

Woon- Zorgflat Brandsen

BAARN

rapport nummer: 36352-2

Surveillance audit

HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015

ARNHEM, 13 juli 2022

DEKRA Audit

VERTROUWELIJK RAPPORT

Auditor / Teamleader: Anita Pieterman

© DEKRA Certification B.V., ARNHEM, NEDERLAND. Alle rechten voorbehouden.

Het is verboden om dit document op enige manier te wijzigen, het opsplitsen in delen daarbij inbegrepen. In geval van afwijkingen tussen een elektronische versie (bijv. een PDF bestand) en een originele door DEKRA Certification B.V. verstrekte papieren versie, prevaleert laatstgenoemde.

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	6
2.1	Afspraken voor het vervolgtraject.....	6
3	Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit.....	7
3.1	Bij de audit betrokken certificaten	7
3.2	Auditprogramma	7
4	Uitvoering van de audit	8
4.1	Deelnemers	8
4.2	Informatie per proces.....	8
Bijlage A	Auditprogramma.....	11
Bijlage B	Tekortkomingen	12
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	12
B.2	Openstaande tekortkomingen	12
Bijlage C	Agenda voor de volgende audit.....	13

1 Samenvatting

DEKRA Audit heeft een audit uitgevoerd bij Woon- Zorgflat Brandsen, BAARN op 30 mei 2022.

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.

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 missie, visie en het beleid zoals beschreven in het Kwaliteitsplan 2022- versie september 2021 aantoonbaar terug te vinden zijn in de organisatie. Het beleid is vertaald in doelen die middels het kwaliteitsjaarverslag worden geëvalueerd en evt. bijgesteld. Daarnaast wordt er gewerkt met KPI's die op een structurele wijze worden gemeten zoals blijkt uit de 1e kwartaalrapportage 2022 - versie def, 19-05-2022 als ook uit de uitgevoerde directiebeoordeling 2021 (Directiebeoordeling 2021 - concept 25-05-2022). Hiermee is de PDCA cyclus aantoonbaar aanwezig in de organisatie. De organisatie heeft de afgelopen jaren veel ontwikkelingen doorgemaakt t.b.v. het verhogen van de kwaliteit van zorg in de organisatie waarbij het behouden en borgen van de kwaliteit van zorg continue de aandacht heeft van het management. Naast de nog in te zetten ontwikkelingen de potentiële risico's in de organisatie is de verbetercultuur en het kwaliteitsbewustzijn zichtbaar aanwezig in de organisatie. Er zijn en worden adequate maatregelen getroffen t.b.v. de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening in de organisatie. Hiermee is het managementsysteem van toegevoegde waarde voor de organisatie.

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 het Kwaliteitsplan

2022- versie september 2021. Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de directiebeoordeling.

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

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.

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

Mogelijkheden voor verbetering:

- Het kwaliteitsplan omvat de plannen en doelen voor 2022. Het valt te overwegen de doelen SMARTER ter formuleren zodat gericht monitoring en sturing kan plaatsvinden.

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.

Wanneer voor de volgende audit al een agendavoorstel is gemaakt, dan is dat als bijlage in dit rapport bijgevoegd.

3 Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit

3.1 Bij de audit betrokken certificaten

Woon- Zorgflat Brandsen - Koningsweg 2 BAARN

Certificaat: 2105462, HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015

Niet van toepassing verklaarde paragrafen: (HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015) 6.6

Toepassingsgebied:

- Het leveren van extramurale zorg in de vorm van huishoudelijke hulp, verpleging, verzorging en tijdelijke opvang.

Woon- Zorgflat Brandsen Koningsweg 2 BAARN

3.2 Auditprogramma

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

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 overdag er vanuit de zorg op alle afdelingen gewerkt wordt met een dagdienst (tussen 7.00 en 15.30). Tussen 15.00 uur en 23.00 wordt er gewerkt met avonddiensten. De nachtdienst werkt tussen 23.00 en 7.00 uur. De medewerkers die tijdens de audit gesproken zijn, werken ook in de nacht, avond en weekend. De werkzaamheden worden uitgevoerd door medewerkers van niveau 3, 4 en 5. De activiteiten zijn identiek aan de dagdienst. Wat afwijkt is geborgd in een zorgcontinuïteitsplan. De beheersing hiervan wordt getoetst middels ontruimingsoefeningen en het bijbehorend verbetermanagement. Hiermee heeft de organisatie beheersing aangetoond buiten kantooruren. Dit legitimeert de audit tijdens kantooruren.

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
J. van 't Klooster	Manager Bedrijfsvoering	Woon - Zorgflat Brandsen
S. van der Velden	Kwaliteitscoördinator	Woon- Zorgflat Brandsen
L. Stiphout	Manager Zorg	Woon- Zorgflat Brandsen
P. Krant	Verzorgende	Woon-Zorgflat Brandsen
D. Hilhorst	Teamcoach Welzijn	Woon-Zorgflat Brandsen
S. Schothorst	Teamcoach Facilitair	Woon- Zorgflat Brandsen
R. Kroes	Bestuurder	Woon - Zorgflat Brandsen
A. Pieterman	Leadauditor	DEKRA Certification

4.2 Informatie per proces

Beleid/Doelst./Directiebeoord./Directie

Besproken onderwerpen:

- ontwikkelingen
- beleid en doelstellingen
- organisatiestructuur
- externe omgeving en samenwerking
- risico's en risicomanagement
- missie en visie
- uitsluitingscriteria
- leiderschap en Governance

Context/ stakeh/eisen/risico's/Directie

Besproken onderwerpen:

- samenwerking
- risico-inventarisatie en risicomanagement
- stakeholders
- externe omgeving

Meten/analyseren/verbeteren/Directie

Besproken onderwerpen:

- klachten
- incidenten, signalen en afwijkingen

- klanttevredenheid
- interne audits
- KPI's
- medewerkerstevredenheid
- kwartaalrapportages

Documentenbeheer/Kwaliteitscoördinator

Besproken onderwerpen:

- documenten en werkwijzen
- ontwikkelingen
- actualisatie

Fysieke omgeving en materiaal/Manager bedrijfsvoering

Besproken onderwerpen:

- meerjarenonderhoud materialen en middelen
- Arbo, RIE en veiligheid
- administratieve processen

Inkoop en uitbesteding/Manager bedrijfsvoering

Besproken onderwerpen:

- inkoop en uitbesteding
- leveranciers en leveranciersbeoordeling

Verzorging/verpleging/Manager Zorg

Besproken onderwerpen:

- ontwikkelingen
- risico's
- plannen en doelen 2022
- Medicatieveiligheid
- Wet Zorg en Dwang
- scholing en training
- professioneel handelen
- overleg en afstemming
- coördinatie van zorg

Dagactiviteiten-/opvang/Manager Zorg

Besproken onderwerpen:

- ontwikkelingen
- visie en werkwijze

- uitsluitingscriteria
- plannen
- professioneel handelen

Verzorging/verpleging/Verpleegkundige

Besproken onderwerpen:

- oriëntatie en aanmelding
- uitvoering zorgverlening
- evaluatie van zorg
- informatievoorziening aan cliënten
- medicatiebeleid
- dossiervoering

Dagactiviteiten-/opvang/Verzorgende

Besproken onderwerpen:

- processen en werkwijzen
- dossiervoering
- risico-inventarisatie op clientniveau
- evaluatie van zorg
- draagstructuur - en activiteiten

Huishoudelijke processen/Hoofd Facilitair

Besproken onderwerpen:

- ontwikkelingen
- doelen
- scholing en training
- overlegvormen
- processen en werkwijzen

Huishoudelijke processen/Huishoudelijk medewerker

Besproken onderwerpen:

- processen en werkwijzen
- afstemming vraag en aanbod
- ervaringen van cliënten

Bijlage B Tekortkomingen

B.1 Afgesloten tekortkomingen

Er zijn geen tekortkomingen afgesloten.

B.2 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. 42484

dag	tijd	duur	proces met proceseigenaar en locatie
1	9:00		Opening meeting
1	9:15		Beleid/Doelst./Directiebeoord./Directie
1	9:45		Context/ stakeh/eisen/risico's/Directie
1	10:15		Metten/analyseren/verbeteren/Directie
1	11:00		Documentenbeheer/Kwaliteitscoördinator
1	11:30		Personeelsprocessen/Directie
1	12:15		Lunch
1	13:00		Personeelsprocessen/Manager Zorg
1	13:30		Verzorging/verpleging/Manager Zorg
1	14:00		Dagactiviteiten-/opvang/Manager Zorg
1	14:30		Dagactiviteiten-/opvang/Verzorgende
1	15:15		Verzorging/verpleging/Verpleegkundige
1	16:00		Voedingsprocessen/Hoofd Facilitair
1	16:45		Prepare Closing Meeting
1	17:00		Closing meeting