



RAPPORT INITIËLE CERTIFICATIE-AUDIT - rev. 0

Jacobahof Zorgvilla

Managementsysteem Certificatie

HKZ Norm Verpleeghuizen & Verzorgingshuizen en

Thuiszorgorganisaties:2015

HKZ Norm Algemeen Organisatiedeel rubrieken 4 t/m 9:2015

Auditdata:

23 en 24 januari 2018

Projectnummer:

PRJC-574854-2017-MS-C-NLD

DNV GL Teamleider:

Jaap Schepers

Inhoudsopgave

Introductie	3
Algemene informatie	4
Resultaten	5
Auditbevindingen en mate van overeenstemming met de norm	7
Conclusie	8
Volgende audit.....	9
Bijlage A - Verklaringen auditor.....	10
Bijlage B - Het opvolgen van non-conformities	13

Overige bijlagen:

- ✓ Auditplan
- ✓ Overzicht Auditbevindingen (List of Findings)

Introductie

Dit rapport geeft een samenvatting van de uitkomsten en conclusies die uit de audit naar voren zijn gekomen. Een managementsysteemaudit heeft als belangrijkste doel de conformiteit van het managementsysteem met de betreffende norm vast te stellen. Daarnaast wordt ook de effectiviteit van het managementsysteem geëvalueerd om te verzekeren dat uw organisatie in staat is de door u gespecificeerde doelstellingen te behalen en te voldoen aan de van toepassing zijn wet- en regelgeving en contractuele eisen.

Bij DNV GL vinden we het belangrijk dat onze audits zich niet uitsluitend op naleving van eisen richten maar ook als stimulans dienen voor vooruitgang en verbeteringen. Door toepassing van onze auditmethodiek stemmen we de audit af op de behoeften van uw bedrijf. Doel bij dit alles is u te helpen uw managementsysteem te verbeteren zodat u de beoogde uitkomsten kunt realiseren en gaandeweg een duurzame bedrijfsvoering kunt ontwikkelen.

DNV GL

DNV GL wordt gedreven door de doelstelling leven, eigendommen en het milieu te beschermen (safeguarding life, property and the environment). Vanuit deze doelstelling helpt DNV GL organisaties de veiligheid en duurzaamheid van hun bedrijfsvoering te verbeteren. DNV GL is een toonaangevende leverancier van diensten op het gebied van classificatie, certificering, verificatie en training. Sinds onze oprichting in 1864 hebben we ons ontwikkeld tot een bedrijf van wereldformaat. We zijn actief in meer dan 100 landen en beschikken over 16.000 medewerkers die onze klanten overal ter wereld helpen de wereld veiliger, slimmer en duurzamer (safer, smarter and greener) te maken.

DNV GL is een wereldwijd toonaangevende certificatie-instelling. DNV GL helpt bedrijven de prestaties van hun organisatie, producten, medewerkers, faciliteiten en toeleveringsketen te optimaliseren door middel van certificering, verificatie, assessments en trainingen.

We leveren diepgaande expertise en pragmatische ondersteuning aan grote ondernemingen met als doel de ontwikkeling van effectieve duurzaamheidsstrategieën mogelijk te maken. Samen met onze klanten werken we aan duurzame bedrijfsprestaties en het opbouwen van vertrouwen bij stakeholders.

Algemene informatie

Scope van certificatie

Het leveren van woonzorg aan mensen met een WLZ-indicatie.

Belangrijke wijzigingen sinds de laatste audit, die van invloed zijn op het managementsysteem

Er zijn geen belangrijke wijzigingen sinds het laatste bezoek.

Geheimhoudingsverklaring

Dit rapport (inclusief aantekeningen en checklists) is vertrouwelijk. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de klant. Een uitzondering hierop vormt de Accreditatie-instelling, die het recht heeft rapportages in te zien teneinde de werkwijzen te kunnen beoordelen.

Geaccrediteerde certificatie-instelling

Naam	DNV GL Business Assurance B.V.
Adres	Zwolseweg 1, 2994 LB Barendrecht

Disclaimer

Een managementsysteemaudit is gebaseerd op steekproefsgewijze verificatie van beschikbare informatie, derhalve is in auditresultaten een element van onzekerheid besloten. Ook wanneer geen non-conformities zijn vastgesteld, houdt dit niet in dat tekortkomingen in de beoordeelde en/of andere processen niet bestaan. Voorafgaand aan het toekennen of vernieuwen van een certificaat is dit rapport onderworpen aan een onafhankelijke beoordeling binnen DNV GL, hetgeen invloed kan hebben op inhoud en conclusies.

Resultaten

Punten van belang, vastgesteld in de audit op het managementsysteem

Positieve punten

- Jacobahof Zorgvilla kent al vanaf 2015, een aantal jaren na de opening, een bezettingsgraad van de appartementen van 100%, én een wachtlijst.
- Jacobahof Zorgvilla communiceert frequent en actief met omgeving en familie van de bewoners, men maakt hierbij effectief gebruik van Facebook.
- Familie en bewoners laten zich in bijzonder positieve zin uit over alle aspecten van het wonen, inclusief de verzorging, in Jacobahof Zorgvilla. Dit roept een beeld op van *'What You See Is What You Get'*.
Een aantal citaten:
 - "Het is gewoon goed"; "wat kan, dat dóen ze"; "het is één grote familie".
- W.b. medewerkers: sprake is van een vast en stabiel team, waarin men zich veilig voelt. De medewerkers zijn niet alleen van goede wil, men wil ook verder ontwikkelen. Ondersteuning en leiding worden gekwalificeerd als goed.
- (O.a.) medicatieveiligheid heeft ruime en effectieve aandacht; men benut hierbij de ondersteuning van een elektronisch toedienregistratiesysteem.
- De GVP'er weet vanuit haar rol en expertise op substantiële wijze bij te dragen aan het welbevinden van bewoners, en het zoeken en vinden van passende benaderingswijzen.
- De zonder meer bijzondere positie van Jacobahof Zorgvilla in het Nederlandse zorglandschap nodigt er als het ware toe uit ultieme helderheid te ontwikkelen en te realiseren in denken, communiceren en handelen. Ook de Specialist Ouderengeneeskunde geeft blijk van een zeer duidelijke rolopvatting.

Verbeterpunten

Tekortkomingen Categorie 1 en/or 2:

- geen.

Observaties:

- De afspraken die men vanuit JH met bewoners maakt m.b.t. wel/niet reanimeren zijn niet in alle gevallen formeel "erkend" door de huisarts; d.w.z. de huisarts heeft dan niet een aantekening in het ECD gemaakt dat de afspraak bekend is. Wel is aangegeven dat dit samen met de huisartsen is besproken.
(Aangegeven werd dat voortgang op registratie door huisartsen hierop nog in ontwikkeling is; actie voor 2018.)
- In het beleid m.b.t. vrijheidsbeperking zijn geen afspraken vastgelegd over een minimale evaluatiefrequentie. Aangegeven is dat hier de wettelijke termijn wordt aangehouden onder toezicht van de Specialist Ouderengeneeskunde maar een registratie van deze termijn zou in het beleidsplan vermeld moeten staan.
- Het ECD levert nog niet, via een spreekwoordelijke druk op een knop, een handzaam overzicht van gerealiseerde evaluaties VBM.
De halfjaarlijkse evaluaties resulteren nu in een handmatig (in Word) samengesteld overzicht.
Ook omdat het hier gaat om privacygevoelige gegevens, opgeslagen buiten de in beginsel hiervoor bestemde en beschermde omgeving van het ECD, is deze situatie niet wenselijk.
(Aangegeven werd dat dit onderdeel in het ECD ONS nog in ontwikkeling is.)

Auditbevindingen en mate van overeenstemming met de norm

Aantal non-conformities	0
Aantal Categorie 1 (Major) non-conformities:	0
Aantal Categorie 2 (Minor) non-conformities:	0
Aantal Observaties	3
Aantal aanbevelingen ter verbetering	0
De status van de corrigerende maatregelen n.a.v. non-conformities van de voorgaande audit is beoordeeld.	
Aantal nog niet afgesloten non-conformities van voorgaande audits	0

Opmerkingen:

- 1) Verdere details van non-conformities en observaties zijn opgenomen in de bijlage Overzicht Auditbevindingen
- 2) Zie definities van bevindingen in bijlage B.

Conclusie

- De belangrijkste auditdoelstellingen zijn bereikt en het auditplan is zonder essentiële wijzigingen uitgevoerd.
- In de eindbespreking zijn de belangrijkste bevindingen gepresenteerd, besproken en overeengekomen.
- Er zijn geen non-conformities (Categorie 1 en/of Categorie 2) geconstateerd tijdens de audit. Gebaseerd op de auditsteekproef is het managementsysteem beoordeeld als zijnde effectief en in overeenstemming met normen. Een follow-up audit is derhalve nu niet vereist; de Lead Auditor zal de organisatie aanbevelen voor certificatie.
- Op non-conformities Categorie 1 en 2 dient de organisatie te reageren binnen 13 weken na de laatste auditdag; zie ook de bijlage 'Definities van bevindingen en opvolging van non-conformities'. Overigens wordt aanbevolen om Observaties op gelijke wijze te behandelen als non-conformities.
- De juistheid van de scope van certificatie is beoordeeld via verificatie van aspecten als organisatiestructuur, processen en producten/diensten. Conclusie is dat de scope passend is bevonden.
- In de audit zijn geen zaken naar voren gekomen die van invloed zijn op het auditprogramma voor de volledige 3-jaars-certificatiecyclus.
- Gebaseerd op beoordeelde aspecten als aantal medewerkers, gevoerde processen en producten/diensten, geografische spreiding van de locaties alsmede het niveau van complexiteit van organisatie en producten/diensten, is geconcludeerd dat aanpassing van de audittijd niet is vereist.

Volgende audit

Voorgestelde datum:

- 18 januari 2019.

Voorgestelde onderwerpen voor de komende audit:

- Nader te bepalen.

Bijlage A - Verklaringen auditor

Beoordeelde normelementen	Bewijs en resultaat
<p>Effectiviteit van processen inzake systeembeoordeling en interne audits.</p>	<p>De notulen van verslagen inz. directiebeoordeling zijn beoordeeld. Daarbij zijn geen non-conformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm. Het proces interne audit is voldoende geborgd; ook hier zijn geen non-conformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm.</p> <p>Gezien: verslag Auditrapport Jacobahof 17-1-2018 verslag Directiebeoordeling, januari 2018 JH Jaarplan 2017-2018 Jacobahof Zorgvilla, met 4 hoofddoelen, puntsgewijs uitgewerkt: <i>Doel 1: zorg op orde, Doel 2: vergroten van professionaliteit van de medewerkers, Doel 3: goed werkend kwaliteitssysteem in Jacobahof zorgvilla, Doel 4: Onderhoud gebouw en bij behorende installaties.</i> 2.1 Context van de organisatie, in 'Directiemap'.</p>
<p>Effectiviteit van het behandelen van klachten van klanten en/of andere belanghebbenden, met inbegrip van de effectiviteit implementatie van corrigerende maatregelen.</p>	<p>M.b.t. klachtbehandeling zijn geen non-conformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm. Jacobahof kent in zijn historie geen klachtmeldingen ontvangen. Het proces van incidentmelding en -behandeling is voldoende geborgd.</p> <p>Gezien: Klanttevredenheidsonderzoek 03-2017. Wordt jaarlijks uitgevoerd. Klachtenregeling (SPOT), dec. 2016. Reglement geschilleninstantie Zorggeschil.</p> <p>In 2017 zijn slechts 5 medicatie-incidenten gemeld, naast een aantal valincidenten en een beperkt aantal meldingen m.b.t. gedrag. Eén van de medewerkers heeft meldingen als specifiek aandachtsgebied. Opvolging is adequaat.</p>
<p>De management-systeemdokumentatie wordt bijgehouden en reflecteert veranderingen in de organisatie.</p>	<p>Proces is voldoende geborgd. Alle documentatie wordt jaarlijks geëvalueerd en geüpdate.</p>

	<p>Gezien: Toestemmingsformulieren/-verklaringen gebruik fotomateriaal bewoners (web site, Facebook)</p> <p>Informatiemap nieuwe bewoners Zorgplanbeleid 05-10-2017 Checklist intake 05-10-2017 Intakeformulier 05-10-2017 Regeling bewonersraad 05-10-2017 Beleid bezoek en huisregels 05-10-2017 Privacyreglement Gedragscode Zorgvilla Jacobahof, versie 1.0 16-12-2016 Ontruimingsplan Zorgvilla Jacobahof Reanimatiebeleid 12-06-2017 Beleid aanname en uitsluiting, 05-10-2017. Kwalificaties Management, in 'Directiemap</p>
<p>De voortgang van geplande activiteiten en doelstellingen wordt gemonitord door het management teneinde continue verbetering te bewerkstelligen.</p>	<p>Op basis van interviews met relevante functionarissen zijn geen non-conformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm. Proces is voldoende geborgd.</p> <p>Gezien: Prestatie-indicatoren in Jaarplan 2017, resp. Jaarplan 2018; activiteiten zijn uitgezet in een jaarplanner/jaarkalender 2018. Elk kwartaal stelt de locatiemanager een evaluatieverslag op m.b.t. voortgang jaarplan; gezien o.m. kwartaalevaluatie Jaarplan 2017 -2018 Jacobahof Zorgvilla, oktober november december 2017. Maandelijks is een EVV-overleg. Zie ook 2.4 Inkoop en uitbesteding, in 'Directiemap'.</p>
<p>Effectiviteit van het managementsysteem inz. het bewerkstelligen dat wordt voldaan aan wet- en regelgeving, alsmede aan contractuele verplichtingen.</p>	<p>Uit de audit zijn geen non-conformities naar voren gekomen m.b.t. van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of contractuele eisen. Voldoende geborgd. Er zijn geen recente inspectiebezoeken geweest. Gezien: Rapport IGZ 06-12-2012 Verslag RI&E 28-07-2017 (Bedrijfsgezondheidsdienst Noord-West)</p>
<p>Certificatiebeeldmerken worden, indien van toepassing, gebruikt volgens de richtlijnen.</p>	<p>Het gebruik van certificatiebeeldmerken en overige verwijzingen naar certificering is beoordeeld. Men maakt momenteel geen gebruik van certificatiebeeldmerken. Geen tekortkomingen vastgesteld.</p>

Voor multi-site certificatie, gebaseerd op steekproefmethodiek: effectiviteit van de centrale vestiging v.w.b. bevoegdheid en vermogen om belangrijke gegevens van alle locaties te verzamelen en te analyseren, incl. het nemen van passende maatregelen indien vereist.

Niet van toepassing.

Bijlage B - Het opvolgen van non-conformities

Definities van bevindingen

Major non-conformity (Categorie 1):

- Het ontbreken van een doeltreffende implementatie m.b.t. een of meerdere systeemeisen van de norm, of een situatie waarbij niet of niet voldoende is geborgd dat het product of de dienstverlening zal voldoen aan eisen;
- Meerdere categorie 2 non-conformities m.b.t. een norm-eis waarvan is vastgesteld dat een doeltreffende implementatie binnen het managementsysteem ontbreekt
- Een categorie 2 non-conformity waarbij de vereiste corrigerende maatregelen niet hebben geleid tot een doeltreffende implementatie zal worden opgewaardeerd tot een bevinding categorie 1

Minor non-conformity (Categorie 2):

Een gebrek in discipline of beheersing bij de implementatie van systeem- of procedurele eisen, dat geen invloed heeft op het functioneren van het systeem en/of op het voldoen aan de eisen betreffende het product / de dienstverlening.

Observatie

Een observatie is in zichzelf niet een tekortkoming, maar kan wel duiden op een mogelijk toekomstige tekortkoming indien de situatie te weinig aandacht krijgt; een observatie kan ook betrekking hebben op een situatie waarbij geen passend bewijsmateriaal wordt gevonden om de vaststelling van een tekortkoming te ondersteunen

Aanbevelingen ter verbetering

Aanbevelingen ter verbetering hebben betrekking op gebieden en/of processen waar mogelijk wordt voldaan aan - minimum - normeisen, maar waar verbetering mogelijk is.

Het opvolgen van non-conformities

De termijn om te reageren op NC's is maximaal 90 dagen. Binnen deze periode wordt het volgende verwacht van de organisatie:

- Onmiddellijke herstelmaatregel om de tekortkoming als zodanig op te heffen (indien van toepassing bij de NC)
- Het uitvoeren van een oorzaakanalyse om corrigerende maatregelen vast te stellen om het opnieuw optreden van de tekortkoming te voorkomen

- Het implementeren van corrigerende maatregelen en het verifiëren van de doeltreffendheid van deze maatregelen
- Het rapporteren aan DNV GL's Team Leader, middels het daarvoor bestemde onderdeel van de bijlage Overzicht Auditbevindingen, met daarbij gevoegd evt. relevante ondersteunende documentatie (indien van toepassing).

Binnen de gestelde tijd voordat en voordat een certificaat kan worden toegekend, dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- Major non-conformities: Bewijs van oorzaakanalyse en doeltreffende implementatie van herstel- en corrigerende maatregelen wordt verstrekt.
- Minor non-conformities: De preferente en normale werkwijze is identiek aan die bij Major NC's. DNV GL's Team Leader kan voor zekere NC's besluiten een plan van aanpak te accepteren voor het implementeren vastgestelde corrigerende maatregelen. De feitelijke uitvoering van geplande maatregelen wordt uiterlijk bij de eerstvolgende audit geverifieerd.

De reactietermijn in geval van hercertificatie

Indien het bestaande certificaat expireert binnen de maximale termijn van 90 dagen, wordt een kortere reactietermijn vastgesteld opdat vóór de vervaldatum een geëigende opvolging en certificaatvernieuwing kan plaatsvinden. Met deze werkwijze wordt continuïteit van geldigheid van het certificaat zeker gesteld. Als de vervaldatum wordt overschreden zonder het proces van opvolging is afgerond, mag het bestaande certificaat niet worden verlengd en wordt het certificaat beschouwd als zijnde geschorst tot het moment dat het certificaat wordt vernieuwd. De 'gecertificeerd sinds'-datum komt dan te vervallen.

Er is geen verplichting tot het uitvoeren van onderzoek of het formeel reageren op Observaties. Niettemin, in het belang van een doeltreffend en doelmatig audit- en certificatieproces beveelt DNV GL aan ook om Observaties op gelijke wijze te behandelen als NC's.

Normaliter voert DNV GL ter plaatse een follow up-audit indien sprake is van bij Major NC's. Bij Minor NC's vindt follow up in de regel op afstand plaats, in de vorm van een bureauverificatie op aangeleverde documentatie; indien noodzakelijk geacht wordt hiervan afgeweken.

Een onvoldoende reactie op NC's of een onvoldoende uitvoeren van corrigerende maatregelen kan aanleiding zijn tot het schorsen of intrekken van een certificaat.

ViewPoint

ViewPoint is ons klantenpanel waarin meer dan 10.000 klanten zijn vertegenwoordigd uit alle delen van de wereld. De leden van dit panel geven ons via enquêtes hun mening en delen met ons hun inzichten over actuele onderwerpen die betrekking hebben op certificering en duurzame bedrijfsvoering in hun sector.

Deelname is gratis en alle leden van het ViewPoint-panel hebben volledige toegang tot de gegevens en rapporten die op deze enquêtes zijn gebaseerd. Daarnaast profiteren leden van netwerkkansen en toegang tot eLearning-modules. Ook ontvangen zij regelmatig uitnodigingen voor webinars, online forums en nog veel meer.

Wilt u lid worden?

Meld u dan hier aan: <http://www.dnvgviewpoint.com/register>

Bekijk ook onze blog op goingsustainable.com