



RAPPORT

Stichting Ruitersbos

19 en 20 juni 2018

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

© Kiwa
Versie 2018



Auditrapport

Stichting Ruitersbos

Naam : Stichting Ruitersbos
 Contactpersoon : Anita Leermakers
 E-mail : A.leermakers@ruitersbos.nl
 Vestigingsadres : Boeimeerweg 2, 4837 AM Breda
 Telefoon : 076 5657150

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

Aantal bedrijfslocaties	Aantal Fte	Aantal Medewerkers, aantal vrijwilligers, aantal tijdelijk medewerkers, aantal ZZP'ers	Toepassingsgebied
1	110 FTE	150 medewerkers	Verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, thuiszorg en dagbesteding

Onderzoek

Soort onderzoek : Opvolgaudit 2
 Onderdeel : Documentatie (deels) en Implementatie
 Datum onderzoek : 19 en 20 juni 2018
 Datum rapport, versie : 23 juni 2018, Versie 0.1

Auditteam

Lead Auditor : Drs. Petra van Mastrigt
 Auditor(en) : -
 Vakdeskundige(n) : -
 Waarnemer/trainer/RvA :
 accessor : nvt

Certificatie-eisen

Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Systeemcertificatie: 2017

Norm(en):	Toepassingsgebied(en):	Scope / Nace	Certificaatnr. en aflooptdatum
ISO 9001:2015	Verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, thuiszorg en dagbesteding	38	KSC-K79362/02, geldig tot 1 december 2019

Evt. bijzonderheden:

Samenvatting

Auditteam	: De aard van het bedrijf geeft geen aanleiding om het auditteam te wijzigen	C/NC
Normuitsluitingen	: Normuitsluitingen zijn voldoende onderbouwd.	C

Auditplan	: Het auditplan is ter afstemming per e-mail d.d. 11-04-2018 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.	NVT
Multi Site Toetsing	: Stichting Ruitersbos 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 (qua aantallen medewerkers en fte is er een stijging, maar die valt nog binnen de staffel. Graag aandacht hiervoor en audittijd laten herberekenen als dit nog verder toeneemt) 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
Uitvoering Fase 1 bij Herevaluatie	: De resultaten uit de voorgaande audits, de beperkte wijzigingen in de Stichting Ruitersbos, het managementsysteem en de van toepassing zijnde regelgeving geven geen aanleiding tot het (bij de herevaluatie) opnieuw uitvoeren van een Fase 1 onderzoek.	C
Effectiviteit systeem	: Het systeem functioneert effectief (beleid, doelstellingen, review en acties).	C
Logo's / pictogrammen	: Het gebruik van logo's, pictogrammen, certificaat conform het reglement.	C
Klachten	: De klachtenprocedure functioneert effectief.	C
Interne audits	: De interne audits dragen effectief bij aan het systeem.	C
Adviseur	: Het bedrijf wordt t.a.v. het beheer / onderhoud van hun zorgsysteem extern geadviseerd door:	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 zijn geen tekortkoming(en) 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 Stichting Ruitersbos 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 zijn geen kritische tekortkoming(en) 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 Stichting Ruitersbos 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: nvt.
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: nvt

Beoordeling corrigerende maatregelen

Beoordelingsresultaat : Er is geen overgang van fase 1 naar fase 2 van toepassing.
n.a.v. Opvolgaudit 2 Er zijn geen corrigerende maatregelen nodig.

Eventuele toelichting:

.....

Certificatieadvies

Bij opvolgingsbezoeken:
Het auditteam adviseert Kiwa tot **voortzetting** van het certificaat.

Disclaimer:

Bij deze audit is een steekproef van de Stichting Ruitersbos en zijn bedrijfsprocessen getoetst. Het auditresultaat is gebaseerd op een proces van het nemen van steekproeven van de beschikbare informatie.

Bij een toelatingsonderzoek, een herevaluatie of bij een kritische tekortkoming zal er (met dit advies als basis) intern binnen Kiwa een onafhankelijke review op het auditrapport plaatsvinden. Op basis van de uitkomst van de review zal een certificatiebeslissing genomen worden

Eventuele toelichting:

Leadauditor Kiwa Naam : Petra van Mastrigt Datum : 23 juni 2018 Handtekening: 	Review en certificatiebeslissing Kiwa Akkoord met certificatieadvies: Naam : Datum : Handtekening:
---	--

Dit rapport heeft de volgende bijlagen:

- Auditrapport
- Rapportbladen
- Auditplan
- Auditprogramma
- Indien van toepassing: Plan(-nen) van Aanpak
- Actuele gegevens klant en planning te auditen onderwerpen

Indrukken en bevindingen

1.1 Algemene indruk

Past Performance Review: In het kader van de opvolgingsaudit 2 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 Stichting Ruitersbos voldoet aan de eisen; het managementsysteem is doeltreffend en heeft het vermogen om aan de toepasselijke eisen en de verwachte resultaten te voldoen en heeft een effectief proces van interne audits en directiebeoordeling. Tevens is het passend en geschikt bij het toepassingsgebied zoals aangegeven in dit rapport. De onderliggende positieve bewijs hiervoor is vastgelegd in de rapportage. Welke term van beleving de Stichting Ruitersbos ook kiest, ze hebben allen gemeen dat het gaat om de ervaring van de cliënt-bewoner, familie en bezoeker. Voor Stichting Ruitersbos is het voor cliënten-bewoners een plek waar dan ook vaak een huiselijke sfeer voelt. Men een eigen woon-slaapkamer, waardoor het huiselijke aspect nog meer benadrukt wordt.

Er zijn in de Stichting Ruitersbos geen wijzigingen die invloed hebben op auditdoelstelling, auditprogramma, audittijdbesteding of toepassingsgebied. Dit is in het openingsgesprek geverifieerd. De overeenkomst en/of calculatie is niet aangepast aan de bestaande gegevens.

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

1.2 Bevindingen per rubriek

1.2.1 Hoofdstuk 4: Context van de Stichting Ruitersbos

Inzicht in de Stichting Ruitersbos en haar context, inzicht in behoeften en verwachtingen van belanghebbenden, toepassingsgebied, KMS en de processen.

Context: De Stichting Ruitersbos heeft inzicht in haar context en heeft relevante externe en interne belangrijke punten (issues) vastgesteld. De context van Stichting Ruitersbos is de fundering van het managementsysteem. Afhankelijk van de organisatiecontext, de omgeving waarin de organisatie zich bevindt, maakt men keuzes over missie/visie, strategie, beleid en doelstellingen.



Stichting Ruitersbos heeft de grenzen en toepasbaarheid van het managementsysteem onderzocht en beoordeeld. Interne en externe punten (issues) zijn onder andere zijn hier onder andere bij meegenomen. Een en ander heeft geleid tot vaststelling van het toepassingsgebied. De scope is bepaald en gedocumenteerd. Dit betreft: Stichting Ruitersbos heeft aangetoond dat men voldoet aan markteisen en wetgeving waarbij de ISO 9001:2015 als hulpmiddel-kader-instrument dient bij het versterken van Stichting Ruitersbos. Men heeft bepaald dat processen/eisen niet van toepassing zijn en heeft deze onderbouwd. Dit heeft geen negatieve gevolgen voor de levering van de dienst of het product en de klanttevredenheid.

Stichting Ruitersbos heeft een kwaliteitsmanagementsysteem ingericht en geïmplementeerd, onderhoudt en verbetert dit systeem continue. Dit management systeem is vastgelegd in: het KMS en wordt beheerd. De processen zijn bepaald die nodig zijn voor het kwaliteitsmanagementsysteem en de toepassing daarvan door de hele Stichting Ruitersbos.

Van de processen zijn de benodigde input en output bepaald, de volgorde en interacties, de criteria en methoden, de middelen, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de risico's en kansen.

Stichting Ruitersbos onderhoudt de volgende gedocumenteerde informatie om de uitvoering van de processen te ondersteunen: Protocollen, verslagen, registraties, verbeterplannen en meldingen.

Stichting Ruitersbos houdt de volgende gedocumenteerde informatie bij om het vertrouwen te hebben dat de processen worden uitgevoerd zoals gepland: Evaluatie zorg, evaluatieverslagen, ranking WMO, steekproeven, beoordelingen en veiligheidsrondes.

De processen worden geëvalueerd en benodigde wijzigingen worden doorgevoerd met als doel het kwaliteitsmanagementsysteem te verbeteren.

Informatie over de betreffende externe en interne belangrijke punten wordt gemonitord en beoordeeld.

Stichting Ruitersbos heeft vastgesteld welke belanghebbenden relevant zijn voor het kwaliteitsmanagementsysteem en welke eisen van deze belanghebbenden relevant zijn.

Informatie over deze belanghebbenden wordt gemonitord en beoordeeld. Voorbeelden van belanghebbenden zijn zorgverzekeraars, gemeentes, leveranciers, medewerkers, cliënten. Voorbeelden van relevante eisen van belanghebbenden zijn: Inkoop-eisen zorgverzekeraars en eisen aan de toeleveranciers.

Eind 2017 kreeg het bestuur signalen (vanuit de IGJ) dat Stichting Ruitersbos er niet goed voor stond. Er lag een rapport van de Inspectie waarin de Stichting Ruitersbos als 'zwak' werd gekwalificeerd. Er liepen binnen de Stichting Ruitersbos veel trajecten waarin geen heldere lijn zat en waarvan geen verantwoording werd afgelegd. Na deze constatering heeft de Stichting Ruitersbos integraal maatregelen genomen op diverse gebieden.

Daarnaast heeft de wisselingen van bestuurders in een korte periode ook niet bijgedragen aan vertrouwen, structuur, duidelijkheid en vasthoudende binnen de Stichting Ruitersbos. In augustus 2017 heeft er wederom een bestuurswisseling plaatsgevonden.

Er werd gestart met een verandertraject waarbij er veel te winnen was op aansturing, verantwoordelijkheid en borging. De leidraad zijn een 3-tal strategische speerpunten: Hygiëne, gezondheidszorg/risico's en medicatie.

Je zou kunnen zeggen dat het speerpunt van de Stichting Ruitersbos is "een professionele cultuur neerzetten". "Aan de ene kant ondersteunen van de professionals door samen na te gaan wat ze nodig hebben om hun doelen te bereiken, aan de andere kant ook het maken van stevige afspraken waar men zich echt aan moeten houden. Stichting Ruitersbos is een Stichting Ruitersbos met een 'familiecultuur'. Iedereen trekt zijn eigen plan en werd daar niet op aangesproken."

Maar doordat Stichting Ruitersbos in essentie wel allemaal verandering wilden, gaan de neuzen dezelfde kant op. En als men er niet mee eens zou zijn dan gebeurt het wel omdat men het samen doet. Dat is dan ook het goede wat men heeft behouden van de familiecultuur.

Sterke Punten:

- De weloverwogen en planmatige aanpak van de transitie.
- Duidelijke visie rondom stakeholders.
- Visievorming van de Stichting Ruitersbos inzake vooruitkijken in bedrijfsvoering wordt scherp verduidelijkt binnen alle gelederen in de organisatie.
- De CR zit in een professioneel groei en ontwikkelproces. De CR zal nog meer duidelijk dienen te maken welke rol/verwachting/doel zij hebben de komende periode.

Aandachtspunten:

- Hoewel aantoonbaar is dat er planmatig gewerkt wordt op het gebied van kwaliteit, verdient het expliciet werken vanuit het kwaliteitskader, met daaraan gekoppeld kwaliteitsdoelstellingen en Pi's nog de nodige aandacht.
- Verwachtingen en wat speelt er bij stakeholders (klanten) kan nog worden verbeterd. Met name de invloed op de diverse processen binnen de organisatie. Denk hierbij ook aan een risico-classificatie.
- Betrokkenheid in de vorm van een proactieve houding van de CR kan nog worden verbeterd.
- De "kloof" tussen management en het borgen van de processen heeft nog aandacht, structuur en duidelijkheid nodig.

Conclusie: Conform normeis

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

Context	Zie contextanalyse Jaardocument 2018 met: Risiko's en onzekerheden en registratie -verzicht Samenwerkingsrelaties 8 november IGZ en 8 december 2018 rapport
Behoefte /verwachtingen van belanghebbenden	Contextanalyse 2018 Ontwikkelen van krachtige teams: DOK.
Toepassingsgebied	“Verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, thuiszorg en dagbesteding” Stichting Ruitersbos heeft aangetoond dat men voldoet aan markteisen en wetgeving waarbij de ISO 9001:2015 als hulpmiddel dient bij het versterken van de organisatie.
KMS	Borging middels PDCA binnen alle gelederen en processen.

1.2.2 Hoofdstuk 5: Leiderschap

Leiderschap en betrokkenheid, kwaliteitsbeleid, rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de organisatie.



Leiderschap: De directie ondersteunt andere relevante managementfuncties om hun leiderschap te tonen binnen hun verantwoordelijkheidsgebieden. Dit gebeurt bijvoorbeeld middels de volgende wijze: Professionele inbreng in de RvB, transparantie en betrokkenheid naar de CR, het op gezette tijden meelopen in het primair proces en het monitoren en genereren van gegevens en rapportage hiervan.

De directie toont leiderschap en betrokkenheid met betrekking tot klantgerichtheid en heeft bewerkstelligd dat de eisen van klanten zijn vastgesteld met de daarbij van toepassing zijnde wet- en regelgeving en dat deze worden begrepen en consequent aan wordt voldaan. De risico's en kansen die van invloed zijn op het voldoen hieraan zijn vastgesteld en worden opgepakt.

Kwaliteitsbeleid: De directie heeft het kwaliteitsbeleid vastgesteld, geïmplementeerd en wordt onderhouden. Dit kwaliteitsbeleid omvat onder meer een verbintenis tot continue verbetering van het kwaliteitsmanagementsysteem en het voldoen aan van toepassing zijnde eisen.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden: De directie heeft bewerkstelligd dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de relevante rollen zijn toegekend, gecommuniceerd en zijn begrepen door de medewerkers binnen Stichting Ruitersbos. De relevante functies zijn op de hoogte van deze verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van o.a. rapportages over prestaties van het kwaliteitsmanagementsysteem, bevorderen van de klantgerichtheid en wijzigingen t.a.v. het kwaliteitsmanagementsysteem.

Status en effectiviteit KMS: Het management toont leiderschap en commitment.

De directie toont leiderschap en betrokkenheid met betrekking tot het kwaliteitsmanagementsysteem en neemt verantwoordelijkheid voor de doeltreffendheid daarvan.

Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdoelstellingen zijn vastgesteld conform de context en strategische richting van Stichting Ruitersbos. De directie heeft de implementatie van het kwaliteitsmanagementsysteem en de daarbij behorende middelen bewerkstelligd. Stichting Ruitersbos wil dit jaar beschikken over een goed werkend KMS. Het KMS wordt nog niet overal gedragen door de medewerkers. Men wil verder het bewustzijn en wording baseren op de visie van “eigen verantwoordelijkheid”.

Beleidsplannen: De bestuurder heeft een strategisch jaarplan opgesteld, de verschillende managers hebben eigen jaarplannen opgesteld. De meeste doelen zijn ‘smart’ opgesteld.

Risicomanagement: risico's op procesniveau zijn in kaart gebracht conform de Safer methodiek, indien er sprake is van een risico wordt dit in de 'te implementeren maatregelen' document ingebracht, deze worden geclusterd in projectjes die in het 'verbeter-maatregelen register' staan. In het MT wordt gemonitord of de maatregelen ook geïmplementeerd zijn. Bv aangaande diverse registraties en meldingen. Er wordt veel gedaan op het gebied van risicobeheersing, zowel op cliëntniveau, op medewerkersniveau als organisatie breed. Echter kwaliteitsdoelstellingen met betrekking tot het (veiligheids)beleid kunnen nog beter worden weergegeven in de jaarplannen.

Interne communicatie: er vindt veel interne communicatie plaats binnen de organisatie. Men maakt gebruik van maandelijkse nieuwsbrieven, daarnaast vindt zowel gestructureerd als informeel overleg plaats. Medewerkers geven aan dat er voldoende interne communicatie is.

Directiebeoordeling: de directiebeoordeling is volledig en bevat verbetermaatregelen aangaande het KMS.

Sterke Punten:

- Informatie van en naar medewerkers waarbij de medewerkers uitdrukkelijk worden uitgenodigd om hun betrokkenheid te laten zien en ondersteund worden om deskundigheid te vergroten
- Risico-inventarisatie en risicoanalyse op de processen is uitgevoerd, daar waar sprake was van risico's, is een beheersmaatregel getroffen en is dit overgenomen in het verbeter-maatregelen-register zodat opvolging geborgd is.
- Duidelijke afbakening van taakverdeling v.w.b. de nieuwe "rollen" in de organisatie. (lees kwaliteitsverpleegkundige, aandachtsvelders)

Aandachtspunten:

- De kwaliteitsdoelstellingen zijn nog niet altijd expliciet omschreven in de jaarplannen, terwijl op uitvoeringsgebied aantoonbaar is dat er veel energie en aandacht is voor het bereiken van goede kwaliteit en voor de borging.
- Monitoring op effectiviteit op diverse innovaties en plannen van aanpak kan nog structureler
- Verwachtingen met de stakeholders nog verder uitwerken.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Leiderschap en betrokkenheid	2018: Een bijzonder jaar: Ruitersbos , aandacht voor elkaar! De directie streeft ernaar dat het kwaliteitsmanagementsysteem volledig is opgenomen in de normale bedrijfsvoering. Dit betekent dat het kwaliteitsbeleid is geïntegreerd in het beleid van de organisatie en dat kwaliteitsdoelstellingen zijn geïntegreerd in de doelstellingen van de organisatie. Door deze integratie van kwaliteit in de bedrijfsvoering zijn medewerkers in hun dagelijkse werk betrokken bij de resultaten en prestaties van de organisatie. Hierdoor worden de medewerkers gestimuleerd verbetersuggesties te doen en tekortkomingen te signaleren
Klantgericht	Betrokkenheid van de CR , vanuit de bril kijken van de bewoner-cliënt. Clienttevredenheidsevaluaties en onderzoeken.
Kwaliteitsbeleid	Kwaliteitsplan 2018 d.d. 12-2017 Kwaliteitsverslag 2017 d.d. 05-2017 Directiebeoordeling
Rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden	Organogram 28-3-2018 Taak-functieomschrijvingen.

1.2.3 Hoofdstuk 6: Planning

Acties om risico's en kansen op te pakken, kwaliteitsdoelstellingen en de planning, planning van wijzigingen.



Stichting Ruitersbos heeft voor relevante functies, niveaus en processen kwaliteitsdoelstellingen vastgesteld en heeft daarvan gedocumenteerde informatie. Er zijn plannen opgesteld voor het bereiken van de kwaliteitsdoelstellingen (o.a. welke middelen er nodig zijn, wie verantwoordelijk is en wanneer het voltooid zal zijn). Dit gebeurt in de vorm van projecten.

Kansen en Risico's: De risico's en kansen zijn beschreven en die moeten worden opgepakt om onder meer de zekerheid te geven dat het kwaliteitssysteem zijn beoogde resultaten kan behalen. Voorbeelden van risico's en kansen zijn: cliënt /patiëntveiligheid (processen) en individuele cliënt /patiënt risico's. medicatiebewaking, informatieoverdracht, logistieke afhandeling etc. Stichting Ruitersbos heeft acties gepland om de risico's en kansen op te pakken.

Kwaliteitsdoelen: Deze zijn opgenomen in het jaarplan en de diverse projecten en plannen.

Plannen van wijzigingen: Wijzigingen in het kwaliteitsmanagementsysteem worden op een geplande wijze uitgevoerd (indien noodzakelijk).

Sterke Punten:

- Duidelijk over- en inzicht in de risico's en kansen.
- Beleidsplannen zijn duidelijk en worden middels communicatiestructuur gemonitord.
- Wijzigingen in het kwaliteitsmanagementsysteem worden op een geplande wijze uitgevoerd (indien noodzakelijk).
- Stichting Ruitersbos heeft de middelen vastgesteld en beschikbaar gesteld die nodig zijn voor het inrichten, implementeren, onderhouden en continue verbeteren van het kwaliteitsmanagementsysteem.
- Duidelijke visie rondom "ken de cliënt" i.r.t. het kwaliteitskader. Diverse thema's liggen hieraan ten grondslag namelijk : het verder implementeren van de kwaliteitsverpleegkundige, van taakgericht naar resultaatgericht, visie vanuit bewonersbewustzijn en overige projecten die van invloed zijn op het zorgproces.
- Tijdens rondgang bleek dat risico's beheerst zijn, vluchtwegen aangegeven en vrij toegankelijk, brandhaspels en blussers aanwezig en gekeurd, Legionella preventie door spoelen en temperatuurcontrole.
- De voorraad is klein, overzichtelijk. Er wordt gewerkt met FIFO.
- Duidelijke visie en samenwerking met stakeholders rondom arbeidsmarktproblematiek.
- De organisatie is bezig met een "inhaalslag" betreffende innovatie: Lees b.v verbetermeting 360 C verbeterdialogoog en verbeterapp).

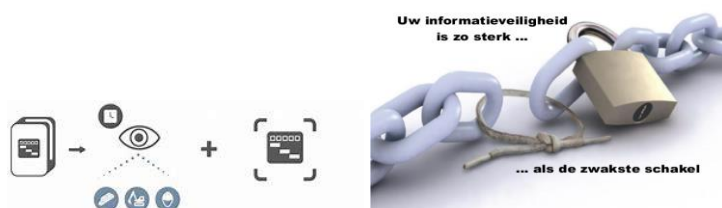
Aandachtspunten:

- De doeltreffendheid van verschillende acties wordt nog niet structureel geëvalueerd.
- Het nog meer helder krijgen van de verantwoordelijkheden binnen de organisatie waarbij "ownership" de rode draad gaat zijn. Met de kwaliteitsverpleegkundigen en aandachtsvelders is deze verandering , voor zowel cliënten als medewerkers, ingezet.
- Let op dat er niet te veel documenten worden geproduceerd. Dit draagt namelijk niet bij aan beheersing en lerend vermogen. Men verzandt dan in veel projecten.
- Medewerkers nog meer betrekken bij de risico's en kansen.
- Blijf de plannen van wijzigingen (ook intern) evalueren op effectiviteit en waar nodig bijstellen.
- Wet- en Regelgeving wijzigingen ook meenemen in de beheersbaarheid van het KMS in relatie tot risico's . Ook bij projecten.
- Bij risico's: deze verder doortrekken naar de schillen rondom het zorgproces en op teams.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Beleid	Jaarplan 2018: Bouwen aan de basis Jaarplan 2017: STEEDS BETER, implementeren en stabiliseren! 22-1-2018 Jaarplan infectiepreventie 2018 Convenant met AVANS, ROC betreffende instroom.
Risico's en kansen	Document Borging kritische processen: voortgang juni 2018 : Veiligheid van zorg (en bewoner), van werk (medewerker), van gebouwen en materialen en bedrijfsvoering. Sessies zijn gehouden: zorg aspecten; bestuur en bedrijfsvoering en facilitaire diensten. Risico's zijn vastgelegd in het zorgdossier. (risico-scan ECD) per client-bewoner.
Kwaliteitsdoelen	Opgenomen in het jaarplan 2018.
Planning van wijzigingen	Projecten: KVC, "Eigen Regie" , bewonersgerichte zorg. Plan van aanpak: Beter dan nu versie 1.1. d.d. 30 mei 2018.

1.2.4 Hoofdstuk 7 : Ondersteuning

Middelen: personeel, infrastructuur, omgeving, middelen voor monitoring en meting, Competentie, Bewustzijn, Communicatie, gedocumenteerde informatie: algemeen, creëren en actualiseren, beheersing van gedocumenteerde informatie



Stichting Ruitersbos heeft bepaald welke personen nodig zijn voor de doeltreffende implementatie van haar kwaliteitsmanagementsysteem, het uitvoeren van processen en deze personen beschikbaar gesteld. Dit werd onder andere vastgesteld in de interviews tijdens deze audit en de rondgang (observatie). Zie ook de auditplanning. Men heeft de middelen vastgesteld en beschikbaar gesteld die nodig zijn voor het inrichten, implementeren, onderhouden en continue verbeteren van het kwaliteitsmanagementsysteem.

Personeel: Men heeft bepaald welke kennis nodig is om haar processen uit te voeren en te voldoen aan de eisen van producten en diensten.

De benodigde competenties zijn vastgesteld voor relevante medewerkers en er is gedocumenteerde informatie als bewijs van competentie. Uit de interviews met de medewerkers blijkt dat deze bewust zijn van het kwaliteitsbeleid van Stichting Ruitersbos, de relevante doelstellingen in relatie tot de betreffende werkzaamheden, hun bijdrage daarin en de gevolgen van het niet voldoen aan deze afspraken.

Er is landelijk een ontwikkeling en met name ook in de Regio West-Brabant sprake van een vergrijzing en langer thuis wonen. Dit kan in de toekomst leiden tot een toename van de zorgvraag. Deze zorgvraag heeft ook te maken met de toenemende zorgverzekering.

Infrastructuur en omgeving: Stichting Ruitersbos heeft de infrastructuur die nodig is voor de uitvoering van haar processen bepaald, beschikbaar gesteld en onderhoudt deze.

Verder heeft men bepaald welke omgeving nodig is voor het uitvoeren van haar processen, voorziet daarin en onderhoudt deze. Dit betreft naast de fysieke ook menselijke factoren. Men heeft onderzocht welke menselijke aspecten van invloed kunnen zijn. Dit i.r.t. ARBO omstandigheden.

Men heeft de middelen bepaald die nodig zijn om voor geldige en betrouwbare resultaten te zorgen dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening voldoet aan de eisen en verwachtingen.

Stichting Ruitersbos stelt deze middelen ook beschikbaar. Deze middelen zijn geschikt voor de bedoelde monitoring- en meetactiviteiten en worden op een geschikte wijze onderhouden.

Kennis/competenties: Middels de eerder genoemde zorgvraag en zorgverzwaren zal men ook te maken krijgen met gekwalificeerd personeel. Zowel op kwantitatief als kwalitatief gebied.

Communicatie: Men heeft vastgesteld welke interne en externe communicatie relevant is voor het kwaliteitsmanagementsysteem. De communicatie betreft het waarover, wanneer, met wie en hoe de communicatie plaatsvindt.

Beheersing gedocumenteerde informatie: Gedocumenteerde informatie wordt geïdentificeerd door: Beleidsdocumenten, procedures, protocollen en formulieren.

Het kwaliteitsmanagementsysteem van Stichting Ruitersbos bevat o.a. de normvereiste gedocumenteerde informatie die men zelf nodig acht voor de doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem. Ook relevante gedocumenteerde informatie van externe oorsprong is passend geïdentificeerd beheerst.

Men beheerst de gedocumenteerde informatie t.a.v. identificatie, beschrijving, format en

beoordeling/goedkeuring. De informatie is beschikbaar en geschikt voor gebruik en afdoende beveiligd.

Distributie, toegang, terugvinden, opslag, behoud en vernietiging is beheerst inclusief het doorvoeren van wijzigingen en het beschermen tegen onbedoelde wijzigingen. Men heeft bepaald wat er verkregen moet worden van externe aanbieders.

Sterke Punten:

- De Kwaliteitsborging inzake versiebeheer, update en beheersing van het KMS is conform.
- Duidelijke visie en sfeer rondom het “werken binnen Stichting Ruitersbos”. Dit is een duidelijke strategie binnen de organisatie.
- Aanstellen van een externe Klachtencommissie conform de WkkGz
- Samenwerking met Zorglink.

Aandachtspunten:

- Vitaliteit en duurzaamheid van diverse onderdelen binnen de organisatie kan nog worden versterkt.
- De bewustwording van informatiebeveiliging is bij sommige medewerkers aanwezig. Dit zal in de transitie worden meegenomen binnen de totale organisatie.
- Uitstroom inzake leeftijd en de beperkte instroom op termijn is voor Stichting Ruitersbos een voortdurend punt van aandacht. Het verder gestalte geven aan “boeien en binden” i.r.t. het personeelsbehoud zal inspanning en uitdaging vergen voor Stichting Ruitersbos.
- Preventief beleid nog meer vanuit de teams ondersteunen om vitale medewerkers en vitale teams te behouden. Lees: energiebalans. (Ziekteverzuim 8%).
- De CR zou nog een jaarplan kunnen maken waarbij ook zij een kader hebben van doelen i.r.t. de strategie van de organisatie.
- Implementatie AVG nog verder gestalte geven: Denk hierbij ook aan privacy verklaring op de website.
- Communicatie binnen facilitair kan worden verbeterd. Dit is inmiddels al geconstateerd en zijn hier al de nodige stappen in genomen.
- Contractbeheer – management verder uitbouwen.

Sterke Punten:

- Enthousiaste, gemotiveerde en actiegerichte medewerkers.
- Alle kritische leveranciers zijn beoordeeld. Indien een leverancier onder de maat scoort wordt hij in de gelegenheid gesteld om te verbeteren. Indien dit niet aantoonbaar is, wordt afscheid genomen.
- Primair proces is beschreven, samenwerking met medewerkers zorg, overdracht is geborgd doordat dossier (ECD) de cliënt volgt. In zorgdossier is aantoonbaar dat risico-inventarisatie is uitgevoerd en opgevolgd.
- Medewerkers kennen risico's en eigen verantwoordelijkheid, weten protocollen en werkinstructies makkelijk te vinden en te gebruiken.
- Risicosignalering wordt uitgevoerd, indien er een risico is, zoals ondervoeding, dan wordt dit opgenomen in een zorgplan met doelen en acties.
- Professionalisering binnen de facilitaire dienst krijgt meer gestalte i.r.t. vernieuwingen op materiaal en materieel en met name op medewerkers. (verantwoordelijkheid, technieken, kennis en kunde).

Conclusie: Conform normeis

- Probeer de mappen van de schoonmaak te bevestigen aan de (vernieuwde) schoonmaakkarren.
- Afhankelijk van Woonzorg NDJ wellicht een mogelijkheid tot legionellabeheersing conform ICWB: dit ook met digitalisering voor spuien en monsternames etc.
- Schoonmaakmedewerkers betrekken bij bijvoorbeeld prikprotocol
- Profielschets samen opstellen met schoonmaakmedewerkers i.r.t. wensen en behoeften op dat gebied. Zij hebben geen toegang tot het ECD.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Middelen	BHV trainingen (email evaluatie 4 juni 2018)
Personeel	ActiZ Benchmark Zorg Rapportage Medewerkers: Deloitte najaar 2016 MTO Teamscan document.
Infrastructuur	Zie ook Rapportage RI&E.
Omgeving	Plan van aanpak Rapportage RI&E vastgesteld 25-1-2016 Evaluatie voortgang 28-9-2016 en 23-10-2017
Monitoring en meten	Evaluatieformulier : MondZorgPlus d.d. 09-04-2018 Medewerkers tevredenheid 2016 : Respons 46% (86 respondenten) : Score 6.1.
Kennis/competenties	Overleg THEBE-Ruitersbos : evaluatie samenwerking inhuur behandelaars d.d. 23-2-2018 Email: PUUR zorg d.d. 14-6-2018 i.r.t. samenwerking. Zie ook leveranciers. Deskundigheidsbevordering binnen Ruitersbos : over resultaten bereiken met 70:20:10 Opleidingsagenda mei 2018 in de kwaliteitskrant 26-4-2018 Er vindt een verschuiving plaats van intra- naar extramuraal zorg.
Bewustzijn	Document krachtige teams : Notitie DOK d.d. 21-3-2017 DKS rondes i.r.t. schoonmaak.
Communicatie	Notulen kwaliteit en veiligheidscommissie 22-3-2018 Notulen overleg kwaliteitsverpleegkundigen 11-6-2018 Kwaliteitskrant 14 juni 2018 + 26 april Informatiebulletin Ruitersbos 10 mei 2018 + 26 april
Gedocumenteerde informatie	Morfine: Fabels en feiten Palliatieve sedatie: informatie voor klanten Talentenkaart; Fysiofit Ruitersbos Geestelijke verzorging: Levensorientatie op maat Bewust afzien: Van eten en drinken

1.2.5 Hoofdstuk 8 : Uitvoering

Operationele planning en beheersing, eisen voor producten en diensten (communicatie, vaststellen van eisen, beoordeling van eisen,) ontwerp en ontwikkeling van producten en diensten, beheersing van extern geleverde processen, productie en het leveren van diensten (beheersing van productie, identificatie, eigendom van klanten, nazorg, beheersen van afwijkingen), vrijgave van producten en diensten, beheersing van afwijkende outputs


Doel van de workshop

Wat willen jullie halen of leren tijdens deze workshop?



Uitspraak van een andere organisatie en gehanteerd tijdens audit , zonder naam en toenaam, van deze organisatie.

- Ik vraag het u"

- “Ik ken u echt”
- “Ik werk samen met u”
- “En ik versta mijn vak”

Dossiers met toestemming: 1625 + 5079 onder NEDAP (ECD)

Check even wat er met : Pasnummer: cliënt heeft geen pasnummer wordt bedoeld.

Stichting Ruitersbos heeft zeker gesteld dat extern geleverde processen, producten en diensten aan de gestelde eisen voldoen. Stichting Ruitersbos heeft criteria vastgesteld en toegepast voor (her)evalueren, selecteren en monitoren van de prestaties van de externe aanbieders.

Criteria zijn o.a.: productiviteit, perfectie, probleemoplossend vermogen, professioneel, perceptie en punctualiteit.

Er is gedocumenteerde informatie beschikbaar over de activiteiten van de externe aanbieders en de benodigde maatregelen die voorkomen uit evaluaties van leveranciers.

Gezien is de volgende gedocumenteerde evaluatie: Het inkoopbeleid voor wat betreft de Zorgverzekeraars.

Om aan de eisen en de verwachtingen te voldoen zijn de eisen in elk proces vastgesteld en beheerst.

Als processen veranderen dan wordt die verandering beheerst doorgevoerd om in ieder geval aan de gestelde eisen van het managementsysteem te blijven voldoen. Het eventuele volgende voorbeeld is ingezien: Plan van Aanpak KMS. Dit geldt ook voor beheersing van eventuele uitbestede processen.

Stichting Ruitersbos heeft bewerkstelligd dat de externe geleverde producten en diensten aan de gestelde eisen voldoen. Dit betreft bijvoorbeeld:

- Het inkopen bij een leverancier.
- Een regeling met een gelieerde onderneming.
- Het uitbesteden van processen aan een externe aanbieder.
- Het inkoopbeleid

Externe leveranciers worden gekozen en (her)beoordeeld (zie hoofdstuk leveranciersbeoordeling).

Stichting Ruitersbos zorgt voor dat toereikende eisen kenbaar zijn gemaakt aan externe aanbieders inclusief afspraken over product en/of dienst, de goedkeuring daarvan, competentie, beheersing en monitoring en eventuele verificatie en validatie op locatie bij de externe aanbieders.

Gezien werd bijvoorbeeld het proces van levering van o.a. Actiz, Apotheek.

Stichting Ruitersbos communiceert met klanten over informatie over haar diensten, aanvragen, offertes en opdrachten.

De eisen voor de te leveren diensten worden vastgesteld, beoordeeld en gedocumenteerd.

Wijzigingen in eisen voor producten en diensten worden beheerst doorgevoerd. Er wordt rekening gehouden met eventuele wet- en regelgeving in relatie tot de levering van de dienst of het product.

Stichting Ruitersbos heeft zeker gesteld dat wijzigingen in de leveringen bij alle betrokkenen bekend zijn.

Met betrekking tot de product of dienst zijn diverse klachten / feedback verkregen.

Stichting Ruitersbos heeft een ontwerp- en ontwikkelproces vastgesteld, geïmplementeerd en onderhouden passend voor de aansluitende levering van producten en diensten. Er zijn vastgestelde ontwerp- en ontwikkelingsstappen t.a.v. planning, input, beheersingsmaatregelen, output en wijzigingen met betrekking tot ontwerp en ontwikkeling. Gedocumenteerde informatie over de verschillende ontwerp- en ontwikkelingsstappen is aanwezig.

Het omgaan met of beheren van eventuele eigendommen van klanten vindt op een zorgvuldige wijze plaats.

Identificatie en naspeurbaarheid (indien vereist) is mogelijk. Dit gebeurt middels: AVG en data integriteit.

De beschikbaarheid van gedocumenteerde informatie, de beschikbaarheid en gebruik van geschikte middelen voor monitoring en meting, geschikte infrastructuur en werkomgeving, inzet competente personen, validatie, vrijgave en nazorg is tijdens de audit vastgesteld.

Stichting Ruitersbos heeft de beheerste omstandigheden van de levering van diensten en producten geïmplementeerd.

Stichting Ruitersbos heeft geplande maatregelen geïmplementeerd om op passende momenten in het proces te verifiëren of aan de eisen die aan de producten of diensten zijn gesteld is voldaan. Stichting Ruitersbos houdt gedocumenteerde informatie bij over de vrijgave van producten en diensten.

Stichting Ruitersbos heeft bewerkstelligd dat afwijkende producten of diensten die niet voldoen aan haar eisen worden geïdentificeerd en beheerst, om niet-beoogd gebruik ervan te voorkomen. Dit geldt ook voor producten en diensten die na levering afwijkend blijken te zijn. Men hanteert mogelijkheden als herstel, apart houden, informeren van de klant, opnieuw maken, accepteren onder voorbehoud.

Er is gedocumenteerde informatie waaruit o.a. de beschrijving en de genomen maatregelen tot uiting komt. De volgende voorbeelden zijn ingezien: Verbeterregister.

Sterke Punten:

- De invoering van het “kwaliteitsverpleegkundigen en bewonersgerichte en bewuste zorg”, los van onzekerheden, nu al een succes.
- Professionele en verantwoorde transitie en implementatie betreffende het ECD.

Aandachtspunten:

- Positiebepaling van de teams verder bekijken inzake samenwerking en gezamenlijke synergie creëren.
- Controle hesjes (bij uitgifte medicatie) controle op brandwerendheid en wasvoorschriften/reserve i.r.t. netheid en hygiëne.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Operationele planning en beheersing	<p>Om aan de eisen en de verwachtingen te voldoen zijn de eisen in elk proces vastgesteld en beheerst. Voorbeelden van beschreven processen zijn: Infectiepreventie (zie ook jaarplan infectiepreventie 2017) + projectplan ONS Dossier Ruitersbos d.d. 14-12-2017</p> <p>Als processen veranderen dan wordt die verandering beheerst doorgevoerd om in ieder geval aan de gestelde eisen van het managementsysteem te blijven voldoen. Het eventuele volgende voorbeeld is ingezien: Uitvoer hygiëne audit & Advies Diversy consulting 16-4-2018</p> <p>Dit geldt ook voor beheersing van eventuele uitbestede processen. Een eventueel voorbeeld is: Rapportage GGD Hart voor Brabant in relatie tot keuken audit.</p> <p>Per 1-1-2018 een werken de leden van ZorgLink voor Ruitersbos in de functie van klachtenfunctionaris en vertrouwenspersoon.</p>
Eisen voor product en diensten	<p>Email: PUUR zorg d.d. 14-6-2018 i.r.t. samenwerking. Zie ook leverancier: ZZP en detachering.</p> <p>Plan van aanpak Medimp Digitaal(digitale TDL Lijsten t.b.v. Medicatieverstrekking maart 2017, laatste bijstelling juni 2017).</p> <p>Risico-signalering: KVC hygiëne 07-6-2018</p>
Ontwerp en ontwikkeling producten en diensten	<p>Plan van aanpak : Beter dan nu Versie 1.1. d.d. 30 mei 2018 + + projectplan ONS Dossier Ruitersbos d.d. 14-12-2017 + voortgangsrapportage implementatie Fase 2: ONS dossier d.d. 11-6-2018</p> <p>Gezamenlijke inkoop VIA ICWB.</p>
Beheersing van externe processen, producten, diensten	<p>Gedocumenteerde informatie m.b.t. het leveren van diensten of producten onder beheerste omstandigheden: Evaluatie trainingen 2018 (email inzake BHV trainingen)</p> <p>Het omgaan met of beheren van eventuele eigendommen van klanten vindt op een zorgvuldige wijze plaats. Identificatie en naspeurbaarheid (indien vereist) is mogelijk. Dit gebeurt middels: NEDAP softwareprogramma inzake ECD + handleiding ONS Dossier Ruitersbos + voorbereidingsformulier MDO (zlp evaluatie) in ONS (Zie PCK)</p> <p>De beschikbaarheid van gedocumenteerde informatie, de beschikbaarheid en gebruik van geschikte middelen voor monitoring en meting, geschikte infrastructuur en werkomgeving, inzet</p>

	<p>competente personen, validatie, vrijgave en nazorg is tijdens de audit vastgesteld.</p> <p>De Stichting Ruitersbos heeft de beheerste omstandigheden van de levering van diensten en producten geïmplementeerd.</p> <p>Voorbeelden van de volgende levering van producten/diensten zijn: BHV trainingen, Puurzorg leveranciersbeoordeling d.d. 30-11-2017; IMoZ opleiding en training d.d. 20-7-2017 GVP opleiding.</p> <p>De Stichting Ruitersbos heeft geplande maatregelen geïmplementeerd om op passende momenten in het proces te verifiëren of aan de eisen die aan de producten of diensten zijn gesteld is voldaan. De Stichting Ruitersbos houdt gedocumenteerde informatie bij over de vrijgave van producten en diensten.</p> <p>Voorbeelden van de volgende levering van producten/diensten zijn: Notitie schoonmaak inclusief uitgangspunten 24 november 2017</p>
<p>Productie en leveren van diensten (aanmelding, uitvoering, evaluatie, nazorg)</p>	<p>De Stichting Ruitersbos communiceert met klanten over informatie over haar diensten, aanvragen, offertes en opdrachten.</p> <p>De eisen voor de te leveren diensten worden vastgesteld, beoordeeld en gedocumenteerd.</p> <p>Wijzigingen in eisen voor producten en diensten worden beheerst doorgevoerd. Er wordt rekening gehouden met eventuele wet- en regelgeving in relatie tot de levering van de dienst of het product.</p> <p>Gezien zijn de volgende voorbeelden van levering en adequate communicatie hieromtrent: Klachtenregeling Ruitersbos + persoonsgericht zorg door professionals juni 2018. Document : Ruitersbos doet mee aan waardigheid en trots d.d. 4 juli 2016</p>
<p>Vrijgave van producten en diensten</p>	<p>De Stichting Ruitersbos heeft zeker gesteld dat wijzigingen in de leveringen bij alle betrokkenen bekend zijn. Zie o.a. implementatie ONS dossier. Document Plan van aanpak Waardigheid en Trots d.d. juni 2016 + Document Practice Ruitersbos m.b.t Waardigheid en Trots 2018.</p>
<p>Beheersing van afwijkende outputs</p>	<p>Met betrekking tot de product of dienst zijn de volgende klachten / feedback verkregen: Klacht nummer 1: Eten te zout: dossiersluiting 1-3-2018 Klacht nummer 7: Algemene onvrede zorgverlening: Nog geen dossiersluiting.</p> <p>De Stichting Ruitersbos heeft bewerkstelligd dat afwijkende producten of diensten die niet voldoen aan haar eisen worden geïdentificeerd en beheerst, om niet-beoogd gebruik ervan te voorkomen. Dit geldt ook voor producten en diensten die na levering afwijkend blijken te zijn. Men hanteert mogelijkheden als herstel, apart houden, informeren van de klant, opnieuw maken, accepteren onder voorbehoud.</p> <p>Er is gedocumenteerde informatie waaruit o.a. de beschrijving en de genomen maatregelen tot uiting komt. De volgende voorbeelden zijn ingezien: Klacht nummer 7: Fouten in informatiebulletin: dossiersluiting 11-6-2017.</p>

1.2.6 Hoofdstuk 9 : Evaluatie van de prestaties

Monitoren, meten, analyseren en evalueren, klanttevredenheid, interne audits, directiebeoordeling



Analyse van gegevens van prestaties van leveranciers / externe aanbieders komt tot uitdrukking in: beoordeling toeleveranciers en Client onderzoeken.

Stichting Ruitersbos heeft vastgesteld wat gemonitord en gemeten wordt, volgens welke methoden en met welke frequentie. De resultaten van het monitoren en meten worden geanalyseerd en geëvalueerd. De evaluatie betreft ook de prestaties van het kwaliteitsmanagementsysteem. De volgende informatie als bewijs van de resultaten van de monitoring is ingezien: Tevredenheid cliënten extramuraal en meting bewoners.

Stichting Ruitersbos analyseert d.m.v. onderzoeken, audits, observatie en beoordelingen geschikte gegevens en informatie die voortkomen uit monitoring en meting voor het evalueren van het voldoen aan de eisen van producten en diensten, de mate van klanttevredenheid, de prestaties en doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem, de doeltreffende implementatie van plannen, de doeltreffendheid van ondernomen acties, de prestaties van externe leveranciers en de noodzaak van verbeteringen aan het kwaliteitsmanagementsysteem.

IGJ: Kenmerk IGJ_VMIT_8283 calamiteiten onderzoeksrapportage d.d. 14 maart 2018 .

Rapport Inspectiebezoek d.d. 8-11-2017 naar aanleiding van een calamiteit melding

Klanttevredenheid: Methoden voor het verkrijgen, monitoren en beoordelen van klanttevredenheid: Via Resultaten Zorgkaart: Tevredenheidsonderzoek bewoners Team Beukenlaan Q4 respons 100% + Team Eikenlaan Q4 respons 95% + Team Kastanjelaan Q4 respons 85% een eigen tevredenheidsmeting uitgevoerd bij 20 cliënten die extramurale zorg ontvangen.

Stichting Ruitersbos heeft gegevens over de perceptie van klanten over de mate waarin aan hun behoeften en verwachtingen is voldaan voorhanden en deze gegevens worden gemonitord en beoordeeld.

Interne audit:

Stichting Ruitersbos voert met geplande tussenpozen interne audits uit om informatie te verkrijgen of het kwaliteitsmanagementsysteem voldoet aan de gestelde eisen en doeltreffend is geïmplementeerd. Er is een auditprogramma vastgesteld waaruit de frequentie, methoden, verantwoordelijkheden, planningseisen en rapportages tot uiting komen. Er wordt rekening gehouden met het belang van de betrokken processen, met veranderingen van invloed op het kwaliteitsmanagementsysteem en met resultaten van voorgaande audits. Er is gedocumenteerde informatie als bewijs van implementatie van het auditprogramma en de auditresultaten.

Gezien is de volgende gedocumenteerde informatie: Projectplannen, visiedocument en opzet met diverse onderzoeken waaronder Tevredenheid cliënten thuiszorg, audit hygiëne, audit beschermende maatregelen, stakeholders onderzoek. Correcties en corrigerende maatregelen zijn doorgevoerd.

De werkwijze binnen Stichting Ruitersbos i.r.t. audituitvoering heeft het laatste jaar een ontwikkeling doorgemaakt waarbij er gekeken wordt naar doelmatigheid, justificatie en waar ligt het afbreukrisico. Dit kan echter nog meer passend gemaakt worden i.r.t. de innovaties.

Directiebeoordeling: De directie beoordeelt met regelmaat dat het kwaliteitsmanagementsysteem continue geschikt, toereikend en doeltreffend is en is afgestemd met de strategische richting van Stichting Ruitersbos. De input voor deze directiebeoordeling is conform de gestelde systeemeisen en de output betreft o.a. kansen voor verbetering, noodzaak voor wijzigingen in het kwaliteitsmanagementsysteem en behoefte aan middelen. Er wordt gedocumenteerde informatie bijgehouden als bewijs van de resultaten van de directiebeoordeling. Gezien is de directiebeoordeling die is vastgesteld op het MT Directiebeoordeling 2017 + managementreview Kwaliteit en Veiligheid periode 2^e helft 2018 , opgesteld 01-2018

De resultaten van de directiebeoordeling bestaan uit maatregelen en besluiten met betrekking tot:

- De verbetering van de doeltreffend van het kwaliteitsmanagementsysteem en bijbehorende processen;
- De verbetering van het product inzake de zorg- en dienstverlening met betrekking tot eisen en verwachtingen van cliënten en samenwerkingspartners;
- De behoeften aan ondersteunende middelen.

Sterke Punten:

- Het innovatieve met daarbij monitoring draagt bij aan een meerwaarde voor verbetermanagement en aansluiting van de medewerkers. Er ontstaat meer draagvlak.
- Directiebeoordeling sluit aan bij een “echte” beoordeling en geen samenvatting van informatie die al bekend is.

Aandachtspunten:

- Probeer in de vernieuwde auditsystematiek nog meer risicomanagement te verbinden i.r.t. met het kwaliteitskader. Probeer jullie inspanning van veiligheidsrondes, monitoring, steekproeven nu te agenderen als interne audit of reflectie-instrument.
- Effectiviteit en doeltreffendheid m.b.t monitoring, meting en evaluatiesystematiek verder rond maken.

Conclusie: Conform normeis.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Monitoren, meten, analyseren en evalueren	De Stichting Ruitersbos heeft vastgesteld wat gemonitord en gemeten wordt, volgens welke methoden en met welke frequentie. De resultaten van het monitoren en meten worden geanalyseerd en geëvalueerd. De evaluatie betreft ook de prestaties van het kwaliteitsmanagementsysteem. De volgende informatie als bewijs van de resultaten van de monitoring is ingezien: Verbeterregister 2017-2018 versie 01-06-2018; Voortgang HIP -knelpunten document met vaststelling MT in de vorm van stappen.
Interne audit	Auditjaarplan 2018 vastgesteld op het MT : 16-4-2018. Auditrapport Apotheek FarmaZorg Breda d.d. 04-2018. Rapportages audits: medicatie: MT onderwerpen: Versie 16-4-2018.
Directiebeoordeling	Directiebeoordeling 2017 + managementreview Kwaliteit en Veiligheid periode 2 ^e helft 2018 , opgesteld 01-2018
Klanttevredenheid	Resultaten Zorgkaart NDL 2017: gemiddeld cijfer 7.2, aanbevolen 89%, aantal waarderingen in november 10. Tevredenheidsonderzoek bewoners Team Beukenlaan Q4 respons 100% + Team Eikenlaan Q4 respons 95% + Team Kastanjelaan Q4 respons 85%

1.2.7 Hoofdstuk 10 : Verbetering

Algemeen, afwijkingen en corrigerende maatregelen, continue verbetering.



Afwijkingen en corrigerende maatregelen: Stichting Ruitersbos reageert op afwijkingen en treft indien van toepassing maatregelen om deze afwijking te beheersen en te corrigeren en de consequenties aan te pakken. Er vindt evaluatie plaats van de noodzaak om maatregelen treffen om de oorzaken van de afwijking weg te nemen om herhaling te voorkomen. De corrigerende maatregelen zijn passend voor de effecten van de opgetreden afwijking.

Continue verbetering: Men stelt kansen voor verbetering vast selecteert deze en implementeert de benodigde maatregelen om te voldoen aan de eisen van klanten en de klanttevredenheid te verhogen. Kansen voor verbetering zijn bijvoorbeeld: BHV trainingen bij medewerkers, cursussen bij facilitaire processen/ medewerkers en anticiperen op de ontwikkelingen in- en externe coördinatie.

Er wordt gedocumenteerde informatie bijgehouden over aard van de afwijking, doorgevoerde maatregelen en de resultaten daarvan. Stichting Ruitersbos verbetert hiermee continue de geschiktheid toereikendheid en doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem.

Sterke Punten:

- Overzicht van verbeterregister waarbij het onderdeel is gekenmerkt (denk aan zorg, werk, gebouw) , het onderdeel, risico en de getroffen maatregelen.

Aandachtspunten:

- In het verbeterregister is het van belang dat de 'loop' rond is en dat dit document ook sluitend is m.b.t. opvolging en status. Met name de doelmatigheid en effectiviteit van de maatregelen.

Conclusie:

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
(Continu) Verbetering	Verbeterregister 2017-2018 versie 01-06-2018 Verbeterplan keuken werkzaamheden : waarborgen voedselveiligheid d.d. 5-04-2018 Verbeterplan overleg en communicatie binnen en buiten de keuken d.d. 5-4-2018 Concept rapport GGD hart voor Brabant audit centrale keuken 8-12-2017

3. Auditplan

Auditdoelstelling:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en de gedocumenteerde informatie komen overeen met de eisen van de **Norm ISO 9001:2015** 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 Stichting Ruitersbos 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 Stichting Ruitersbos. Voor het leerproces mogen dit ook interne auditoren zijn.
- Voor verificatiedoeleinden dient het auditteam inzage te kunnen krijgen in een aantal gegevens m.b.t. de processen, waaronder dossiers/gegevens m.b.t. cliënten, onder waarborging van richtlijnen m.b.t. geheimhouding en privacy bescherming. In de introductiebijeenkomst dienen wij hiertoe een geschikte werkwijze overeen te komen.
- Wij verzoeken u vriendelijk om – indien mogelijk – een overlegruimte voor het auditteam te regelen.
- Bij de opgegeven tijden moet rekening gehouden worden met een eventueel oponthoud of een voorspoediger voortgang van gesprekken. Getracht wordt om hiervan maximaal 20 minuten af te wijken van de aangegeven tijden. Gesprekken met uitvoerende medewerkers vinden zoveel mogelijk plaats op de afgesproken tijden.
- Interviews vinden bij voorkeur op de eigen werkplekken plaats.
- Indien de opgegeven tijden niet haalbaar zijn, verzoeken wij u dit tijdig te melden.
- Voldoende kwalitatieve en kwantitatieve inzet van medewerkers en overige betrokkenen.
- Prioriteit voor deze activiteit. Graag geen andere activiteiten die verstorend werken.

De gegevens die momenteel bij ons bekend zijn:

Aantal bedrijfslocaties	Aantal Fte	Aantal Medewerkers, aantal vrijwilligers, aantal tijdelijk medewerkers, aantal ZZP'ers	Toepassingsgebied
1	129,95 FTE	210 medewerkers waarvan 19 leerlingen 88 actieve vrijwilligers	Verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, thuiszorg en dagbesteding

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

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

Naam auditor: Petra van Mastrigt
Telefoonnummer: 06 333 850 56

Naam Klant: **Stichting Ruitersbos**

Onderzoek

Soort onderzoek : Opvolgaudit 2
Datum onderzoek : 19 en 20 juni 2018
Locatie Onderzoek : Boeimeerweg 2, 4837 AM Breda
Versie : 1

Auditteam

Lead Auditor : Petra van Mastrigt
Auditor(-en) :
Materiedeskundige : Petra van Mastrigt
Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Systemcertificatie: 2017

<u>Norm(en)</u>	Toepassingsgebied(en)	Scope/ NACE	Certificaatnr. en aflooptdatum
ISO 9001:2015	Verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, thuiszorg en dagbesteding	38	KSC-K79362/02, geldig tot 1 december 2019

Auditplanning

Bij de uitvoering van de audit zal het onderstaande schema worden aangehouden. Indien de omstandigheden hiertoe aanleiding geven, kan in onderling overleg van deze planning worden afgeweken.

De contactpersoon draagt er zorg voor dat de betrokken personen op het aangegeven tijdstip beschikbaar zijn voor het interview. Wij verzoeken u, daar waar mogelijk, andere auditees te vragen dan degenen die al eerder zijn geïnterviewd.

De audit verloopt het prettigst als men niet door externe factoren gestoord wordt.

Interne auditoren zijn welkom, mits zij een passieve houding tijdens het interview aannemen.

Het kan zijn dat de auditees worden gevraagd naar aantoonbaarheid van documenten en/of procedures. Het verdient daarom de voorkeur dat deze tijdens het interview snel te traceren zijn.

Inzien cliëntdossiers graag voorzien van schriftelijke toestemming van betrokkenen.

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

Graag, indien relevant en/of aanwezig, ter inzage klaarleggen de volgende documenten:

- Systeembeoordeling / Directiebeoordeling /Management Review
- Leveranciersbeoordeling
- Overzicht vastgestelde risico's
- Resultaten Cliënt tevredenheidsonderzoeken
- Indien van toepassing: resultaten LPZ metingen
- Resultaten Medewerkerstevredenheidsonderzoek
- Documenten t.b.v. onderhoud apparatuur (indien van toepassing)
- Verslagen en Planning van interne audits
- Diverse meldingen of klachten met doorlopen PDCA cyclus
- Jaarplan/ beleidsplan
- 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: Drs. Petra van Mastrigt			
Datum: Dinsdag 19 juni 2018			
Locatie : Boeimeerweg 2, 4837 AM Breda			
Begeleider : Anita Leermakers			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie Auditees
1 uur	Opstellen auditplan		
9.00 - 9.15	Openingsgesprek		Management en belangstellenden: Bestuurder : Michel Wijngaards, Bestuurder ai: Herman Weggen Adviseur Beleid en Kwaliteit: Anita Leermakers Adviseur P&O: Jacqueline ten Napel Managers Zorg: Kelly Wezenbeek, Marielle Lankhuizen, Annemarie van Ginderen Manager Facilitair: Frits van den Besselaar Ondernemingsraadvertegenwoordiging en cliëntenraadvertegenwoordiging uitgenodigd
9.15 – 10.00	Interview 1	Aandachtspunten en ontwikkelingen doornemen n.a.v. SA1 d.d. juni 2017. Zie aandachtspunten.	Adviseur Beleid en Kwaliteit: Anita Leermakers , Bestuurder Michel Wijngaards
10.00 – 11.45	Interview 2	Leiderschap Beleid en Doelen Systeembeoordeling Communicatie Wet- en Regelgeving Beheersing Risico Inventarisaties Klanttevredenheid Externe rapportages Zorginkoop ISO norm 5, 6, 7, 8, 9, 10	Bestuurder : Michel Wijngaards
11.45 – 12.30	Interview 3	Managementsysteem, gedocumenteerde informatie, procesmanagement algemeen, Afwijkingen, Interne audits, Verbeteringen, ISO norm 8,9 en 10	Adviseur Beleid en Kwaliteit: Anita Leermakers, Bestuurder : Michel Wijngaards
12.30 – 13.00	Lunch		
13.00 – 15.30 In deze tijd worden de genoemde processen en	Interview 4 Svp minimaal 3 bewonersdossiers klaarleggen met toestemming voor inzage.	Primaire proces verpleeghuiszorg Onderwerpen als verantwoorde zorg, zorgdoelen, hygiene, risico's , veilige zorg, medicatie, dossier inzage	kwaliteitsverpleegkundige: Saskia Poppelaars, (Team)managers : Kelly Wezenbeek, Marielle Lankhuizen Inlog: ruitersbos.ioservice.net Inlognaam: auditor Tijdelijk wachtwoord: Auditor123!

normeisen verder getoetst		ISO norm 8	
15.30 – 16.30	Vorbereiding terugkoppeling dag 1	Doornemen laatste documenten	Auditor
16.30 - >	Terugkoppeling dag 1		Aanwezigen: Michel Wijngaards, Anita Leermakers, Kelly Wezenbeek, Marielle Lankhuizen

Auditplan voor auditor: Drs. Petra van Mastrigt			
Datum: Woensdag 20 juni 2018			
Locatie: Boeimeerweg 2, 4837 AM Breda			
Begeleider : Anita Leermakers			
Tijd	Activiteit	Processen en normeisen	Naam en functie Auditees
9.00 – 9.45	Interview 1	Processen schoonmaak (ook bij uitbesteding)	Teammanager Facilitair: Frits van den Besselaar Coördinator Facilitair: Andre Doedeijns
9.45 – 10.30		Rondleiding (met interieurverzorgende (of anders benoemd) ISO norm 7,8	Mw Huishoudelijke Dienst: Rian van Loenhout, Pascalie van de Kinderen, Coördinator Facilitair: Andre Doedeijns
10.30 – 11.30		Rondleiding naar medicatiebeheer ruimte en/of voorraad	
11.30 -12.30	Interview 2: kamer Frits	Facilitaire Dienst-Inkoop Inkoopproces, middelen en werkomgeving Rubriek 7,8	Manager Facilitair: Frits van den Besselaar Coördinator Facilitair: Andre Doedeijns
12.30 – 13.30		Rondleiding naar medicatiebeheer ruimte en/of voorraad ISO norm 8	Marielle Lankhuizen, Anouk Vermeule
12.30 - 12.45	Vorbereiding eindgesprek		Auditor
12.45 -13.00	Eindbeoordeling en -gesprek		Aanwezigen: Allen

De resterende tijd wordt besteed aan rapportage!

Auditprogramma

Vestigingen	Kritische processen/ Scope onderdelen	Initiële audit	Op volg audit 1	Op volg audit 2	Her audit
Hoofdkantoor	Ondersteunende processen	X	X		X
	Beleid	X	X	X	X
	Facilitair	X	X	X	X
	Inkoop	X		X	X
	Kwaliteit	X	X	X	X
	Documenten	X		X	X
	Personeel	X	X	X	X

Audit thema's	Audit onderwerpen	Initiële of heraudit	Opvolgaudit 1	Opvolgaudit 2	Heraudit
Systeem	Kwaliteitsmanagement systeem	X	X	X	X
	Documentatie/informatie	X	X	X	X
	Beheersing documentatie	X		X	X
Stichting Ruitersbos Leiderschap	Leiderschap	X	X	X	X
	Stichting Ruitersbos	X	X	X	X
	Communicatie	X	X	X	X
Personeel	Bevoegd en bekwaam	X	X		X
	Veiligheid en veilig melden	X	X		X
	Tevredenheid (MTO)	X	X	X	X
Strategie en beleid	Risico's	X	X	X	X
	Kansen	X	X	X	X
	Kwaliteitsdoelen	X	X	X	X
	KMS om te sturen en verbeteren	X	X	X	X
	Wet- & regelgeving	X	X		X
Ontwikkeling	Ontwikkeling en innovatie bestaand	X	X	X	X
	Ontwikkeling en innovatie nieuw	NVT	NVT	NVT	NVT
Inkoop/uitbesteding	Leveranciersbeoordeling	X		X	X
Facilitair	Werkomgeving	X	X	X	X
	Informatiebeheer	X			X
Primaire proces	Prospectieve risico-inventarisatie	X	X	X	X
	Professioneel handelen	X	X		X
	Uitvoering	X		X	
	Meting	X	X	X	X
Clënten	Tevredenheid (CTO)	X	X	X	X
Ketenpartners	Tevredenheid (KTO)	X	X	X	X
Resultaten	Meldingen	X	X	X	X
	Klachten	X	X	X	X
	Interne audits	X	X	X	X
	Risico analyse retrospectief	X	X	X	X
	Verbeteringen/doelen	X	X	X	X
Evaluatie	Beheer registraties	X		X	X

	Aantal Fte per locatie en per product		Aantal medewerkers per locatie		Aantal vrijwilligers
2016	Totaal zorg	72,52 fte	Totaal zorg	105	
	Verpleeghuiszorg	38,24 fte	Verpleeghuiszorg	53	
	Verzorgingshuiszorg	28,84 fte	Verzorgingshuiszorg	27	
	Thuiszorg	10,22 fte	Thuiszorg	18	
	Dagbesteding	3,22 fte	Dagbesteding	7	
	Overhead	12.66 fte	Overhead	16	
	Totaal	85 fte	Totaal	120	
2017	Totaal	120 fte	Totaal	187	Totaal 94