Rapport van de audit, uitgevoerd bij:

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland

COLIJNSPLAAT

rapport nummer: 40784-1

Surveillance audit
HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015

Arnhem, 4 april 2023

DEKRA Audit

VERTROUWELIJK RAPPORT ©

Auditor / Teamleider: Bep Hermans-Cuppen

DEKRA Certification B.V. Meander 1051, ARNHEM 5185, ARNHEM, NEDERLAND
T +31 88 96 83000 F +31 88 96 83100 www.dekra.nl Company registration 09085396

© DEKRA Audit is een handelsnaam van DEKRA Certification B.V. Alle rechten voorbehouden.

Het is verboden om dit document op enige manier te wijzigen, het opsplitsen in delen daarbij inbegrepen.

DEKRA Certification B.V. en/of de met haar gelieerde maatschappijen zijn niet aansprakelijk voor enige directe, indirecte, bijkomstige of gevolgschade ontstaan door of bij het gebruik van de informatie of gegevens uit dit document, of door de onmogelijkheid die informatie of gegevens te gebruiken.

De inhoud van dit rapport mag slechts als één geheel aan derden kenbaar worden gemaakt, voorzien van bovengenoemde aanduidingen met betrekking tot auteursrechten, aansprakelijkheid, aanpassingen en rechtsgeldigheid.

Inhoudsopgave

1 Samenvatting 4
2 Afspraken 8
2.1 Afspraken voor het vervolgtraject 8
3 Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit 9
3.1 Bij de audit betrokken certificaten 9
3.2 Auditprogramma 9
4 Uitvoering van de audit 11
4.1 Deelnemers 11
4.2 Informatie per proces 12
Bijlage A Auditprogramma 15
Bijlage B Tekortkomingen 17
B.1 Afgesloten tekortkomingen ..... **Error! Bookmark not defined.**
B.2 Openstaande tekortkomingen 17
Bijlage C Agenda voor de volgende audit 18

1 SAMENVATTING

DEKRA Audit heeft een audit uitgevoerd bij Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland, COLIJNSPLAAT op 4 april 2023.
Bij aanvang van de audit hebben wij gesproken over wijzigingen met betrekking tot:
- de marktsituatie en klanten
- wet- en regelgeving
- de organisatiestructuur
- locatie(s) binnen het certificaat en het aantal medewerkers
- processen en de processtructuur
- het beschreven managementsysteem
- de geldigheid van de huidige scope.

Het bespreken van deze onderwerpen heeft geen aanleiding gegeven tot opmerkingen of wijzigingen in het auditprogramma of de auditagenda.

Als onderdeel van deze audit zijn ook maatregelen beoordeeld die voor de verbetering van tekortkomingen genomen zijn. Daarbij is aangetoond dat de tekortkomingen tijdens de eerste vervolgaudit effectief zijn gecorrigeerd.
Zie uitgebreid de rapportage nummer: 41926-1 van 4 mei 2022

Tijdens de audit is de beschikbare informatie op basis van een steekproef beoordeeld. Van de organisatie wordt verwacht dat zij zelf afweegt in hoeverre de genoemde conclusies en verbetermogelijkheden ook voor niet beoordeelde onderwerpen van toepassing zijn.

Tijdens de audit is opgevallen dat:
De strategische doelstellingen uit het Managementplan van de St. Ouderenzorg Noord-Beveland helder en eenduidig zijn verwoord. Deze doelstellingen zijn binnen de organisatie bij meerdere interviews aangehaald en waren bij medewerkers bekend,
Risico’s zijn bij inventarisaties ruim voldoende in kaart gebracht en geanalyseerd. Alle kwaliteits registraties zijn goed traceerbaar, o.a. door het monitoren van prestatie indicatoren en de diverse overlegvormen. Tijdens de uitgebreide Organisatie beoordeling, het Kwaliteitsbeleid en de digitale management informatie systemen worden alle beleidsuitgangspunten voortdurend

getoetst op doelstellingen en waar nodig vindt bijstelling plaats.
Het goed onderhouden en verbeterde kwaliteitsmanagementsysteem ondersteund hier in.
Leiderschap en betrokkenheid van directie en management zijn tijdens de audits waarneembaar.
Kwaliteitsbewustzijn is geregeld gespreksonderwerp tijdens de audit. Competenties van medewerkers zijn aantoonbaar en actueel.

Er zijn geen openstaande tekortkomingen (voor details zie Bijlage B).

Conclusie:
Het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015.

Tijdens de audit is de conformiteit en effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Er is vastgesteld dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in;
- Kwaliteitsplan Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland, 2023
- Samenvatting van de kwaliteitsplannen 2023
1. Zorg, Basis veiligheid,
2. Wonen, Wooncomfort,
3. Veiligheid, Hulpbronnen
4. Welzijn, Participatie mantelzorger & vrijwilligers
5. Leren en verbeteren/PDCA

Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de management review.
- Organisatiebeoordeling 2022 St. Ouderenzorg N-Beveland (Cleijenborch)
Kwaliteitsmanagementsysteem en doelstellingen
2. Cliëntoordeel
Risicobeheersing
2.9 Herhaalscan Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Waardigheid & Op Locatie (WOL)
3. Leren en Verbeteren
- Bezoek IGJ en Scholingen
3.3 Roze loper 50+/diversiteit
3.4 Resultaten interne audits
3.5 Vrijheidsbeperkende Maatregelen/ Wet Zorg en Dwang (WZD)

3.6 Maandrapportages (AO/IC)
3.7 Elektronisch Cliënten Dossier
3.8 Inventarisatie zorgindicatoren
3.11 Hygiëne- en infectiepreventie
4.1 Analyse van het personeelsbestand
4.3 Risico- inventarisatie en evaluatie (RI&E)
4.4 Jaarverslag Arbo (acties en uitvoering beleid in 2022)
5. Veiligheid
6.2 Afwijkingen
6.3 Leveranciersbeoordelingen

Bewijsvoering voor deze constatering werd door de auditor gevonden uit de combinatie van documenten, registraties en waarnemingen.

Her certificatie wordt aanbevolen

Documenten, registraties en waarnemingen zijn allen opgenomen in de rapportage van DEKRA Audit. Zij vormen een combinatie van geheel om de uitspraak van conformiteit te rechtvaardigen.

Hiermee zijn ook de doelstellingen van de audit gerealiseerd, zoals die in de aankondiging van de audit zijn genoemd.
Het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015.

Wanneer aanvullings- of wijzigingsbladen voor deze normen zijn gepubliceerd, dan zijn deze bij de beoordeling gebruikt.

Sterke punten:
- Cleijenborch heeft een zeer uitgebreid Kwaliteitsplan 2023 opgesteld. Doelen, risico/ kansen zijn benoemd en evaluaties vastgesteld, evenals verantwoordelijkheids toedeling van de acties.
- St. Ouderenzorg N- Beveland Cleijenborch investeert in haar medewerkers door o.a. het grote aanbod van scholing en opleidings mogelijkheden

2 AFSPRAKEN

2.1 AFSPRAKEN VOOR HET VERVOLGTRAJECT

De volgende audit zal volgens schema worden ingepland. Ons bedrijfsbureau neemt contact met u op om de datum(s) hiervoor af te spreken.
Voor de volgende audit is een agendavoorstel gemaakt en als bijlage in dit rapport bijgevoegd.

3 UITGANGSPUNTEN EN OMSTANDIGHEDEN BIJ DE AUDIT

3.1 BIJ DE AUDIT BETROKKEN CERTIFICATEN

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland - Dokter Maasstraat 4 COLIJNSPLAAT
Certificaat: 2161422, HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015
Niet van toepassing verklaarde paragrafen: (HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015) 6.6
Toepassingsgebied:

- Het ondersteunen op het gebied van wonen, welzijn en zorg voor ouderen.

Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland Dokter Maasstraat 4 COLIJNSPLAAT

3.2 AUDITPROGRAMMA

Het Auditprogramma voor deze audit is opgenomen in Bijlage A. Daaruit blijkt ook welke locaties tijdens deze audit zijn bezocht.

<u>Wijzigingen en huidige situatie</u>
Bij aanvang van de audit hebben wij gesproken over wijzigingen met betrekking tot:
- de marktsituatie en klanten
- wet- en regelgeving
- de organisatiestructuur
- locatie(s) binnen het certificaat en het aantal medewerkers
- processen en de processtructuur
- het beschreven managementsysteem
- de geldigheid van de huidige scope.

Het bespreken van deze onderwerpen heeft geen aanleiding gegeven tot opmerkingen of wijzigingen in het auditprogramma of de auditagenda.

Ploegendiensten

Bij de planning van deze audit is er rekening mee gehouden dat in ploegen wordt gewerkt.
Tijdens de uitvoering van de audit is gebleken dat dit een beheerst proces is.
Binnen Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland is er voor de intramurale zorg sprake van drie diensten:
Dag, avond en nachtdiensten
Tijdens de avond- en nachtdienst zijn er medewerkers die ook de dagdienst kunnen draaien.
Werkzaamheden die specifiek worden uitgevoerd tijdens de nachtdienst , rondes lopen, op zorgvragen reageren en specifieke schoonmaak taken zoals de tilliften schoonmaken.
Hiervoor is de map nachtdienst, waarin per dag de werkzaamheden die moeten worden uitgevoerd staan beschreven en worden geregistreerd (zie map Nachtdienst)
Indien er een situatie is waarbij de aanwezige zorg ontoereikend is (spoedsituatie) kan er gebruik worden gemaakt van de verpleegkundige bereikbaarheidsdienst. Deze kunnen binnen een kwartier aanwezig zijn. Indien de zorg meer spoedeisend is, kan er een beroep worden gedaan op de huisartsenpost of wordt 112 gebeld. Afspraken hierover zijn bekend bij het personeel.
In de extramurale zorg wordt gewerkt in een dag- en avonddienst. De 24-uurs bereikbaarheid en alarmeringen komen wel 24 uur binnen bij de organisatie. In de nacht wordt daarop een andere organisatie ingeschakeld voor het leveren van de eventuele zorg. Zie samenwerkingsovereenkomst met Allevo
De activiteiten in de avond en nachtdienst zijn gelijkwaardig van aard en de betreffende rapportage en overdracht vindt plaats in dezelfde systemen. Alle medewerkende draaien alle diensten. Hierdoor zijn de betreffende activiteiten te auditten in de dagdienst.

Gebruik van certificaten en logo's

We hebben vastgesteld dat het certificaat en de van toepassing zijnde logo's op correcte wijze worden toegepast.

4 UITVOERING VAN DE AUDIT

4.1 DEELNEMERS

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

naam	functie	organisatie
P. Pijpelink	Manager Zorg	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
G. Vader	Manager Kwaliteit&Beleid	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
J. Meijer	Directeur/Bestuurder	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
N. Molhoek	Verpleegkundige niveau 4	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
L. Gast	Praktijkverpleegkundige Ouderenzorg niveau 6	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
C. van Leeuwen	Wijkverpleegkundige/Praktijkopleider	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
R. de Rijder	Eerstverantwoordelijke Welzijn	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
R. Krijnsen	Verzorgende IG/GVP/Dag-besteding	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
Y. Moerman	Coordinator Huishouding in en extramuraal	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
W. van Gilst	Huishoudelijk Medewerker	St. Ouderenzorg N-Beveland Cleijenborch
B. Hermans-Cuppen	Lead Auditor	DEKRA Certification BV

4.2 INFORMATIE PER PROCES

Beleid en Doelstellingen/Bestuur
Besproken:
- Context van de organisatie
- Risico's maar ook kansen
- Jaardoelstellingen met Indicatoren

Actueel houden zorg en dienstverlening/Bestuur
Besproken:
- Ontwikkelingen
- Samenwerking in de Regio
- Actueel houden wettelijke vereisten en branche normen
- Rapportage IGJ bezoek

Meten, analyseren en verbeteren/Bestuur
Besproken:
- Uitgevoerde Directiebeoordeling en opvolging
- Cliënten en Medewerkers tevredenheid onderzoek met uitkomsten
- Meldingen
- Klachten
- Leveranciers beoordelingen
- Uitkomsten opleidingen

Personeelsprocessen/Bestuur
Besproken:
- Benodigde Competenties
- Verzuim beleid en uitvoer
- R, I en E. met opvolging
- ARBO en veilige werkomgeving

Meten, analyseren en verbeteren/Kwaliteitsmanager
Besproken:
- Uitgevoerde interne audits en opvolging
- Planningen interne audits

Kwaliteitsmanagementsysteem/Documentatie/Kwaliteitsmanager
Besproken:
- Voortgang implementatie KMS met verbeteringen
- Actueel houden gedocumenteerde informatie

Personeelsprocessen/Zorgmanager
Besproken:
- Verdere uitrol Kleinschalig organiseren
- Aanpassingen Taak/functie omschrijvingen

Primair proces extramuraal/Team HH en HZ
Besproken:
- Werkwijze Primaire proces: uitvoerende HH medewerkende extramuraal
- Kwaliteit en bewustzijn
- Dienstrooster planningen
- Hygiëne
- Veilige werkomgeving
- Gedragscode
- Werkoverleg en informatie
- Cliënten tevredenheids onderzoek

Primair proces intramuraal/Team intramuraal
Besproken:
- Uitvoer primair proces o.a. zorgplan
- Inzage in clientdossier met toestemming
- Medicatie uitvoer
- Uitvoeren voorbehouden handelingen
- Kleinschalig organiseren
- Werkoverleg en informatie
- Onvrijwillige zorg

Primair proces extramuraal/Team extramuraal

Besproken:

- Opvolging verbeteren tekortkoming vorig jaar
- Intake proces en indicatiestelling
- Inzage in clientdossier met toestemming
- Toepassen kwaliteitskader Wijkverpleging
- Actueel houden bekwaamheid
- Meldingen en afwijkingen

Primair proces dagopvang en welzijn/Team dagopvang en welzijn

Besproken:

- Beleid welzijn en uitvoer
- Uitvoer Proces dagopvang
- Dossier vorming voor Dagopvang
- Proces welzijn, onderdeel kleinschalig organiseren
- Verandering van activiteiten
- Vrijwilligers beleid
- Aanname beleid vrijwilligers
- Dossier Vrijwilligers

Bijlage A Auditprogramma

x = interview mogelijk voor volgende audits
D = het interview is in deze audit uitgevoerd

Audit programma voor locatie Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland/Dokter Maasstraat 4/COLIJNSPLAAT

Proceseigenaar / Proces	Bestuur	Kwaliteitsmanager	Cliëntenraad	OR	P&O en opleidingen	Technische dienst	Administratie, control en ICT	Zorgmanager	Team intramuraal	Team extramuraal	Team dagopvang en welzijn	Team HH en HZ	S1	S2	RA					
MANAGEMENTPROCES																				
Beleid en Doelstellingen	D		x					x					x	x	x					
Meten, analyseren en verbeteren	D	D					x						x	x	x					
Actueel houden zorg en dienstverlening	D							x							x					
PRIMAIRE PROCESSEN																				
Primair proces intramuraal								x	D			x	x	x	x					
Primair proces extramuraal								x		D		D	x	x	x					
Primair proces dagopvang en welzijn								x			D		x	x	x					
ONDERSTEUNENDE PROCESSEN																				
Kwaliteitsmanagementsysteem/ Documentatie		D												x	x					

Proceseigenaar / Proces	Bestuur	Kwaliteitsmanager	Cliëntenraad	OR	P&O en opleidingen	Technische dienst	Administratie, control en ICT	Zorgmanager	Team intramuraal	Team extramuraal	Team dagopvang en welzijn	Team HH en HZ	S1	S2	RA					
Personeelsprocessen	D			x	x			D					x	x	x					
Werkomgeving en materiaal						x	x								x					
Inkoop en uitbesteding	x					x		x							x					

Bijlage B Tekortkomingen

B.1 Openstaande tekortkomingen

Er zijn geen openstaande tekortkomingen.

Bijlage C Agenda voor de volgende audit

In aanvulling op onderstaande informatie is in de aankondigingsemail die u van DEKRA Audit voorafgaande aan de audit ontvangt de overige informatie met betrekking tot de audit agenda opgenomen of wordt daar verder naar verwezen (auditplan volgens ISO17021-1 9.2.3.2).

Agenda voor audit nr. 48166

dag	tijd	duur	proces met proceseigenaar en locatie
1	9:00		Opening meeting
1	9:10		Beleid en Doelstellingen/Bestuur Context van de organisatie risico's/kansen, Jaardoelstellingen met Indicatoren, ontwikkelingen, Actueel houden wettelijke vereisten en branche normen
1	9:30		Meten, analyseren en verbeteren/Bestuur Organisatie beoordeling en opvolging, inclusief meldingen klachten, clienten tevredenheid leveranciers beoordelingen
1	9:50		Meten, analyseren en verbeteren/Kwaliteitsmanager Uitgevoerde interne audits en opvolging en jaarplanningen
1	10:10		Personeelsprocessen/P&O en opleidingen Actueel houden bekwaamheid, scholingen
1	10:10		Personeelsprocessen/Zorgmanager Verdere uitrol kleinschalig organiseren
1	11:00		Werkomgeving en materiaal/Technische dienst Onderhoud kritische apparatuur
1	11:30		Werkomgeving en materiaal/Medewerker Facilitair en Voeding gewijzigd voedings concept
1	12:00		Lunch
1	12:30		Primair proces extramuraal/Team extramuraal uitvoer PP. intake Wijkverpleegkundige kwaliteitskader Wijkverpleging overleg en informatie, meldingen en afwijkingen
	13:30		Primair proces intramuraal/Team intramuraal Uitvoer pp medicatie en VBH, actueel houden bekwaamheid, kleinschalig organiseren, werkoverleg, onvrijwillige zorg
1	14:45		Primair proces dagopvang en welzijn/Team dagopvang en welzijn

		Uitvoer Proces dagopvang, dossier vorming, proces welzijn
1	15:45	Primair proces extramuraal/Team HH en HZ
		Uitvoer PP HH, Hygiëne, dossier, gedragscode
1	16:30	Prepare Closing Meeting
1	16:45	Closing meeting