Partner for progress

RAPPORT

Alerimus

- **Opvolgaudit 1 d.d. 3 en 4 mei 2017**

Kiwa Nederland bv
Sir Winston Churchillaan 273
2280 AB Rijswijk
Telefoonnummer +31 (0) 88 998 44 00
Internet: www.kiwa.nl

© Kiwa
Versie december 2016

Auditrapport

Organisatie

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

Kiwa Nederland bv
Sir Winston Churchillaan 273
2280 AB Rijswijk
Telefoonnummer +31 (0) 88 998 44 00
Internet: www.kiwa.nl

Aantal vestigingen	:	2	Aantal Medewerkers/ Fte Evt Aantal vrijwilligers	: 149,5 fte medewerkers 24,5 fte vrijwilligers

Onderzoek

Soort onderzoek	:	Opvolgaudit 1
Onderdeel	:	Implementatie
Datum onderzoek	:	3 en 4 mei 2017
Datum rapport, versie	:	29 mei 2017, versie 2

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
Waarnemer/trainer/RvA accessor	:	

Certificatie-eisen

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

Norm(en):	**Toepassingsgebied(en):**	**Scope / Nace**	**Certificaatnr. en afloop datum**
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/ 04 15-09-2018

Evt. bijzonderheden:

- Rubriek 6.6 is uitgesloten daar het ontwikkelen van nieuwe zorg en dienstverlening niet tot de doelstelling van de organisatie behoort, dit is opgenomen in het handboek.
- Aanwezig bij de openings- en sluitingsbijeenkomst zijn opgenomen in de planning.

Samenvatting			C/ NC
Auditteam	:	De aard van het bedrijf geeft geen aanleiding om het auditteam te wijzigen	C
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

Gedocumenteerde informatie	:	De systeemdocumentatie is vastgelegd.	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:	C
		Data	C
		Logogebruik	C
		Reikwijdte/scope	C
		Aantal medewerkers	C
		FTE totaal en per kritisch proces	C
		Vermelding vestigingen	C
		Tenaamstelling	C
		Complexiteit	C
		Kortingen	C
		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 een aanleiding tot het (bij de herevaluatie, overstap HKZ norm 2015) 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: - 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 - Toewijzing middelen fase 2 - Verificatie, gegevens klant in relatie tot calculatie gegevens - Toepassingsgebied in relatie tot norm	C
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: .	C

Bevindingen (definitie)

C - Conform	:	Voldoet aan de normeis. Eventueel kunnen er verbeteraspecten ter informatie worden gerapporteerd. Deze aspecten verdienen nadere aandacht of kunnen in het systeem nog verder doorontwikkeld worden.
T - Tekortkoming (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

KT - Kritische tekortkoming	:	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 23 mei 2017.
Kiwa beoordeelt de maatregelen n.a.v. kritische tekortkoming(en) tijdens een extra audit op nvt.
Kiwa beoordeelt de maatregelen n.a.v. tekortkoming tijdens de volgende audit op nog nader af te spreken, voorstel vanuit leadauditor aan organisatie voorgelegd.

Beoordeling corrigerende maatregelen

Beoordelingsresultaat n.a.v. opvolgaudit 1	:	Overgang vooronderzoek (fase 1) naar implementatieonderzoek (fase 2): >> 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 opvolgingsbezoek:
Het auditteam adviseert Kiwa tot voortzetting van het certificaat.

Disclaimer:
Bij deze audit is een steekproef van de organisatie en zijn bedrijfsprocessen getoetst. Het auditresultaat is gebaseerd op een proces van het nemen van steekproeven van de beschikbare informatie.
Bij een toelatingsonderzoek, een herevaluatie of bij een kritische tekortkoming zal er (met dit advies als basis) intern binnen Kiwa een onafhankelijke review op het auditrapport plaatsvinden. Op basis van de uitkomst van de review zal een certificatiebeslissing genomen worden

Eventuele toelichting:

Leadauditor Kiwa	Review en certificatiebeslissing Kiwa
Naam : Mw. M.C.M. Post Datum : 29 mei 2017 Handtekening:	Akkoord met certificatieadvies: Naam : Datum : Handtekening:

Dit rapport heeft de volgende bijlagen:
- Auditrapport
- Rapportbladen
- Auditplan
- Auditprogramma
- Indien van toepassing: Plan(-nen) van Aanpak
- Actuele gegevens klant en planning te auditen 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. De audit heeft volgens de auditdoelstellingen plaatsgevonden. Hierbij is geconstateerd is dat Alerimus wel voldoet aan de eisen; het managementsysteem is doeltreffend en heeft het vermogen om aan de toepasselijke eisen en de verwachte resultaten te voldoen en heeft een effectief proces van interne audits en directiebeoordeling. Tevens is het passend en geschikt bij het toepassingsgebied zoals aangegeven in dit rapport. De onderliggende positieve bewijs hiervoor is vastgelegd 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.

Note: De bevindingen m.b.t. toetsing mogelijke deelschema's zijn integraal opgenomen in de relevante rubrieken

1.2 Bevindingen per rubriek

1.2.1 Rubriek 1: PLAN

Aandachtspunten:
- PRI's worden nog steeds beperkt uitgevoerd. Dit heeft geleid tot een tekortkoming, zie rubriek 4.5.
- Meldingen meldcode kunnen worden gedaan, er heeft door de IGZ een verificatie telefoongesprek plaatsgevonden met een verpleegkundige van Alerimus.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normeisen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
PRI	Uitbreng maaltijden 04-08-2016
Werkwijze	Meldcode procedure en werkwijze Brief IGZ t.a.v. telefonisch check meldcode kennis bij medewerkers.

1.2.2 Rubriek 2: DO

Sterke punten:
- De foto van de klant is een persoonlijk document geworden waarin een betekenisvolle koppeling gelegd wordt tussen het leven van de klant en de zorgbehoefte;
- De mondzorg kwam uitgebreid en voorzien van foto's aanbod in het dossier;
- Uit de agenda van de artsenvisite wordt duidelijk dat gestarte medicatie, gepland geëvalueerd wordt;
- Tijdens de observatie heeft de auditor het gesprek kunnen volgen tussen een medewerker en een net opgenomen heer die zijn opname aan het verwerken was. Deze eerste periode verliep voor de bewoner niet geheel probleemloos. Ook deze heer was besproken tijdens de artsenvisite. De psycholoog gaat ingeschakeld worden;
- Medicatiebeheer is geborgd aangetroffen op Buitensluis;
- Bij binnenkomst van opiaten wordt de hoeveelheid geregistreerd. Verder wordt er bij het toedienen geregistreerd op naam op de medicatie aftekenlijst en op het overzicht wat er gebuikt is om de voorraad te kunnen monitoren en controleren. Dit proces is nu efficiënt ingericht;
- Het Zorgleefplan is consequent ondertekend (aandachtspunt vanuit vorige audit);
- Er is een document toegevoegd aan het zorgdossier, "machtiging inzage clientdossier", waarin aangeven is dat de kwaliteitsmedewerker instanties zoals de specialist, CIZ, andere zorgaanbieders indien er sprake is van bemiddeling etc. inzicht mag geven in relevante documenten;
- Dagbesteding werkt ook vanuit het digitale clientdossier, wordt door de medewerkers als een toegevoegde waarde ervaren;

- Dagwaard is een toegevoegde dagbesteding voor clienten met een WMO indicatie. Direct aansluitend is het Praathuis gelegen dat voor alle bewoners in de wij gebruikt kan worden. Het concept wordt gewaardeerd en gebruikt door jong en oud;
- Clienten van de locatie Open Waard zijn voor een tijdelijke periode in een tijdelijke locatie gehuisvest. Een geheel andere locatie en omgeving waar de locatie voorheen gehuisvest was. De nieuwbouw Open Waard zal in 2018 geopend kunnen gaan worden. De auditor kon zich niet aan de indruk onttrekken dat de bewoners daar zeker naar uit zullen kijken. De tijdelijke locatie ligt afgelegen van de bewoonde wereld (vanuit perspectief bewoners);
- De tekeningen en plannen zijn al volop in ontwikkeling voor de nieuwe locatie, vol enthousiasme wordt er met man en macht aan gewerkt;
- Bewoners kunnen een kwaliteitsverbeterformulier invullen als zij een verbetervoorstel hebben, daar hebben 7 bewoners gehoor aan gegeven, de verbeteracties zijn opgenomen in de directiebeoordeling. Een voorbeeld is dat er een papieren nieuwsbrief uit is gekomen voor bewoners. Ook is er op iedere afdeling een wensboom, medewerkers geven aan te genieten van de wensen die bewoners uiten en waar uitvoering aan gegeven wordt.

Aandachtspunten:
- Voor het fijnmalen van medicatie wordt nog een vijzel gebruikt. Arbo technisch heeft dit niet de voorkeur i.v.m. overbelasting van schouders. De vijzel werd keurig schoongemaakt na het malen;
- Observatie auditor verpleegunit: Medewerkers worden tijdens het medicatiedelen frequent gestoord, ook door collega's. Dit is vanuit het oogpunt van medicatieveiligheid niet wenselijk;
- Medicatiekar van de verpleegafdeling was niet schoon;
- Medewerkers geven verschillende interpretaties aan wat een vrijheidsbeperkende maatregel (M&M) is. Sensoren worden niet gezien als een M&M. Evaluatie van M&M was grotendeels traceerbaar. (SOG was afwezig en kon het proces verder niet toelichten. In de volgende audit zal dit opgenomen worden in de auditplanning waarbij alle betrokken als auditee in het M&M proces worden gevraagd te participeren.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normeisen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Proces medicatie	Medicatie klapper verpleegafdeling Registratie opiaten (bestellijst, registratie binnenkomst, deellijst)
Zorgdossiers zijn getoetst op aanwezigheid (indien relevant): • Intake • Risicosignalering en samenhang met zorgplan • Medicatieoverzicht • Medicatie aftekenlijst met dubbelcheck • Verhaal van de klant • Zorgleefplan (ondertekend) a.d.h.v. 4 domeinen en SMART doelen • Rapportage in lijn met zorgdoelen • Evaluatie zorg • Registratie en evaluatie van M&M • Rapportage tandarts • Machtiging inzage clientdossier	Buitensluis: Mw. K. Dhr. L vd V Mw. K. Open Waard: Mw. Z. In de huiskamer: Diverse zorgdoelen in het fysieke domein, rapportages en vochtlijsten
Overdracht/Interne communicatie	Afdelingsagenda Open Waard verpleegafdeling
Vrijheidsbeperkende maatregelen	Dhr. vd V. 23-07-2016 24-11-2016 12-01-2017
Zorgdossiers zijn getoetst op aanwezigheid	Buitensluis Dhr. K Open Waard Mw. P Mw. D Dagwaard Diverse bewoners en dagbesteding clienten gezien in hun activiteit, geen dossier inzage

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

Sterke punten:
- Klanten blijven onverminderd tevreden over Alerimus, zowel wat betreft algemene tevredenheid als de zorg rondom overlijden. Het cijfer voor de Thuiszorg was gemiddeld een 8.7 in 2016. Dit cijfer was gestegen. Voor de intramurale zorg kon geen cijfer gegeven worden, maar is de doelstelling 80%van de cliënten is tevreden wel gehaald;
- Medewerkers hebben een enquête formulier kunnen invullen t.a.v. hun bevindingen t.a.v. het invullen van een incidenten melding, verbetervoorstellen zijn aantoonbaar opgepakt.

Aandachtspunten:
- Genereer rapportage uit het ECD waarop vanuit clientperspectief gestuurd kan worden en vanuit vastgestelde KPI's geanalyseerd kan worden;
- Zie tekortkoming 4.5 in rubriek 4.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normeisen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Klanttevredenheid	Halfjaarlijkse trendanalyses Q3 en 4 2016 Kortdurend verblijf (KDO) Na stop of overlijden client WLZ Na stop of overlijden client WMO Na stop of overlijden client thuiszorg
Analyses n.a.v. MIC, klachten, interne audits, klanttevredenheid	Directiebeoordeling 2016 MIC Fona meldingen per kwartaal per afdeling en locatie en organisatie gericht

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

Vaste te beoordelen onderwerpen

Beleidsplannen:
Alerimus wordt een waarde gestuurde organisatie met waardes als warme betrokkenheid, betrouwbaar, persoonlijk, respectvol, eigen regie. Op dit moment wordt er hard gewerkt aan de cultuuromslag die nodig is om de ambities te kunnen realiseren. De Leerwijzer is ontwikkeld om medewerkers te ondersteunen in dit proces. Zorg coördinatoren (zoco's) krijgen een coachende rol. De individuele zorgplannen laten zien (foto van de klant) wat er bereikt moet worden samen met en voor de klant/ bewoner.
Vastgesteld is dat de verschillende behoeften (wensen, persoonlijke waarden, levensstijl) soms lastig te managen zijn voor medewerkers, vanuit het perspectief van de ambities van de organisatie. Nog niet duidelijk/ zichtbaar is hoe vastgesteld gaat worden dat ambities bereikt worden op het niveau van b.v. het leefklimaat . De observaties in de huiskamer en tijdens de maaltijd leverde b.v. de volgende vragen/constateringen op die mogelijk het realiseren van de ambities bedreigen:
- sluit de huidige inrichting van de huiskamers aan bij de "echte" wensen van de klant?
- tijdens de koffiepauze van de medewerker is de huiskamer 15 minuten zonder toezicht. Niet duidelijk is of er gekeken is naar mogelijke risico's m.b.t. deze complexe doelgroep;
- niet alle groepen/ diensten worden ondersteund door vrijwilligers (Buitensluis);
- bewoners met een psychiatrische achtergrond, Korsakov, PG, met en zonder gedragsproblematiek en in verschillende fases en ernst van ziektebeelden zitten bij elkaar in groepen variërend van 12 tot 16 personen. Wat betekent de diversiteit van de doelgroep voor bewoners en het leefklimaat? Gefundeerd doelgroepen beleid, alsmede praktische indicatoren/uitkomsten m.b.t. leefklimaat ontbreken nog;
- tijdens de maaltijd in de meerzorg waren tafels gedekt met papieren placemats en werd er voor bewoners opgeschept (geen schalen op tafel). Mogelijk is hier met goede reden voor gekozen, maar het lijkt haaks te staan op de eigen ambities en kwam de huiselijkheid en de eigen regie van de klant zo op het eerste gezicht niet ten goede;
- hoeveel medewerkers van welk deskundigheidsniveau zijn er nodig om al deze bewoners te ondersteunen gedurende met name 1 op 1 contacten, want in hoeverre zijn groepsactiviteiten nog mogelijk bij deze populatie?

- medewerkers geven aan zich nog onvoldoende toegerust te voelen voor deze complex samengestelde doelgroep, maar geven ook aan voldoende ondersteuning van SOG en psycholoog te ervaren bij individuele casuïstiek;
- de huiskamermedewerker heeft geen inzicht in het domein participatie van de bewoners (activiteiten en sociale redzaamheid), alleen het fysieke domein.

Status KMS (Status qua effectiviteit, beheersing en verbeteringen):
De organisatie kiest ervoor om organisch door te ontwikkelen. Er zijn op dit moment nog geen omlijnde plannen m.b.t. het KMS. In het ontwikkeltraject zoals dat nu uitgevoerd wordt, wordt beperkt een verbinding gelegd met het al bestaande KMS. Als die verbinding wel gezocht zou worden, ontwikkeld het KMS deels al automatisch mee en wordt het beste uit het systeem niet onbenut gelaten.

Interne Audits en PDCA:
Interne audits zijn uitgevoerd en een analyse laat zien dat het aantal geconstateerde afwijkingen door de jaren heen afneemt. Dit wordt toegeschreven aan het feit dat verschillende sectoren processen adequaat volgens de vastgestelde procedures en werkinstructies uitvoeren.

Directiebeoordeling:
Directiebeoordeling laat een aantal uitkomsten zien van de kwaliteitsinstrumenten, maar geeft nog weinig inzicht in de status van de transitie waarin Alerimus zich bevindt. Voldoet aan de gestelde normeisen.

Interne Communicatie:
Het MT en het groot werkoverleg zijn de belangrijkste pijlers geweest van de interne overlegstructuur.

Ketensamenwerking:
Er wordt intensief samengewerkt met de diverse partijen in de samenleving: gemeenten, politie, 1e lijn organisaties, winkeliers, verenigingen, kerken e.d. Een mooi voorbeeld is het Praathuis waar de samenwerking inzichtelijk wordt. Ook in het nieuwe ontwerp van de nieuwe Open waard blijkt dat Alerimus in de midden in de samenleving staat. De Oma’s als activiteit voor en met het dorp in De Buitensluis is ook zo’n voorbeeld.

Risico’s:
Het uitvoeren van PRI's en risicomanagement is nog weinig aantoonbaar. Dit heeft geleid tot een tweetal tekortkomingen. Volgend jaar gaat Alerimus over naar de HKZ VVT versie 2015. Er is nog niet nagedacht over de gevolgen voor het KMS van Alerimus.

Geen inspectie IGZ gehad.

Klachten:
Klachten worden op individueel niveau aantoonbaar afgehandeld. Communicatie lijkt een trend te zijn. Dit is onder de aandacht gebracht bij de Zoco's. Er zijn geen klachten bij de externe klachtencommissie, 1 klacht is gemeld bij de directie waarop passende maatregelen zijn genomen.

Indien Multi Site: conform omdat:
Indien Multi Site: heeft organisatie dat ook in eigen interne auditsystematiek uitgevoerd (omvanganalyse)?: Ja

Controle PDCA naar aanleiding van vorige audits: zie rubriek 7

Sterke punten:
- De structuur van de organisatie groeit mee met de ambities. Zo zijn de zorgmaatjes geïntroduceerd en hebben de zoco's een coachende rol gekregen;
- Het jaarplan is passend van opzet met "verhalen";
- Samenwerking met veel partijen in de samenleving, gericht op verandering;

Aandachtspunten:
- In het jaarplan worden doelen/opbrengst genoemd, maar dit zijn vaak de middelen (vorming van kleine teams, invoering van zorgmaatjes,1 team welzijn met zelfde functieopvatting, het maken van de foto van de klant met de klant voor alle nieuwe cliënten) die nodig zijn om de eigenlijke ambities/ waarden te realiseren;
- De implementatie van de verschillende projecten trekt een stevige wissel op MT, Zoco's en medewerkers. Hoewel iedereen enthousiast is over de nieuwe koers ervaren medewerkers een kloof tussen de ambities en de haalbaarheid daarvan in de praktijk in het tijdspad dat gegeven is en de middelen die er zijn (personeelsformatie, werking DigiDos, door steeds adhoc brandjes moeten blussen te weinig toekomen aan eigenlijke taken). Ook ervaren medewerkers soms weinig eigen regiemogelijkheden. Dit had mogelijk ondervangen kunnen worden door een risico-inschatting en analyse voorafgaand aan het

implementatietraject uit te voeren en het meer betrekken van medewerkers zoals Zoco's bij het bedenken van beleid. Nu hebben medewerkers soms het gevoel dat zij oplossingen moeten bedenken voor beleid dat zij niet zelf bedacht hebben;
- De directiebeoordeling sluit nog niet aan bij de nieuwe koers van de organisatie maar heeft wel waarde als monitorinstrument. Uitkomsten van kritische procesonderdelen worden vastgesteld en geanalyseerd en leiden tot verbeteracties. De verschillende kwaliteitsinstrumenten leveren zo in samenhang een bijdrage aan de p-d-c-a cyclus;
- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg wordt in 2017 opgepakt om verder uitgewerkt te worden.

Conclusie: Voldoet aan de normeis behalve de tekortkoming.

Tekortkoming normeis 4.5:
Corrigerende maatregelen zijn onvoldoende op MT niveau aantoonbaar uitgevoerd t.a.v. het voorkomen dat problemen opnieuw optreden, dit is waargenomen t.a.v. de uitgevoerde PRI's en op de aangegeven maatregelen waar geen beoordeling t.a.v. effectiviteit op plaats heeft gevonden (zie normeis 3.5).
Preventieve maatregelen zijn onvoldoende aantoonbaar in alle projectplannen van het MT. Het ontbreekt aan een inventarisatie van mogelijke bedreigingen/ potentiele problemen, analyse en preventieve maatregelen zijn niet opgenomen in de projectplannen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Beleid	Strategisch plan 2015-2017PPT voortgang De reis van Alerimus mei 2017 Het verhaal van de klant/Project ECD Project Binnen is buiten, buiten is binnen Project Samen eten, minder zorg Jaarplan Alerimus 2017 Jaarplanning 2017
Monitoren	Jaarverslag activiteitencommissie Evaluatie document Alerimus Q1 2017 Stand van zaken van diverse projecten met stoplichtmethodiek april 2017 (zonder tijdspad)
Directiebeoordeling	Directiebeoordeling 2016
Interne audit	Analyse intern auditeren
Klachten	Overzicht klachtenregistratie met status afhandeling 2016 Directiebeoordeling 2016
Structuur	Organogram 2017
Interne communicatie	Notulen MT 27-03-2017

1.2.5 Rubriek 5: Personeel (Beleid, competenties, veiligheid en waardering door medewerkers)

Sterke punten:
- De Leerwijzer is een prachtige manier om medewerkers te ondersteunen in het ontwikkeltraject waar Alerimus zich nu in bevindt. Een diversiteit aan workshops wordt aangeboden variërend van een workshop "rapporteren" tot "op de thee bij het MT". De Leerwijzer kan ook gezien worden als een communicatietool en/of een verbinding leggend instrument;
- Arbochecklijst is opgenomen in thuiszorg dossier;
- Foto van het team gemaakt op basis van kwalitatieve en kwantitatieve bezetting en tevens op basis van opleidingseisen en wensen.
- Door de toenemende complexiteit van zorg is het nodig om meer gekwalificeerd medewerkers op niveau 4 en 5 in dienst te hebben. Vanuit inkoopvereisten en het programma Waardigheid en Trots worden hier eisen aan gesteld, zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid 24 uur per dag van een verpleegkundige voor het realiseren van behandeling. In 2016 zijn daarom 8 medewerkers gestart met een opleiding voor verpleegkundige. In totaal volgden in 2016 15 medewerkers de opleiding Verzorgende IG, 11 medewerkers de opleiding Verpleegkunde in de VVT, 1 medewerker de opleiding Verpleegkunde niveau 4 en tenslotte 2 medewerkers HBO Verpleegkunde. Daarnaast hebben 2 medewerkers zich in 2016 geschoold tot Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatrie en volgt 1 medewerker de opleiding Personeel en Arbeid. De leerlingen rouleren binnen Alerimus tussen de

verschillende afdelingen, zodat zij breed opgeleid worden. Alle leerlingen krijgen, afhankelijk van de opleiding, 1 of 2 werkbegeleiders toegewezen en een praktijkopleider.

Aandachtspunten:
- Het medewerkerstevredenheidsonderzoek is uitgevoerd in het najaar van 2016. Verbeterpunten worden een half jaar later pas besproken in het groot werkoverleg. In de transitie waar Alerimus zich in bevindt is dit een log meetinstrument en mogelijk niet erg effectief.
- Nieuwe strategische koers beschrijven / bijstellen in het huidige personeelsbeleid;
- Effecten te meten van scholing en opleiding;
- Ziekteverzuim is toegenomen de organisatie heeft een analyse daarop gemaakt en neemt verbetermaatregelen daar waar het kan;
- 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);

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normeisen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Deskundigheidsbevordering	De Leerwijzer
Medewerkerstevredenheid	Actiz Benchmark Zorg 2016 Notulen MT 27-03-2017
Tevredenheid medewerkers	Eind 2016 uitgevoerd ten tijde van de audit wel een uitslag binnen nog niet verdere gecommuniceerd.
Arbo	Arbocheck thuiszorg dossier

1.2.6 Rubriek 6: Ontwikkeling (Actualiseren en verbeteren van bestaande zorg- of dienstverlening; Ontwikkelen van nieuwe zorg of dienstverlening)

Sterke punten:
- De inzet van een kennisteam is een mooie manier om horizontaal en diagonaal verbanden te leggen tussen disciplines en integraal de kwaliteit van groepen bewoners/klanten te verbeteren op inhoud (vanuit de relevante beroepsgroepen) en effectiviteit (overdracht en samenwerking). Verbinding met het KMS en beleid kan nog wat nadrukkelijker gelegd worden. Wellicht wordt het kader dan ook wat duidelijker.

Aandachtspunten:
- Bij het ontwikkelen binnen Alerimus worden beleidsnotities geschreven. Er wordt niet gekozen voor het format Plan van aanpak uit het KMS. Doestellingen worden geformuleerd, maar zijn meestal acties of middelen. Het formuleren van preventieve maatregelen daar waar projecten een risico vormen voor b.v. het primair proces of de ambities van de organisatie vindt structureel niet plaats. Er kan hier een relatie gelegd worden met de vastgestelde tekortkomingen.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normeisen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Ontwikkeling	Aanvang werkzaamheden Kennisteam Notulen kennisteam 14-03-2017
Protocollen	Vilans
Kennisteam	Agenda 5 mei 2017, notulen maart 2017, opzet kennisteam

1.2.7 Rubriek 7: Facilitaire zaken (Infrastructuur, materiaal en middelen)

Sterke punten:
- Aandacht voor veiligheid blijkt o.a. uit de beheersing van brandmiddelen en preventie (BHV);
- Hulpmiddelen in beheer aangetroffen.

Aandachtspunten audit 2016:
- 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;

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.
Bevindingen:
Tijdens de rondgang is geconstateerd dat er een scheiding is aangebracht tussen producten die opgeslagen worden. Zo is voor de afvalcontainer een aparte kast gebouwd en worden steriele en onsteriele materialen in aparte kasten opgeslagen in korven. Linnengoed wordt nog "open "opgeslagen. Om de rolcontainers zou nog een stofhoes aangebracht kunnen worden.
Conclusie: Tekortkoming is gesloten.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normeisen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Opslag	WI: Opslag en beheer van voorraad steriele materialen verpleegafdeling
	Document 1- WI D03 VP afd Opslag en beheer van voorraad steriele materialen verpleegafdeling. Document 2 – F D03 VP afd Maandelijkse controle voorraad steriele materialen verpleegafdeling. Document 3 – WI D04 VP afd Instructie huishoudelijk afval wegruimen verpleegafdeling
Veiligheid	Brand- en blusmiddelen

1.2.8 Rubriek 8: Inkoop en uitbesteding (Middelen)

Niet opgenomen in het auditprogramma, volgend auditbezoek geagendeerd.

Aandachtspunt audit 2016:
- 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: Voldoet aan de gestelde normeisen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Inkoop	Leveranciersbeoordeling uitgevoerd, rapportage in directiebeoordeling

1.2.9 Rubriek 9: Documentatie (Gedocumenteerde informatie)

Alle gedocumenteerde procedures zijn opgenomen in het handboek Alerimus.

Aandachtspunten:
- 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: Voldoet aan de gestelde normeisen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Handboek versie	Mei 2017
Projecten	Format plan van aanpak

2. Rapportblad

Organisatie : Alerimus
Auditdatum : 3 en 4 mei 2017

Status T/KT	Bevinding	Norm HKZ VV&T 2010, generiek deel 2009
T	Corrigerende maatregelen zijn onvoldoende op MT niveau aantoonbaar uitgevoerd t.a.v. het voorkomen dat problemen opnieuw optreden, dit is waargenomen t.a.v. de uitgevoerde PRI's en op de aangegeven maatregelen waar geen beoordeling t.a.v. effectiviteit op plaats heeft gevonden (zie normeis 3.5). Preventieve maatregelen zijn onvoldoende aantoonbaar in alle projectplannen van het MT. Het ontbreekt aan een inventarisatie van mogelijke bedreigingen/ potentiele problemen, analyse en preventieve maatregelen zijn niet opgenomen in de projectplannen. Plannen van Aanpak kunt u voor 22 mei 2017 sturen naar: m.c.m.post@quicknet.nl	4.5

T: Tekortkoming *KT: Kritische Tekortkoming*

Extra audit op	Volgende audit op
nvt	< 15-9-2018

Kiwa verzoekt u om de maatregelen hieronder kort toe te lichten en, eventueel voorzien van bijlagen, aan Kiwa voor te leggen.
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.
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)

Paraaf lead auditor Kiwa:	Paraaf directievertegenwoordiger auditee:

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)

Beoordeling corrigerende maatregel(en) door Kiwa	Paraaf lead auditor Kiwa:
X Akkoord ☐ Niet akkoord (zie nieuw rapportblad)	Datum: 28 mei 2017

Onderwerp	Concept Format KIWA plannen van aanpak KT/T
Verantwoordelijke	Stichting Alerimus, contactpersoon A.R. Hahn
Datum PvA	15-05-2017
Relevante documenten	PvA
Beoogd resultaat	Oplossen tekortkoming m.b.t. het onvoldoende aantoonbaar uitvoeren door het MT van corrigerende maatregelen ter voorkoming dat problemen opnieuw optreden en het onvoldoende aantoonbaar hebben van preventieve maatregelen in projectplannen.

Aanleiding

Oorzaak van de tekortkoming:
Het niet voldoende uitvoeren van corrigerende en preventieve maatregelen is voornamelijk terug te voeren op de uitval van zowel het hoofd facilitaire diensten als de manager bedrijfsvoering gedurende heel 2016. Hun taken zijn opgevangen door de overige MT-leden waardoor er grote extra belasting is ontstaan. Zeker gelet op het feit dat er ook nog een verhuizing van locatie Oud Beijerland heeft plaatsgevonden in dezelfde periode. Daarnaast is de organisatie desondanks aan de grote transitieontwikkeling begonnen. De prioriteit heeft minder op risicobeheersing gelegen zowel binnen de going concern als in de innovatie. Gesteld kan worden, dat ondanks het besef van de importantie van- en de overtuiging dat corrigerende en preventieve maatregelen aandacht krijgen, dit, gesteld naar de normeis 3.5, te gering is geweest.

Werkwijze

Omvang van de tekortkoming:
De tekortkoming betreft het onvoldoende uitvoeren van corrigerende maatregelen en het onvoldoende beoordelen of genomen corrigerende maatregelen t.a.v. processen effectief zijn geweest opdat voorkomen kan worden dat problemen opnieuw optreden.
In projectplannen ontbreekt een inventarisatie van mogelijke bedreigingen en problemen. De analyse hiervan en te nemen preventieve maatregelen zijn niet consequent opgenomen in de projectplannen.

Oplossing van de tekortkoming:
Alerimus zal meerdere paden bewandelen om op de geconstateerde tekortkoming te anticiperen.

- Een aantal cliënt gerelateerde processen, welke geselecteerd worden op relevantie door het MT, zullen worden onderworpen aan een prospectieve risico-inventarisatie volgens de Safer-methodiek. Het uitvoeren van PRI's volgens deze methodiek ervaren we van toegevoegde waarde. De selectie van de processen en de uitvoering van de PRI's én de beoordeling t.a.v. de effectiviteit van de corrigerende maatregelen worden in de MT – vergaderingen besproken. Waar nodig worden er aanvullende afspraken gemaakt of maatregelen genomen.

- Onder leiding van de manager backoffice zal er aankomend seizoen een brede risico-inventarisatie worden uitgevoerd binnen de organisatie. Deze inventarisatie is enerzijds gericht op de going concern en anderzijds gericht op de ontwikkelingen binnen de organisatie. Vervolgens zullen deze risico's samen als beheers risico's worden meegenomen in de lange termijn strategische risicoanalyse voor de organisatie. Uiterlijk aan het eind eerste kwartaal 2018 is deze analyse in alle overleggremia besproken en vastgesteld door de bestuurder.

- De werkinstructie WI P01 Format Plan van Aanpak zal aan de hand hiervan volledig worden herzien.

- Vanaf 1 mei jongstleden is de teamleider kwaliteit en ICT aangesteld als bestuurssecretaris. Deze functie bevat tevens de taak van intern toezichthouder. Om adequaat deze taak te kunnen vervullen volgt de bestuurssecretaris de opleiding Compliance Officier in de Zorg aan het Compliance Instituut. Risicomanagement

maakt een belangrijk deel uit van deze opleiding.

Operationaliteit (aantonen van genomen corrigerende maatregelen d.m.v. documenten):

- Alerimus gebruikt de prospectieve risico-inventarisatie methodiek volgens de Safer methode al ettelijke jaren en de documentatie hieromtrent maakt onderdeel uit van kwaliteitsmanagementsysteem. Deze documentatie is actueel en behoeft geen aanpassing. Relevantiebepaling van processen, uitgevoerde PRI's, corrigerende maatregelen en beoordeling effectiviteit worden vanaf heden besproken in MT-vergaderingen. Het gaat hierbij om betere handhaving t.a.v. de normeis 3.5.

- Uiterlijk aan het eind van kwartaal 1 2018 zullen alle risicoanalyses vastgesteld aanwezig zijn in de organisatie en zijn er aantoonbare preventieve en beheersmaatregelen genomen.

- De werkinstructie is hiertoe aangepast en zal worden toegepast binnen de organisatie.
- Met de aanstelling van een bestuurssecretaris met een belangrijk taakgebied intern toezicht is er een preventieve c.q. beheersmaatregel genomen om deze tekortkoming in de toekomst te voorkomen.

Actielijst

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Wanneer gerealiseerd (datum)
1.	Afspraak maken binnen MT op welke wijze en met welke frequentie PRI's, te nemen corrigerende maatregelen en het beoordelen van de effectiviteit van reeds genomen corrigerende maatregelen moeten worden besproken.	Duidelijke afspraken omtrent het nemen van corrigerende maatregelen op processen, beoordeling effectiviteit en vastlegging hiervan in notulen of anderszins.	MT en Bestuur	22 mei 2017
2.	Opstellen plan van aanpak risicoanalyse Alerimus.	Risico-analyse going concern, risico-analyse ontwikkelprogramma Alerimus, overall strategische risico-analyse organisatie	Manager backoffice, MT, bestuurder.	PvA 16 juni 2017 Analyses 1 & 2 najaar 2017, analyse 3 eind 2017, begin 2018
3.	Opleiding Compliance Officer in de Zorg bestuurssecretaris	Kennis van en borging intern toezicht in de organisatie	A.Hahn	Opleiding afgerond nov. 2017

Status uitgevoerde acties

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Datum gerealiseerd
1.	Afspraak maken binnen MT op welke wijze en met welke frequentie PRI's, te nemen corrigerende maatregelen en het beoordelen van de effectiviteit van reeds genomen corrigerende maatregelen moeten worden besproken	Duidelijke afspraken omtrent het nemen van corrigerende maatregelen op processen, beoordeling effectiviteit en vastlegging hiervan in notulen of anderszins.	MT en Bestuur	22 mei 2017 Gerealiseerd.
2.	Opstellen plan van aanpak organisatie brede risicoanalyse. .	Reeds besproken in werkoverleg. Daarnaast is t.b.v. het businessplan uitbreiding Buitensluis een eerste risicoanalyse opgesteld (zie bijlage). Het plan van aanpak risicomanagement bij Alerimus staat gepland ter bespreking	Manager backoffice, bestuurder	16 juni 2017
3.	Opleiding Compliance Officier in de Zorg bestuurssecretaris	De bestuurssecretaris is reeds gestart met zijn opleiding.	A. Hahn	Nov. 2017 Onder handen

				werk

Effectiviteit (aantonen dat genomen corrigerende maatregelen effectief zijn geweest)
1> Datum Evaluatie I: 1 juli 2017 2> Datum Evaluatie II: 1oktober 2017 3> Datum Evaluatie III: 15 december 2017

3. Auditplan

Auditdoelstelling:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en de gedocumenteerde informatie komen overeen met de eisen van de norm HKZ VV&T 2010 en algemeen deel 2009, plus de vastgestelde reikwijdte van de scope (zie 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;
- de gedefinieerde processen en documentatie van het door de klant ontwikkelde managementsysteem aantoonbaar zijn geïmplementeerd;
- de vaststelling van de doeltreffendheid van het managementsysteem om te bewerkstelligen dat de organisatie in redelijke mate mag verwachten zijn gespecificeerde doelstellingen te bereiken;
- de wijze van uitvoer van de werkzaamheden overeenkomt met de beschrijving hiervan in de gedocumenteerde informatie.
- 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 hiervan maximaal 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 die momenteel bij ons bekend zijn, zijn ze nog actueel?:

Aantal bedrijfs-locaties	**Aantal Fte**	**Aantal Medewerkers, aantal vrijwilligers, aantal tijdelijk medewerkers, aantal ZZP'ers**	**Toepassingsgebied**
2	149,5 fte medewerkers 24,5 fte vrijwilligers	367 medewerkers. 259 vrijwilligers 4 ZZP-ers	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.

Indien de gegeven niet kloppen of gewijzigd zijn willen wij u vragen dat ruim voor de audit kenbaar te maken.

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

Marja Post 06-27471427

Naam Klant: Alerimus

Onderzoek
Soort onderzoek : Opvolgaudit 1
Datum onderzoek : 3 en 4 mei 2017
Locatie Onderzoek : de Buitensluis en Open Waard
Versie : 22 april 2017, versie 3

Auditteam
Lead Auditor : Mw. M.C.M.(Marja) Post
Auditor(-en) : Mw. L (Loes) Hoekstra
Materiedeskundige : idem
Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Systeemcertificatie: 2014.

Norm(en)	Toepassingsgebied(en)	Scope/ NACE	Certificaatnr. en afloopdatum
HKZ: HKZ algemeen organisatiedeel 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 15-09-2018

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, daar waar mogelijk, andere auditees te vragen dan degenen 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 cliëntdossiers graag voorzien van schriftelijke toestemming van betrokkenen.

De auditor dient in de gelegenheid te zijn om zonder beperkingen alle relevante bewijzen van elk personeelslid n.a.v. norm- en managementsysteem in te kunnen zien. Dan kan er gerichter gekeken worden naar opleidingen, terugkoppeling kennis, assessments, beoordelingsformulieren, uitkomsten in relatie tot beheerste processen en bijsturing.

Graag, *indien relevant en/of aanwezig*, ter inzage klaarleggen de volgende documenten over 2016/2017:

- Systeembeoordeling / Directiebeoordeling /Management Review
- Leveranciersbeoordeling
- Overzicht vastgestelde risico's
- Resultaten Cliënt tevredenheidsonderzoeken
- Indien van toepassing: resultaten LPZ metingen
- Resultaten Medewerkerstevredenheidsonderzoek
- Documenten t.b.v. onderhoud apparatuur (indien van toepassing)
- Verslagen en Planning van interne audits
- Diverse meldingen of klachten met doorlopen PDCA cyclus
- Jaarplan/ beleidsplan 2017
- Indien van Toepassing: voorbeelden van Prospectieve Risico Inventarisatie op kritische processen
- Jaarplanning (indien aanwezig)
- Jaarverslagen van Commissies
- RI & E (per locatie)
- Indien van toepassing Plannen van Aanpak voorafgaande audits ***voorzien van actuele status acties***

Auditplan voor auditor : Marja Post			**dag 1**
Datum : 3 mei 2017			
Locatie : Buitensluis			
Tijd	Activiteit	Processen en normeisen	Naam en functie Auditees
10.30 – 11.00	Voorbereiding auditor		
11.00 - 11.15	Openingsgesprek		Management en belangstellenden: Trix van Os, Arjen Hahn, Jacqueline van Rijn, Monique Prooij, Sylvia Bouman, Marijke Blijdorp.
11.15 -12.30	Interview 1 Beide auditoren	Beleid & Organisatie • Directie beoordeling • Kwaliteit/ KMS • Interne en externe communicatie • Ketenpartners • Interne audits • Klachten/meldingen • Beheersing Risico Inventarisaties • Ontwerp en Ontwikkeling / projecten • Stand van zaken m.b.t. PvA n.a.v. bevindingen voorafgaande externe audits Rubriek 4, 6, 7, 8, 9	Bestuurder Trix van Os en stand van zaken projecten met Monique Prooij en Sylvia Bouman.
12.30 - 13.30	Lunch maaltijd met bewoners in het restaurant > Inzage registraties in eigen ruimte auditoren		
13.30- 14.30	Interview 2	Uitvoering primair proces • Clientgesprek bijwonen • Inzage dossier vooraf toestemming • Samenwerking keten • PRI client • Meldingen • Tevredenheid Rubriek 1, 2, 3	Client Dhr. K EVV-er medewerker zorg
14.30 – 15.00	Inzage clientendossiers met vooraf toestemming		Met begeleiding
15.00 - 16.00	Interview 4 Beide auditoren	Kennisteam overleg • Doel overleg • Registraties, analyse, continue verbeteren • Professioneel handelen • Samenwerking • Kwaliteitskader, Waardigheid & Trots Rubriek 1, 2, 3	Afvaardiging kennisteam leden Ank Wichers, Anne-Marieke Kruithof-van de Wel, Corrien Stougie, Lisette Horssels, Natascha Cornet, Petra Borsje, Reinard van den Berg, Sabrina Roks, Tosca de Jong, Sylvia Bouman
16.00 - 16.30	Overleg auditoren, rapportage		
16.30 - 17.00	Terugkoppeling dag 1		Aanwezigen: Monique Prooij en Arjen Hahn
6,5 uur			

Auditplan voor auditor : Loes Hoekstra			**dag 1**
Datum : 3 mei 2017			
Locatie : Buitensluis			
Tijd	Activiteit	Processen en normeisen	Naam en functie Auditees
10.30 – 11.00	Voorbereiding auditor		
11.00 - 11.15	Openingsgesprek		Management en belangstellenden Trix van Os, Arjen Hahn,

			Jacqueline van Rijn, Monique Prooij, Sylvia Bouman, Marijke Blijdorp.
11.15 -12.30	Interview 1 Beide auditoren	Beleid & Organisatie • Directie beoordeling • Kwaliteit/ KMS • Interne en externe communicatie • Ketenpartners • Interne audits • Klachten/meldingen • Beheersing Risico Inventarisaties • Ontwerp en Ontwikkeling / projecten • Stand van zaken m.b.t. PvA n.a.v. bevindingen voorafgaande externe audits Rubriek 4, 6, 7, 8, 9	Bestuurder en stand van zaken projecten met Sylvia en Monique
12.30 - 13.30	Lunch met bewoners in huiskamer Meerzorg > Inzage registraties in eigen ruimte auditoren		
13.30- 14.30	Interview 2	Uitvoering primair proces • Medicatie ronde verpleegafdeling • Inzage dossier vooraf toestemming • Samenwerking keten • PRI client • Meldingen • Tevredenheid Rubriek 1, 2, 3	Verpleegafdeling Verzorgende
14.30 – 15.00	Inzage clientendossiers met vooraf toestemming		Met begeleiding
15.00 - 16.00	Interview 4 Beide auditoren	Kennisteam overleg • Doel overleg • Registraties, analyse, continue verbeteren • Professioneel handelen • Samenwerking • Kwaliteitskader, Waardigheid & Trots Rubriek 1, 2, 3	Afv. Kennisteam leden Ank Wichers, Anne-Marieke Kruithof-van de Wel, Corrien Stougie, Lisette Horssels, Natascha Cornet, Petra Borsje, Reinard van den Berg, Sabrina Roks, Tosca de Jong, Sylvia Bouman
16.00 - 16.30	Overleg auditoren, rapportage		
16.30 - 17.00	Terugkoppeling dag 1		Aanwezigen: Monique Prooij en Arjen Hahn
6,5 uur			

Auditplan voor auditor : Marja Post		**dag 2**	
Datum : 4 mei 217			
Locatie : Open Waard			
Tijd	Activiteit	Processen en normeisen	Naam en functie Auditees
9.00 -10.15	Interview 1	Uitvoering primair proces • Medicatie ronde op Het Buiten • Inzage dossier vooraf toestemming • Samenwerking keten • PRI client • Meldingen • Tevredenheid Rubriek 1, 2, 3	Zorgcoördinator en verzorgende
10.15 – 10.30	Inzage clientendossiers met vooraf toestemming		Met begeleiding
10.30 - 11.00	Interview 2 Beide auditoren	Uitvoering zorg Het Praathuijs • Werken in en met de wijk • Vrijwilligers • Activiteiten / welzijn Rubriek 1, 2, 3	Activiteitenbegeleider Brenda en coördinator welzijn Monique

11. 30 - 12.30	Interview 3	Uitvoering primair proces Dagverzorging Dagwaard • Indicatie • Intake • Clientdossier met vooraf toestemming • Medicatieveiligheid • Activiteiten/ welzijn Rubriek 1, 2, 3	Medewerker dagverzorging Brenda en coördinator welzijn Monique
12.30 - 13.00	Reistijd naar Buitensluis en lunch		
13.00 - 14.00	Evaluatie en rapportage door auditteam		
14.00 - 14.30	Eindbeoordeling en -gesprek		Aanwezigen: Trix van Os, Arjen Hahn, Jacqueline van Rijn, Monique Prooij, Sylvia Bouman, Marijke Blijdorp.
5,5 uur			

Auditplan voor auditor : Loes Hoekstra **dag 2**			
Datum : 4 mei 2017			
Locatie : Open Waard			
Tijd	Activiteit	Processen en normeisen	Naam en functie Auditees
9.00 -10.00	Interview 1	Uitvoering primair proces Observatie huiskamer Kreekestein • Indicatie • Intake • Clientdossier, inzage met toestemming • Medicatie • Welzijn/ activiteiten Rubriek 1, 2, 3	Huiskamermedewerkende Verzorgende Nader te bepalen
10.00 – 10.30	Inzage clientendossiers met vooraf toestemming		Met begeleiding
10.30 - 11.00	Interview 2 Beide auditoren	Uitvoering zorg Het Praathuijs • Werken in en met de wijk • Vrijwilligers • Activiteiten/ welzijn Rubriek 1, 2, 3	Act. begeleider en coördinator welzijn
11.00 – 11.30	Reistijd naar Buitensluis		
11.30 - 12.30	Interview 3	Uitvoering primair proces artsenvisite • Indicatie • Intake • Clientdossier met vooraf toestemming • Medicatieveiligheid • Medisch beleid (BOPZ, MDO) Rubriek 1, 2, 3	Zorgcoördinator VPA Verzorgende nader te bepalen
12.30 - 13.00	Lunchen met medewerkers Back Office		
13.00 - 14.00	Evaluatie en rapportage door auditteam		
14.00 – 14.30	Eindbeoordeling en -gesprek		Aanwezigen: Trix van Os, Arjen Hahn, Jacqueline van Rijn, Monique Prooij, Sylvia Bouman, Marijke Blijdorp.
5,5 uur			

Auditprogramma

Vestigingen	Kritische processen/ Scope onderdelen	Initiële audit	Op volg audit 1	Op volg audit 2 HKZ 2015	Her audit
Hoofdkantoor	Ondersteunende processen Beleid Facilitair Inkoop Kwaliteit Documenten Personeel	**V** **V** **V** **V** **V** **V** **V**	**V** **V** **V** **V** **V**	**V** **V** **V** **V** **V** **V** **V**	**V** **V** **V** **V** **V** **V** **V**
Locatie De Buitensluis	Primaire proces Zorg- dienstverleningsproduct:	**V**	**V**	**V**	**V**
Locatie De Open Waard	Primaire proces Zorg- dienstverleningsproduct:	**V**	**V**	**V**	**V**

Audit thema's	Audit onderwerpen	Initiële of heraudit	Opvolg audit 1	Opvolg audit 2 HKZ 2015	Heraudit
Plan	PRI	**V**	**V**	**V**	**V**
	Werkwijze	**V**	**V**	**V**	**V**
	Professioneel handelen	**V**	**V**	**V**	**V**
Do	Uitvoering primaire proces	**V**	**V**	**V**	**V**
Check	Meting resultaten	**V**	**V**	**V**	**V**
	Ervaring cliënten	**V**	**V**	**V**	**V**
	Ervaring ketenpartners	**V**		**V**	**V**
	Analyse	**V**	**V**	**V**	**V**
Beleid & KMS	Beleid	**V**	**V**	**V**	**V**
	KMS	**V**	**V**	**V**	**V**
	Interne audits	**V**	**V**	**V**	**V**
	Maatregelen	**V**	**V**	**V**	**V**
	Directiebeoordeling	**V**	**V**	**V**	**V**
Medewerkers	Beleid	**V**		**V**	**V**
	Bevoegd en bekwaam	**V**	**V**	**V**	**V**
	Veiligheid	**V**	**V**	**V**	**V**
	Ervaring medewerkers	**V**		**V**	**V**
Ontwikkeling	Ontwikkeling en innovatie bestaand	**V**	**V**	**V**	**V**
	Ontwikkeling en innovatie nieuw	**V**		**V**	**V**
Werkomgeving	Eisen	**V**		**V**	**V**
	Monitoring en meetuitrusting	**V**		**V**	**V**
Inkoop	Inkoopeisen	**V**		**V**	**V**
	Leveranciersbeoordeling	**V**		**V**	**V**
Documentatie	Handboek	**V**	**V**	**V**	**V**
	Beheersing documentatie	**V**	**V**	**V**	**V**
	Beheersing registratie	**V**	**V**	**V**	**V**