



RAPPORT

St. Zorgcentrum De Blanckenborg

o **Hercertificatie d.d. 15,16 en 17 april 2019**

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

© Kiwa
Versie 2018

**Trust
Quality
Progress**



Auditrapport

Organisatie

Naam : St. Zorgcentrum De Blanckenborg
Contactpersoon : Mw. Gaby Glatz
E-mail : Gaby.Glatz@blanckenborg.nl
Vestigingsadres : Eikenlaan 34, Blijham
Telefoon : 0597-565500

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

Aantal vestigingen : 1 Aantal : 138 fte/
Medewerkers/ : 228
Fte : 110
vrijwilligers

Onderzoek

Soort onderzoek : Hercertificatie
Onderdeel : Vooronderzoek en implementatie
Datum onderzoek : 15, 16 en 17 april 2019
Datum rapport, versie : 18 mei 2019, versie 2

Auditteam

Lead Auditor : Mw. M.C.M.(Marja) Post
Auditor(en) :
Vakdeskundige(n) : Mw. M.C.M.(Marja) Post
Waarnemer/trainer/RvA :
accessor

Certificatie-eisen

Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Certificatie 2017.

Norm(en):	Toepassingsgebied(en):	Scope/ Nace	Certificaatnr. en afloopdatum
HKZ VV&T 2015 HKZ Algemeen organisatiedeel 2015	Het leveren van zorg en diensten aan cliënten intra en extramuraal.	38	K43382/05 15-09-2021

Evt. bijzonderheden:

- Er is geen fase 1 audit uitgevoerd omdat de organisatie in april 2018 de overstap heeft gemaakt naar het certificaat HKZ VV&T 2015. Er waren geen aanwijzingen om deze weer uit te voeren.
- Normeis 6.6 is uitgesloten.
- In het auditplan zijn de namen van de deelnemers aan de opening en slotbijeenkomst opgenomen.

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 systeemdokumentatie 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.	NVT
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 Tenaamstelling Complexiteit Kortingen De auditresultaten (van de afgelopen 3 jaar) geven (bij herevaluatie) geen aanleiding tot aanpassing van de uitgangspunten.	C C C C C C C C C 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.	NVT
Beoordeling fase 1	: Op grond van bovenstaande heeft er een 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 - 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:	NVT

Bevindingen (definitie)

<u>C - Conform</u>	: 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.
<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 13 mei 2019.

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 2 en 3 april 2020.

Beoordeling corrigerende maatregelen

Beoordelingsresultaat : Overgang vooronderzoek (fase 1) naar implementatieonderzoek (fase 2):

n.a.v. hercertificatie : Er is geen overgang van fase 1 naar fase 2 van toepassing.

audit:

>>In overleg met de klant is na afloop van het vooronderzoek (fase 1) direct overgegaan naar het implementatieonderzoek (fase 2).

Met de klant is afgesproken dat de gerapporteerde aandachtsgebieden gedurende het implementatieonderzoek (eventueel) zullen kunnen leiden tot (kritische) tekortkomingen en/of een extra bezoek. De klant was hiermee akkoord. NVT

>> Naar aanleiding van de gerapporteerde aandachtsgebieden heeft Kiwa op schriftelijk corrigerende maatregelen ontvangen. Op grond van de beoordeling van de ontvangen corrigerende maatregelen heeft Kiwa de conclusie getrokken dat kan worden aangevangen met het implementatieonderzoek (fase 2). NVT

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:

> De lead auditor heeft de audittijd ingezet op 4 auditdagen, de bijgestelde audittijd in de BWO van 13-2-2019 is niet doorgevoerd in de auditplanning. In de opvolgaudit1 zal de lead auditor deze uren opnemen in de planning. Dit is per abuis zo gelopen. De lead auditor heeft wel het volledige kwaliteitsmanagementsysteem kunnen toetsen.

Certificatieadvies

Bij hercertificatie:

Het auditteam adviseert Kiwa tot hercertificatie 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.

Leadauditor Kiwa

Naam : M.C.M. Post

Datum : 18 mei 2019

Handtekening:

Review en certificatiebeslissing Kiwa

Akkoord met certificatieadvies:

Naam : Corrie Zoetekouw

Datum : 21 mei 2019

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 Blanckenborg 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. Het 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.

1.2 Bevindingen per rubriek

1.2.1 Rubriek 1: PLAN

Er zijn risico-inventarisaties en uitwerkingen die als uitwerking onderdeel uitmaken om te komen tot een afweging in de SWOT-analyse. In de interne risico-inventarisatie zijn de cruciale processen meegenomen. Er is een overzicht in het kwaliteitssysteem opgenomen waarin is aangegeven met welke periodiciteit risico's en kansen worden geëvalueerd en bijgesteld op alle drie de niveaus.

Er is een mogelijkheid tot monitoring toegevoegd aan het risicomanagement instrument (RM).

De wijze waarop RM is ingevoerd op strategisch en ook operationeel niveau is goed over nagedacht, het wordt breed gedragen en beheerst uitgevoerd.

Sterke punten:

- Maandelijks worden er medicatie reviews uitgevoerd, in het zorgproces voor de cliëntevaluatie. Aanwezig zijn de SO, apotheker, verpleegkundig specialist en EVV-er van de afdeling. De uitkomsten worden gerapporteerd in de cliënt zijn zorgdossier, waar nodig worden vervolgacties afgesproken en direct ingezet, zoals bloedprikken.
- Meldcode is bijgesteld n.a.v. de wettelijke bijstelling en besproken met de teamleden. Auditees zijn op de hoogte.
- Het medisch team wordt steeds meer uitgebreid, afhankelijk van het beleid en behoeften die zijn vastgesteld bij cliënten. Het team zal worden uitgebreid met de coördinator Welzijn (coach Leefplezier). Vanuit dit draagvlak zal integraal besproken worden en besloten op welke wijze leefplezier ingevoerd kan gaan worden in het methodisch werken en daardoor ook geborgd kan gaan worden. Dit is een van de sterke punten van de Blanckenborg hoe vanuit het centraal stellen van de cliënt er gedoseerd kennis wordt ingeschakeld en wordt opgenomen in de geborgde werkwijze.

Aandachtspunten:

- De werkwijze waarop de thuiszorg methodisch werkt, vanuit de vier domeinen, sluit onvoldoende aan bij de professionalisering van de wijkverpleging (zie tekortkoming rubriek 6).

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Primair proces en risico-inventarisatie	Overzicht processen verbonden aan RM 2019
Professioneel handelen	Zorgpad onbegrepen gedrag en gedragsvisite Palliatieve zorg MDO en cliëntbespreking Protocolen Vilans Kwaliteitsregister V&VN Wet Zorg en Dwang Mondzorg
Werkwijze	Meldcode huiselijk geweld en ouderenmishandeling 2019 Leefplezier 2018-2019 Koplopers duurzaamheid project 2018-2019



Medicatie	Medicatie en informatie hierover wordt meegenomen tijdens het halfjaarlijkse evaluatiegesprek met cliënten en waar mogelijk hun contactpersoon. Het medisch team houdt maandelijks de medicatiereview. De auditor heeft deelgenomen aan de medicatiereview cliënten Unit 1.
Klachten	Klachtenregeling folder voor cliënten op schrift en op de website: Een klacht? Een kans! Januari 2018 Klachtenregistratie en opvolging 2018/2019
Samenwerking	Samenwerkingsovereenkomsten met huisartsen (HAP) apothekers, buurtteams, gemeenten, zorgverzekeraars. Netwerk palliatieve zorg Zuidoost Groningen

1.2.2 Rubriek 2: DO

Sterke punten:

- Op basis van meer cliënten met een WLZ-verpleeghuisstatus en toenemende zorgvraag is er een tweede SO aangetrokken en is het team psycholoog ook uitgebreid. In het kader van het inzetten en implementeren van leefplezier wordt de coach Leefplezier toegevoegd aan het medisch team.
- Blanckenborg heeft gezien haar professionalisering en borging van de medische zorg een steeds grotere rol in de zorgketen. De organisatie weet waar ze goed in zijn en de groei binnen de zorgvragen vanuit cliënten en mantelzorgers wordt gezien, besproken, onderzocht naar mogelijkheden en uiteindelijk daar waar het mogelijk is in een zorgpad vastgelegd.
- De cliëntendossiers intramuraal zijn digitaal opgeslagen, cliënten en familie (eerste contactpersoon) kunnen meelesen in het zorgdossier. De cliëntendossiers zijn voorzien van de wettelijke en branche gerichte bepalingen. Zoals hulpvraag, levensgeschiedenis, anamnese, medische anamnese en medisch beleid, risico-inventarisatie, BEM, zorgplan met doelen, rapportage op zorgdoelen, uitvoeringsverzoeken, M&M, MIC en MIC-rapportage, signaleringsplannen, evaluaties.
- De intramurale cliëntendossiers voldoen aan de gestelde normen.

Thuiszorg

- De thuiszorg wordt vanuit looproutes geboden aan de cliënten thuis, centraal staat de hulpvraag van de cliënt. Er is een nieuwe wijkverpleegkundige aangetrokken die opmerkt dat er intramuraal thuiszorg geboden wordt. Het zorgproces is nog niet volledig gedigitaliseerd (de randvoorwaarden van een werkend WiFi op de appartementen is in de afrondende fase en nog niet klaar) waardoor je bij de cliënt onvoldoende inzage hebt in zijn dossier. Het huidige team is zich bewust dat er veranderingen op stapel staan en dat deze noodzakelijk zijn. De auditor heeft waargenomen dat de zelfredzaamheid en de eigen regie heel belangrijk wordt ervaren, niet in alle onderdelen komt dit nog tot uiting (zoals het hebben van sleutels van cliënten). De geboden zorg waar de auditor bij aanwezig was, werd professioneel geboden, binnen de mogelijkheden die er zijn (zie tekortkoming rubriek 6).
- In de cliënten hun dossiers zitten medicatieoverzichten, toedienlijsten en daarin wordt afgetekend. Er zijn geen middelen en maatregelen binnen de thuiszorg. Daar waar medisch gehandeld moet worden wordt er een uitvoeringsverzoek opgevraagd en in het dossier gearchiveerd.

Aandachtspunten 2018:

- Er is nog sprake van een dubbele registratie bij de thuiszorg, zeer binnenkort zal dat geheel omgezet gaan worden naar een digitale werkwijze.

Bevinding: Er is gedeeltelijk geen sprake meer van een dubbele registratie bij de thuiszorg. Er is een digitaal dossier, waarin vanuit Nedap een indicatie wordt aangemaakt. Het verpleegplan komt daaruit voort. Het verpleegplan ligt als een papieren versie bij de cliënt. Er wordt hard gewerkt om zorg te dragen dat de thuiszorgmedewerkers met een tablet naar de cliënten kunnen. Dit is ten tijde van de audit nog niet gerealiseerd (zie tekortkoming rubriek 6).

- Er zijn geen medicatieoverzichten in de cliënten hun zorgdossiers aanwezig in de thuiszorg, zie tekortkoming rubriek 8.

Bevinding: De thuiszorg heeft in samenwerking met de apotheker zorg kunnen dragen dat er voor alle cliënten een medicatieoverzicht is. De auditor heeft dat ook waar kunnen nemen tijdens de steekproef in de dossiers.



Aandachtspunten:

- De mogelijkheid onderzoeken of het product wijkverpleging ook onderdeel uit kan gaan maken van het medisch team. Dit komt mede voort uit de visie van de Blanckenborg om opnieuw de visie van de organisatie te bespreken en daarbij mogelijk de keten verantwoordelijkheid van ouderen in Blijham te herijken.
- De cliëntendossiers extramuraal voldoen nog onvoldoende aan de normen wijkverpleging (zie tekortkoming).

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Informatievoorziening aan de cliënt	Website Blanckenborg Informatiefolder Eiber en de Lijster Informatiefolder de Thuiszorg Website de Blanckenborg en veel verschillende folders (te downloaden en op papier mee te nemen in de rekken in de hal) Mondelinge informatie bij de aanmelding en intake
Aanmelding	Proces is beschreven in het kwaliteitshandboek en wordt herschreven gezien de vele veranderingen in het aanmeldproces nu de Blanckenborg meer en meer een verpleeghuis status krijgt. Thuiszorg verzorgt de wijkverpleegkundige de aanmelding
Uitvoering met vooraf toestemming	Inzage van cliëntendossiers bij de medicatiereview Unit 1.
	Inzage van cliëntendossiers bij de MDO en cliëntbespreking aanwezig van de pg- afdeling "De Eiber".
	Inzage van cliëntendossiers de pg- afdeling "De Lijster".
	Inzage van cliëntendossiers bij de rondgang en het meelopen in de thuiszorg.
Risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau	In alle cliëntendossier waar te nemen, ook in de cliëntenbesprekingen en MDO worden risico's nadrukkelijk besproken
Coördinatie zorg of dienstverlening	Medisch team samenwerking tussen zorg, verpleegkundige, SOG, verpleegkundig specialist, ergo, fysio, huisarts, apotheek, tandarts, hygiënist en de coördinator Welzijn. Samenwerking binnen de Blanckenborg en de gemeente
Afsluiting zorg of dienstverlening	Proces is beschreven in het kwaliteitshandboek

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

Sterke punten:

- Twee keer per jaar worden de normen goede zorg op cliëntniveau gescoord. Er wordt gewerkt met signaleringslijsten waarmee risico's gescoord worden, dit wordt gegenereerd vanuit het ECD. In ieder MDO worden de uitkomsten per cliënt besproken en het kwaliteitsbureau maakt een rapportage op afdelingsniveau. Deze worden in het medisch teamoverleg besproken en in het teamoverleg van de afdeling. Bij een afwijking van 20% of hoger vinden er opvolgacties plaats.
- De waardering van 8,0 > 8,3 en het aanbevelingspercentage 100, 98% zijn beide in beweging t.o.v. de vorige meting een jaar terug. Op beide een mooi resultaat.
- Een cliënt van de dagbesteding heeft haar waardering kenbaar gemaakt in de rondleiding over de dagbesteding die zij geniet op de Blanckenborg.

Aandachtspunten:

Geen.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
-------------------	---------------------------------------



Meten procesuitkomsten	Verslagen en analyses uitkomsten normen goede zorg 2018 en 1 ^e helft 2019 Bespreking medische team t.a.v. de uitkomsten bijgewoond
Jaarverslag medisch team 2018	Verslag van geneesmiddelen commissie Verslag van de BOPZ-commissie Verslag van de mondzorg commissie Verslag van de calamiteiten commissie Verslag van de infectie preventie commissie Verslag van de MIC-commissie
Tevredenheid cliënten	Waardering Zorg Kaart NL 8,3, aanbeveling 98%. Waardering van een cliënt die dagbesteding krijgt op de Blanckenborg
Cliëntenraad	Besproken onderwerpen zijn met de bestuurder: <ul style="list-style-type: none">• Verpleeghuis omzetting• Fusiebesprekingen > afgebroken• Parkeerplaats• Infrastructuur• Alarmering• Eten en drinken > proef evaluatie 13 mei 2019• Lichtproject invloed op de mensen• Jaarverslag 2018• Adviesaanvraag logo verzoek• Betrokken facilitair manager• Welkom wonen enquête wordt altijd positief ingevuld• Kennismaking CR met doosje bonbons• Vertrouwenspersoon• Nieuwsbrief Cr ontwikkelingen en vragen naar communicatie• Voorstel logo• RvT <u>Document:</u> Overeenkomst CR en Zorgaanbieder januari 2018

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

Vaste te beoordelen onderwerpen

Context- en stakeholdersanalyse:

Er is een context en stakeholders inventarisatie en classificatie uitgevoerd. Daarop is een analyse uitgevoerd binnen het MT waar het jaarplan uit is opgemaakt. Dit wordt jaarlijks door het MT uitgevoerd. Een brede SWOT-analyse maakt de organisatie samen met medewerkers eens in de drie jaar.

Er zijn risico-inventarisaties en uitwerkingen die als uitwerking onderdeel uitmaken om te komen tot een afweging. De organisatie heeft een helder beeld over zijn context in- en extern en zijn stakeholders.

Complimenten voor de uitwerking en de heldere toelichting, wat het werken op deze wijze betekent voor de organisatie.

Beleidsplannen en leiderschap:

Het strategisch beleid van de organisatie is vastgelegd in het strategisch document van de organisatie. De daaruit voortvloeiende acties zijn verzameld in PlanAct en worden 1 x per 6 weken besproken en gemonitord in de werkgroep Ver(der). Het strategisch document is vastgesteld voor de periode 2017 – 2020. Tussentijdse wijzigingen worden opgenomen in PlanAct en uitgezet in een zogeheten 'Treintje'. Een werkgroep die, met een opdracht vanuit werkgroep Ver(der) maximaal 5 keer bij elkaar komt en een voorstel formuleert voor het managementteam. Besluitvorming vindt plaats in het MT. Terugkoppeling van de besluitvorming wordt gecommuniceerd via de verschillende overlegvormen in de betreffende teams (zie communicatiestructuur).

Speerpunten binnen de Blanckenborg zijn:

1. Leefplezier > welzijn > Kwaliteitskader verpleeghuiszorg > inzet op scholingen > inzet op cliënten hun vrijheid (gps) > buurt informatieavond omtrent de visie t.a.v. de ontwikkelingen binnen de Blanckenborg (de buurt als belangrijke stakeholder)
2. Scholingen 2018 (Noorderpoortcollege) voortzetting van het ingezette beleid in 2018
3. Vrijheid (wet Zorg en Dwang)



4. Communicatie in de organisatie (communicatiemedewerker aangetrokken) > moeite met de veranderingen.

Voorwaarden die zijn aangegeven vanuit de interne context risico's is dat er voldoende ondersteuning moet zijn binnen het management.

Het managementteam is weer compleet begin 2019, opvallend is dat het nieuwe managementteam lid met kwaliteit en facilitair in haar portefeuille een gedegen inwerkperiode krijgt. Ze loopt ook mee met de audit om kennis te maken met de verschillende bedrijfsprocessen. De manager HR komt langzaam weer terug vanuit een ziekteperiode. De vervanging op de HR blijft binnen de afdeling gehandhaafd. Het team is zichtbaar blij dat alle plekken weer opgevuld zijn en samen het MT te vormen. Begin mei is er een MT tweedaagse om daar een start mee te maken.

In het afgelopen jaar is er gezorgd dat alle MT leden passen in de bijgestelde bevoegdheden structuur (dus ook integrale financiële verantwoordelijkheid). Er zijn wijzigingen doorgevoerd in de Governance code. Er is een BI-tool is als instrument vanaf 1 januari 2019 aanwezig, productie inzichtelijk, kan nu een taakstellende begroting gemaakt, worden, formatie inzichtelijk. In 2019 zal de controller een dashboard opstellen met de KPI's erin opgenomen, zodat eenieder realtime sturingsgegevens heeft (projectkaart).

De gegevens zullen uit ONS gegenereerd worden. Dat is de basis, er wordt hiermee ook een efficiëntie slag gemaakt te kunnen worden t.a.v. het proces van de accountant.

Blanckenborg heeft een positief financiële begroting en resultatenrekening. De extra overheidsgelden zullen voornamelijk ingezet worden om leefplezier als beleid uit te kunnen voeren en te borgen. Er zijn nu al extra medewerkers ingezet op de huiskamers.

Nieuwe wijkverpleegkundige en enthousiasme (toegevoegde waarde voor de Blanckenborg en invloed op nieuwe wijkverpleging en medewerkers).

Complimenten voor bestuurder en MT leden, voor de wijze waarop zij vanuit hun leiderschap cliënten en medewerkers begeleiden naar een volwaardig verpleeghuis. Grenzen bewaken en kansen en risico's tegen elkaar afwegen op weg naar de toekomst.

Taken en bevoegdheden:

Vastgelegd in het handboek en in functiebeschrijvingen.

Status KMS (Status qua effectiviteit, beheersing en verbeteringen):

Het kwaliteitssysteem werkt cyclisch, vanuit onderzoek op in- en externe context, worden risico's afgewogen en kansen ingezet, doelstellingen worden concreet geformuleerd op strategisch niveau en in het kwaliteitsplan, uitkomsten en resultaten worden gemeten en veelal tegen eerder gestelde prestatie indicatoren. Er vinden analyses plaats en effectmetingen op ingezette verbeteracties. Het kwaliteitsmanagementsysteem is van en voor iedereen.

Interne Audits en PDCA:

De interne audits zijn mede uitgevoerd door coördinerend verpleegkundige die op basis van vaste items bij elkaar in de keuken hebben getoetst. Verbeteracties zijn valanalyse opnemen bij het opname gesprek, behoefte om scholing te hebben op valanalyse en hygiëne. De bevindingen zijn opgenomen in een rapportage en verbeterpunten zijn opgenomen in een plan van aanpak dat door de afdeling kwaliteit bewaakt wordt. Er wordt voldaan aan de normeis.

Directiebeoordeling:

De bestuurder heeft de directiebeoordeling geschreven. Daarbij is uitgegaan van de normeis HKZ 4.17.

Op nagenoeg alle onderdelen is er ingegaan op de uitkomsten en resultaten, bij het behalen van kwaliteitsdoelstellingen wordt er verwezen naar het monitoringsinstrument van het jaarplan.

Bij risicomangement wordt verwezen naar de hoofd risico's op strategisch en operationeel niveau.

Deze zijn voortgekomen vanuit een inventarisatie en zijn geclassificeerd.

De directiebeoordeling is besproken met de Raad van Toezicht, OR en CR. De Raad van Toezicht geeft met name terug dat zij nog meer op KPI's willen sturen. Deze constatering helpt bestuurder en Raad van Toezicht om scherpere indicatoren te gaan benoemen (leer-en stimuleer proces).

De bestuurder heeft haar oordeel gegeven over het kwaliteitsmanagementsysteem, de directiebeoordeling voldoet aan de normeis.

Interne Communicatie:

Conform eigen beleid uitgevoerd.

Ketensamenwerking:

Ketensamenwerking vindt plaats met diverse partijen en op alle lagen van de organisatie. Binnen het medisch team is waar te nemen dat er een verdergaande professionalisering plaatsvindt binnen de Blanckenborg door andere professionals te consulteren deel te nemen in het proces van zorgbeleid.



Risico's en kansen:

Risico denken is een proces waar de organisatie naar toe is gegroeid. Op cliënt, proces en strategisch niveau zijn risico's met elkaar geïdentificeerd en geclassificeerd. Er zijn maatregelen aangegeven en in het MT worden de maatregelen besproken en geëvalueerd. Er is een overzicht in het kwaliteitssysteem opgenomen waarin is aangegeven met welke periodiciteit risico's en kansen worden geëvalueerd en bijgesteld op alle drie de niveaus. Naast het vooraf bespreken en benoemen van risico's worden de afwijkingen ook retroanalyses en verbeteractiviteiten opgemaakt.

Afwijkingen en veilig melden:

Meldingen worden gedaan en vanuit de registratie in het cliëntdossier en meldingen systeem, gerubriceerd en in het team geanalyseerd en het medisch team. In het jaarverslag medisch team 2018 staat een terugblik van de MIC-commissie die aangeeft welke verbeteractiviteiten er ingezet zijn op proces en cliënt niveau. Het is goed te merken dat er van vele kanten gekeken wordt naar de meldingen en welke verbeteringen er aangebracht kunnen worden. In ieder cliëntbespreking wordt de vraag gesteld of er meldingen zijn geweest en welke risico's er zijn dat er gemeld zou kunnen gaan worden (preventieve werkwijze).

Klachten:

Klachtenregeling wordt uitgevoerd volgens de wet KKGZ. Er is een officiële klacht gemeld. De externe klachtenfunctionaris heeft geconstateerd dat de Blanckenborg zorgvuldig heeft gehandeld. De klager is uiteindelijk niet tevreden met de zorgvuldige afhandeling, wat de Blanckenborg erg spijtig ervaart. Er wordt actief geparticipeerd op informele klachten. De vertrouwenspersoon (benoemd door de CR) heeft ook geen bijzonderheden. Er is een klachtenfolder voor cliënten.

IGJ:

In 2018 heeft de IGJ een bezoek gebracht aan de Blanckenborg in het kader van uitbreiding van de BOPZ plaatsen. Deze heeft een positief advies afgegeven. In 2018 heeft de organisatie een calamiteit (valincident) moeten melden bij de IGJ, een cliënt is overleden n.a.v. een valincident. De organisatie heeft een prisma onderzoek uitgevoerd en een plan van aanpak opgesteld. De IGJ heeft deze ontvangen en de zaak kunnen afronden met complimenten over de wijze waarop er verbeteringen zijn aangebracht.

De procedure opname en intake is opnieuw besproken geweest in het medisch team en bijgesteld i.v.m. de complexere zorgvraag. Er is een opname-commissie en bij twijfel wordt er een huisbezoek gebracht (door de SOG en psycholoog). In 2018 hebben er 59 mutaties plaatsgevonden en wordt geconstateerd dat de ELV een extra dynamiek vraagt aan de organisatie.

Vanwege de vele mutaties is er vanuit de bewoners verzocht om de rouwwagen een andere plek te geven.

De GGD heeft in 2018 de organisatie 'n bezoek gebracht met als inzet antibiotica en infectiepreventie. Daar is een positieve actie van uitgegaan.

Management van wijzigingen (Correctieve-, preventieve maatregelen en continu verbeteren):

De status binnen PlanAct wordt door de bestuurder een keer per kwartaal geactualiseerd. In de werkgroep Verder worden alle plannen gemonitord via PlanAct (ieder plan heeft een aparte tab). In het dashboard is door middel van "batterijen" in 1 oogopslag te zien wat de stand van zaken is.

De wens voor 2018 (voorbereidingen zijn in gang gezet) is te komen tot een BI-tool die landelijk ondersteund wordt met koppelingen tussen alle applicatiepakketten van de organisatie. Hiermee hopen we nog efficiënter managementinformatie te kunnen genereren op meer onderwerpen, gekoppeld aan de bedrijfsvoering van de organisatie.

Multi Site t.a.v. interne audits:

Niet van toepassing, het betreft één handboek en één locatie.

Controle PDCA naar aanleiding van vorige audits:

In de rapportage opgenomen. De organisatie kijkt in de directiebeoordeling ook cyclisch terug naar aandachtspunten vanuit de vorige audit.

Sterke punten:

- Actieve Raad van Toezicht die horigen voert met alle gedingen in de organisatie. Heeft een controlerende rol en zit dicht op de financiën en de uitvoering. Voert professionele distantie en geeft aan de Blanckenborg een organisatie met vitaliteit te vinden. Risicomanagement wordt gevoerd, de Raad van Toezicht geeft aan dat dieper in de organisatie te willen gaan beleggen.
- Raad van Toezicht houdt ook korte lijntjes met de Cliëntenraad en de Ondernemingsraad.
- De verwerving voor een nieuw MT lid zijn alle hierboven genoemde organen bij betrokken geweest.
- Aandachtspunten vanuit de IGJ worden proactief opgepakt zoals:



Een onafhankelijk voorzitter aanstellen bij in het calamiteiten proces.

Maatregelen n.a.v. IGJ-onderzoek; december 2018 overzicht (verdieping in het beleid rondom zorg bij cliënten met obesitas, scholingsprogramma obesitas, pijnschaal medische team bespreken, wandelprotocol aangepast)

- Vooruit regeren geeft achteraf zijn voordeel, een van de waardevolle beslissingen worden de vruchten van geplukt: de scholingen die in 2018 door het Noorderpoortcollege in de noodlokalen van de Blanckenborg zijn gegeven. Dit wordt wegens succes in 2019 voortgezet. Er is geen personeelstekort bij de Blanckenborg.
- Kernwaarden zijn in de gehele organisatie waarneembaar, de sfeer in de Blanckenborg is goed, de Blanckenborg is van en voor ons. Herkenbare kenwaarden zijn:
 - Gastvrijheid
 - Plezier hebben in wat je doet
 - Creativiteit en flexibiliteit
 - Eigen verantwoordelijkheid
 - Betrouwbaarheid
 - Communicatie, in gesprek blijven met elkaar > inzet van een communicatie ondersteuner
 - Geborgenheid

Aandachtspunten 2018:

- KPI's verder door ontwikkelen.

Bevinding: De doorontwikkeling van KPI's zal in het jaar 2019 nog doorlopen. Zal in de volgende audit weer geagendeerd staan.

Aandachtspunt:

- Zie hierboven.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Context en stakeholders	Stakeholders analyse 2017-2018 voorzien van overzicht interne en externe stakeholders Zorgmonitor Groningen november 2018 Notitie vergrijzing Notitie zocht op de zorgketen voor ouderen in Groningen en Drenthe Zorgen dat het werkt Sociaal planbureau Groningen > zicht op ouderenzorg Gemeente Wat staat je gemeente Westerwolde Analyse wijkprofiel gezondheidsverschillen gemeente Westerwolde 18-1-2019 Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn Groningen, Maart 2-019 WMO Westerwolde resultaten over het contact met de gemeente
Raad van Toezicht	Documenten: <ul style="list-style-type: none"> • iBabs ingezien: uitgevoerde horigen twee keer per jaar gesprekken met nagenoeg alle afdelingen en leidinggevenden • Raad van Toezicht • Vergadert vijf keer per jaar • Agenda overleg tussen RvT • Statutenwijziging 28-2-2019 akkoord met notaris • Rooster van aftreden • Informatie over de zorg
Beleid en kwaliteitsdoelstellingen	Kwaliteitsplan 2019-2020 Kwaliteitsbudget 2019-2020 Kwaliteitsjaarverslag 2017
Kwaliteitsdoelen	Overzicht dashboard PlanAct uitgewerkt vanuit het meerjarenbeleid tot 2020, begroting 2019 en de SWOT-analyse
Kwaliteitsbeleid	Geformuleerd in het kwaliteitshandboek (missie, visie en kernwaarden) en vertaald naar kwaliteitsdoelstellingen.
KMS als sturingsinstrument	Overzicht dashboard PlanAct 2018



Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	Organogram
Leiderschap	Duidelijk belegd in de TVB en ook belegd in het medisch team en bij de medewerkers in het primair proces
Interne audit	Interne audits 2018: primair proces rapportage ingezien met bevindingen Planning interne audits met programma ingezien Plan van aanpak (bewaking verbeteracties)
Afwijkingen	MIC-rapportage 2018 en 2019 Verbeterplan MIC Jaarverslag medisch team MIC 2018
Continue verbeteren	MT-overleg Medische overleg MDO-overleg Overleg RvT Overleg CR Overleg OR Verbeterregister
Inspectie	Afsluiten valcalamiteit 1 maart 2019 IGJ-rapport
Directiebeoordeling	Directiebeoordeling 2018 inclusief toelichting Bijlage 1 Overzicht dashboard PlanAct stand van zaken 31 december 2018 Bijlage 2. Risicomanagement Stichting de Blanckenborg

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

> Sterke punten:

- Per 1 maart 2019 wordt het speerpunt convenant Thuis in het verpleeghuis 9 juli 2018 van het ministerie van VWS gehanteerd. De kwaliteitsmiddelen voor het onderwijs worden besproken met de zorgverzekeraars.
- De Blanckenborg heeft geen werving en selectie uit te hoeven voeren in het afgelopen jaar. Vanuit de scholing op het eigen terrein zijn er vijf BBL-trajecten lopende waardoor er in de eigen behoeften aan personeel wordt voorzien.
- In het afgelopen jaar heeft de nadruk gelegen op het ontwikkelen van levensfase beleid, zorg op maat, gezondheidszorg psycholoog en veel regelmogelijkheden bieden aan de teams en medewerkers individueel.
- Er is kritische gekeken naar het eigen inwerkbeleid, geen vinklijstjes zoals deze er waren maar zoeken naar andere verbindende manieren. Het beleid inwerken is nog niet aangepast daarop, omdat het nog in de onderzoekfase zit.
- De functioneringsgesprekken worden gevoerd door de teamleiders > nu coördinerend verpleegkundige. Deze maken ook zelf de analyse en komen met verbetervoorstellen.
- Het POP-gesprek is leidend voor scholingsbehoefte en leidt uiteindelijk tot een scholingsagenda en opleidingsplan organisatie breed.
- Leefplezier is de basis voor de scholing en opleiden van medewerkers in de huiskamers.
- De organisatie heeft een Ondernemingsraad met vijf leden. Deze ervaren een plezierige en constructieve samenwerking met de bestuurder. Er is een openheid waarbinnen geluisterd wordt naar de inbreng van de medewerkers. Terecht trots mag de OR en de bestuurder zijn op de adviezen die de Or heeft gegeven t.a.v. de "Kanteling werktijden (CAO-werkgroepen opgestart, achterban raadpleging uitgevoerd, op basis daarvan is het kader geschreven. Uitgangspunt is rust in het rooster, verdeling in het rooster, zelfroosteren en de afdeling 2 gaan pilots draaien).
- Vrijwilligers registratiesysteem aangeschaft dat veel mogelijkheden biedt als de inventarisatie daarvan ingevoerd is. Zij kunnen het project leefplezier nog meer ondersteunen en faciliteren.

In de audit HKZ VV&T 2015 in april 2018 is er inzage geweest in personele dossiers en conform de normeis bevonden. De auditor heeft deze toetsing daarom niet opgenomen in de auditplanning.

Aandachtspunt 2018:

- De organisatie geeft aan dat de effect evaluatie van de scholingen voldoet nog steeds niet aan de eigen verwachtingen. De evaluatie geeft aan een 100% tevredenheid en 100% match bij verwachting en



daadwerkelijk effect. Dat zou prachtig zijn, echter vindt de organisatie dit te rooskleurig. De uitdaging voor 2018 is te komen tot een vorm van effectevaluatie die ook informatie verschaft.
Bevinding: Effecten meten van scholing, scholingsagenda 2019, diversiteit effectmeting d.m.v. teamleiders en het medisch team. De auditor heeft de meting van effecten van scholingsvragen breder weggezet, als voorbeeld dat er ook buiten de HR-afdeling gekeken kan worden.

Aandachtspunten:

- Geen.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Personeelsbeleid	HR- beleid 2017/2020 Evaluatie personeelsbeleid directiebeoordeling 2018
Nieuwe functie	Functie woon assistent 2018 Coördinerend verpleegkundige 2018
Competenties en kennis Paspoort en gemonitord	Scholingsplan 2017/ 2018 beide gericht op het bekwaam maken van veel medewerkers voor de doelgroep cliënten
Nieuwe medewerkers	Inwerkprogramma is opgenomen in het kwaliteitshandboek
Veiligheid medewerkers	BHV en Arbo RI&E ingezien RI&E wordt ingezet Rondgang uitgevoerd door externe 2016 RIE & de Roos, kantoor unit, nieuwe ruimten zelf gedaan Preventie medewerker rapportage per afdeling Vestia verkoop het huis, vertraging verbouwing nieuwe koper Projecten automatisering > You Force > muteren van gegevens, AO, verzuimmanager binnen You Force, Januari 2020 pilot zelfroosteren kanteling werktijden (OR overeengekomen)
Functionerings- en beoordelingsgesprekken	Vanuit functioneringsgesprekken en POP – gesprekken en een rondvraag in de teams is de scholingsbehoefte geïnventariseerd
	Verslag F 2019 met cijfers sfeer, samenwerking, communicatie, werk/ privé, tevreden rooster, scholingsaanbod.
Vrijwilligers	Projectplan implementatie Atlantis vrijwilligers registratiesysteem 2018-2019 voorzien van doel en risicomangement
Medezeggenschap R (5)	Ondernemingsraad <ul style="list-style-type: none"> • Definitief april 2019 De kanteling > 1,5 jaar mee bezig geweest evaluatie na een jaar is afgesproken, met compliment van de vakbond. • Achterban > uitnodiging inloop 29 november 2018, (stellingen), Pilot is een werkgroep voor gestart waar de OR aanwezig is bedoeling is 1 januari 2020 starten. • Intranet: definitief notulen ORV-vergadering 24 september 2018 HR-verzuim, frequentie en langdurig en kortdurend. > 2-daagse van MT. <p>Geen jaarplan wel actiepuntenlijst > speerpunten boeien en binden, ziekteverzuim, levensfase gericht personeelsbeleid, Leefplezier > TL intra en extramuraal/ woon assistent op agenda besproken.</p> <p>Maandelijks overleg met bestuurder Ook om tafel met HR en financiën. CR 1x per jaar RvT 2 x per jaar</p>



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

Sterke punten:

- Project Leefplezier, in april 2017 gestart met een symposium. In 2018/ 2019 extra inzet van medewerkers met de functie GPV en het ombuigen van woonassistentie op alle afdelingen. Voornamelijk eigen personeel en hun nieuwe mogelijkheden geboden. Gedurende de audit blijkt hoe het project leefplezier diepgeworteld is. Het lijkt een nieuw methodisch "leefmodel" te gaan worden.
- Risicomanagement methodiek die door de Blanckenborg gebruikt wordt is opgenomen in de projectvoorstellen.
- De organisatie heeft een stevig staand kwaliteitsmanagementsysteem. Vanuit dat gegeven biedt het de ruimte om, om zich heen te kijken. Iets voor de samenleving te gaan betekenen. Keten kwaliteit en een mooi voorbeeld daarvan is het deelnemen aan het maatschappelijk ondernemen "Koplopers project duurzaamheid".

Aandachtspunt:

- Toetsing van leefplezier, waarop en hoe en door wie, met wat, welke resultaten en uitkomsten wil de organisatie weten. Al werkende weg nog een hele hobbel te nemen. Stap voor stap verder.

Tekortkoming normeis 6,4/ 6.5: De organisatie heeft nog geen omslag gemaakt om het product thuiszorg te richten naar het kwaliteitskader wijkverpleging. Voor meer onderbouwing wordt er verwezen naar de andere rubrieken.

Conclusie: Voldoet niet geheel aan de gestelde normeis.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Project Blanckenborg gaat voor LICHT en realisatie	Blanckenborg gaat voor licht: referentieproject voor duurzaam integratie Human Centric Lighting in de verpleeghuiszorg, voorzien van projectomschrijving
Project Leefplezier Projectkaart MT, CR en OR januari 2019, implementatie van het leefplezier.	Projectplan woon en leefplezier versie 1.0 23 januari 2017 Informatie Leefplezier (twee boeken aanwezig) Projectbeschrijving, voorzien van projectrisico's, doelstellingen en resultaten: woon assistent, project eten en drinken start 13 mei 2019 Randvoorwaarden omdenken, gedachten gang centraal blijven zetten, breed draagvlak, zowel strategisch als uitvoerend niveau Bondige biografie het leefplezier plan. Functie woon assistent, leidinggegeven is de coördinerend verpleegkundige.
Project Koplopers duurzaamheid	MVO ondernemen Milieu barometer Onderzoeken en bewustwording Opnemen strategische keuze < > dichtbij helen en houden TROTS zijn op wat er staat
Vrijwilligers	Projectplan implementatie Atlantis Vrijwilligers registratiesysteem 2018-2019 voorzien van doel en risicomanagement
Leefruimte vergroten voor cliënten	Plan van aanpak Middenborg Plan van aanpak huiskamer de Roos Plan van aanpak activiteitenruimte De Wilp

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

Sterke punten:

- De werkruimte van de facilitaire dienst (technische dienst) en de ICT ziet er lean verzorgd uit. Een weldaad om daar de orde te zien waarmee gewerkt kan worden en wordt.
- Er is een digitaal sleutelsysteem, wat beheerd wordt door de facilitaire dienst. Zij geven in opdracht vanuit een leidinggevende een sleutel uit die tevens toegang geeft tot de vooraf aangegeven kamers.



- Er wordt actief legionella beheer gevoerd, er wordt gemeten volgens het legionella beheerboek en de laatste monsterving uitslag geeft geen verontrustende melding aan. Is dus in control.
- Het beheer van verpleeg en gebruiksartikelen ligt in de hand van externe bedrijven. Zij komen de controles doen en vanuit de facilitaire dienst wordt dat gecoördineerd. Is in control.
- Het bewaken en zorgdragen voor een gezonde, voedzame en lekkere maaltijd is bij de keuken van de Blanckenborg in goede handen. De maaltijden worden hooggewaardeerd en eigenlijk is dat een groot goed omdat eten zo belangrijk is voor de cliënten iedere dag. De auditor geeft aan of er bekend is wat de succes bepalende factor daarvoor is. De HACCP-normeisen worden uitgevoerd en met aandacht geregistreerd en gevolgd. Vanuit de keuken is er ook ene verantwoordelijkheid naar de huiskamers toe. Daar is een soort interne audits toetsing voor ontwikkeld op basis van de kader woonvormen.

Aandachtspunten 2018:

- In de thuiszorg wordt gewerkt zonder sieraden, tijdens de overdracht viel het de auditor op dat een zorgmedewerker een ring droeg.

Bevinding: Hygiëne maatregelen zijn besproken in het team, en eenieder gevraagd elkaar aan te spreken.

Aandachtspunt is opgeheven.

Aandachtspunten:

- Geen.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Eisen omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen	ICT-beleidsplan 2018-2020 Planning ICT- activiteiten 2018-2020 Actielijst privacy management Onderzoek inventarisatie datastromen 8-9-2017 Datalekken: Verwerkingsovereenkomst Nedap, RAET (You force), Medimo Scholing in mei 2018 voor alle medewerkers waarin AVG en datalekken centraal zal staan.
Brandveiligheid	BHV. Brandweeroefening 26 april, 18 oktober 2018 BHV-herhaling oktober en november 2018, voorzien van namen deelnemers Nieuwe oefening met de brandweer staat voor in het voorjaar gepland.
Beheersing en monitorings- en meetuitrusting	Calamiteitenplan: Wat te doen bij uitval van NUTS- voorzieningen, december 2018
	De hulpmiddelen zijn voorzien van stickers die de laatste keuring aan geeft en de volgende, voldoet aan de normen.
Maaltijd verzorging	HACCP-handboek en registraties ingezien Controle van voedsel en waren autoriteiten ingezien Menu commissie en directe contacten met de cliëntenraad

1.2.8 Rubriek 8: Inkoop en uitbesteding (Middelen)

Tekortkoming leveranciers op normen 8.1.10: In de thuiszorg dossiers zijn geen medicatieoverzichten aangetroffen. In de veilige principes medicatieveiligheid in de medicatie keten is de apotheker verantwoordelijk om deze aan te leveren.

Bevinding: Direct bij de opdracht om medicatie aan te reiken of toe te dienen wordt de toedienlijst altijd ontvangen, dat is het verlengde van het recept. Er zijn gesprekken gevoerd met de apotheker, de verantwoordelijkheden zoals in de Veilige Principes zijn met elkaar besproken.

De apotheker levert het medicatieoverzicht aan de cliënt op basis van de zorgvraag, of in het verlengde daarvan kan de thuiszorg de aanvraag doen. Het medicatieoverzicht wordt ook gebruikt om mee te nemen naar bijv. het ziekenhuis. De ervaringen zijn dat de apotheker soms het medicatieoverzicht vergeet af te geven. Dan moet het nagevraagd worden alsnog te leveren. Het thuiszorgteam heeft als corrigerende maatregel bedacht om tweekeer per jaar medicatieoverzichten op te vragen. Medicatielijst is dan maximaal een half jaar oud.

In de steekproef van de cliëntendossiers heeft de auditor overal waar medicatie een rol speelt actuele medicatieoverzichten aangetroffen. De tekortkoming is opgeheven het risico is weggenomen.



Aandachtspunten:

- Geen.

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Bepalen eisen inkoop en uitbesteding	Inkoopproces 2018 Gunning overeenkomst met de gemeente Zorgovereenkomsten met zorgverzekeraars
Leveranciers primair proces	Leveranciersbeoordelingen uitgevoerd van het medisch team op de samenwerking huisartsen (HAP) en apothekers.
Overige leveranciersbeoordeling	Twee jaarlijks vindt er een leveranciersbeoordeling plaats. De uitkomsten van de beoordelingen geven een beeld over de prestatie van de leveranciers en zijn vastgelegd in een aparte map, de auditor heeft deze ingezien. In sommige gevallen leidt de beoordeling tot een gesprek om gemaakte afspraken te herzien of (in het geval van bijvoorbeeld de leverancier incontinentie) tot een keuze van een andere distributeur.
Plan van aanpak tekortkoming	Veilige Principes medicatie veiligheid Medicatieoverzichten in cliëntendossiers

1.2.9 Rubriek 9: Documentatie (Gedocumenteerde informatie)

Het handboek kan digitaal ingekeken worden door alle medewerkers. Het is makkelijk benaderbaar net als de zorginhoudelijke protocollen. De gedocumenteerde informatie is daarin opgeslagen en van daaruit worden de registraties uitgevoerd. Het beheer is in control.

>

Aandachtspunten:

- Geen

Conclusie: Voldoet aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Handboek versie	April 2019
	Wijzigingen HKZ-norm 2010 naar HKZ-norm 2015 voorzien van risico indicering
	Verbeterregister 2018/ 2019



2 Rapportblad

2.1 Rapportblad

Organisatie : Blanckenborg
Auditdatum : 15,16 en 17 april 2019

Status T/KT	Bevinding	Norm HKZ VV&T 2015
T	De organisatie heeft nog geen omslag gemaakt om het product thuiszorg te richten naar het kwaliteitskader wijkverpleging.	6.4/ 6.5
	Plannen van Aanpak kunt u voor 13 mei 2019 sturen naar: marja-post@outlook.com	
<i>T: Tekortkoming</i> <i>KT: Kritische Tekortkoming</i>		
Extra audit op nvt	Volgende audit op 2 en 3 april 2020	
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 k 	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 X Akkoord <input type="checkbox"/> Niet akkoord (zie nieuw rapportblad)	Paraaf lead auditor Ki  Datum: 13 mei 2019.	



Onderwerp	De organisatie heeft nog geen omslag gemaakt om het product thuiszorg te richten naar het kwaliteitskader wijkverpleging.
Verantwoordelijke	Gaby Glatz, Jose Felix en Bouwien de Vries.
Datum PVA	10-05-2019
Relevante documenten	Plan van aanpak kwaliteitskader wijkverpleging vanuit de Blanckenborg Onderzoek rapportage <i>omslag maken vanuit de Blanckenborg naar het Kwaliteitskader Wijkverpleging. Hoe ver zijn we hiermee?</i>
Beoogd resultaat	Professionalisering van de Wijkverpleging

Aanleiding
<u>Oorzaak van de tekortkoming:</u> De ontwikkelingen in de wijkverpleging vragen om een vernieuwde aanpak met als doel de thuiszorg aan alle voorwaarden en alle kwaliteitseisen te laten voldoen in de Blanckenborg.

Werkwijze
<u>Omvang van de tekortkoming:</u> De omvang beperkt zich tot de thuiszorg.
<u>Oplossing van de tekortkoming:</u> Zie actieplan in de bijlage
<u>Operationaliteit (aantonen van genomen corrigerende maatregelen d.m.v. documenten):</u> Zie bijgevoegde documenten.

Actielijst

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Wanneer gerealiseerd (datum)
1.	Intern onderzocht hoe verhoudt onze thuiszorg zich t.a.v. het kader wijkverpleging.	Inzichtelijk gekregen waar verbeterpunten liggen in de wijkverpleging.	Jose Felix, Gaby Glatz, Marja Bijhold, Bouwien de Vries.	
2.	N.a.v. het onderzoek is er een plan van aanpak opgesteld.	Geeft inzicht waar wij ons nog verder in kunnen ontwikkelen	Jose Felix, Gaby Glatz, Marja Bijhold, Bouwien de Vries.	
3.	Uitgezette acties	Zie de risicoanalyse	Jose Felix, Gaby Glatz, Marja Bijhold, Bouwien de Vries.	
4.	Evaluaties	Zie tijdspad	Jose Felix, Gaby Glatz, Marja Bijhold, Bouwien de Vries.	

Status uitgevoerde acties

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Datum gerealiseerd
1.	Onderzoek Intern onderzocht hoe verhoudt onze thuiszorg	Zie onderzoek rapportage	Gaby Glatz en Bouwien de Vries	Uitgevoerd in week 17 en 18



	zich t.a.v. het kader wijkverpleging.			
2.	N.a.v. het onderzoek is er een plan van aanpak opgesteld.	Zie plan van aanpak	Gaby Glatz en Bouwien de Vries	

Effectiviteit (aantonen dat genomen corrigerende maatregelen effectief zijn geweest)

Datum evaluatie:

- Tussen evaluatie: september 2019 en december 2019.
- Verificatie: Nog nader te bepalen i.v.m. de bekostiging 2020 en implementatie van ICT-zaken i.o.m. het MT en onze functioneel beheerder.

>



3. Auditplan

Auditdoelstelling:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en de gedocumenteerde informatie komen overeen met de eisen van de Norm HKZ VV&T 2015 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 verificatiedoelinden 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 privacybescherming. 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:

Aantal bedrijfslocaties	Aantal Fte	Aantal Medewerkers, aantal vrijwilligers, aantal tijdelijk medewerkers, aantal ZZP'ers	Toepassingsgebied
1	110 fte	228 medewerkers 110 vrijwilligers	Het leveren van zorg en diensten aan cliënten intra en extramuraal.

Indien de gegevens 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: Blanckenborg

Onderzoek

Soort onderzoek : Hercertificatie
Datum onderzoek : 15,16 en 17 april 2019
Locatie Onderzoek : Eikenlaan 34, 9697 RW Blijham
Versie : Maart 2019, versie 2

Auditteam

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

Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Certificatie: 2017.

<u>Norm(en)</u>	<u>Toepassingsgebied(en)</u>	<u>Scope/ NACE</u>	<u>Certificaatnr. en afloopdatum</u>
HKZ VV&T 2015 HKZ algemeen organisatiedeel 2015	Het leveren van zorg en diensten aan klanten intra en extramuraal.	38	K43382/05 15-09-2021

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 gericht 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 2018/2019:

- Systeembeoordeling/ Directiebeoordeling/ Management Review
- Leveranciersbeoordeling
- Overzicht vastgestelde risico's
- Resultaten Cliënt tevredenheidsonderzoeken
- Resultaten uitkomsten indicatoren kwaliteitskader VV&T
- 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 2018/2019
- 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			
Datum : maandag 15 april 2019			
Locatie : Eikenlaan 34, 9697 RW Blijham			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie Auditees
8.00- 9.00	Voorbereiding audit		
9.00 - 9.15	Openingsgesprek		Management en belangstellenden Namen aanwezig invullen: Allen
Doe & Eetcafé			
9.15 -10.15	Interview 1	Beleid & Organisatie <ul style="list-style-type: none"> • Directie beoordeling • Kwaliteit • Interne en externe communicatie • Ketenpartners • Interne audits • Beheersing Risico-inventarisaties • KMS • Stand van zaken m.b.t. PvA's n.a.v. bevindingen voorafgaande externe audits Rubriek 4, 6	Directeur/ bestuurder: Herma Fridrichs MT: Financieel: Bert Bruins Zorg: Bouwien de Vries HR: Corien Brand
10.15 - 11.15	Interview 2	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitsregistraties en handboek (documentenonderzoek) • Interne audits • Klachten • Afwijkingen • Tevredenheidsonderzoeken • Prospectieve risico's • Continue verbeteren Rubriek 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	Kwaliteitsfunctionaris Gaby Glatz
11.15 - 12.15	Interview 3	Personeel <ul style="list-style-type: none"> • Beleid • Opleidingen/ professioneel handelen • F en exitgesprekken registratie • Arbo • Prospectieve risico's & continue verbeteren • Registraties Rubriek 5	HR-manager: Corien Brand Adviseur HR: René v Buiten
12.15 - 13.00	Lunch		
13.00- 14.00	Interview 4	Overbruggingszorg/ indicatie aanvragen Rubriek 1, 2	Anneke de Vries/ Richard Inzage in cliëntendossiers om proces te kunnen Inzien vanuit cliëntperspectief
14.00 -15.00	Interview 5	Projectgroep Leefplezier/ werkplezier plus presentatie van de projectgroep Rubriek 6	Projectgroep plus medewerkers Gaby Glatz
15.00 - 16.00	Interview 6	Koplopers duurzaamheid project Rubriek 6	Projectgroep Koplopers
16.00 - 16.30	Voorbereiding afsluiting dag 1		
16.30 > 17.00	Afsluiting dag 1		Aanwezig: Herma Fridrichs Corien Brand Gaby Glatz
Doe & Eetcafé			



9 uur			
-------	--	--	--

Auditplan voor auditor : Marja Post			
Datum : dinsdag 16 april 2019			
Locatie : Eikenlaan 34, 9697 RW Blijham			
Tijd	Activiteit	Processen en normeisen	Naam en functie Auditees
7.00 – 9.00	Interview 1	Thuiszorg meelopen in het proces Plus tijd voor de evaluatie met de medewerkers Rubriek 1, 2, 3	Thuiszorgteam Inzage cliëntendossiers, ook met een meervoudige zorgvraag
9.00 -10.00	Interview 2	Ondernemingsraad (OR) • Advies of instemmingsproces Rubriek 5	Leden Ondernemingsraad
10.00 – 11.00	Interview 3	Cliëntenparticipatie (CR) • Advies of verzwaard adviesproces Rubriek 3, 4	Cliëntenraad
11.00 - 12.15	Interview 4	Raad van Toezicht (RvT) Rubriek 4	Raad van toezicht
12.15 - 13.00 Doe & Eetcafé	Lunch		
13.00- 13.45	Interview 5	Dagbesteding Blijborgje/ Berk • Intake • Uitvoering • Evaluatie van zorg • Samenwerking derden • 3 zorgdossier met vooraf toestemming Rubriek 1, 2, 3	Inzage 2 cliënten hun zorgdossier
13.45 -14.30	Interview 6	Vrijwilligers • Intake • Uitvoering • Evaluatie • Vrijwilligersbeleid en uitvoering Rubriek 5	Coördinator vrijwilligers: Clarie de Boer Alfred Inzage twee vrijwilligersdossiers
14.30 - 15.00	Evaluatie/ afsluiting dag 2		Afsluiting met Gaby
8 uur			

Auditplan voor auditor : Marja Post			
Datum : woensdag 17 april 2016			
Locatie : Eikenlaan 34, 9697 RW Blijham			
Tijd	Activiteit	Processen en normeisen	Naam en functie Auditees
8.45-9.30	Interview 1	Facilitair /Technische dienst • Werkomgeving • Onderhoud • Afwijkingen • Inkoop • Beheer hulpmiddelen • Prospectieve risico's & continue verbeteren • Registraties Rubriek 7, 8	Teamleider TD: Freddy Heeren Henk de Vries
9.30 -10.30	Interview 2	Medicatiereview Unit 1 Resultaten, analyse basis indicatoren kwaliteitskader Rubriek 1, 2, 3, 4	SOG/ apotheker/ VS
10.30-11.30	Interview 3	Facilitair/ voedingsdienst Interne audits op voedselveiligheid	Teamleider voedingsdienst: Alfred Nap



		Meten, analyseren en verbeteren Rubriek 7, 8	
11.30-12.00		Evaluatie/ rapporttijd	
12.00-13.00	Interview 4 Lunch tijdens overleg	Medisch teamoverleg <ul style="list-style-type: none"> • MDO/ bewoners bespreking • Dillema's in de zorg • Persoonlijke zorg kwaliteitskader verpleeghuiszorg Rubriek 1, 2, 3, 6	SOG: Jaap Koster/ Marjan Grunewald SMZ: Bouwien de Vries Psycholoog: Claudia Hulshof VS: Gea Spaak/ Caress Winkel Huisarts: Dr. Kodadzade
13.00-15.00 Afdeling Eiber/ Lijster	Interview 5	Observaties in de uitvoering van het werk. Inzage zorgdossiers afdeling Eiber met meervoudige zorgvragen samen met verpleegkundige. Rubriek 1, 2, 3, 6	Meelopen met SOG-er: Jaap Koster/ Marjan Grunewald VS: Caress Winkel Afdeling Eiber Verpleegkundige Karin Zijl 2 dossiers Lijster EVV-er 2 dossiers
15.00-15.30	Interview 6	Rondleiding veiligheid Rubriek 5, 6, 7, 8	
15.30 – 16.15	Rapportage auditor en voorbereiding eindgesprek		Directeur/ bestuurder: Herma Fridrichs Gaby Glatz
16.15-16.45		Eindgesprek	Directeur/ bestuurder: Herma Fridrichs MT: Financieel: Bert Bruins Zorg: Bouwien de Vries HR: Corien Brand Gaby Glatz Alle overige auditees
8 uur			

>



4. Auditprogramma 2019-2022

Vestigingen	Kritische processen/ Scope onderdelen	her audit	Opvolg Audit 1	Opvolg Audit 2	Her audit
		2019	2020	2021	2022
Hoofdkantoor De Blanckenborg, Blijham	Ondersteunende processen	V	V	V	V
	Beleid	V	V	V	V
	Facilitair	V		V	V
	Inkoop	V		V	V
	Kwaliteit	V	V	V	V
	Documenten	V	V	V	V
	Personeel	V	V	V	V
Locatie De Blanckenborg	Primaire proces Zorg- dienstverleningsproduct: Thuiszorg, verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, dagbesteding, huishouding	V	V	V	V

Audit thema's	Audit onderwerpen	Heraudit	Opvolg audit 1	Opvolg audit 2	Heraudit
Plan	PRI	V	V	V	V
	Werkwijze	V	V	V	V
	Professioneel handelen	V	V		V
Do	Uitvoering primaire proces	V	V	V	V
Check	Meting resultaten	V	V	V	V
	Ervaring cliënten	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
	Veiligheid	V	V		V
	Ervaring medewerkers	V		V	V
Ontwikkeling	Ontwikkeling en innovatie bestaand	V	V	V	V
	Ontwikkeling en innovatie nieuw	nvt		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
	Beheersing registratie	V		V	V