

Certificaat vernieuwing

Rapport voor:

Stichting Zorggroep Oldael

LRQA referentie:	RQA 0432365/ 0037
Assessment datum:	1 en 2 juni 2016
Assessment locatie:	Maurits de Brauwweg 18, 2597 KE Den Haag
Assessment criteria:	HKZ Verpleeg-. Verz.huizen en Thuiszorgorg. (2010)
Assessment team:	Piet-Jan van Diest Maria Lavaleye
LRQA kantoor:	Rotterdam

Inhoud

1.	Management samenvatting	3
2.	Assessment samenvatting	4
3.	HKZ Verpleeg-. Verz.huizen en Thuiszorgorg. (2010).....	15
4.	Audit Programma/Plan	16
5.	Volgend bezoek details	17
6.	Assessment plan Driejaarlijkse Evaluatie (TR)	18
7.	Certificaat gegevens.....	20

Bijlagen

Dit rapport is besproken met en geaccepteerd door:	
Naam:	Mw. drs. I.W.T. Scholten
Functie:	Directeur-bestuurder

Lloyd's Register Quality Assurance Limited, its affiliates and subsidiaries and their respective officers, employees or agents are, individually and collectively, referred to in this clause as "LRQA". LRQA assumes no responsibility and shall not be liable to any person for any loss, damage or expense caused by reliance on the information or advice in this document or howsoever provided, unless that person has signed a contract with the relevant LRQA entity for the provision of this information or advice and in that case any responsibility or liability is exclusively on the terms and conditions set out in that contract.

1. Management samenvatting

Beoordelingsresultaat:

Stichting Zorggroep Oldael (verder: de organisatie) is tijdens deze Driejaarlijkse Evaluatie steekproefsgewijs getoetst aan het HKZ certificatieschema Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties versie 2010 (verder: HKZ VV&T 2010). De organisatie is gericht op continu verbeteren om te kunnen voldoen aan de eisen en wensen die klanten stellen.

Er is geen Non Conformiteit vastgesteld.

De organisatie wordt voorgedragen voor hernieuwde certificering.

Continu verbeteren:

- De organisatie is in staat te voldoen aan de eisen die door de cliënten en wet- en regelgeving worden gesteld. Dit gegeven wordt ondersteund door de uitbreiding van de functie van beleidsmedewerker met het taakgebied Compliance, die daartoe de opleiding bij het Nederlands Compliance Instituut heeft gevolgd.
- De organisatie werkt aan de realisatie van haar beleid, doelstellingen en relevante prestatie indicatoren. Zoals vermeld wordt hierbij gebruik gemaakt van de A3-methode, die garant staat voor een integrale en samenhangende benadering van de organisatie en prestaties. Langs deze weg is het strategisch plan voor de organisatie uitgewerkt, dat een verdere uitwerking krijgt op de diverse niveaus en terreinen van de organisatie.
- Business risico's worden zodanig afgedekt dat de organisatie in staat is om ononderbroken levering van producten en diensten te garanderen. Dit kan worden opgemaakt uit de meest recente accountantsrapportage, respectievelijk goedkeuring van de jaarcijfers (2015) en uit het ontbreken van aanwijzingen dienaangaande.
- Het managementsysteem genereert zinvolle en betrouwbare informatie die de organisatie in staat stelt op feiten gebaseerde beslissingen te nemen. Hiervoor zijn inzichtelijk de kwartaalrapportages, die op hoofdlijn de onderwerpen van de systeembeoordeling volgen. De directiebeoordeling met als looptijd de periode juli-juni is tijdens het assessment van oktober 2015 besproken.
- Positieve punten van de bedrijfsvoering en voorbeelden van klantgerichte verbeteringen zijn:
 - De benaming van de teams tot die voor 'Welzijn en Zorg',
 - Het zoeken van middelen voor verdere uitbreiding van de mogelijkheden voor dagbesteding,
 - De rust en dynamiek in de organisatie waardoor het mogelijk is om op basis van een goed functionerende interne organisatie te werken aan ontwikkeling van de externe positie en die op de (Haagsche) zorgmarkt.
 - De praktijk van het leiderschap op alle niveaus in de organisatie, waarbij de actualisering van de visie op zorg centraal komt te staan.
 - De intensieve scholing van medewerkers gericht op het gewenste niveau, gegeven de actuele zorgvraag.
 - De merkbaar verbeterde sfeer in de organisatie, hetgeen onder meer tot uiting komt in de openheid op het uitvoerend niveau en de daar geconstateerde leer-bereidheid.

Aandachtsgebieden voor het senior management:

Geen bijzonderheden.

2. Assessment samenvatting

Introductie:

Het doel van deze audit is het beoordelen van de mate van de doelmatigheid en de geschiktheid van het kwaliteitsmanagementsysteem op basis van het schema HKZ VV&T 2010. De rubriek 6.6 van het certificatieschema is uitgesloten van certificatie (zie planningstabel)

Het Logogebruik op basis van het gecertificeerd zijn is in overeenstemming met de geldende regels.

Er is sprake van een multisite certificaat met vervaldatum 30 september 2016.
De reikwijdte van het certificaat betreft de vastgestelde vestigingen die op het certificaat (aansluitend) vermeld zijn. Er zijn daarover geen veranderingen of afwijkingen geconstateerd.

De organisatie omvat 129 medewerkers (96 FTE) en een tweetal locaties.
Er zijn geen wijzigingen in producten of vormen van zorg.

Met de organisatie is overeengekomen dat aandacht zal worden besteed aan de werking van het KMS op alle niveaus in de organisatie.

Het auditprogramma is uitgevoerd als van tevoren is opgesteld.

De rapportage is opgesteld op hoofdlijnen.

Uit interviews op locatie is gebleken dat de primaire processen worden beheerst en op professionele wijze door betreffende medewerkers worden uitgevoerd conform de geldende afspraken en regelgeving.

Cliëntendossiers werden op locatie Oldeslo ingekeken; ook die van Aelbrecht van Beijeren.

De openstaande Minor NC is gesloten op basis van de vastgestelde implementatie van het eerder toegezonden Plan van Aanpak en van de voortdurende aandacht, die de organisatie besteed aan het betreffende veiligheidsaspect.

Dit bezoek is tevens gebruikt om concreet de vervolgspraak te plannen.
Het gaat daarbij om de Surveillance, die staat gepland voor 30 en 31 mei 2017.

Aanwezigen bij de openingsvergadering:
Mw. drs. I.W.T. Scholten, bestuurder,
Mw. R. Walhain, beleidsmedewerker,
Mw. M. de Graaf, kwaliteitscoördinator.

De scope is besproken.

Aanwezigen bij de sluitingsvergadering:
Mw. drs. I.W.T. Scholten, directeur-bestuurder,
Mw. M. Kalkers, Locatiemanager (Oldeslo),
Mw. I. de Laet, Locatiemanager (Aelbrecht van Beijeren),
Mw drs. P.A. van Gilst, Controller
Mw. M. de Graaf, kwaliteitscoördinator.

De resultaten van het assessment zijn besproken en door de organisatie geaccepteerd.

Assessor: Piet-Jan van Diest, Maria Lavaleye

Assessor: Piet-Jan van Diest

Assessment van: Beleid, Management en
KMS

Auditee(s): Bestuurder,
Beleidsmedewerker,
Kwaliteitscoördinator,
Medewerker Marketing &
Communicatie.

Onderwerpen en informatiebronnen:

- Documentatie betreffende een tweetal calamiteiten; inclusief correspondentie IGZ,
- Beleidsplan 2016 richting 2020,
- Kwartaalrapportage Q4-2015
- Marketing en Communicatie

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn wel/geen kritische afwijkingen geconstateerd op dit gebied. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

- **Ontwikkelingen binnen Zorggroep Oldaerl**

- De tijdens het Focusbezoek gemelde calamiteiten, die op zorgvuldige wijze zijn afgewikkeld, hebben als gevolg gehad dat de organisatie nagaat welke aanvullende exclusie-criteria noodzakelijk zijn.
- De bedrijfsvoering, die een doorlopend punt van aandacht is, waarbij het gaat om de keuze van de doelgroep(en), daarmee samenhangende scheiding tussen wonen en zorg en de daarmee samenhangende financieringsmogelijkheden. De gesprekken hierover met de financiers hebben geleid tot de vaststelling dat er geen aanleiding is voor de vorming van een aparte entiteit. De huidige (beperkte) leegstand wordt op termijn weggewerkt gegeven de huidige activiteiten van de cliëntadviseur; inmiddels is de leegstand aan het teruglopen.

- **Voldoen aan eisen**

De organisatie is in staat om te voldoen aan de eisen die door de cliënten/belanghebbenden en wet- en regelgeving worden gesteld.

- **Cliënttevredenheid**

De laatste CQ-indexmeting is eind 2015 uitgevoerd. De verbeterpunten maken nu deel uit van het strategisch plan ('A3 plan'). De organisatie werkt aan verbetering van de klanttevredenheid.

- **Realisatie beleid.**

De organisatie werkt aan de realisatie van haar beleid, doelstellingen en relevante prestatie indicatoren, zoals verantwoord in het Jaardocument 2015 en vervat in het strategisch A3-plan 2016.

- **Business risico's**

Deze worden zodanig afgedekt dat de organisatie in staat is om ononderbroken levering van producten en diensten te garanderen.

- **Marketing & Communicatie**

Hierbij is al enige tijd sprake van modernisering van de communicatie binnen de organisatie, waar alle betrokkenen hun voordeel mee kunnen doen. Het betreffende plan is in uitvoering, waarbij is vastgelegd wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft en houdt.

Marketing is de functie waarmee de organisatie zich richt op de externe positionering, waaronder die in relatie tot de verwijzers. In voorbereiding is een bijeenkomst voor verwijzers (september 2016). Op de middellange termijn zal worden nagegaan welke de positie is (en kan zijn) in relatie tot de zorginstelling in de omgeving en/of regio.

- **PRI**

De PRI is actueel. Inmiddels is een risico-inventarisatie uitgevoerd met betrekking tot ZZP-5 in een open setting. Deze is in multi-disciplinair verband uitgevoerd en heeft geleid tot zowel een aanmerkelijke diepgang van inventarisatie en analyse en tot een effectief bewustzijn aangaande de risico's.

- **Genereren managementinformatie.**

Het managementsysteem genereert zinvolle en betrouwbare informatie die de organisatie in staat stelt op feiten gebaseerde beslissingen te nemen.

- **Directiebeoordeling**

Deze heeft betrekking op de periode juli-juni en is derhalve voor de periode 2014-2015 aan de orde geweest in oktober 2015. In juli 2016 wordt die met als looptijd 2015-2016 opgesteld.

- **Verplicht vast te stellen procedures conform norm**

- | | |
|---|----------|
| ○ Beheren van documenten | aanwezig |
| ○ Beheren van registraties | aanwezig |
| ○ Beheren van afwijkingen | aanwezig |
| ○ <i>Klachten</i> | aanwezig |
| ○ <i>Incidenten</i> | aanwezig |
| ○ Interne audits | aanwezig |
| ○ Preventieve en corrigerende maatregelen | aanwezig |

- **Registraties:**

- Interne audits
Het betreffende programma voor 2015 is uitgevoerd en heeft geleid tot een aantal aandachts- en verbeterpunten op de terreinen van medicatie, telefonische communicatie en cliëntveiligheid. Punt van continue aandacht is het bewustzijn met betrekking tot veiligheidsrisico's voor cliënten. De analyse daarbij is dat borging in deze slecht lukt als gevolg van beperkt inzicht in het effect van handelingen in relatie tot de veranderde en veranderende conditie van de cliënten. Punt van aandacht is tevens de samenstelling van het Interne Audit team; er is opnieuw behoefte aan uitbreiding, nadat pas opgeleide auditoren zich hadden teruggetrokken.
- Cliëntevaluaties
Het middel Spiegelgesprekken heeft een belangrijk resultaat opgeleverd voor de samenwerking tussen cliënt, familie en professional. De gesprekken hebben geleid tot een sterkere onderlinge betrokkenheid, wat een positief effect kan hebben op het voldoen aan wensen en verwachtingen; over en weer.
- Meldingen en registraties
De betreffende registraties (klachten, ongenoegens, incidenten enzovoort) worden gebundeld gepresenteerd in de kwartaalrapportages, die worden voorgelegd aan het MT. Bijzonder punt van aandacht hierbij is het gegeven dat soms door medewerkers melding wordt gemaakt van situaties waarin mogelijk sprake is van materieel onnodig tekort doen aan bewoners door familie en mogelijk daardoor van ouderenmishandeling. Over deze kwesties zal contact worden gezocht met het Meldpunt 'Veilig Thuis'.
- Corrigerende en preventieve maatregelen
De geldende procedure wordt door de organisatie zorgvuldig nageleefd. Maatregelen en acties worden vastgelegd in onder meer het Verbeterregister.

Aandachtsgebieden

- Geen bijzonderheden.
-

Assessor: Maria Lavaleye

Assessment van: Kwaliteitsbeleid.

Auditee(s): Bestuurder
Beleidsmedewerker

Onderwerpen en informatiebronnen:

- Interne audits Q1 2016 ,klachten 2016 , Prestatie indicatoren, MIC/MIM 2016.

Evaluatie en conclusies:

- Per kwartaal worden kwaliteitregistraties gebundeld en geanalyseerd. Het geheel maakt een professionele indruk.
- Interne audits: feedbackformulieren keuken, controleren van zorgleefplannen en het houden van een medicatieaudit heeft recentelijk plaats gevonden. Verbeterpunten worden op locatie opgepakt.
- Klachten: er zijn 3 klachten geregistreerd, het betrof kleding/ was klachten, bejegening en te late medicatie aanreiking. Alle punten worden in het werkoverleg behandeld en men ziet toe op verbetering.
- Prestatie-indicatoren: de PI's dienen opnieuw geijkt te worden. Nu is bijvoorbeeld het aantal klachten (max 5) een PI, terwijl men graag opmerkingen etc wil horen. Wellicht is het beter om bijvoorbeeld de tevredenheid en tijd van afhandeling als Pi te definiëren. Dat telt voor meerdere indicatoren.
- MIC en MIM wordt systematisch geanalyseerd, de medicatie commissie buigt zich over verbeterpunten/plannen. In de MIM komt de vermelding van agressie/ geweld voor. Er zijn geen specifieke verbeterpunten beschreven.

Aandachtsgebieden

- Herijken PI's kwaliteitsbeleid/ doelstellingen.
-

Assessor: Piet-Jan van Diest

Assessment van: Ondersteunende Processen: **Auditee(s):** HR Manager
Medewerkers

Onderwerpen en informatiebronnen:

- Personeelsbeleid
- Personeelsmanagement
- Deskundigheidsbevordering
- ARBO en RI&E

Evaluatie en conclusies:

Algemeen beeld

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn geen kritische afwijkingen geconstateerd op dit gebied.

De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

Samenvattend kan worden gezegd dat de aanpak op dit terrein doelgericht, doelbewust, doortastend en planmatig is. Daarmee is een gedegen basis gelegd voor het HR management, zoals dat past bij de huidige fase van ontwikkeling van de organisatie. Vastgesteld kon worden dat de sfeer in de organisatie wordt gekenmerkt door het gegeven dat men weet waar men aan toe is.

• **Personeelsbeleid**

De thema's daarin zijn:

Verzuimmanagement; met als resultaat tot dusver een daling van het verzuim van 15% (2015) naar 8,4% per april 2016.

Roosteren; hiervoor is een planner aangesteld met als taak het regelen van een efficiënte inzet van beschikbare uren. Voor 2017 staat 'de kanteling' gepland met als doel de actieve betrokkenheid van medewerkers bij de planning en het roosteren binnen de kaders van de bedrijfsvoering. Hierbij zijn de planner en de teamleiders eveneens betrokken.

Opleidingen; gericht op de verhoging van het niveau van de zorgverlening, gegeven de toenemende complexiteit van de zorg.

• **Personeelsmanagement**

Het gaat daarbij in hoofdzaak om de uitvoering van het hiervoor geschetste personeelsbeleid. Accenten liggen op het verzuimmanagement met een actief aandeel van de HR manager en de teamleiders en de samenwerking met de Arbodienst.

Met het oog op de verhoging van het niveau van de zorgverlening wordt gewerkt aan actualisering van de functieprofielen, uitgaande van het gewenste niveau. Functioneringsgesprekken en eventuele acties op het terrein van door- en uitstroom zijn daar toegepaste instrumenten.

• **Deskundigheidsbevordering**

In voorbereiding is het pakket e-learning, waarbij de keuze voor het systeem is gemaakt en de externe onafhankelijke toetsing geregeld en de implementatie wordt voorbereid) Het opleidingspakket is gericht op de zorg, met als onderwerpen o.a. klinische lessen, dementie en onbegrepen gedrag. Medewerkers en hun vertegenwoordiging (OR) hebben hun waardering uitgesproken over de (veelheid aan) opleidingen. Op het terrein van management is en wordt gewerkt aan de ontwikkeling van de functionerings- en POP-gesprekken.

Met het oog op 2017 en het roosteren wordt toegewerkt naar een vroegtijdige opleidingsplanning.

• **ARBO en RI&E**

Het Arbobeleid en totstandkoming daarvan is geëvalueerd en voorzien van enkele verbetermaatregelen. Het actuele Plan van Aanpak voldoet aan de eisen.

De huidige RI&E behoeft voor 2017 een actualisering en externe toetsing, hetgeen gepland is.

Aandachtsgebieden

Geen bijzonderheden

Assessor: Piet-Jan van Diest

Assessment van: Ondersteunende Processen: **Auditee(s):** Leden CR (Oldeslo en AvB),
CliëntenRaad, Leden OR
Ondernemingsraad

Onderwerpen en informatiebronnen:

- CliëntenRaad: jaarplan 2015
- OndernemingsRaad: stand van zaken, voorgenomen verkiezingen

Evaluatie en conclusies:

Algemeen beeld

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn geen kritische afwijkingen geconstateerd op dit gebied. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd. Medezeggenschap is in de organisatie effectief georganiseerd en voldoet aan de eisen volgens wet- en regelgeving. Continuïteit waar het gaat om de uitvoering van de WOR vraagt aandacht, gegeven de geringe belangstelling van de zijde van het personeel.

• CliëntenRaad

Er zijn twee Cliëntenraden (Oldeslo en Aelbrecht van Beijeren).

De vertegenwoordigers maken kenbaar dat de reglementen van de CR worden nageleefd, dat er een jaarplan is en dat de taken binnen de CR zijn verdeeld. Er is geregeld contact tussen de twee raden onderling en met de bestuurder van de Zorggroep Oldael. De samenwerking met de organisatie gaat steeds beter, waarmee gerefereerd wordt aan een voorgaande periode waarin deze minder intensief was. De vertegenwoordigers maken kenbaar dat de taken en verantwoordelijkheden van CR-leden qua zwaarte en tijdsbesteding, vooral als gevolg van de wet- en regelgeving ten aanzien van de zorg, sterk zijn toegenomen. Dankzij het feit dat de samenwerking met en ondersteuning door de (heldere inrichting van de) organisatie is verbeterd (en nog kan worden versterkt) wordt de toekomst met vertrouwen tegemoet gezien. Als nadrukkelijk aandachtspunt wordt genoemd de herinrichting van de receptie(s), waarbij een door een voorgaande CR afgegeven besluit wordt betwist en gepleit wordt voor het herstel van de 'permanente' bezetting van de receptie(s).

• OndernemingsRaad

De OR zal gegeven de huidige onvoldoende samenstelling via verkiezingen tot een nieuwe start moeten komen. Het lukt evenwel niet kandidaten bereid te vinden. In dat verband is besproken welke mogelijke oorzaken kunnen worden vastgesteld van deze situatie; omwille van het voorkomen daarvan in de toekomst. Kernpunt daarbij is dat organisatie en medewerkers er alle belang bij hebben dat medezeggenschap (en/of inspraak) goed functioneert. Dit kan betekenen dat structureel aandacht moeten worden besteed aan de ontwikkeling van medezeggenschap; thematisch en methodisch. De huidige leden geven aan het overleg hierover met de bestuurder te zullen hebben.

Aandachtsgebieden

Geen bijzonderheden.

Assessor: Piet-Jan van Diest

Assessment van: Ondersteunende Processen: **Auditee(s):** Medewerker Huishoudelijke Dienst, Chef-kok, Locatiemanager
Facilitaire Dienst (Oldeslo)

Onderwerpen en informatiebronnen:

- Huishouding; planning, materiaal, schoonmaakkar.
- Beleid Eten en Drinken: HACCP, Leveranciersaudit, budget
- Veiligheid; PRI voor ZPP5 in Open Setting, BHV, Legionella.

Evaluatie en conclusies:

Algemeen beeld

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn geen kritische afwijkingen geconstateerd op dit gebied. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd. Vastgesteld is dat op de onderzochte terreinen sprake is van grote zorgvuldigheid waar het gaat om schoon, veilig en verantwoord.

• Huishouding

Er zijn hierbij een drietal functies of taakgebieden te onderscheiden: het reinigen van de openbare ruimtes, de schoonmaak van de kamers en het 'polijsten' van de vloeren. Wat betreft de openbare ruimtes (Oldeslo en de aanleunwoningen), zijn schoonmaaklijsten vastgesteld die de planmatige schoonmaak waarborgen. Het schoonmaakmateriaal is ergonomisch verantwoord. De schoonmaakmiddelen zijn veilig voor mensen milieu. De hygiënecontrole wordt uitgevoerd door Diversey. Maandelijks vindt overleg plaats met de medewerkers in de huishoudelijke dienst; mede daarmee is aangetoond dat systematisch wordt gewerkt.

• Beleid Eten en Drinken

Oldeslo beschikt over een restauratieve dienst, die het mogelijk maakt met verse producten te werken. De betreffende leverancier wordt jaarlijks beoordeeld, waarbij een externe audit (IFC) wordt uitgevoerd. Het laatste rapport laat zien dat de beoordelingen variëren van voldoende tot en met goed. Er is een HACCP-controle uitgevoerd (4 maart 2016), die tot enkele minor verbeterpunten heeft geleid, die op 21 maart zijn voltooid.

Er is een discussie gaande tussen keuken en management over het budget voor de maaltijden. Daarbij vallen twee zaken op. In de eerste plaats is er de keuze voor een eigen 'vers-keuken', hetgeen consequenties met zich meebrengt voor wat betreft de kosten. Wanneer die consequenties niet worden aanvaard, gaat de keuze ten onder aan het eigen succes. In de tweede plaats wordt de discussie over het budget mede beïnvloed door eventuele personele consequenties, waardoor de werksfeer of arbeidsomstandigheden in negatieve zin wordt bepaald. (zie aandachtsgebieden)

• Veiligheid; PRI voor ZPP5 in Open Setting.

Met als uitgangspunt 'open huis' en tegen de achtergrond van een tweetal calamiteiten (zie Focusbezoek, maart 2016) is de organisatie nog meer aandacht gaan besteden aan de risico's die met de zogenoemde Open Setting samenhangen. De betreffende inventarisatie en analyse (Commissie Safer) laat zien dat het risicobewustzijn binnen de organisatie een sterke impuls krijgt. (zie aandachtsgebieden)

Er is tevens kort aandacht besteed aan BHV (de organisatie daarvan is geborgd; procedures worden gevolgd) en Legionella (het plan 2015 is uitgevoerd, controle is uitgevoerd waarbij geen afwijkingen zijn vastgesteld. De huidige leegstaande kamers zijn opgenomen in het spoelplan.)

Aandachtsgebieden

- Het kenbaar maken van de budgetten voor (brood)maaltijden binnen Kleinschaligwonen, biedt de mogelijkheid aan medewerkers om verantwoordelijk te zijn voor keuzes, planning en bestedingen.
- Perspectief van de keuken.
- De paradox 'veiligheid – vrijheid/autonomie' vraagt in de relatie tussen familie en verzorgenden om heldere afspraken over de omgang tussen organisatie en familie.

Assessor: Maria Lavaleye

Assessment van: (Aansturing) Primair Proces: **Auditee(s):** Teamleider Facet
Facet EVV-ers Oldeslo / Facet
Apotheker, Fysiotherapeut
Specialist ouderengeneeskunde

Onderwerpen en informatiebronnen:

- In-, door- en uitstroom cliënten op afdeling Facet
- Teamleider: aansturen team, werkoverleg 2016, "onbegrepen gedrag", indicatoren PG visie.
- Zorgdossiers; ECD en Hardcopy, MDO, MIC, PAM lijsten, benaderingsadviezen, behandeladviezen.
- Medicatieproces: met de apotheek wordt het handboek geneesmiddelen besproken, werkwijze baxter, afwijkingen is baxter, geneesmiddelen commissie, losse medicatie, antistollingspreparaten,
- Novicare: fysiotherapeut, specialist ouderen geneeskunde proces.

Evaluatie en conclusies:

Algemeen beeld

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn geen kritische afwijkingen geconstateerd op dit gebied. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

- In-, door- en uitstroom cliënten: de afdeling Facet heeft plaats voor 15 cliënten met een BOPZ status. Indien er een cliënt van een andere afdeling de status BOPZ krijgt komt hij/zij op de wachtlijst.
- Teamleider: de TL stuurt het gehele team aan. Ook de medewerkers activiteiten begeleiding en de medewerkers huishouding. Jaarplan is opgesteld met het team en heeft als input het algemene jaarplan (A3) INK plan. Werk overleg vindt structureel plaats, werkoverleg met locatiemanager laat een besluiten en actielijst zien. Evaluatie van subdoelen vindt plaats. Het onderwerp 'omgaan met onbegrepen gedrag' wordt besproken. In het document PG visie komen diverse indicatoren voor, intervisie, MDO, het houden en geven van klinische lessen. Middels het POP wordt bijvoorbeeld getoetst of kennis is binnengekomen van klinische lessen. Zo zijn in het PG-visie document een aantal Smart geformuleerde indicatoren benoemd. Deze prestatie-indicatoren dienen in het overleg met de leidinggevende getoetst worden om vast te kunnen stellen of de implementatie loopt volgens plan en effectief is. (aandachtspunt).
- Zorgleefplannen: de cliënten van Facet hebben een zpp 5 of hoger, het betreft cliënten die een verblijf en behandeling en vaak complex gedrag vertonen. Elke cliënt heeft een Evver, die de contact persoon met de familie is. De Evver bereidt ook het MDO voor. Zorgleefplannen zijn ingezien, de opzet is helder, doelen zijn smart geformuleerd, observatielijsten worden gehanteerd bij onbegrepen gedrag. De benaderingsadviezen (psycholoog)leiden tot lijsten met activiteiten voor welzijn. Deze PAM lijsten dienen nog worden toegevoegd aan het zorgleefplan (aandachtspunt). Evvers zijn heel goed op de hoogte van welzijn en zorg behoeften en wensen van de cliënten. Chapeau!
- Medicatieproces
- Apotheker: proces baxtersysteem is besproken, het proces verloopt goed, contact met de medewerkers is goed, afwijkingen worden gemeld en besproken en bijgesteld. Geen opmerkingen!
- Novicare
- Fysiotherapeut (Novicare). Er is een SLA opgesteld met Novicare met afspraken. In het gesprek kwam helder naar boven wat de taken en verantwoordelijkheden van deze behandelaar zijn. Bijwonen MDO, ondersteuning met transferprotocol, aanwezigheid bij transfers bij cliënten met extra aandacht. Proces verloopt naar tevredenheid. Mic vallen wordt altijd gemeld en besproken.
- Specialist ouderen geneeskunde: (Novicare). Specialist ouderen geneeskunde is net drie weken in dienst, overleg met apotheek is structureel. 7/24 achterwacht is geregeld, ervaring met cliënten zorg in overleg met de verzorgenden verloopt tot nu soepel. Professionele zorgverlening ! NR en euthanasie wordt besproken met cliënt en familie.

Aandachtsgebieden

Prestatie-indicatoren van bijvoorbeeld implementatie PG visie als onderlegger voortgang gesprek locatiemanager en teamleider formaliseren.

Assessor: Piet-Jan van Diest

Assessment van: (Aansturing) Primair Proces: **Auditee(s):** Locatiemanager
Oldeslo Teamleider a.i.
Teamleider
EVV-ers

Onderwerpen en informatiebronnen:

- In-, door- en uitstroom cliënten
- Zorgdossier; ECD en hardcopy,
- Zorgleefplan: domeinen, doelen en evaluaties
- Activiteitenbegeleiding,
- Medicatieproces: Geneesmiddelen protocol.

Evaluatie en conclusies:

Algemeen beeld

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn geen kritische afwijkingen geconstateerd op dit gebied. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

De organisatie is bezig vraaggerichte zorg te realiseren; arrangementen tot stand te brengen. Daarmee wordt toegewerkt naar een positie en rol op de zorgmarkt, die onderscheidend is en aansluit bij de wensen en verwachtingen van een specifieke doelgroep.

- **In-, door- en uitstroom cliënten**

Hierbij is vooral de instroom van nieuwe cliënten aan de orde geweest; in verband met het streven naar het ontwikkelen van de zorg- en dienstverlening aan potentiële bewoners/cliënten, waarbij het gaat om specifieke arrangementen. Inmiddels zijn daar enkele trajecten van instroom voltooid of gaande. Hierbij is sprake van een nauwe samenwerking tussen cliëntadviseur en EVV-er en teamleider.

- **Zorgleefplan, Zorgdossier**

De totstandkoming van de zorg- en dienstverlening is in de hiervoor geschetste context gaat volgens de geldende afspraken; het zal er meer om gaan de flexibiliteit te verwezenlijken die nodig is om de vraaggerichtheid in de praktijk te waarborgen.

De organisatie zet in op 'welzijn en zorg' of op 'welbevinden'. Als instrument daarbij wordt gebruikt de Groninger Wellbeing Indicator, wat aanwijzingen geeft met betrekking tot het welbevinden.

Het zorgdossier wordt beschouwd, ervaren en benut als instrument dat waarborgt de mogelijkheden voor overdracht, evaluatie en verantwoording van de zorg- en dienstverlening.

- **Activiteitenbegeleiding**

Kern van deze functie is het bieden van een toegevoegde waarde waar het gaat om het realiseren van de kwaliteit van leven en het daarmee samenhangende welbevinden. De gesproken medewerkers geven er blijk van zich bewust te zijn van de positie in de samenwerking met disciplines gericht op het welzijn van de bewoners. Er zijn goede mogelijkheden voor registratie en uitwisseling van gegevens en informatie en totstandkoming van de integrale benadering van de zorg- en dienstverlening.

- **Medicatieproces**

Er is sterk geïnvesteerd in de ontwikkeling van een veilig medicatieproces. Het accent daarbij is vooral ook gelegd op het bewustzijn met betrekking tot veiligheid en de daarvoor noodzakelijke handelingen. Het gepresenteerde proces en de aangetoonde registraties vormen het bewijs voor de vaststelling van een veilig proces. (zie aandachtsgebieden). Er is sporadisch sprake van incidenten. In voorkomende gevallen gaat het om niet-aftekenen.

Aandachtsgebieden

- Beheer Eigen Medicatie kent een codering, die effectief voorbijgaat aan de nuancering waar het gaat om de mogelijkheden en beperkingen van de bewoner/cliënt. De suggestie om de codering uit te breiden doet recht aan het handhaven van de autonomie van de bewoner/cliënt.
- Rest-medicatie dient, op grond van de door de IGZ gehanteerde richtlijnen, te worden bewaard in afgesloten containers, die in afsluitbare kasten staan.

Assessor: Maria Lavaleye

Assessment van: (Aansturing) Primair Proces: Aelbrecht van Beijeren
Auditee(s): Locatiemanager, Teamleider Verzorgenden /Evv's Clientadviseur

Onderwerpen en informatiebronnen:

- In-, door- en uitstroom cliënten
- Zorgdossiers: ECD en hardcopy; keuze uit 5stuks.
- Zorgleefplan: domeinen, doelen, evaluaties 5 stuks MDO.
- Medicatieproces: proces in werking, protocol systemfarma geneesmiddelen 2016 mei.
- Cliëntadviseur: Intake, samenwerking EVV, samenwerking TD, In-, door- en uitstroom cliënten, jaarplan, werkoverleg met TD / locatiemanager.

Evaluatie en conclusies:

Algemeen beeld

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn geen kritische afwijkingen geconstateerd op dit gebied. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

- Aansturing team: de locatiemanager stuurt het gehele team aan. Er wordt structureel gestuurd op personeelsinzet, goede zorg, veiligheid. Verbeterpunten vanuit de **interne audits** (medicatie) worden direct opgepakt. Zorgleefplannen worden structureel getoetst op volledigheid en zorglevering versus indicatie. Werkoverleg vindt plaats, aandachtspunt is het screenen van de notulen vóór verzenden. Suggesties/ opmerkingen/ complimenten worden direct op gepakt, echter de registratie van deze aandachtspunten vindt nog niet plaats (aandachtspunt). Leveranciersbeoordeling gesprekken vinden 3 maandelijks plaats. Mantelzorg en eigen regie zijn speerpunten voor deze locatie.
- In-, door- en uitstroom cliënten: op dit moment is er leegstand en dat heeft te maken met de financiering (PGB). De situatie is nu stabiel De grenzen aan zorg zijn dwaalgedrag en agressie/ geweld naar anderen en zichzelf. Er staat nu één cliënt op de wachtlijst voor de BOPZ afdeling.
- Zorgleefplan: domeinen, doelen, evaluaties.
- Zorgleefplannen: ECD en hardcopy: met de EVV's zijn de zorgleefplannen bekeken. De zorgleefplannen zijn goed op orde, we zijn op de volgende **verbeterpunten** uitgekomen:
- NR staat in het zorgleefplan als **niet besproken**. Graag aanpassen en afspraak maken (protocol is er, beleid is er) over 'wat te doen' als de cliënt geen keuze heeft gemaakt. (wellicht voor inhuizing de vraag voorleggen, in overleg met behandelaar).
- de medicatiecode wordt in het zorgleefplan niet structureel vermeld
- bij één cliënt ontbrak de actie bij "verhoogd" risico. De cliënt had hier een eigen regie in, dit was echter niet beschreven.
- de 'eigen regie' in/ bij de zorgverlening kan explicieter geschreven worden. Wat doet de cliënt zelf?
- Indien een zorgleefplan halfjaarlijks getoetst en geëvalueerd wordt en er zijn geen opmerkingen, is niet te zien dat evaluatie (met dd) heeft plaats gevonden.
- in één zorgleefplan staat dat de cliënt voor 5 uren gebruik kan maken van geestelijke verzorging. Bij navraag blijkt dat niet helder is wat hiermee bedoeld wordt (kerkgang en kerkelijke begeleiding is wel bekend)
- in één zorgleefplan is er sprake van benaderings- en bejegeningplannen, echter datum, naam auteur/ verantwoordelijke ontbrak.
- Medicatieproces: tip top op orde! alle medicatie codes staan voorin de medicatieklapper. Aandachtspunt is om "oude" medicatie niet op te sparen, maar frequenter retour apotheek te zenden.
- Cliëntadviseur: Intake, samenwerking EVV, samenwerking TD, In-, door- en uitstroom cliënten Intake wordt besproken. Ook NR en euthanasie wordt aangekaart, wellicht is het raadzaam om aan nieuwe cliënten mee te geven wat het reanimatiebeleid binnen de organisatie is en te vragen bij inhuizing welke keuze de bewoner heeft genomen over reanimeren (in overleg met behandelaar). De Pi op wachtlijstbeheer is behaald, dit blijkt echter de slapende cliënten wachtlijst te zijn. PR is opgestart. Proces intake verloopt beheerst. Jaarplan is gezien, overleg met locatiemanager vindt structureel plaats. TD heeft frequent overleg met de cliëntenadviseur. De TD doet een veiligheidstest voor meegenomen lampjes en elektrisch materiaal.

Aandachtsgebieden

- Notulen screenen voor uitgifte
 - Registreren van suggesties/ opmerkingen/ complimenten etc
 - Aandachtspunten/ verbeterpunten zorgleefplannen
 - Medicatie: frequenter restmedicatie retourneren
 - PI's herijken.(nwachtlijstbeheer)
-

3. HKZ Verpleeg-. Verz.huizen en Thuiszorgorg. (2010)

Gradatie 1	Status 2	Constatering (inclusief locatie indien van toepassing) 3	Correctie, oorzaak analyse & correctieve maatregel review 4	Proces / aspect 5	Datum 6	Referentie 7	Norm § 8

1. Gradatie van de bevinding *

2. New, Open, Closed

3. Beschrijving van de LRQA bevinding

4. Review door LRQA

5. Proces, aspect, afdeling of thema

6. Datum van de bevinding

7. YYMM<Initialen>seq.#

8. Norm paragraaf van toepassing

* Major NC = Major non conformity

Minor NC = Minor non conformity

4. Audit Programma/Plan

Voorafgaand aan de afsluitende bijeenkomst, moet het auditteam de geschiktheid van het auditprogramma bevestigen of eventueel vereiste wijziging identificeren (bijv. betreffende de reikwijdte, tijdsduur of data van de audit, controlefrequentie, competentie).

Bezoek Type	her-certificering	SV1	Transitie-audit	SV2	Focus			her-certificering
Verloop Datum	30sept2016	14sep2018	14sep2018	14sep2018	30sep2019			30sep2019
Start Datum	01jun2016	30mei2017	2017/2018	2018	2019			2019
Eind Datum	02jun2016	31mei2017						
Audit Dagen	4	2	1dg	2	2			
Verandering in het effectieve aantal medewerkers (zo ja geef nieuwe aantal)	J/N	J/N	J/N	J/N	J/N	J/N	J/N	J/N
Informatie over de doelstelling van de verschillende bezoeken kan worden gevonden in de Klantentoelichting die in dit rapport is opgenomen of op onze website www.lrq.nl . Verder zijn er voor de verschillende bezoeksoorten Client information Notes beschikbaar. De auditcriteria en het auditteam zijn vermeld op de voorpagina van dit rapport. Wanneer tijdens de audits begeleiders of trainees aanwezig zijn wordt de klant hierover separaat geïnformeerd.								
Proces / aspect / locatie								
<i>Definitieve selectie zal worden bepaald na toetsing van de directiebeoordeling en de actuele prestaties</i>								
Directiebeoordeling	X	X		X	X			
Interne Audits	X	X		X	X			
Continu Verbeteren	X	X		X	X			
Management van wijzigingen	X	X		X	X			
Correctieve maatregelen	X	X		X	X			
Preventieve maatregelen	X	X		X	X			
Klachten Management	X	X		X	X			
Logo gebruik	X	X		X	X			
Doeltreffendheid van het management systeem met betrekking tot het realiseren van de doelstellingen	X	X		X	X			
locatie Oldeslo	X	X		X	X			
locatie Aelbrecht van Beijeren	X	X		X	X			

Scope	Het bieden van verzorging, verpleging en behandeling aan intra- en extramurale cliënten in Den Haag
Uitsluitingen	6.6. (HKZ VV&T 2010)

5. Volgend bezoek details

Bezoek type	Surveillance				
Thema(s) voor volgend bezoek					
Audit dagen	2	Verloop datum	14sep2018 (30sep2019)	Bezoek start / eind datums	30/31 mei 2017
Locatie	Oldeslo en Aelbrecht van Beijeren				
Activiteiten codes	092122				
Team	Maria Lavaleye				
Norm(en) / Schema(s)	HKZ VV&T 2010				
Opmerkingen en instructies					

6. Assessment plan Driejaarlijkse Evaluatie (TR)

Assessment type Driejaarlijkse Evaluatie	Assessment criteria HKZ Verpleeg- Verz.huizen en Thuiszorgorg. (2010)
Assessment team Maria Lavaleye, Piet-Jan van Diest	Assessment datum(s) 1 en 2 juni 2016

1 juni 2016

Maria Lavaleye		Piet-Jan van Diest	
09.00	Opening en kennismaking, <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelingen binnen Zorggroep Oldael, • Beleid en management: meerjarenbeleid en jaarplan, voortgangsrapportage, • Risico-management, 	09.00	Opening en kennismaking, <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelingen binnen Zorggroep Oldael, • Beleid en management: meerjarenbeleid en jaarplan, voortgangsrapportage, • Risico-management,
10.30	Kwaliteit: <ul style="list-style-type: none"> • Doelstellingen en jaarplan, 	10.30	Medewerkers: <ul style="list-style-type: none"> • Personeelsbeleid • Personeelsmanagement • Deskundigheidsbevordering • ARBO & RI&E
11.30	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none"> • Aansturing (Facet) • In-, door- en uitstroom cliënten • ARBO en RI&E 	11.15	Primair Proces: Welzijn: Zinvolle dagbesteding
		12.00	Marketing & communicatie
12.30	Lunch	12.30	Lunch
13.15	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none"> • 5 Zorgdossiers (Facet); ECD en hardcopy 	13.15	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none"> • Aansturing (Oldeslo) • In-, door- en uitstroom cliënten
14.15	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none"> • Medicatieproces (Facet) • Novicare 	14.15	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none"> • Zorgdossier (Oldeslo); ECD en hardcopy • Zorgleefplan; Domeinen, Doelen, Evaluaties
15.15	Rapportage	15.15	Rapportage
16.45	Terugkoppeling	16.45	Terugkoppeling
17.00	Einde assessment, dag 1	17.00	Einde assessment, dag 1

2 juni 2016

Maria Lavaleye		Piet-Jan van Diest	
09.00	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none">• Aansturing (Aelbrecht van Beijeren - AvB)• In-, door- en uitstroom cliënten	09.00	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none">• Medicatieproces (Oldeslo)
10.00	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none">• 5 Zorgdossiers (AvB); ECD en hardcopy• Zorgleefplan; Domeinen, Doelen, Evaluaties	10.30	Facilitair: <ul style="list-style-type: none">• Huishouding
		11.00	<ul style="list-style-type: none">• Beleid Eten en Drinken
11.30	Primair Proces: <ul style="list-style-type: none">• Medicatieproces (AvB)	11.45	Facilitair: Veiligheid: PRI voor ZZP5 in een open setting
12.30	Lunch	12.45	Lunch
13.15	Cliëntadviseur: <ul style="list-style-type: none">• Intake• Samenwerking EVV• Samenwerking Technische Dienst,• In-, door- en uitstroom cliënten	13.30	Cliëntenraad
14.15	Aanvullende documentatie	14.15	OR
15.00	Rapportage	15.00	Rapportage
16.30	Terugkoppeling	16.30	Terugkoppeling
17.00	Einde assessment	17.00	Einde assessment

7. Certificaat gegevens



CONCEPT CERTIFICAAT

Hiermede wordt verklaard dat het managementsysteem van:

***Stichting Zorggroep Oldael
Maurits de Brauwweg18, 2597 KE Den Haag***

door Lloyd's Register Quality Assurance is geëvalueerd en goedgekeurd volgens de volgende normen:

***HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en
Thuiszorgorganisaties (2010)***

Het managementsysteem is van toepassing op:

Het bieden van verzorging, verpleging en behandeling aan intra- en extramurale cliënten in Den Haag

Certificaat vervaldatum: 30 september 2019

Soort certificaat:			
<input checked="" type="checkbox"/> Enkel certificaat <i>(Vul dit formulier in)</i>	<input type="checkbox"/> Certificaat per locatie <i>(Vul dit formulier in per locatie)</i>	<input type="checkbox"/> Multi-site certificaat <i>(Vul tevens formulier voor meerdere vestigingen in)</i>	<input type="checkbox"/> Meerdere talen <i>(Vul per taal de vereiste formulieren in)</i>
Accreditatie / Aantal Certificaten:			
UKAS /	<input checked="" type="checkbox"/> RvA /	/	Niet geaccrediteerd /
Reden van het certificaat:			
<input type="checkbox"/> Initiële audit	<input type="checkbox"/> Certificaatwijziging	<input checked="" type="checkbox"/> Certificaatvernieuwing	
Nadere instructies:			
Actueel aantal FTE's: 96 (alleen voor HKZ)			
QA Register entry (alleen voor UKAS accreditatie)	Vereist	Niet vereist	

CERTIFICAATAANHANGSEL

1. Hoofdvestiging Oldeslo, Maurits de Brauwweg 18, 2597 KE Den Haag	<i>Raad van Bestuur, P&O, Finance & Control, Beleid & Kwaliteit</i>
2. Oldeslo, Maurits de Brauwweg 18, 2597 KE Den Haag	<i>Verzorging en Verpleging</i>
3. Aelbrecht van Beijeren, Theo Mann-Bouwmeesterlaan 1, 2597 GT Den Haag	<i>Verzorging</i>