

Stichting de Toekomst
Kiwa Nederland B.V.
Sir Winston Churchillaan 273
2280 AB Rijswijk

Tel: +31 (0)88 998 4400
www.kiwa.nl

© Kiwa
2020

**Trust
Quality
Progress**

Auditrapport

Organisatie

Naam : Stichting de Toekomst
Contactpersoon : Mw. S. (Sunita)van der Werff
E-mail : info@zorggroepdetoekomst.nl

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

Vestigingsadres : Dorpsstraat 154, 2992 BE Barendrecht
Telefoon : 0180444230

Aantal vestigingen : 5 Aantal Medewerkers/Fte : 15 FTE
Evt. Aantal vrijwilligers

Hoofdlocatie : Stichting de Toekomst , Dorpsstraat 154, 2992 BE Barendrecht

Overige dagbestedingslocaties:

Ontmoetingscentrum 't Centrum , Bernhardstraat 3, 3161 AC Rhoon
Ontmoetingscentrum Bolnes , Pretoriusstraat 56, 2987 AK Ridderkerk
Klushuis De Toekomst, Kruidentuin 10, 2991 RK Barendrecht
Ontmoetingscentrum De Watertoren, Dorpsstraat 146, 2992 BE Barendrecht
Kamer van Koophandel 64286959

Toelichting: *In de factsheet wordt 1 locatie vermeld. Er zijn echter 5 locaties. Dit , via de mail , vermeld aan Kiwa waarbij er mailcontact met Sales is geweest op 6-10-2020 door de auditor. Zie onderstaande mailbericht. Zoals telefonisch besproken een reminder om de steekproef op de nevenlocaties te benoemen voor de SA's. Nu komt de auditor wel uit met de tijd voor de IA maar volgend jaar is dat niet meer haalbaar. Er wordt contact opgenomen met de scheme-manager met de wijziging in de Multi site regels, en de eerdere contracten. Afstemming volgt zodat rapporten niet hierop worden afgekeurd.*

Onderzoek

Soort onderzoek : Initieel
Onderdeel : Documentatie en Implementatie
Datum onderzoek : Fase 1: 6 oktober 2020
Fase 2: 16 oktober 2020
Datum rapport, versie : 21-10-2020 V2

Auditteam

Lead Auditor : Petra Verstraten
Auditor(en) : Petra Verstraten
Vakdeskundige(n) : Petra Verstraten
Waarnemer/trainer/RvA :
accessor

Certificatie-eisen

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

Norm(en):	Toepassingsgebied(en):	Scope / Nace	Certificaatnr. en aflooptdatum
HKZ Zorg en Welzijn 2018	Het bieden van dagbesteding en individuele begeleiding aan volwassenen	38	-

Evt. bijzonderheden / uitsplitsingen toepassingsgebied per vestiging

Norm(en):	Deel Toepassingsgebied(en):	vestiging / werk maatschappij
HKZ Zorg en Welzijn 2018	Het bieden van dagbesteding en individuele begeleiding aan volwassenen	Ontmoetings- centrum 't Centrum , Bernhardstraat 3, 3161 AC Rhoon
HKZ Zorg en Welzijn 2018	Het bieden van dagbesteding en individuele begeleiding aan volwassenen	Ontmoetingscen- trum Bolnes , Pretoriusstraat 56, 2987 AK Ridderkerk
HKZ Zorg en Welzijn 2018	Het bieden van dagbesteding en individuele begeleiding aan volwassenen	Klushuis De Toekomst, Kruidentuin 10, 2991 RK Barendrecht
HKZ Zorg en Welzijn 2018	Het bieden van dagbesteding en individuele begeleiding aan volwassenen	Ontmoetings- centrum De Pastorie Dorpsstraat 146, 2992 BE Barendrecht

Samenvatting

		C/ NC
Auditteam	: De scope en het toepassingsgebied is vastgesteld en in dit rapport vastgelegd. De aard van het bedrijf geeft geen aanleiding om het auditteam te wijzigen	C
Normuitsluitingen	: Normen die niet van toepassing zijn verklaard zijn voldoende onderbouwd.	C
Auditplan	: Het auditplan is ter afstemming per e-mail d.d. 27 juli 2020 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	: Organisatie voldoet aan Multi Site voorwaarden De klant is er (in verband met het multisiteprincipe) op gewezen dat op een vestiging geconstateerde tekortkomingen consequenties hebben voor het gehele certificaat, incl. alle vestigingen. Bij de oplossing van geconstateerde tekortkomingen dienen alle relevante vestigingen in ogenschouw genomen te worden.	C

Certificatieovereenkomst	: De huidige certificatieovereenkomst is actueel voor wat betreft de uitgangspunten: Data Logogebruik Reikwijdte/scope Aantal medewerkers FTE totaal en per kritisch proces Vermelding vestigingen Tenaamstelling Complexiteit	C C C C C C C C
Geïntegreerde audit	: Kortingen	NVT
Resultaten vorige audits	: Deze audit is wel niet als geïntegreerde audit uitgevoerd. In de tijdsbesteding is hiemeer rekening gehouden.	
Wijzigingen in de norm	: De auditresultaten (van de afgelopen 3 jaar) geven (bij herevaluatie) geen aanleiding tot aanpassing van de uitgangspunten.	NVT
Wijzigingen in de wet- en regelgeving	: Er zijn geen wijzigingen in de norm. Er zijn geen wijzigingen in de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.	C C
Uitvoering Fase 1 bij Herevaluatie	: De resultaten uit de voorgaande audits, de beperkte wijzigingen in de organisatie, het managementsysteem en de van toepassing zijnde regelgeving geven geen aanleiding tot het (bij de herevaluatie) opnieuw uitvoeren van een Fase 1 onderzoek.	NVT
Beoordeling fase 1	: Op grond van bovenstaande heeft er geen/een beperkt een compleet vooronderzoek (fase 1) bij het bedrijf plaatsgevonden (zie auditplanning). De resultaten zijn verwerkt in de auditmatrix. Na afloop van het vooronderzoek (fase1) zijn er aandachtsgebieden aan het bedrijf gerapporteerd waarbij is aangegeven dat deze gedurende fase 2 tot tekortkomingen kunnen leiden. Fase 1 is op de volgende facetten positief beoordeeld: <ul style="list-style-type: none"> - Bepaling audit doelstelling - Reikwijdte in relatie tot wet- en regelgeving - Reikwijdte in relatie tot kwalificatie auditteam - Verificatie bij personeel fase 2 audit - Prestaties KMS - Het hebben van een directiebeoordeling en Interne audits conform de eisen uit het certificatie schema - Toewijzing middelen fase 2 - Verificatie, gegevens klant in relatie tot calculatie gegevens - Toepassingsgebied in relatie tot norm 	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: Adcase .	C

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 er 2 tekortkomingen geconstateerd. (en als zodanig geaccepteerd). Het managementsysteem voldoet op aspecten niet aan de certificatie-eis. Er is objectief bewijs van een situatie, waarbij op termijn moet worden getwijfeld of het zorgsysteem van de organisatie de beoogde output levert. Dit is belemmerend voor toekenning of behoud van het certificaat. De geplande corrigerende maatregelen moeten beoordeeld zijn alvorens het auditteam een certificatieadvies kan uitbrengen
<u>KT - Kritische tekortkoming</u>	: Na afloop van de audit zijn er 0 kritische tekortkomingen geconstateerd (en als zodanig geaccepteerd).

Het managementsysteem voldoet niet aan de certificatie-eis.
Er is objectief bewijs van een situatie, dat het zorgsysteem van de organisatie niet voldoet aan de norm en/of niet de beoogde output levert. Dit is belemmerend voor toekenning of behoud van het certificaat. Voor de afhandeling van de kritische tekortkoming is doorgaans een extra audit noodzakelijk alvorens het auditteam een certificatieadvies kan uitbrengen.

Vervolgafspraken

Het bedrijf presenteert corrigerende maatregelen aan Kiwa vóór 4 november 2020.
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 8 oktober 2021. De volgende audit staat gepland voor 8 oktober 2021.

Beoordeling corrigerende maatregelen

Beoordelingsresultaat : Overgang vooronderzoek (fase 1) naar implementatieonderzoek (fase 2):
n.a.v. Fase 1/ Fase 2 : Naar aanleiding van de gerapporteerde aandachtsgebieden heeft Kiwa op **16-10-2020**
en/of Opvolgaudits **(tijdens de audit nog hersteld)** schriftelijk corrigerende maatregelen ontvangen. Op grond van de beoordeling van de ontvangen corrigerende maatregelen heeft Kiwa de conclusie getrokken dat kan worden aangevangen met het implementatieonderzoek (fase 2).

De beoordeling van de corrigerende maatregelen is opgenomen in de rapportbladen.
Er zijn voldoende/~~onvoldoende~~ corrigerende maatregelen getroffen.
Bij onvoldoende: zie motivatie in rapportage

Certificatieadvies

Bij Fase 1:
Lead auditor adviseert wel/ ~~niet~~ positief t.b.v. overgang naar Fase 2.

Bij Fase 2 en /of opvolgingsbezoeken:
Het auditteam adviseert Kiwa tot **uitgifte** van het certificaat.

Disclaimer:

Bij deze audit is een steekproef van de organisatie en zijn bedrijfsprocessen getoetst. Het auditresultaat is gebaseerd op een proces van het nemen van steekproeven van de beschikbare informatie.
Bij een toelatingsonderzoek, een herevaluatie of bij een kritische tekortkoming zal er (met dit advies als basis) intern binnen Kiwa een onafhankelijke review op het auditrapport plaatsvinden. Op basis van de uitkomst van de review zal een certificatiebeslissing genomen worden

Leadauditor Kiwa Naam : Petra Verstraten Datum : 2020-21-10 Handtekening: 	Review en certificatiebeslissing Kiwa Akkoord met certificatieadvies: Naam : Corrie Zoetekouw Datum : 22-10-2020  Handtekening:
---	---

Dit rapport heeft de volgende bijlagen:

- Auditrapport
- Rapportbladen
- Auditplan
- Auditprogramma
- Actuele gegevens klant en planning te auditen onderwerpen

1 Indrukken en bevindingen

1.1 Algemene indruk

Fase 1- Bevindingen

(NB; bewijsvoering opgenomen onderstaand per rubriek /Overzicht gecontroleerde documentatie)

Gedurende fase 1 is beoordeeld:

- De gedocumenteerde informatie
- De omstandigheden ter plaatse
- De bekendheid met (inzicht in) de norm in relatie tot de prestaties van het managementsysteem en aspecten, processen, doelstelling en uitvoering
- Het toepassingsgebied in relatie tot bedrijfslocaties, processen, apparatuur, beheersmaatregelen en wet- en regelgeving
- Rechtvaardiging audittijd in locaties, fte, complexiteit en reistijd: akkoord/niet akkoord.
- Calculatie d.d. 02-12-2020
- Overeenkomst d.d.02-12-2020
- De overeenkomst en/of calculatie is wel/niet aangepast aan bovenstaande gegevens omdat het aantal FTE binnen dezelfde staffel vallen (derhalve geen tijdsimpact).
- Indien Multi Site: conform omdat: Er sprake is van een kwaliteitsmanagementsysteem voor de gehele organisatie. Een tekortkoming uit de interne audit wordt beoordeeld op consequenties voor alle (neven)locaties van de organisatie.
- Indien Multi Site: heeft organisatie dat ook in eigen interne auditsystematiek uitgevoerd (omvanganalyse): Alle betreffende locaties.
- Indien Multi Site: is er sprake van operationele zeggenschap vanuit de organisatie over de (neven)locaties waardoor men invloed heeft op beleid, personeel, financiën, organisatiestructuur en kwaliteit van de uitvoering: Ja, middels een 3 hoofdig bestuur.
- Binnen de organisatie wordt wel/niet in verschillende diensten gewerkt.
 - o Omdat de diensten qua omvang en/of type werkzaamheden identiek zijn is heeft dit op de planning geen invloed gehad.
 - o Omdat de diensten qua omvang en/of type werkzaamheden sterk verschillen is hier in de auditplanning rekening mee gehouden.

Beschrijving organisatie:

Stichting de Toekomst verleent dagbesteding en individuele begeleiding aan mensen met dementie, psychiatrische problemen en mensen met een verstandelijke beperking. Daarbij richt Stichting de Toekomst zich op volwassenen. Stichting de Toekomst is ingeschreven in de KvK onder nummer 64286959.

Stichting de Toekomst levert gecontacteerde zorg via de gemeenten Barendrecht, Albrandswaard en Ridderkerk. Daarnaast levert Stichting de Toekomst Wlz-zorg vanuit onderaannemerschap met diverse organisaties, zoals Philadelphia, Aafje, Stichting IJsselmonde-Oost, Antes en Pameijer. Tot slot heeft Stichting de Toekomst nog enkele cliënten die zorg ontvangen op basis van een PGB.

Vastgestelde conformiteiten/ informatie t.b.v. fase 2:

Interne audits: Periodiek worden interne audits uitgevoerd. Elk onderdeel van het KMS wordt minimaal eenmaal per jaar of, indien van toepassing, ongeveer twee maanden vóór aanvang van de externe audit geaudit. Indien bepaalde onderdelen belangrijke kwaliteitsproblemen opleveren, kan en zal er frequenter een interne audit worden uitgevoerd. Indien uit de resultaten van de audits blijkt dat bepaalde onderdelen prioriteit behoeven wordt hiermee extra rekening gehouden. Steeds wordt een planning opgesteld voor zowel de interne als externe audits. Deze planning wordt mede gebaseerd op de resultaten van de vorige audits (zowel intern als extern).

Systeembeoordeling: Minimaal eenmaal per jaar wordt het gehele KMS beoordeeld door het bestuur. In deze beoordeling worden alle resultaten van de in de vorige paragraaf genoemde metingen en analyses meegenomen. Hierbij wordt gekeken naar onderlinge verbanden tussen resultaten en mogelijke kansen en noodzaak tot verbetering van het kwaliteitssysteem en beleid en doelstellingen.

Stakeholdersanalyse: Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn o.a.: marktontwikkelingen, organisatorische en strategische ontwikkelingen, wet- en regelgeving, dienstkwaliteit, veiligheid, gezondheid en welzijn van medewerkers en cliënten, verwachtingen van cliënten en andere belanghebbenden/stakeholders, cliënttevredenheid.

Risicomanagement: Dit element is opgenomen in diverse onderdelen van gedocumenteerde informatie. Lees: P.10.2 Beleid en Doelstellingen, D 10.2.1 Veiligheidsbeleid en opgenomen in het document (Excel) 20201002 Beleid en stuurinformatie management.

Vastgestelde aandachtspunten en genomen maatregelen voor doorgang naar Fase 2: GEEN

Conclusie:

- Het KMS is pril maar de eerste stappen in continue verbeteren zijn zichtbaar. Risico's zijn geïnventariseerd en maatregelen zijn vastgesteld. Organisatie kan nu gaan sturen met het KMS op de eigen doelen en maatregelen.

1.2 Bevindingen per rubriek

Hoofdstuk 1 – De cliënt

Thema 1.1: Eigen regie

Bij eigen regie of 'zelfregie' gaat het erom dat de cliënt in staat wordt gesteld om (mee) te beslissen over zijn leven, behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening. Bovendien wordt de cliënt ondersteund om zichzelf lichamelijk, sociaal en in psychisch opzicht te redden. Centraal staat wat de patiënt wil en kan.

- 1.1.1 Spreek met de cliënt af of en hoe hij ondersteund wil worden bij zijn eigen regie.
- 1.1.2 Geef indien nodig om bovenstaande te bereiken, voorlichting en/of scholing/training aan de cliënt.
- 1.1.3 Schakel indien mogelijk het sociaal netwerk van de cliënt in.
- 1.1.4 Zet waar nodig hulpmiddelen in ter bevordering van de zelfredzaamheid van de cliënt.
- 1.1.5 Voer bovenstaande eisen uit in overleg met de cliënt.
- 1.1.6 Leg de afspraken die met de cliënt over bovenstaande onderwerpen zijn gemaakt, vast.

Sterke Punten:

- Enthousiaste en deskundige medewerkers
- Processen zijn op primair proces conform vastgelegd. Duidelijke procedures, protocollen en registraties.
- Schone en conforme omgeving voor de cliënten
- Processen zijn beschreven en toegankelijk voor alle medewerkers via Q-link.
- Eigen regie heeft de volledige aandacht bij de Toekomst.

Opmerkingen:

Geen

Aandachtspunten:

- De verdere implementatie van Q-link en het "wegwijs" worden hierin verdient nog aandacht.

Conclusie: Conform Normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Zelfregie	P 20.1 Primair proces P 10.2 Beleid en doelstellingen D 30.1.1.2 Beleid ongewenste omgangsvormen en vertrouwenspersoon
Ondersteuning cliënt	P 20.1 Primair proces P 40.2 Cliënttevredenheid D 40.1.1 Klachtenprocedure cliënten P 40.1 Klachten en meldingen D 10.1.1 Normen en wetgeving P 10.3 Communicatie
Afspraken vastleggen	P 20.1 Primair proces P 10.3 Communicatie Werkoverleg Klusclub 20200629 Werkoverleg 20190829 Interne overleggen: RvT: 20200918 en RvB 20200703 Teamoverleg Pastorie 12-06-2020

Overlegtype	Onderwerp	Deelnemers	Frequentie	Verslaggeving
Overleg HvB en HvT	Beleid, governance, maatschappelijke kwaliteit, onderwerpen	Leden HvB Leden HvT	3-4x per jaar	Nieuw
Daagelijkse overleg HvB	Daagelijkse gang van zaken	Leden HvB	Daagelijks	Nieuw
Overleg HvB	Lopende zaken	Leden HvB	1x per week	Nieuw
Looftoetsoverleg	Lopende zaken, maatschappelijke samenwerking, onderwerpen	Lid HvB + medewerkers van betrokken lokale	1x per week	Nieuw
Personaaloverleg	Lopende zaken, maatschappelijke samenwerking, onderwerpen activiteiten, onderwerpen	Leden HvB + alle medewerkers	2x per jaar	Nieuw
Caseflowoverleg	Lopende zaken, maatschappelijke samenwerking, onderwerpen	Lid HvB + alle medewerkers	1x per halfjaar	Nieuw

Externe overleggen:
Met casemanagers vindt eenmaal per twee maanden overleg plaats. Dan vindt er een evaluatie op cliëntniveau plaats. Hiervan vindt verslaggeving plaats in het ECD.

Verder vindt met diverse partijen, zoals Kijk op Welzijn, Stichting Present, de Barendrechtse Uitdaging en de BAR-gemeenten, incidenteel of 'op afroep' overleg plaats.

Thema 1.2: Maatwerk in de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening

Op basis van de behoeften, mogelijkheden, persoonskenmerken en voorkeuren van de cliënt wordt samen met de cliënt een besluit genomen over de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening. Zo komt maatwerk tot stand. Dit is niet alleen bij het begin van het traject van belang maar tijdens de gehele behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.

1.2.1 Geef de cliënt de informatie die hij nodig heeft om (mee) te kunnen beslissen over zijn behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.

1.2.2 Stem daarbij de informatie af op de cliënt en ga na of de informatie wordt begrepen.

1.2.3 Inventariseer met de cliënt waar mogelijkheden en risico's zitten en hoe daarmee moet worden omgegaan in de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.

1.2.4 Inventariseer bij de cliënt wat zijn verwachtingen en doelen ten aanzien van zijn behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening zijn en neem hierbij de bepalingen over de indicatie en de afspraken over zijn eigen regie (1.1.6) mee.

1.2.5 Besluit met de cliënt op basis van bovenstaande over de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.

1.2.6 Leg de afspraken die met de cliënt over de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening zijn gemaakt, vast.

1.2.7 Zorg voor dossiervoering conform professionele standaarden (zie 2.6.4) en wet- en regelgeving.

1.2.8 Zorg ervoor dat de cliënt inzage kan hebben in zijn dossier en dat de afspraken hierover bekend zijn.

Sterke Punten:

- De client staat bij de Toekomst ECHT 'centraal'


Opmerkingen:

- Dossiervorming kan worden verbeterd in het opstellen van SMART doelstellingen en rapportage.

Aandachtspunten:

- Uniformiteit in rapporteren/wanneer/evaluatie/ contactmomenten/indicatiestelling/ rapporteren is niet in alle dossiers aantoonbaar

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie												
Informatie aan de cliënt	<p>P10.3 Communicatie D 10.1.1 Normen en wetgeving D 20.1.2 Leveringsvoorwaarden P 40.1 Klachten en meldingen D.40.1.1 Klachtenprocedure cliënten D 40.1.2 Klachtenreglement Klachtenportaal Zorg D. 40.1.3 Geschillenreglement Klachtenportaal Zorg</p>												
Risico's op cliëntniveau	<p>P 20.1 Primair proces: Clientveiligheid 3.9.2 <i>Individueel cliëntniveau</i>: Indien zich situaties voordoen die risico's meebrengen voor de cliënt of medewerker worden deze gemeld en geregistreerd (zie P 40.1 Klachten en meldingen). Daarnaast worden (bijna) incidenten tevens in behandeling genomen conform de Meldingenprocedure. Watertoren: ontruimingsplan coronaprotocol aantoonbaar. Ook via mail d.d. 12-10-2020 aantoonbaar.</p>												
Cliëntdossier	<p>D 10.4.2 Register van verwerkingsactiviteiten P 20.1 Primair Proces C 20.1.1 Dossiercheck</p>  <p>AFSPRAKEN</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>97%</td> <td><small>In overleg met de cliënt over de zorgplanbespreking</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td>97%</td> <td><small>In overleg met de cliënt over de dagrapportage</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td>95%</td> <td><small>In overleg met de cliënt over de maaltijden</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td>85%</td> <td><small>In overleg met de cliënt over de activiteiten</small></td> </tr> </table> <p>NPS Monitor Overall is men tevreden over de organisatie</p> <p>Inzage cliëntdossier o.b.v. zorgplan, overeenkomst, toestemming, dagrapportage (met toestemming) , wilsverklaring, zorgplanbespreking via ONS. Hoofdlocatie Watertoren: Mw. K Locatie Klushuis: Client Dhr. H Locatie de Pastorie: Client Dhr. S en Mw S</p>		97%	<small>In overleg met de cliënt over de zorgplanbespreking</small>		97%	<small>In overleg met de cliënt over de dagrapportage</small>		95%	<small>In overleg met de cliënt over de maaltijden</small>		85%	<small>In overleg met de cliënt over de activiteiten</small>
	97%	<small>In overleg met de cliënt over de zorgplanbespreking</small>											
	97%	<small>In overleg met de cliënt over de dagrapportage</small>											
	95%	<small>In overleg met de cliënt over de maaltijden</small>											
	85%	<small>In overleg met de cliënt over de activiteiten</small>											
Privacy	<p>Zie ook cliëntdossier en D 10.4.1 Privacyreglement.</p>												

Thema 1.3: Uitvoering van de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening

1.3.1 Voer op basis van de gemaakte afspraken met de cliënt (1.1 en 1.2) de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening uit.

1.3.2 Betrek in overleg met de cliënt andere disciplines en het sociaal netwerk bij de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.

1.3.3 Zorg voor actuele rapportage over behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening in het dossier (zie 1.2.7, 2.6.4).

1.3.3 Zorg ervoor dat:

- de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening goed bereikbaar is;
- de continuïteit gewaarborgd is;
- het duidelijk is voor de cliënt wie waarvoor het aanspreekpunt/de casemanager is.

1.3.4 Zorg bij doorstroom/uitstroom van de cliënt indien nodig voor een volledige en tijdige overdracht.

1.3.5 Bespreek de mogelijkheden van nazorg en regel dit indien nodig voor de cliënt.

Sterke Punten:

- Er zijn duidelijke afspraken rondom de client (lees ook de registratie in het Clientsysteem ONS en het documentbeheersysteem Q-link)
- De samenwerking met overige belanghebbenden wordt gestimuleerd en wordt gezien als "bij de client".

Opmerkingen:

Geen

Aandachtspunten:

Geen

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie																																																																																																																																																																																																																
Uitvoering	P 20.1 Primair proces D 20.1.1 Zorgovereenkomst D 20.1.2 Leveringsvoorwaarden																																																																																																																																																																																																																
Voorwaarden uitvoering	D 10.1 Jaarplanning kwaliteit <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Activiteit</th> <th>jan</th> <th>feb</th> <th>mer</th> <th>apr</th> <th>mei</th> <th>jun</th> <th>jul</th> <th>aug</th> <th>sep</th> <th>okt</th> <th>nov</th> <th>dec</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Systembeoordeling uitvoeren</td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Serviceovereenkomst uitvoeren</td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jaarplan opstellen</td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jaarplan evolueren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td>+</td> <td></td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Opvoedingplan opstellen</td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Analyse klachten en meldingen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Analyse melding met SW-waard</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Veranderingsplan actualiseren</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>CTD uitvoeren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MFI uitvoeren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Interne audit uitvoeren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Externe audit laten uitvoeren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Compliance uitvoeren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Risicobehoeftanalyse uitvoeren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Risicoanalyse procesplan uitvoeren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Activiteit	jan	feb	mer	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Systembeoordeling uitvoeren	+												Serviceovereenkomst uitvoeren	+												Jaarplan opstellen	+												Jaarplan evolueren				+			+		+				Opvoedingplan opstellen	+												Analyse klachten en meldingen						+						+	Analyse melding met SW-waard						+						+	Veranderingsplan actualiseren	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	CTD uitvoeren													MFI uitvoeren													Interne audit uitvoeren											+		Externe audit laten uitvoeren												+	Compliance uitvoeren													Risicobehoeftanalyse uitvoeren													Risicoanalyse procesplan uitvoeren												
Activiteit	jan	feb	mer	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec																																																																																																																																																																																																					
Systembeoordeling uitvoeren	+																																																																																																																																																																																																																
Serviceovereenkomst uitvoeren	+																																																																																																																																																																																																																
Jaarplan opstellen	+																																																																																																																																																																																																																
Jaarplan evolueren				+			+		+																																																																																																																																																																																																								
Opvoedingplan opstellen	+																																																																																																																																																																																																																
Analyse klachten en meldingen						+						+																																																																																																																																																																																																					
Analyse melding met SW-waard						+						+																																																																																																																																																																																																					
Veranderingsplan actualiseren	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+																																																																																																																																																																																																					
CTD uitvoeren																																																																																																																																																																																																																	
MFI uitvoeren																																																																																																																																																																																																																	
Interne audit uitvoeren											+																																																																																																																																																																																																						
Externe audit laten uitvoeren												+																																																																																																																																																																																																					
Compliance uitvoeren																																																																																																																																																																																																																	
Risicobehoeftanalyse uitvoeren																																																																																																																																																																																																																	
Risicoanalyse procesplan uitvoeren																																																																																																																																																																																																																	
Overdracht	Binnen de organisatie wordt periodiek gecommuniceerd over: Beleid en doelstellingen (Zie P 10.2 Beleid en doelstellingen); De wensen van de klanten en andere belanghebbenden en het belang om daaraan te voldoen (Zie P 40.2 Cliënttevredenheid); De doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagement systeem (Zie P40.5 Beoordeling van het KMS).																																																																																																																																																																																																																
Nazorg	P 20.1 Primair proces (Kwaliteitshandboek) Te allen tijde wordt er een melding gemaakt op het meldingsformulier en zo nodig wordt er nazorg verleend aan direct betrokkenen (Bij bijvoorbeeld overlijden) D 30.1.1.2 Beleid ongewenste omgangsvormen en vertrouwenspersoon F. 40.1.1. Meldingsformulier																																																																																																																																																																																																																

Hoofdstuk 2 – Randvoorwaarden voor een goede behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening

Thema 2.1: Sturen

Om goed te kunnen 'sturen' is het van belang dat een organisatie kijkt naar de relevante interne en externe ontwikkelingen, de stakeholders en de risico's op organisatieniveau. Onder deze risico's worden zowel bedreigingen als kansen verstaan. De uitkomsten van deze inventarisatie zijn mede bepalend voor het bepalen van de strategie en het beleid dat hiermee samenhangt.

2.1.1 Inventariseer:

- Welke externe en interne punten effect hebben op het behalen van de doelen van de organisatie;
- Wie de relevante belanghebbenden van de organisatie zijn en wat hun relevante behoeften en verwachtingen zijn;
- De risico's en kansen die samenhangen met de geïdentificeerde externe en interne punten en de eisen van de belanghebbenden.

2.1.2 De uitkomsten van bovenstaande inventarisaties zijn ook input voor de strategie van de organisatie.

2.1.3 Geef in relatie tot de strategie van de organisatie, invulling aan de volgende onderwerpen en leg dit vast:

- De missie en visie van de organisatie;
- Hoe invulling wordt gegeven aan de randvoorwaarden om op het niveau van raad van toezicht en raad van bestuur invulling te geven aan goed governance.
- De waarden en normen die gelden binnen de organisatie en passen bij de maatschappelijke positie;
- Wat het aanbod is voor behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening met inachtneming van bovenstaande zaken binnen de financiële mogelijkheden en wettelijke kaders;
- Op welke manier met medezeggenschapsorganen wordt omgegaan en de dialoog gevoerd;
- Op welke manier wordt gehouden op (veranderende) wet- en regelgeving en hoe hiermee wordt omgegaan;
- Hoe de geïdentificeerde risico's en kansen in het managementsysteem worden behandeld en welke acties daarvoor moeten worden ondernomen.

2.1.4 Zorg, in samenhang met de strategie van de organisatie (2.1.3), voor beleid op het gebied van:

- Medewerkers (2.6.1);

2.1.5 Zorg voor een geïmplementeerd en onderhouden kwaliteitsmanagementsysteem dat:

- Past bij de strategie van de organisatie (2.1.3);
- Concrete doelen bevat voor bovenstaande eisen (2.1.3, 2.1.4) waarop actief wordt gestuurd;
- Ondersteunend is aan continu leren en verbeteren binnen de organisatie.

Sterke Punten:

- Alle beschikbare middelen zijn aanwezig. De locaties die zijn bezocht zijn voldoen aan de gestelde dienstverlening.
- Gebouw is voorzien van alle veiligheidsmiddelen en registraties van apparatuur
- Begane en deskundige medewerkers
- Bij veiligheidsaspecten , waaronder ontruiming etc., worden de medewerkers van de Toekomst betrokken. LEES : BHV cursussen, alle middelen voor veiligheid (nooduitgangen etc.). BHV cursussen zullen weer worden opgepakt. Deze is door Corona uitgesteld.

Opmerkingen:

- Het Klubhuis zit in een verzamelgebouw. Blijf alert op hygiëne, veiligheid omdat er meerder partijen gebruik maken van ruimtes.

Aandachtspunten:

- Stagebeleid betreffende VOG is nog niet eenduidig. Denk aan 'snuffelstage'

- PRI uitvoeren op ondersteunende processen is nog niet helemaal geborgd. Bijv. denk aan bijzondere omstandigheden zoals bijvoorbeeld werkdruk, onrust vanwege diversie innovaties en ontwikkelingen.
- Borgen van acties n.a.v. geïdentificeerde risico's en kansen vindt beperkt plaats. Acties zijn deels uitgevoerd

Conclusie:

Tekortkoming 2.1.3: M.b.t. de VOG's is er geen zicht op (veranderende) wet- en regelgeving en hoe hiermee wordt omgegaan; Lees : de niet aanwezige VOG's in dossiers.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Doelen	P 10.2 Beleid en doelstellingen D 10.2.1 Veiligheidsbeleid
Risico's en kansen	D 10.2.1 Veiligheidsbeleid Jaarlijks wordt een risico-inventarisatie op proces niveau uitgevoerd / geëvalueerd. Tijdens deze inventarisatie wordt nagegaan welke risico's de kwaliteit van de zorgverlening voor cliënten kunnen beïnvloeden. Vervolgens wordt bepaald hoe groot de kans is dat een risico zich voordoet en hoe ernstig de gevolgen zouden zijn. Aan de hand van de kans en ernst wordt de urgentie bepaald en worden (preventieve) indien van toepassing maatregelen genomen (zie <u>P 40.2 Corrigerende maatregelen</u>).
Strategie/organisatie	Strategisch Beleidsplan 2018-2023: December 2018 RvT verslag d.d. 20190611 RvB verslag d.d. 20200703 20201002 Beleid en stuurinformatie management
Medewerkers beleid	De zorg wordt alleen door medewerkers geleverd welke bevoegd en bekwaam zijn (zie P 30.1 Personeelsmanagement). Zij hanteren daarbij de landelijk vastgestelde richtlijnen en protocollen. De benodigde kennis wordt onder andere getoetst tijdens het jaargesprek (zie P 30.1 Personeelsmanagement).
KMS	Q-link wordt binnen de organisatie gehanteerd i.r.t. het KMS (gedocumenteerde informatie) .Laatste wijzigingen zijn: 2 okt 2020 P 30.2 Functiebeschrijvingen 2 okt 2020 D 30.2.4 Chauffeur 2 okt 2020 D 30.2.3 Activiteitenbegeleider 2 okt 2020 D 30.2.1 Bestuurder 2 okt 2020 D 30.2.2 Assistent activiteitenbegeleider 1 okt 2020 P 40.2 Cliënttevredenheid 1 okt 2020 P 40.1 Klachten en meldingen 1 okt 2020 F 30.1.1 Vertrouwelijke referentiecheck 1 okt 2020 D 20.4.1 Overzichtslijst risicovolle en voorbehouden handelingen 1 okt 2020 P 20.4 Bevoegd en bekwaam

Thema 2.2: Leiderschap

2.2.1 Toon als directie leiderschap, voorbeeldgedrag, verantwoordelijkheid voor en betrokkenheid bij de thema's genoemd onder 2.1.

2.2.2 Zorg ervoor dat medewerkers op de hoogte zijn van de speerpunten van de strategie van de organisatie (2.1.3), de resultaten die worden nagestreefd (2.1.4, 2.1.5) en wat ervan hen wordt verwacht.

2.2.3 Stimuleer continu leren en verbeteren.

2.2.4 Bevorder een cultuur waarin medewerkers zich veilig voelen om (bijna-)fouten en incidenten te melden, erover te communiceren en ervan te leren.

Sterke Punten:

- Wet- en Regelgeving is inzichtelijk
- Er is vanuit de directie een groot bewustzijn aanwezig m.b.t. :”de client staat centraal”
- Men heeft van ‘scratch’ on een geheel nieuw KMS opgesteld.
- Wet- en Regelgeving is inzichtelijk


Opmerkingen:

- Positionering van de directie i.r.t. de ontwikkelingen van de Toekomst is een punt van aandacht. Verdeling van taken/rollen/prioritering is nu niet voldoende zicht op. Dit kan leiden tot risico's.

Aandachtspunten:

- De Functiebeschrijvingen zijn nog niet bij iedereen volledig en aansluitend bij de gevraagde competenties.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Leiderschap	<p>Strategisch Beleidsplan 2018-2023: December 2018</p> <p>Jaarplan 2020-2021</p> <p>De directie streeft ernaar dat het KMS volledig is geïntegreerd 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.</p> <p>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..</p>
Verantwoordelijkheden	 <p>2 okt 2020 P 30.2 Functiebeschrijvingen 2 okt 2020 D 30.2.4 Chauffeur 2 okt 2020 D 30.2.3 Activiteitenbegeleider 2 okt 2020 D 30.2.1 Bestuurder 2 okt 2020 D 30.2.2 Assistent activiteitenbegeleider</p>
Continue verbeteren	40 Evaluatie en Verbeteren

	<p>Onderliggende documenten</p> <p>F 40.1 Klachten en meldingen</p> <p>F 40.1.1 Meldingsformulier</p> <p>D 40.1.1 Klachtenprocedure cliënten</p> <p>D 40.1.2 Klachtenreglement Klachtenportaal Zorg</p> <p>D 40.1.3 Geschillenreglement Klachtenportaal Zorg</p> <p>F 40.2 Cliënttevredenheid</p> <p>F 40.3 Leveranciersbeoordeling</p> <p>F 40.3.1 Format leveranciersbeoordeling</p> <p>F 40.4 Audits</p> <p>D 40.4.1 Auditplanning</p> <p>F 40.5 Beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem</p>
Veilig meldcultuur	F 10.2.1 Rapportage veiligheidscultuur

Thema 2.3: Risico's op procesniveau

2.3.1 Inventariseer en analyseer naast de risico's op organisatieniveau (2.1.1c) ook de risico's van de kritische processen van de behandeling/begeleiding/zorg- en dienstverlening en de kritische ondersteunende processen. Doe dit met een onderbouwde frequentie.

2.3.2 Besteed hierbij in ieder geval aandacht aan:

- De risico's die samenhangen met professionele vrijheid;
- De financiële kaders;
- De inkoop en uitbesteding;
- De cliëntveiligheid;
- Veiligheid van medewerkers;
- Informatiebeveiliging;
- Apparatuur en materialen;
- Omgeving en infrastructuur.

2.3.3 Bepaal op basis van de uitkomsten van bovenstaande risicoanalyses:

- Hoe er met de risico's moet worden omgegaan;
- Welke middelen ter beschikking moeten worden gesteld;
- De toekenning van bevoegdheden, verantwoordelijkheden voor de acties die worden genomen.

2.3.4 Koppel hier (2.3.3) maatregelen aan en beoordeel of deze effectief zijn.

2.3.5 Leg bovenstaande vast: zie overzicht documenten

Sterke Punten:

Opmerkingen:

Aandachtspunten: De Ri&E was nog niet op de locaties uitgevoerd.



Informatiebeveiliging rondom documenten op locaties (met persoonlijke gegevens) v.w.b. vernietiging is nog niet geborgd.

Conclusie:

Tekortkoming 2.3.1 en 2.3.2 : Apparatuur en materialen die eigendom zijn van de stichting, worden niet beheerst, waardoor veiligheid van cliënten in het geding kan komen en zorg- en dienstverlening niet kan worden uitgevoerd conform planning van de dienstverlening.

De Tekortkoming is tijdens de audit hersteld middels aantoonbaarheid van de HH regels.

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

<p>Risico's op procesniveau</p>	<p>Opgenomen in het document (Excel) 20201002 Beleid en stuurinformatie management inclusief: -Risicoanalyse (zie ook normartikel 2.1. Sturen)</p> 
<p>Middelen</p>	<p>D 10.2.1 Veiligheidsbeleid P 10.4 Informatieveiligheid D 30.1.1.3 Taakbeschrijving preventiemedewerker D 30.1.1.1 Verzuimbeleid P 40.5 Beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem D 30.1.1 Arbobeleid P 40.1 Klachten en meldingen P 20.1 Primair proces</p>
<p>Inkoop</p>	<p>Opgenomen in het document (Excel) 20201002 Beleid en stuurinformatie management inclusief: -Leveranciersbeoordeling</p> 
<p>Veiligheid</p>	<p><u>D 10.2.1 Veiligheidsbeleid</u> <u>2.1 Arbobeleid</u> Stichting de Toekomst streeft naar optimale arbeidsomstandigheden voor alle mensen die bij de organisatie werken. Om arbeidsveiligheid te borgen binnen onze organisatie is er een arbobeleid opgesteld (zie D 30.1.1 Arbobeleid). (zie D 30.1.1.2 Beleid ongewenste omgangsvormen).</p>
<p>Materiaal</p>	<p><u>D 10.2.1 Veiligheidsbeleid</u> <u>RI&E</u> Periodiek, maar ten minste eenmaal per vier jaar, stelt Stichting de Toekomst een overzicht op van alle risico's op de werkplek. Met de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) beschrijft de organisatie gestructureerd de risico's om vervolgens een Plan van Aanpak te maken.</p> <p><u>BHV</u> Binnen Stichting de Toekomst worden alle medewerkers aangemeld voor de cursus BHV. Jaarlijks wordt er bijscholing georganiseerd. Op elke locatie van Stichting de Toekomst is te allen tijde minimaal één bedrijfshulpverlener aanwezig. De bedrijfshulpverleners handelen volgens het BHV-plan (zie I 30.1.1.2 BHV-plan).</p>
<p>Infrastructuur</p>	<p>D 10.2.1 Veiligheidsbeleid en P10.4 Informatieveiligheid</p>

Met het opstellen van het informatiebeveiligingsbeleid wordt invulling gegeven aan de hoofdstukken 5, Beveiligingsbeleid, en 6, Organiseren van informatiebeveiliging, van norm NEN 7510 Informatiebeveiliging in de zorg. Nedap overeenkomst d.d. 10-4-2018

Beleidsproces informatiebeveiliging



I 10.4.1 Melden datalekken



Thema 2.4: Normen, waarden en veiligheidscultuur

2.4.1 Neem als directie de verantwoordelijkheid en het voortouw:

- Bij het uitdragen van de normen en waarden van de organisatie;
- Bij het creëren van een veiligheidscultuur;
- Bij het creëren van randvoorwaarden voor de bescherming van de veiligheid van medewerkers en cliënten.

2.4.2 Breng in kaart wat de veiligheidscultuur is binnen de organisatie.

2.4.3 Neem als organisatie waar nodig maatregelen om de veiligheidscultuur naar een hoger niveau te brengen.

Sterke Punten:

- Een warme, betrokken directie.
- Risico's en kansen(veiligheidscultuur) zijn opgenomen in het Kwaliteitsbeleid. Er is een samenhang tussen verschillende onderdelen.

Opmerkingen:

- Medewerkers dienen het gevoel te krijgen dat zij ook fouten mogen maken. Het creëren van een veiligheidscultuur in samenspraak met belanghebbenden verdient nog aandacht.
- Nog geen duidelijke visie naar de toekomst.

Aandachtspunten:

- Er vinden overlegvormen plaats waarbij enerzijds inhoudelijk als wel KMS thema's worden besproken. In deze overleggen worden ook wijzigingen besproken.

Conclusie:

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Veiligheidscultuur	Incidentanalyse 5W-methode: <ul style="list-style-type: none"> 08-06-2020 en 18-09-2020 D 10.2.1 Veiligheidsbeleid 1.3 Veilig incident melden Een "veilige meldingscultuur" is cruciaal voor een effectief meldingensysteem. Met name voor het melden van (bijna)incidenten is het van belang dat medewerkers er bewust van worden gemaakt dat het systeem niet bedoeld is om maatregelen te treffen richting de individuele melder en dat de privacy bewaakt wordt. Tijdens de inwerkperiode en de werkoverleggen wordt dit benadrukt.
Maatregelen	Onderliggende documenten: P 40.1 Klachten en meldingen F 40.1.1 Meldingsformulier D 40.1.1 Klachtenprocedure cliënten D 40.1.2 Klachtenreglement Klachtenportaal Zorg D 40.1.3 Geschillenreglement Klachtenportaal Zorg P 40.2 Cliënttevredenheid P 40.3 Leveranciersbeoordeling F 40.3.1 Format leveranciersbeoordeling P 40.4 Audits D 40.4.1 Auditplanning P 40.5 Beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem 40 Evaluatie en Verbeteren

Thema 2.5: Signalen, klachten, incidenten en calamiteiten

2.5.1 Zorg ervoor dat cliënten en medewerkers signalen en klachten laagdrempelig kunnen melden.

2.5.2 Gebruik binnen de organisatie een procedure voor veilig melden voor het melden van (bijna-)fouten, incidenten en calamiteiten.

2.5.3 Bescherm als organisatie bij gemaakte fouten de privacy van de melder.

Sterke Punten:

- Medewerkers zijn op de hoogte van de meldingen.
- Er is een positieve meldingscultuur

Opmerkingen: Geen

Aandachtspunten:

- Het melden conform het meldingsformulier verdient nog aandacht voor verdere verankering/borging i.r.t. opvolging binnen de organisatie.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Melden	Incidentanalyse 5W-methode: <ul style="list-style-type: none"> 08-06-2020 en 18-09-2020 D 10.2.1 Veiligheidsbeleid 1.2 Veilig incident melden Stichting de Toekomst heeft een procedure opgesteld die de wijze beschrijft waarop wordt omgegaan met (bijna) incidenten, risico's (gevaarlijke situaties) en calamiteiten (zie P 20.2 Veilig incidenten melden (VIM)).

	I 20.2.1 Verwerken MIC meldingen
Veilig melden	2019: 2 Meldingen (Rhoon en Pastorie) 2020 tot 25-09: 6 Meldingen (Rhoon, Ridderkerk, Klusclub, Pastorie, Watertoren). Meldingen zijn o.a. valincident, agressie. D 10.4.1 Privacyreglement P 20.2 Veilig incidenten melden (VIM)

Thema 2.6: Medewerkers

2.6.1 Breng het medewerkersbestand in overeenstemming met het personeelsbeleid. Hou hierbij rekening met de vereiste competenties.

2.6.2 Creëer de randvoorwaarden, zodat medewerkers bekwaam en bevoegd zijn en blijven voor de taken die zij moeten uitvoeren. Een scholingsbeleid is hier onderdeel van.

2.6.3 Geef binnen vastgestelde kaders vrijheid en vertrouwen aan medewerkers om invulling te geven aan hun taken.

2.6.4 Zorg ervoor en bewaak dat medewerkers:

- Voldoen aan de standaarden van de beroepsgroep(en) en/of brancheorganisatie(s);
- Werken in overeenstemming met de beroepscode en gedragscode van de organisatie;
- Zich houden aan de geldende afspraken en richtlijnen van de organisatie;
- Indien zij afwijken van afspraken en richtlijnen omdat de situatie van de cliënt daarom vraagt, dit onderbouwt doen;
- Hun professionele ruimte benutten in de verschillende rollen die zij binnen de organisatie hebben;
- Bekwaam en bevoegd zijn voor de taken die zij uitvoeren;
- Evenwichtig omgaan met de wensen van de cliënt, professionele standaarden en opvattingen en kosten van de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening;
- Hun verantwoordelijkheid nemen voor het geven van de meest optimale behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening aan de cliënt;
- Meewerken aan de vernieuwing en verbetering van de behandeling/begeleiding/zorgen/ of dienstverlening (inclusief evalueren en bijstellen van afspraken en richtlijnen);
- Kennis en ervaringen uitwisselen om zichzelf en het vak te ontwikkelen.

Sterke Punten:

- De Toekomst beschikt over korte lijnen en een laagdrempelige communicatie.
- Medewerkers en directie weten elkaar makkelijk te vinden waardoor zaken niet onnodig lang blijven liggen maar snel opgepakt kunnen worden.
- Het getoonde leiderschap vertaalt zich niet alleen naar betrokkenheid en communicatie met medewerkers maar is ook aantoonbaar aanwezig richting cliënten en overige belanghebbenden.

Opmerkingen:

- Aandacht blijft wel gewenst dat de communicatie ook middels eenduidige communicatie tussen , door en voor de medewerkers plaatsvindt.

Aandachtspunten:

- Familiecultuur en marktcultuur (professionaliteit) lopen nu teveel door elkaar.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Bevoegd en bekwaam	1 okt 2020 D 20.4.1 Overzichtslijst risicovolle en voorbehouden handelingen 1 okt 2020 P 20.4 Bevoegd en bekwaam

	D 20.4.1 Overzichtslijst risicovolle en voorbehouden handelingen A.T.S: insuline injecteren en bloedsuiker bepalen d.d. 20-2-2020
Verantwoordelijkheid nemen	1 okt 2020 F 30.1.1 Vertrouwelijke referentiecheck D 10.2.1 Veiligheidsbeleid
Ontwikkeling	Opgenomen in het document (Excel) 20201002 Beleid en stuurinformatie management inclusief: -Opleidingsplan
Delen van kennis	Opgenomen in het document (Excel) 20201002 Beleid en stuurinformatie management inclusief: -Opleidingsplan

Thema 2.7: Vrijwilligers en mantelzorgers (indien van toepassing)

2.7.1 Geef binnen het beleid ten aanzien van vrijwilligers en mantelzorgers aandacht aan:

- De missie en visie die de organisatie heeft ten aanzien van vrijwilligers en mantelzorgers;
- De inspraak en/of medezeggenschap van vrijwilligers en mantelzorgers;
- Het laagdrempelig kunnen melden van signalen en klachten;
- De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden;
- Deskundigheidsbevordering, bij- en nascholing;
- De werkbegeleiding.

Sterke Punten:

- Zeer begane medewerkers en vrijwilligers

Opmerkingen:

- Vrijwilligers-medewerkers worden niet altijd betrokken bij de toekomst van de organisatie. Wat is de koers en hoe gaan wij deze inzetten.

Aandachtspunten:

- Vrijwilligersbeleid is niet bij de vrijwilligers bekend.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Vrijwilligersbeleid	P.30.4 Vrijwilligersbeleid <ul style="list-style-type: none"> • Vrijwilligersovereenkomst van Mw. M.S. v.d. W 20200206 en VOG d.d. 20200715
Ondersteuning vrijwilligers	Vrijwilligers ontvangen coaching om hen in staat te stellen kennis te nemen van de visie van de organisatie en hen te stimuleren bij te dragen aan het realiseren van deze visie in de zorg voor de cliënten. Twee maanden na aanstelling vindt een evaluatiegesprek plaats. Van dit gesprek wordt aan de hand van een formulier een verslag gemaakt. Het streven is om naast het evaluatiegesprek 1 x per 8 weken een vrijwilligersoverleg plaats te laten vinden tussen de vrijwilliger en de coördinator van vrijwilligersactiviteiten.

Thema 2.8: Samenwerken

2.8.1 Werk, indien van toepassing, samen met andere organisaties/netwerken/afdelingen/disciplines om tot een integrale ondersteuning van de cliënt te komen. Maak hierover afspraken met die andere organisaties/netwerken/afdelingen/disciplines en leg deze vast.

2.8.2 Zorg ervoor dat duidelijk is wie de verantwoordelijkheid/regie heeft over de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening en leg dit vast.

2.8.3 Maak afspraken over hoe op een veilige manier informatie tussen de eigen organisatie en andere organisaties/netwerken wordt uitgewisseld.

Sterke Punten:

- Fijne, constructieve samenwerking met stakeholders (extern).

Opmerkingen:

- Netwerken, naamsbekendheid de Toekomst kan verder verbeterd worden
- T.a.v. de toekomst zal de organisatie ook de risicobenadering moeten gaan inzetten op strategie en beleid.

Aandachtspunten: Cliëntenraad is nog niet geformaliseerd

- Contractbeheer en onderhoud is nog niet op alle processen geborgd.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Samenwerkingsafspraken	Cliëntenraad verslag 11-06-2020 D 20.1.3 Onderaannemingsovereenkomst P. 30.3 Stagebeleid
Informatie delen	P10.3 Communicatie D 10.1.1 Normen en wetgeving D 20.1.2 Leveringsvoorwaarden

Hoofdstuk 3 – Leren en verbeteren

Thema 3.1: Meten en evalueren van de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening aan de individuele cliënt (zie ook thema 3.7)

3.1.1 Evalueer met onderbouwde frequentie en bij doorstroom/uitstroom met de cliënt de geleverde behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening. Betrek daarbij indien nodig en met instemming van de cliënt ook het sociaal netwerk van de cliënt.

3.1.2 Hanteer bij de evaluatie ten minste de volgende aspecten:

- De gemaakte afspraken over de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening en de eigen regie (1.1.6 en 1.2.6);
- De uitvoering van de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening (1.3);
 - (Mogelijke verandering in) mogelijkheden en risico's die spelen bij de cliënt (1.2.3);
 - (Mogelijke veranderingen in wensen ten aanzien van) de eigen regie (1.1);
 - (Mogelijke veranderingen in) het sociaal netwerk van de cliënt (1.1.3);
 - (Mogelijke veranderingen in) de wensen en doelen ten aanzien van de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening en of deze behaald zijn (1.2.4).

Sterke Punten:

- Zicht op indicaties.

Geen

Opmerkingen:

- Trendanalyses zijn nog niet verankerd *systeem* binnen de Toekomst

Aandachtspunten:

- Men voert alle begeleiding van zorg- en dienstverlening uit. Het lerend effect van "eigen" handelen verdient nog aandacht.
- Registratie van monitoring als stuurinformatie en leren is nog niet verankerd.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Evaluatie	P 20.1 Primair proces Minimaal eenmaal per jaar vindt een evaluatie met de cliënt plaats inzake inhoud, omvang en frequentie van de zorgverlening plaats. Tevens wordt op cliëntniveau de tevredenheid getoetst. Daar waar dit van toepassing is, worden cliënten eenmaal per twee maanden besproken met de casemanagers. Een multidisciplinair overleg wordt gepland indien dit noodzakelijk is. C 20.1.1 Dossiercheck I 20.2.1 Verwerken MIC meldingen
Uitvoering	P 20.1 Primair proces F 20.2.1 PRISMA-analyse formulier F 20.2.2 5W-analyse formulier P 20.3 Meldcode huiselijk geweld en ouderenmishandeling

Thema 3.2: Cliëntervaringen (zie ook thema 3.7)

3.2.1 Voer met onderbouwde frequentie onderzoek uit naar cliëntervaringen met de geboden behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.

Sterke Punten:

- Cliëntervaringen zijn positief en cliënten vinden de Toekomst een fijne organisatie. Men voelt zich thuis.

Opmerkingen:

Geen

Aandachtspunten:

Geen

Conclusie: Conform normeis.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Cliënt ervaringen	<p>1 okt 2020 P 40.2 Cliënttevredenheid</p>

Thema 3.3: Ervaringen van medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers (zie ook thema 3.7)

3.3.1 Evalueer met onderbouwde frequentie de ervaringen van de medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers (indien van toepassing). Besteed hierbij aandacht aan:

- De tevredenheid over het werk;
- Het ervaren werkklimaat, inclusief de veiligheidscultuur en fysieke veiligheid;
- De arbeids- en werkomstandigheden en ontwikkelmogelijkheden, inclusief de mogelijkheden vanuit de organisatie om bekwaam en bevoegd te blijven (2.6.2).

Sterke Punten:

- Open cultuur om over ervaringen te praten.
- Jaargesprekken zijn ingezien van een 2 tal dossiers

Opmerkingen:

Geen

Aandachtspunten:

- Vitaliteit, duurzame inzetbaarheid kan nog verder worden opgepakt.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Ervaring medewerkers	<p>P.30.1 Personeelsmanagement <u>F 30.1.2 Formulier jaargesprek</u> 3.8 Medewerkerstevredenheidonderzoek Minimaal eenmaal per twee jaar wordt een medewerkerstevredenheidonderzoek uitgevoerd. De resultaten hieruit zijn onder andere input voor het strategisch (personeels)beleid. Uitvoering van eventuele voortvloeiende verbeterpunten is de verantwoordelijkheid van de directie. Dossierinzage aantoonbaar van Stagiaire, Ass. Act. begeleidster, Vrijwilliger en Chauffeur. Ingezien algemeen: Legenda , VOG, <u>Chauffeur G.V.</u> chauffeurskaart, geneeskundige verklaring, chauffeur personenvervoer <u>Stagiaire S.J.</u> Stageovereenkomst en VOG. <u>Activiteitenbegeleider:</u> F.M.: Jaargesprek verslag, diploma's , BHV. <u>Ass. Activiteitenbegeleider:</u> Arbeidsovereenkomst, VOG <u>Vrijwilliger:</u> Vrijwilligersovereenkomst d.d. 13-01-2020 , VOG.</p>

Thema 3.4: Evalueren van professioneel handelen (zie ook thema 3.7)

3.4.1 Zorg ervoor dat de kwaliteit van het professioneel handelen met onderbouwde frequentie wordt geëvalueerd, waarbij de eisen genoemd onder 2.6.4 aan de orde komen.

3.4.2 Zorg ervoor dat de samenwerking binnen het team met onderbouwde frequentie wordt geëvalueerd.

Sterke Punten:

- Samenwerking tussen collega's is op locatie prima.

Opmerkingen:

- Zie sterk punt. De samenhang en samenwerking tussen verschillende locaties kan meer aan elkaar worden verbonden.

Aandachtspunten:

- Functiebeschrijvingen verder koppelen aan competenties.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Functioneren	P.30.2 Functiebeschrijvingen D 30.1.2 Beroepscode
Evaluatie samenwerking	P 10.3 Communicatie.

Thema 3.5: Evalueren op proces en organisatieniveau (zie ook thema 3.7)

3.5.1 Evalueer de doelen en de resultaten (2.1. 5, 2.3.4).

3.5.2 Evalueer de uitkomsten van risico-inventarisaties en hoe hiermee wordt omgegaan (2.1.1, 2.3.3).

3.5.3 Evalueer de samenwerking met andere organisaties/netwerken/afdelingen/disciplines (2.8.1).

3.5.5 Evalueer signalen, klachten, fouten, incidenten en calamiteiten (2.5.1, 2.5.2).

Sterke Punten:

- Signalen, klachten etc worden conform afgehandeld.

Opmerkingen:

Geen

Aandachtspunten:

- De evaluatie van genomen acties , doelen en registraties vindt nog niet structureel plaats.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Evaluatie doelen	P 10.3 Communicatie.
Evaluatie risico's	P 10.3 Communicatie.
Evaluatie samenwerking	P 10.3 Communicatie.
Evaluatie signalen/klachten/incidenten/calamiteiten	1 okt 2020 P 40.1 Klachten en meldingen

Thema 3.6: Interne audits (zie ook thema 3.7)

3.6.1 Voer met onderbouwde frequentie (2.1.1, 2.3.3), minimaal 1 keer per jaar interne audits uit om vast te stellen of de organisatie voldoet aan haar eigen (kwaliteits)eisen en aan deze norm.

3.6.2 De interne audits zijn niet gericht op de eigen werkzaamheden.

3.6.3 De uitkomsten van de interne audits worden vastgelegd.

Sterke Punten:

- Volledige rapportage van de interne audit.
- Interne audit is uitgevoerd op clientniveau.

Opmerkingen:

Geen

Aandachtspunten:

Geen

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Uitvoering interne audits	De interne audit wordt periodiek uitgevoerd door de interne auditor die geen directe verantwoordelijkheid heeft voor het audit onderdeel. Deze zal geen interne audit uitvoeren over eigen werk, of werk waarbij hij nauw betrokken is geweest. Deze audit is door middel van opleiding/ervaring gekwalificeerd om de interne audit uit te voeren.
Interne audits	P 40.4 Audits D.40.4.1 Auditplanning Interne auditrapport: <ul style="list-style-type: none"> • Aafje thuiszorg huizen zorghotels Afd. Beleid & Kwaliteit en Concern Control Datum: 04-02-2020 Versie: 1.0. • Auditrapport hertoetsing 2020 • Memo opvolging herstelacties Aafje (september 2020)

Thema 3.7: Maatregelen, leren en verbeteren

3.7.1 Gebruik de uitkomsten uit de evaluaties (3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5) en de interne audits (3.6) om te analyseren en effectieve maatregelen te treffen op cliënt-, proces- en/of organisatieniveau.

3.7.2 Evalueer de effectiviteit van de getroffen maatregelen, zodat zo nodig wordt bijgestuurd.

3.7.3 Gebruik de uitkomsten uit de evaluaties en de interne audits om te leren en te verbeteren binnen de organisatie.

3.7.4 Zorg ervoor dat de resultaten van het leren en verbeteren bekend zijn binnen de organisatie.

Sterke Punten:

Geen

Opmerkingen:

Geen

Aandachtspunten:

- De opvolging van de interne audit resultaten dient nog verder te worden geadopteerd.

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Maatregelen	P 40.1 Klachten en meldingen D.40.1.1 Klachtenprocedue cliënten D 40.1.2 Klachtenreglement Klachtenportaal Zorg D. 40.1.3 Geschillenreglement Klachtenportaal Zorg

Continue verbeteren	Opgenomen in het document (Excel) 20201002 Beleid en stuurinformatie management inclusief: -Verbeterregister
---------------------	--

Thema 3.8: Systeembeoordeling

3.8.1 Beoordeel met onderbouwde frequentie of het (kwaliteits)systeem werkt. Onderzoek hierbij:

- Of de genomen maatregelen bijdragen aan de doelen (3.5.1);
- Of de interne audits bijdragen aan het leren en verbeteren en leiden tot geschikte maatregelen (3.6.1);
- Of de organisatie in staat is om te leren en te verbeteren (3.7.3).

3.8.2 Neem zo nodig passende en effectieve maatregelen.

3.8.3 Leg bovenstaande zaken vast; zie documentenoverzicht

3.8.4 Spreek af aan wie over bovenstaande zaken verantwoording wordt afgelegd en voer dit overeenkomstig uit.

Sterke Punten:

- Duidelijke, zorgvuldige en complete Managementreview die een duidelijke reflectie geeft van het KMS.

Opmerkingen:

Geen

Aandachtspunten:

Geen

Conclusie: Conform normeis

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Systeembeoordeling	Opgenomen in het document (Excel) 20201002 Beleid en stuurinformatie management
Continue verbeteren	40 Evaluatie en verbetering Onderliggende documenten P 40.1 Klachten en meldingen F 40.1.1 Meldingsformulier D 40.1.1 Klachtenprocedure cliënten D 40.1.2 Klachtenreglement Klachtenportaal Zorg D 40.1.3 Geschillenreglement Klachtenportaal Zorg P 40.2 Cliënttevredenheid P 40.3 Leveranciersbeoordeling F 40.3.1 Format leveranciersbeoordeling P 40.4 Audits D 40.4.1 Auditplanning P 40.5 Beoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem

2 Rapportblad

Organisatie : Stichting de Toekomst
 Auditdatum : 16 oktober 2020

Status T/KT	Bevinding	HKZ Zorg en Welzijn 2018
T	<p><u>Eis:</u> De organisatie heeft geen inventarisatie en analyse m.bt. de apparatuur en materialen op de locaties die eigendom zijn van de organisatie.</p> <p><u>Bewijs:</u> Tijdens het bezoek bij het Klushuis werd aangegeven dat er materialen waren uitgeleend (privé). Dit betrof beschermingsbrillen en slijppapparaat.</p> <p><u>Bevinding:</u> Apparatuur en materialen die eigendom zijn van de stichting, worden niet beheerst, waardoor veiligheid van cliënten in het geding kan komen en zorg- en dienstverlening niet kan worden uitgevoerd conform planning van de dienstverlening.</p> <p>De tekortkoming (PvA) is tijdens de audit aangeleverd en akkoord door de auditor bevonden.</p>	2.3.1 en 2.3.2
<p><i>T: Tekortkoming</i> <i>KT: Kritische Tekortkoming</i></p> <p>Extra audit op <input type="checkbox"/> Volgende audit op <input type="checkbox"/></p> <p>Kiwa verzoekt u om de maatregelen hieronder kort toe te lichten en, eventueel voorzien van bijlagen, aan Kiwa voor te leggen.</p> <p>Uit de afhandeling van de tekortkoming moet blijken dat onderzoek is gedaan naar de oorzaak van de afwijking, tot welke oplossing is gekomen en dat de oplossing in de praktijk effectief is gebleken.</p> <p>Kiwa beoordeelt de maatregelen en afhankelijk van de ontvangen informatie kan er een extra audit plaatsvinden bij een kritische tekortkoming. (zie ook document toelichting bij T/KT's, versie 2012)</p>		
Paraaf lead auditor Kiwa:		Paraaf directievertegenwoordiger auditee:
<p>Afhandeling tekortkoming(en):</p> <p>Oorzaken (voor het ontstaan van de tekortkoming) Directie is niet op de hoogte dat er materialen en apparatuur in privésituaties van medewerkers worden uitgeleend. De organisatie heeft geen duidelijke afspraken gemaakt en kenbaar gemaakt aan medewerkers over het gebruik van materialen en apparatuur van de stichting.</p> <p>Omvang (van de tekortkoming) De afwijking is geconstateerd in de Klushuis. Het is niet bekend of de afwijking zich ook op de andere locaties voordoet.</p> <p>Oplossing (voor herstel van de gemaakte fout en voorkomen van herhaling) Er gaat per locatie een inventarisatie plaatsvinden van alle materialen en apparatuur (hoeveel van wat is er aanwezig?), er worden huisregels opgesteld per locatie (wat is wel en niet toegestaan?) en periodiek wordt de inventaris geteld.</p> <p>Operationaliteit (aantonen van genomen corrigerende maatregelen d.m.v. documenten)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overzicht inventaris per locatie, inclusief eventuele onderhoudsdata • Huisregels per locatie • Steekproeven inventaris (per kwartaal) <p>Effectiviteit (aantonen dat genomen corrigerende maatregelen effectief zijn geweest). De huisregels D 30.1.3 Huisregels zijn tijdens de audit aangepast rondom de invoering van materialen en gebruik bij de locaties. Zie verder PvA actielijst.</p>		
Beoordeling corrigerende maatregel(en) door Kiwa x Akkoord <input type="checkbox"/> Niet akkoord (zie nieuw rapportblad)		Paraaf lead auditor Kiwa: Datum: 16-10-2020

Zie bijlage Actielijst.

Actielijst

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Wanneer (datum)
1.	Inventarisatie materialen en apparatuur Klusclub	Er is een overzicht van (benodigde) materialen en apparatuur inclusief eventuele onderhoudsdatum	Directie	30-11-2020
2.	Inventarisatie materialen en apparatuur 't Centrum	Er is een overzicht van (benodigde) materialen en apparatuur inclusief eventuele onderhoudsdatum	Directie	30-11-2020
3.	Inventarisatie materialen en apparatuur Pastorie	Er is een overzicht van (benodigde) materialen en apparatuur inclusief eventuele onderhoudsdatum	Directie	30-11-2020
4.	Inventarisatie materialen en apparatuur Watertoren	Er is een overzicht van (benodigde) materialen en apparatuur inclusief eventuele onderhoudsdatum	Directie	30-11-2020
5.	Inventarisatie materialen en apparatuur Ridderker	Er is een overzicht van (benodigde) materialen en apparatuur inclusief eventuele onderhoudsdatum	Directie	30-11-2020
9.	Ontbrekende materialen en apparatuur aanschaffen	Elke locatie beschikt over alle benodigde materialen en apparatuur	Directie	15-12-2020
10.	Huisregels per locatie opstellen	Elke locatie beschikt over locatiespecifieke huisregels	Directie	30-11-2020
11.	Controleren aanwezige inventaris	Elke locatie beschikt over alle benodigde materialen en apparatuur	Directie	Elk kwartaal

Actielijst

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Wanneer (datum)
1.	Beleid VOG aanscherpen	Er is een afzonderlijk VOG beleid	Directie	30-11-2020
	Medewerkers informeren over het VOG beleid	Medewerkers kennen hun verantwoordelijkheid	Directie	31-12-2020
2.	Checklist personeelsdossier opstellen	Per dossier is aangegeven wat wel/niet aanwezig is	Directie	30-11-2020
3.	Checklist 'In dienst nemen medewerker' opstellen	Elk personeelsdossier is volledig vóór aanvang dienstverlening	Directie	30-11-2020

3. Auditplan

Auditdoelstelling:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en de gedocumenteerde informatie komen overeen met de eisen van de Norm HKZ Zorg en Welzijn 2018 plus de vastgestelde reikwijdte van de scope (zie benoemd);
- Het managementsysteem voldoende is geïmplementeerd om te bewerkstelligen dat de klant voldoet aan de eisen uit van toepassing zijnde wet- en regelgeving en contractuele eisen;
- de gedefinieerde processen en documentatie van het door de klant ontwikkelde managementsysteem aantoonbaar zijn geïmplementeerd;
- de vaststelling van de doeltreffendheid van het managementsysteem om te bewerkstelligen dat de organisatie in redelijke mate mag verwachten zijn gespecificeerde doelstellingen te bereiken;
- de wijze van uitvoer van de werkzaamheden overeenkomt met de beschrijving hiervan in de gedocumenteerde informatie.
- Daarnaast wordt er gekeken welke mogelijkheden er zijn om te verbeteren.
- Indien van toepassing: aan de Multi Site voorwaarden voldaan wordt.

Om de audit zo effectief mogelijk te laten verlopen, hanteert Kiwa de volgende randvoorwaarden:

- De betrokken personen dienen de beschikking te hebben over alle van belang zijnde documentatie (dossiers, kwaliteitsregistraties, jaarplannen etc.).
- Handboeken en gevraagde documenten graag ter inzage bij de desbetreffende interviews klaarleggen.
- Wij stellen het op prijs dat de interviews worden bijgewoond door een vertegenwoordiger van uw organisatie. Voor het leerproces mogen dit ook interne auditoren zijn.
- Voor verificatiedoelinden dient het auditteam inzage te kunnen krijgen in een aantal gegevens m.b.t. de processen, waaronder dossiers/gegevens m.b.t. cliënten, onder waarborging van richtlijnen m.b.t. geheimhouding en 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	12	Vrijwilligers 7 ZZP'ers 1 (lin het klushuis)	Het bieden van dagbesteding en individuele begeleiding aan volwassenen

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

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

Petra Verstraten
0633385056

Naam Klant:
Stichting de Toekomst

Onderzoek

Soort onderzoek : Fase 1
Datum onderzoek : 6 Oktober 2020
Locatie Onderzoek : Hoofdlocatie : Dorpsstraat 146 te Barendrecht
Versie : 1 d.d. 27-7-2020

Auditteam

Lead Auditor : Petra Verstraten
Auditor(-en) : Petra Verstraten
Materiedeskundige : Petra Verstraten
Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Certificatie: 2017.

<u>Norm(en)</u>	<u>Toepassingsgebied(en)</u>	<u>Scope/ NACE</u>	<u>Certificaatnr. en aflooptdatum</u>
HKZ Zorg en welzijn 2018	Het bieden van dagbesteding en individuele begeleiding aan volwassenen	38	xxx

Bovenstaande geldt voor alle lokaties.

Graag, *indien relevant en/of aanwezig*, ter inzage klaarleggen de volgende documenten over 2020-2021:

- Systeembeoordeling
- Documenten t.b.v. risicovolle leveranciers
- Overzicht vastgestelde risico's
- Resultaten Cliënt tevredenheidsonderzoeken
- 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 2020-2021
- Jaarplanning (indien aanwezig)
- Jaarverslagen van Commissies
- RI & E (per locatie)
- Indien van toepassing Plannen van Aanpak voorafgaande audits **voorzien van actuele status acties**

Auditplanning Fase 1*

***Bij alle 2 auditdagen is de adviseur Suzanne van Doorn van Adcase bij alle gesprekken geweest.**

Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie auditee
9.00 - 9.45	Introductie gesprek en rondgang		Directie/management Betty Guys, Nine Sholles en Sunita van der Werff Belangstellenden*
09.45	Fase 1 Beoordeling systeem documentatie	Gedocumenteerde informatie	Iemand als BACK-up
	Doornemen bovenstaande (verplichte) registraties (zie ook elementen in samenvatting in rapportage)	Kwaliteitsregistraties	Iemand als BACK-up
11.15	Interview Beleid en Organisatie Kwaliteit	Beleid/Leiderschap Organisatie/Context Kwaliteit Systeembeoordeling	Directie/management Betty Guys, Nine Sholles en Sunita van der Werff

		Thema 2,3	
12.15	Rapportage en Opstellen auditplanning fase 2 Ontbrekende documenten opvragen.	-	Auditor en directie
12.30 12.45	Voorbereiding Eindgesprek Fase 1	-	Directie /management Betty Guys, Nine Sholles en Sunita van der Werff en belangstellenden

Naam Klant:
Stichting De Toekomst

Onderzoek

Soort onderzoek : Fase 2
Datum onderzoek : 16 oktober 2020
Locatie Onderzoek : Hoofdlocatie : Dorpsstraat 146 te Barendrecht
Versie : 1 d.d. 27-7-2020

Auditteam

Lead Auditor :
Auditor(-en) :
Materiedeskundige :
Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Certificatie: 2017.

<u>Norm(en)</u>	<u>Toepassingsgebied(en)</u>	<u>Scope/ NACE</u>	<u>Certificaatnr. en afloopdatum</u>
HKZ Zorg en welzijn 2018	Het bieden van dagbesteding en individuele begeleiding aan volwassenen	38	xxx

Auditplanning

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

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

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

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

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

Inzien cliëntdossiers graag voorzien van schriftelijke toestemming van betrokkenen.

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

Graag, *indien relevant en/of aanwezig*, ter inzage klaarleggen de volgende documenten over 2020-2021:

- Systeembeoordeling
- Documenten t.b.v. risicovolle leveranciers
- Overzicht vastgestelde risico's
- Resultaten Cliënt tevredenheidsonderzoeken
- 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 2020-2021
- Jaarplanning (indien aanwezig)
- Jaarverslagen van Commissies
- RI & E (per locatie)
- Indien van toepassing Plannen van Aanpak voorafgaande audits **voorzien van actuele status acties**

Graag toestemming van cliënten/diens vertegenwoordiger voor inzage! Minimaal 2 dossiers per primair proces.

***Bij alle 2 auditdagen is de adviseur Suzanne van Doorn van Adcase bij alle gesprekken geweest.**

Auditplan voor auditor : Petra Verstraten			
Datum : 16 Oktober 2020			
Locatie : Dorpsstraat 154, 2992 BE Barendrecht			
Tijd	Activiteit	Processen en normeisen	Naam en functie Auditees
9.00 - 9.15	Openingsgesprek	Terugkijken op Fase 1 en waar nodig aangeven nog wijzigingen.	Directie/management en belangstellenden Betty Guys, Nine Sholles en Sunita van der Werff
9.15 -10.15	Interview 1	Ontmoetingscentrum De Watertoren Hoofdlocatie Primair Proces Dagelijkse werkzaamheden, zorg/activiteitenplan, cliëntdossiers , registraties en evaluatie, overleg, samenwerking, deskundigheid. Thema 2,3	Nicole Heeze Aktiviteitenbegeleiding
10.15 -10.30	Reistijd naar locatie Klushuis		
10.30 - 11.30	Interview 2	Primair Proces Dagelijkse werkzaamheden, zorg/activiteitenplan, cliëntdossiers , registraties en evaluatie, overleg, samenwerking, deskundigheid. Rondleiding	Piet Thysebaard (Client) Dennis HohMann Activiteiten begeleiding
11.30 -12.30	Reistijd naar locatie Pastorie Dorpstraat 146 lunch		
12.30 – 13.30	Interview 3	Primair Proces (Uiterlijke verzorging en bewegingsoefeningen) Dagelijkse werkzaamheden, zorg/activiteitenplan, cliëntdossiers , registraties en evaluatie, overleg, samenwerking, deskundigheid. Rondleiding (alle materieel is akkoord o.b.v. veiligheid en werkomgeving)	Nine Sholles Directie en uitvoerende op deze lokatie
13.30 – 14.30	Interview 4	HRM personeel Dossierinzage	Directie: Sunita van der Werff
14.30 -15.30	Interview 5	Vrijwilligers Planning en inzet, afspraken, werkzaamheden en samenwerking.	Vrijwilligers: Marina van de Erve en Lenie de Groot
15.30– 16.15	Interview 6	Vervoer Dagelijkse werkzaamheden	Chauffeurs: Sandra Baris

16.15 - 16.30	Vaststellen bevindingen en opvragen nog ontbrekende documenten		
16.30 >	Terugkoppeling bevindingen Aan de organisatie		Aanwezig: Directie/management Betty Guys, Nine Sholles en Sunita van der Werff

Auditprogramma

Vestigingen	Kritische processen/ Scope onderdelen	Initiële audit	Op volg audit 1	Op volg audit 2	Her audit
Hoofdkantoor Ontmoetings-centrum De Watertoren, Dorpsstraat 154, 2992 BE Barendrecht	Ondersteunende processen Beleid Facilitair Inkoop Kwaliteit Documenten Personeel	X X X X X X X	X X X X 	X X X X 	X X X X X X X
Locatie Hoofdkantoor Ontmoetings-centrum De Watertoren, Dorpsstraat 154, 2992 BE Barendrecht	Primair proces Zorg- dienstverleningsproduct:	X X		X X	X X
Ontmoetings-centrum 't Centrum , Bernhardstraat 3, 3161 AC Rhoon	Primair proces Zorg- dienstverleningsproduct:		X X		X X
Ontmoetingscentrum Bolnes , Pretoriusstraat 56, 2987 AK Ridderkerk	Primair proces Zorg- dienstverleningsproduct:		X X		X X
Klushuis De Toekomst, Kruidentuin 10, 2991 RK Barendrecht	Primair proces Zorg- dienstverleningsproduct:	X X		X X	X X
Ontmoetings-centrum De Pastorie, Dorpsstraat 146, 2992 BE Barendrecht	Primair proces Zorg- dienstverleningsproduct:	X X	X X		X X

Klushuis De Toekomst, Kruidentuin 10, 2991 RK Barendrecht

Ontmoetings-centrum
De Watertoren, Dorpsstraat 154, 2992 BE Barendrecht

Audit thema's	Audit onderwerpen	Initiële of heraudit	Opvolg audit 1	Opvolg audit 2	Her audit
De cliënt	Thema 1.1: Eigen regie	X	X	X	X
	Thema 1.2: Maatwerk in de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening	X	X	X	X
	Thema 1.3: Uitvoering van de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening	X	X	X	X
Randvoorwaarden voor een goede behandeling/ begeleiding/zorg- en/of dienstverlening	Thema 2.1: Sturen	X	X	X	X
	Thema 2.2: Leiderschap	X	X	X	X
	Thema 2.3: Risico's op procesniveau	X	X	X	X
	Thema 2.4: Normen, waarden en veiligheidscultuur	X	X	X	X
	Thema 2.5: Signalen, klachten, incidenten) en calamiteiten	X	X	X	X
	Thema 2.6: Medewerkers	X	X	X	X

	Thema 2.7: Vrijwilligers en mantelzorgers (indien van toepassing)	X	X	X	X
	Thema 2.8: Samenwerken	X	X	X	X
Leren en verbeteren	Thema 3.1: Meten en evalueren van de behandeling/begeleiding/zorgen/of dienstverlening aan de individuele cliënt (zie ook thema 3.7)	X	X	X	X
	Thema 3.2: Cliëntervaringen (zie ook thema 3.7)	X	X	X	X
	Thema 3.3: Ervaringen van medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers (zie ook thema 3.7)	x	X	X	X
	Thema 3.4: Evalueren van professioneel handelen (zie ook thema 3.7)	x	X	X	X
	Thema 3.5: Evalueren op proces en organisatieniveau (zie ook thema 3.7)	X	X	X	X
	Thema 3.6: Interne audits (zie ook thema 3.7)	X	X	X	X
	Thema 3.7: Maatregelen, leren en verbeteren	X	X	X	X
	Thema 3.8: Systeembeoordeling	X	X	X	X