties

Auditplan voor auditor : Marja Post			
Datum : 15 maart 2016			
Locatie : Hoofdlocatie			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie Auditees
9.00 - 9.15	Openingsgesprek		Management en Belangstellenden Namen Aanwezigen invullen: Tricks van Os, Arjen Hahn, Marijke Blijdorp, Monique Prooij, Nathalie Mayer, Sylvia Koek
9.15 -10.15	Interview 1 Beide auditoren	Beleid & Organisatie <ul style="list-style-type: none"> • Directie beoordeling • Kwaliteit • Interne en externe communicatie • Ketenpartners • Interne audits • Beheersing Risico Inventarisaties • KMS • Ontwerp en Ontwikkeling (alleen indien opgenomen in scope) • Stand van zaken m.b.t. PvA's n.a.v. bevindingen voorafgaande externe audits • HKZ VV&T 2015 Rubriek 4,6, 7, 8, 9	Directie Trix van Os
10.15 - 11.45	Interview 2 Beide auditoren	Kwaliteitsregistraties en handboek <ul style="list-style-type: none"> • Interne audits • Klachten • Afwijkingen • Tevredenheidsonderzoeken • Prospectieve risico's • Continue verbeteren Rubriek 1, 3, 4, 6, 9	Kwaliteitsfunctionaris Dhr. Arjen Hahn/ Marijke Blijdorp
11.45 - 12.30	Lunch en overleg tijd		
12.30- 13.30	Interview 4	Personeel <ul style="list-style-type: none"> • Beleid • Opleidingen/ professioneel handelen • F en exit gesprekken registratie • Arbo • Prospectieve risico's & continue verbeteren • Registraties Rubriek 4, 5	Coordinator Personeel zaken/ praktijkopleider Nathalie Mayer / Mirian de Geus
13.30 -14.30	Interview 5	Inzage personeelsdossiers/ planbureau <ul style="list-style-type: none"> • Vaste medewerkers • Tijdelijke • Stagiaires • Inhuur / ZZP • Vrijwilligers Rubriek 5	Medewerkers personeelszaken/ medewerker planbureau Nathalie Mayer / Claire van de Gevel / Arna Visser
14.30 - 15.30	Interview 6 Beide auditoren	Aansturing primair proces zorg <ul style="list-style-type: none"> • Beleid zorg • Mondzorg, palliatieve zorg, case management dementie 	Hoofd Frontoffice Mw. Monique Prooij Projectleider ontwikkeling zorg

		<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelingen in de zorg • Prospectieve risico's & continue verbeteren • Aansturing teams • Medicatieveiligheid • Aandachtspunten vorige audit 	Mw. Sylvia koek
		Rubriek 1, 2, 3, 4, 5	
15.30 - 16.30	Evaluatie door Auditteam		
16.30 > 17.00	Afsluiting dag 1		Aanwezigen: Arjen Hahn, Marijke Blijdorp, Monique Prooij, Nathalie Mayer, Sylvia Koek
8 uur			

Auditplan voor auditor : Loes Hoekstra			
Datum : 15 maart 2016			
Locatie : Hoofdlocatie Buitensluis Numansdorp			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie Auditees
9.00 - 9.15	Openingsgesprek		Management en Belangstellenden Namen Aanwezigen invullen: Trix van Os, Arjen Hahn, Marijke Blijdorp, Monique Prooij, Nathalie Mayer, Sylvia Koek
9.15 -10.15	Interview 1 Beide auditoren	Beleid & Organisatie <ul style="list-style-type: none"> • Directie beoordeling • Kwaliteit • Interne en externe communicatie • Ketenpartners • Interne audits • Beheersing Risico Inventarisaties • KMS • Ontwerp en Ontwikkeling (alleen indien opgenomen in scope) • Stand van zaken m.b.t. PvA's n.a.v. bevindingen voorafgaande externe audits • HKZ VV&T 2015 	Directie Trix van Os
10.15 - 11.45	Interview 2 Beide auditoren	Kwaliteitsregistraties en handboek <ul style="list-style-type: none"> • Interne audits • Klachten • Afwijkingen • Tevredenheidsonderzoeken • Prospectieve risico's & continue verbeteren 	Kwaliteitsfunctionaris Dhr. Arjen Hahn/ Marijke Blijdorp
11.45 - 12.30	Lunch en overleg tijd		
12.03- 13.30	Interview 4	Facilitair <ul style="list-style-type: none"> • Werkomgeving • Onderhoud • Afwijkingen • Beheer hulpmiddelen • Prospectieve risico's & continue verbeteren 	Hoofd Frontoffice Mw. Monique Prooij/ Rook van Gameren

		Rubriek 4, 7, 8	
13.30 -14.30	Interview 5	Inkoop <ul style="list-style-type: none"> Inkoop en inkoop eisen Evaluaties van inkoop Informatiemanagement en ICT Prospectieve risico's & continue verbeteren 	Hoofd backoffice Dhr. Johan Melissant (onder voorbehoud i.v.m. ziekte) Plaatsvervanger: Monique Prooij/ Trix van Os
14.30 - 15.30	Interview 6 Beide auditoren	Aansturing primair proces zorg <ul style="list-style-type: none"> Beleid zorg Mondzorg, palliatieve zorg, case management dementie Ontwikkelingen in de zorg Prospectieve risico's & continue verbeteren Aansturing teams Medicatieveiligheid Aandachtspunten vorige audit 	Hoofd Frontoffice Mw. Monique Prooij Projectleider ontwikkeling zorg Mw. Sylvia koek
15.30 - 16.30	Evaluatie door Auditteam		
16.30 > 17.00	Afsluiting dag 1		Aanwezigen: Arjen Hahn, Marijke Blijdorp, Monique Prooij, Nathalie Mayer, Sylvia Koek
8 uur			

Auditplan voor auditor : Loes Hoekstra			
Datum : 16 maart 2016			
Locatie : Hoofdlocatie Buitensluis			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie Auditees
9.00 - 9.15	Rondleiding	Korte rondgang Buitensluis <ul style="list-style-type: none"> Verpleeghuis 25 bewoners Meerzorg 24 bewoners Somatiek 32 bewoners 	Medew. technische dienst Wim Dorst
9.15 -10.15	Interview 1	Clienten administratie <ul style="list-style-type: none"> Aanmelding Informatie Wachlijst Intake Prospectieve risico's & continue verbeteren 	Coördinator Clienten administratie Karin Dorst
10.15 - 12.15	Interview 2	Behandeling <ul style="list-style-type: none"> BOPZ beleid en uitvoering Medicatieveiligheid Mondzorg/ palliatieve zorg MDO Meldingen Prospectieve risico's & continue verbeteren Protocollen Infectiepreventie 	SOG Arthur Ruigrok extern ingehuurd via Zorgwaard en coördinator dagelijkse zorg verpleeghuis Henri Huijzer en / of Karolien van der Heiden
11.15 – 12.15	Interview 3	Verpleeghuis zorg <ul style="list-style-type: none"> Intake 	Medewerkers verpleeghuis Ingrid Veerman/

		<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoering • Evaluatie van zorg • Samenwerking derden • 3 clientendossiers met vooraf toestemming 	Sanne Blom
		Rubriek 1, 2, 3	
12.15 - 13.00	Lunch (indien van toepassing: (telefonisch) overleg auditteam		
13.00- 14.00	Interview 4	Verpleeghuis somatiek <ul style="list-style-type: none"> • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • Samenwerking derden • 3 clientendossiers met vooraf toestemming 	Medewerkers verpleeghuis afdeling Ashley Snel / Jolanda de Jong
		Rubriek 1, 2, 3	
14.00 -15.00	Interview 5	Meerzorg zorg <ul style="list-style-type: none"> • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • Samenwerking derden • 3 clientendossiers met vooraf toestemming 	Medewerkers verpleeghuis afdeling Corine van der Zwart / Lotte van de Gevel
		Rubriek 1, 2, 3	
15.00 - 15.45	Interview 6	Clientenparticipatie Buitensluis	Cliëntenraad Leny Malgrom en overige CR leden
		Rubriek 3	
15.45 – 16.30	Evaluatie door Auditteam		
16.30 >	Afsluiting dag 2	Op Buitensluis	Aanwezigen: Arjen Hahn, Monique Prooij, Nathalie Mayer, Sylvia Koek
8 uur			

Auditplan voor auditor : Marja Post			
Datum : 16 maart 2016			
Locatie : Open Waard Oud Beijerland			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie Auditees
9.00 - 9.15	Openingsgesprek en rondleiding		Afvaardiging MT
9.15 -10.15	Interview 1	Verzorgingshuiszorg <ul style="list-style-type: none"> • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • Samenwerking derden • 3 clientendossiers met vooraf toestemming 	Medewerkers verzorgingshuis Herma Wilken zv zorgcoörd. Annemiek Groot /VIG ass.zorgcoörd.
		Rubriek 1, 2, 3	
10.15 - 11.15	Interview 2	Thuiszorg <ul style="list-style-type: none"> • Veranderingen in de wijk • Tekortkoming • Samenwerking derden • Prospectieve risico's & continue verbeteren • Medicatieveiligheid 	Coördinator EMZ en wijkverpleegkundige Ina Schelling / Reinard van den Berg/ Linda Kerpel, niveau 5

		Rubriek 1, 2, 3, 4	
11.15 - 12.15	Interview 3	Thuiszorg <ul style="list-style-type: none"> • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • 5 clientendossiers met vooraf toestemming 	Wijkverpleegkundige Ina Schelling S1 Reinard van den Berg S1 Linda Kerpel vpk 4
		Rubriek 1, 2, 3	
12.15 - 13.00	Lunch (indien van toepassing: (telefonisch) overleg auditteam		
13.00- 14.00	Interview 4	Clientenparticipatie Open Waard Rubriek 3	Cliëntenraad Co van Dongen vz en andere CR-leden Joop van de Berg tijdelijke huisvesting. Nieuwbouw Erna Bruus lid, vrijwilliger, Renate Holtkamp, vrijw. lid
14.00 -15.00	Interview 5	Dagverzorging DagWaard/ het Palet <ul style="list-style-type: none"> • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • Samenwerking derden • 3 clientendossiers met vooraf toestemming 	Medewerkers dagverzorging Arjan Snel, Palet, TL dagverzorging VIG opleiding Josina Collignon, mdw Brenda Slooter, mdw. maatschappelijke zorg dagverzorging
		Rubriek 1, 2, 3	
15.00 - 15.45	Interview 6	Huishoudelijke zorg <ul style="list-style-type: none"> • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • Samenwerking derden • 3 clientendossiers met vooraf toestemming 	Coördinator HO/HT Toelage Monique Albers Medewerkers huishoudelijke zorg Hellen den Ouden / Angelique Zwanenburg
		Rubriek 1, 2, 3	
15.45 – 16.30	Evaluatie door Auditteam		
16.30 >	Afsluiting dag 2 op Open Waard		Aanwezigen: Afvaardiging MT; Nathalie Mayer, Sylvia Koek, Annemiek Groot, Herma Wilken.
8 uur			

Auditplan voor auditor : Marja Post			
Datum : 17 maart 2016			
Locatie : Buitensluis Numansdorp			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie Auditees
9.00 -10.15	Interview 1	Rondgang op Buitensluis <ul style="list-style-type: none"> • Veiligheid client en medewerker 	Medewerker zorg Henri Huijzer VIG verpleegafdeling
		Rubriek 7, 8	
10.15 – 11.15	Interview 2	Informele zorg <ul style="list-style-type: none"> • Vrijwilligersbeleid en uitvoering 	Vrijwilligers Gon Hoogwerf, Mary Prooij, Arry Schilperoort ,
		Rubriek 2, 3, 5	
11.15 – 12.15	Interview 3	Inzage personeelsdossiers/ planbureau <ul style="list-style-type: none"> • Vaste medewerkers • Tijdelijke 	Personeelsadviseur Nathalie Mayer

		<ul style="list-style-type: none"> • Stagiaires • Inhuur / ZZP • Vrijwilligers • P documenten 	
		Rubriek 5	
12.15 – 13.00	Lunch		
13.00 – 14.30	Evaluatie en voorbereiding door auditteam op eindgesprek		
14.30 > 15.00	Eindbeoordeling en –gesprek		<p>Aanwezigen: Trix van Os, Arjen Hahn, Monique Prooij, Nathalie Mayer, Sylvia Koek, Lisette Horssels. Wim Dorst OR, Leny Malgrom CR Buitensluis en Co van Dongen CR Open Waard.</p>
6 uur			

Auditplan voor auditor : Loes Hoekstra			
Datum : 17 maart 2016			
Locatie : Buitensluis Numansdorp			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie Auditees
9.00 -10.15	Interview 1	Thuiszorg <ul style="list-style-type: none"> • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • 5 clientendossiers met vooraf toestemming 	Wijkverpleegkundige Lisette Horssels
		Rubriek 1, 2, 3	
10.15 – 11.15	Interview 2	Dagverzorging DagSluis <ul style="list-style-type: none"> • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • Samenwerking derden • 3 clientendossiers met vooraf toestemming 	Medewerkers dagverzorging Nancy Hoogendoorn / Manja Kaasjager
		Rubriek 1, 2, 3	
11.15 – 12.15	Interview 3	Geestelijke zorg <ul style="list-style-type: none"> • Geestelijke zorg 	Geestelijk verzorger Piet Reedijk
		Rubriek 2, 3, 4	
12.15 – 13.00	Lunch		
13.00 – 14.30	Evaluatie en voorbereiding door auditteam op eindgesprek		
14.30 > 15.00	Eindbeoordeling en –gesprek		<p>Aanwezigen: Trix van Os, Arjen Hahn, Monique Prooij, Nathalie Mayer, Sylvia Koek, Lisette Horssels Wim Dorst OR, Leny Malgrom CR Buitensluis en Co van Dongen CR Open Waard.</p>
6 uur			

4. Auditprogramma

Jaartal	Aantal vestigingen (benoemen met naam en adres) met aantal medewerkers	Kritische processen per vestiging	Bezochte vestigingen, bezochte kritische processen	Voor volgende opvolgaudit minimaal te plannen onderwerpen en te bezoeken vestigingen. (kan aangepast worden).
2016 Vanaf heraudit	Buitensluis, Numansdorp Open Waard, Molenaar 1 Oud Beijerland	Bestuurlijke, ondersteunende en primaire processen, KMS, cliënt- en medewerker veiligheid.	Buitensluis Numansdorp Bestuurlijke, ondersteunende en primaire processen en CR, KMS, cliënt- en medewerker veiligheid. Open Waard Oud Beijerland, primaire processen en CR, KMS, cliënt- en medewerker veiligheid.	2017 Strategie en KMS > outcome cliënt perspectief <i>Auditonderwerpen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stand van zaken KMS gericht op strategie organisatie</i> • <i>Out come clientperspectief ECD</i> • <i>Interne audit</i> • <i>Directiebeoordeling KPI's en out come strategie</i> • <i>PI kritische processen</i> • <i>Effectmeting opleidingen</i> • <i>Aandachtspunten rapportage</i> • <i>Stand van zaken implementatie en borging tekortkoming</i> Te bezoeken locatie <ul style="list-style-type: none"> • Locatie Open waard
2016 SA1	Buitensluis Numansdorp Open Waard Oud Beijerland (her) huisvestiging)	Bestuurlijke, ondersteunende en primaire processen, KMS, cliënt- en medewerker veiligheid.		2018 > nieuw schema VV&T 2015 en algemeen deel 2015 Strategie en KMS > outcome client perspectief <i>Auditonderwerpen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stand van zaken KMS gericht op strategie organisatie</i> • <i>Out come clientperspectief ECD</i> • <i>Interne audit</i> • <i>Directiebeoordeling KPI's en outcome strategie</i> • <i>PRI kritische processen</i> • <i>Effectmeting opleidingen</i> • <i>Aandachtspunten rapportage</i> • <i>Stand van zaken implementatie en borging tekortkoming</i> Te bezoeken locatie Locatie Buitensluis
2017 SA2	Buitensluis Numansdorp Open Waard Oud Beijerland (her) huisvestiging)	Bestuurlijke, ondersteunende en primaire processen, KMS, cliënt- en medewerker veiligheid.		2019 Locatie Open Waard
2018 Heraudit				Locatie Buitensluis en Open Waard