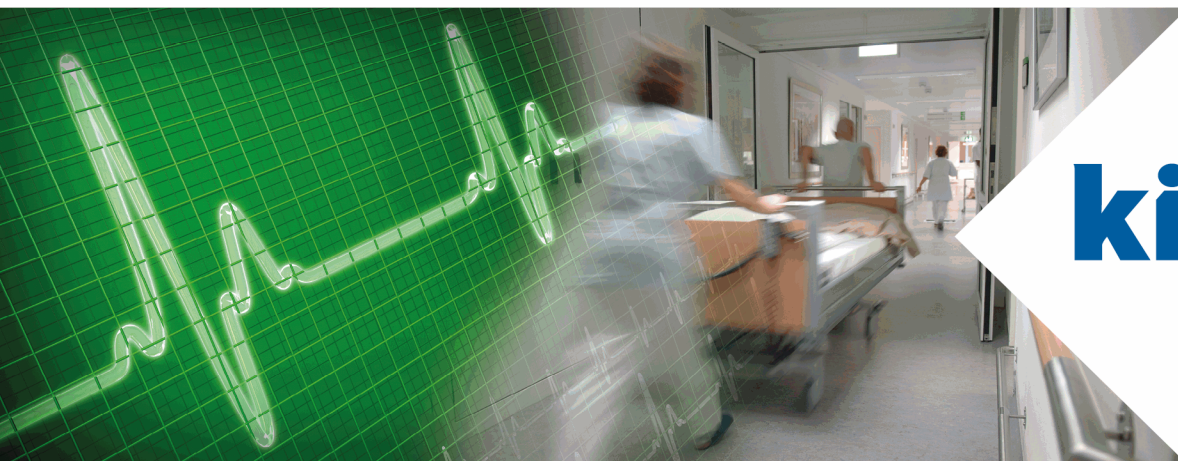


2022-08-26

# Assessment rapport

Zorgbureau Endless B.V., ALMERE

HKZ Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en  
thuiszorgorganisaties 2015 + A1:2017\_RVA



*Kiwa Nederland B.V.  
Sir Winston Churchillaan 273  
Postbus 70  
2280 AB RIJSWIJK*

*Tel. +31 88 998 44 00  
Fax +31 88 998 44 20  
info@kiwa.com  
www.kiwa.com*

Vertrouwelijk

**Partner  
for  
Progress**



## 1. Algemene informatie

Klant	Zorgbureau Endless B.V.		
Adres	Katernstraat 21, 1321 NC ALMERE, NEDERLAND		
Vertegenwoordiger klant	Mw. G. Ramaj		
Lead assessor	Loes Hoekstra	Datum	2022-08-24
		Volgend assessment	2023-05-31

## 2. Toepassingsgebied en doelstellingen

### 2.1 Toepassingsgebied

Schema	Assessment type	Toepassingsgebied	Certificaat nr
HKZ Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties 2015 + A1:2017_RVA	Opvolging	Het leveren van wijkverpleegkundige zorg en thuiszorg	K98088

#### Reglement:

Kiwa Regulation for certification 2017

### 2.2 Algemene assessment doelstellingen

De volgende doelstellingen werden vastgelegd voor het assessment.

- Beoordeling of het managementsysteem en het managementhandboek overeenkomen met de eisen van de norm(en) en de vastgestelde reikwijdte van het toepassingsgebied en de scope (zie boven benoemd);
- Beoordeling of het managementsysteem voldoende is geïmplementeerd om te bewerkstelligen dat wordt voldaan aan de eisen uit de van toepassing zijnde wet en regelgeving en contractuele eisen;
- Beoordeling of de gedefinieerde processen en documentatie van het managementsysteem aantoonbaar zijn geïmplementeerd;
- Beoordeling of het managementsysteem doeltreffend functioneert, continue verbetert en bijdraagt de doelstellingen van de organisatie te realiseren;
- Beoordeling of de wijze van uitvoer van de werkzaamheden overeenkomt met de beschrijving hiervan in het managementsysteem;
- Beoordeling van de mogelijkheden die er zijn om te verbeteren;
- Beoordeling of aan de Multi Site voorwaarden voldaan wordt (indien van toepassing).

## 3. Assessment conclusies



De audit heeft volgens de auditdoelstellingen plaatsgevonden. Hierbij is door de lead auditor geconstateerd is dat het bedrijf na afhandeling van de afwijkingen met betrekking tot de zorgdossiers voldoet aan de eisen.

Het managementsysteem is doeltreffend en heeft het vermogen om aan de toepasselijke eisen en de verwachte resultaten te voldoen en heeft een effectief proces van interne audits en directiebeoordeling. Tevens is het passend en geschikt bij het toepassingsgebied zoals aangegeven in dit rapport.

Het systeem functioneert effectief (beleid, doelstellingen, review en acties)

De onderliggende positieve bewijs hiervoor is vastgelegd in de auditrapportage.

Aandachtspunten en tekortkomingen 2021 met afhandeling 2022:

2021:

De inrichting van het primair proces is op dit moment versnipperd (stagiair voert de intake uit, wijkverpleegkundige indiceert en stelt zorgplan op en medewerkers voeren uit waarbij monitoring en aansturing ook beperkt lijkt op dit moment. De organisatie heeft dit gezien en is op dit moment bezig om een nieuwe medewerker te werven die dit deel in kan vullen

2022: De beschrijving van het primair proces gaat opgesplitst worden in Wijkverpleging, huishoudelijke zorg en begeleiding. De Wijkverpleegkundige/regie verpleegkundige werkt ook mee in de zorg. Hierdoor is zij makkelijker aanspreekbaar voor collega's en kan zij ook makkelijker haar signalerende rol invullen. Dit is een groot verschil met de oude situatie. De praktijkopleider die toegevoegd is ondersteund ook in de signalerende rol. Dat heeft er nu al toe geleid dat de zorgdossiers beter op orde waren

2021: Resultaten van interne en externe audits, analyse etc. ontbreken nog in de managementreview

2022: Dit is nog steeds een aandachtspunt

2021: HRM valt onder de taken van de manager. Uit de uitvoering blijkt dat dit onder spanning staat. Tijdens de audit is vastgesteld dat:

- o Niet alle functioneringsgesprekken aantoonbaar waren
- o Referentiecheck 1 maal niet uitgevoerd was conform eigen beleid
- o Functiebeschrijvingen lijken niet allemaal van toepassing op Zorgbureau Endless. Bij de officemanager wordt gesproken van de revalidatiekliniek. Bij de zorgassistente van intramurale zorg

2022: Er is een HR medewerker aangenomen die dit allemaal gaat oppakken. Dit is een auditlead voor SA 2

2021: Werkwijzen zijn niet specifiek opgesteld voor huishoudelijk medewerker. Zij liften mee op het beleid dat al aanwezig is in Q-link. Ook zijn zij nog niet opgenomen in b.v. het opleidingsplan. Wel is er voor gekozen om voor huishoudelijk medewerkers een eigen overleg in te richten

2022: Er gaat beleid opgesteld worden voor HV medewerkers. Na de zomervakantie wordt er gestart met een werkoverleg voor HV medewerkers. Hierin worden ook thema's besproken door de WMO coordinator. Dit kan gezien worden als een vorm van deskundigheidsbevordering.

2021: Verwerkersovereenkomsten (o.a Nedap en Adcase) konden niet getoond worden, maar zouden er wel zijn

2022: Contact Nedap wordt opgevraagd. Mail is gezien. Verwerkersovereenkomsten Lens d.d. 31-03-2020 en Salarisadministratie OAMKB d.d. 22 maart 2021 zijn gezien

T1:

Doelen in de dossiers van de wijkzorg zijn niet SMART geformuleerd. Er is globale tekst. (Aanvullende) Acties ontbreken b.v. periodiek wegen bij vastgesteld ondergewicht, een plakschema bij fentanylpleisters.

Er wordt niet structureel gerapporteerd op doelen

2022: Doelen zijn SMART geformuleerd met bijbehorende acties. Methodisch handelen is goed aantoonbaar.

Rapportages op doelen wordt consequent uitgevoerd.

Conclusie: Tekortkoming is gesloten

T2:

Zorgevaluatie wijkzorg is globaal van aard en niet gericht op de voortgang van doelen of het behalen daarvan. Ook wordt de ervaring van de client over het zorgproces niet genoteerd/uitgevraagd

2022: Zorgevaluaties worden consequent uitgevoerd op doelen. Bij het afsluiten van de zorg vindt een eindevaluatie plaats

Conclusie: Tekortkoming is gesloten



Positieve punten 2022:

- \* Medewerkers zitten beter in hun rol en dat brengt gelijk rust binnen de organisatie en meer stabiliteit
- \* Methodisch handelen en de aantoonbaarheid daarvan is sterk verbeterd
- \* de inrichting van de VAR leidt gelijk al tot procesverbetering en meer samenhang en harmonisatie van werkwijzen
- \* deelname aan de pilot in Edam vanwege de werkwijze binnen de huishoudelijke zorg

2022:

\* Hoewel er veel zaken aangepakt zijn, zijn er nog wat zaken blijven liggen. Hier wordt wel aan gewerkt op dit moment maar is nog niet afgerond. Hierbij kan gedacht worden aan de uitvoering van de Arbo I&E, de implementatie van het huishoudelijk overleg, de uitvoering van de functioneringsgesprekken, het proces van veilig melden

## **4. Assessment bevindingen**

### **4.1. Tekortkomingen**

Tijdens het assessment werden geen tekortkomingen vastgesteld.

### **4.2. Verbetermogelijkheden**

Er werden geen verbetermogelijkheden vastgesteld tijdens het assessment.

Handtekening assessor

Handtekening klant



## 5. Gedetailleerde bevindingen

### HKZ Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties 2015 + A1:2017\_RVA

<b>Rubriek 1: PLAN:</b>	
<p>1.1 Primaire proces en risico-inventarisatie. risico-inventarisatie: Jaarlijks wordt een risico-inventarisatie op proces niveau uitgevoerd / geëvalueerd. Deze vindt plaats op strategisch niveau, tactisch niveau en operationeel niveau. Opgelacties hebben effect gehad m.b.t. risico's op het gebied van bekwaamheid en uitstroom medewerkers en 2 nieuwe risico's zijn toegevoegd. Via kleurcodes wordt aangegeven aan welke risico's actief gewerkt wordt, welke monitoring behoeven en welke risico's beheerst zijn.</p> <p>Bewijs: Risico inventarisatie en analyse processen (methodiek met risicomatrix) juni 2022</p>	✓ Conform
<p>1.2 Professioneel handelen Voorbehouden en risicovolle handelingen zijn vastgelegd per functie en aantoonbaar; Het delegeren van voorbehouden handelingen gebeurt via een schriftelijke overdracht (uitvoeringsverzoek of overdracht Ziekenhuis; Medewerkers van Zorgbureau Endless reanimeren niet, maar starten direct hulpverlening op door de betreffende hulpdiensten in te schakelen. Afhankelijk van de situatie vindt bespreking plaats van de wens van de cliënt om wel/niet gereanimeerd te worden. Hierbij heeft de organisatie een signalerende rol en zal afstemming met de huisarts plaatsvinden.</p>	✓ Conform
<p>1.3 Werkwijze Vilans protocollen worden gebruikt.</p> <p>Bewijs: Medicatiebeleid Vilans protocol wondzorg</p>	✓ Conform
<p>1.4 Samenwerken Er wordt samengewerkt met huisartsen en ziekenhuizen. Dit heeft in 2021 geleid tot de aanvraag van meer specialistische verpleegkundige zorg. Ook wordt er meer samengewerkt met een wondverpleegkundige. Voor het eenduidig monitoren van wonden is de TIME rapportagemethodiek afgesproken. Zorgbureau Endless is ook lid van het Palliatief netwerk; Er zijn geen afspraken met ketenpartners vastgelegd. Dit heeft geen invloed op het primair proces en is passend bij de organisatie tot nu toe. Er wordt geëvalueerd als daar vraag naar is/aanleiding toe is.</p>	✓ Conform
<p>1.7 Beheersing van registraties Niet beoordeeld</p>	✓ Conform
<b>Rubriek 2: DO:</b>	
<p>2.2 Aanmelding Informatievoorziening aan de cliënt: Informatievoorziening aan cliënt en betrokkenen vindt plaats via website en informatiefolders op het gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o visie van de organisatie</li><li>o zorg en dienstverleningsaanbod</li><li>o eigen bijdragen</li><li>o bereikbaarheid en achterwacht</li><li>o gedragscode</li></ul>	✓ Conform



<p>o klachten procedure</p> <p>Aanmelding:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cliënten hebben geldige indicaties waarop het zorgaanbod is afgestemd in overleg met de cliënt;</li><li>• Aanmelding wordt geregistreerd;</li></ul>	
<p>2.3 Afstemming tussen vraag naar en aanbod van zorg- en/of dienstverlening</p> <p>Intake:</p> <p>Na de intake wordt de client in de planning verwerkt. De planner heeft inzicht in de verschillende bekwaamheden van de medewerkers en leerlingen. Na het 1e bezoek wordt er telefonisch door de planner met de medewerker geëvalueerd. De planner regelt ook vervanging bij ziekte en verwerkt de gerealiseerde uren. Als de medewerkers niet uitkomen met de geïndiceerde tijd wordt er eerst gekeken of de zorg efficiënter geleverd kan worden. Als de uitbreiding goed onderbouwd kan worden wordt dit voorgelegd aan de bestuurder en een aanvraag gedaan voor ophoging van de indicatie.</p>	✓ Conform
<p>2.4 Zorg- en/of dienstverleningsovereenkomst</p> <p>Zorgovereenkomsten zijn ondertekend door de cliënt, evenals het zorgplan.</p>	✓ Conform
<p>2.5 Risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau</p> <p>Zie 2.7</p>	✓ Conform
<p>2.6 Zorgleefplan en afspraken</p> <p>Zie 2.7</p>	✓ Conform
<p>2.7 Uitvoering</p> <p>Uitvoering en evaluatie Wijkzorg:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De OMAHA systematiek wordt gebruikt voor het indiceren door de wijkverpleegkundige. Op basis hiervan wordt een zorgplan opgesteld;</li><li>• De methode voor het uitvoeren van de risico-inventarisatie is bepaald;</li><li>• Risico-inventarisaties op cliënt niveau zijn uitgevoerd;</li><li>• De doelen zijn SMART met bijpassende acties. Ook wordt er een toelichting gegeven.</li><li>• Er wordt gerapporteerd op de doelen. Voortgangsbolletjes in Nedap worden niet gebruikt;</li><li>• Coördinatie van zorg vindt plaats via rapportages en informeel overleg/evaluatiegesprekken. De planner heeft regelmatig contact met de client. Ook wordt er gebruik gemaakt van Carenzorgt;</li><li>• Voor de evaluatie van zorg wordt een vragenlijst gebruikt. De stand van zaken m.b.t. zorgdoelen wordt duidelijk;</li><li>• De organisatie heeft geen gegevensbestand van de resultaten van de individuele cliëntevaluaties. De onderbouwing is dat het gaat om een beperkt aantal cliënten;</li></ul> <p>De aantoonbaarheid van het methodisch handelen is stek verbeterd. Complimenten</p> <p>Zorgdossiers zijn getoetst op aanwezigheid (indien relevant):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zorglegitimatie/intake</li><li>• Zorgovereenkomst</li><li>• Arbo-check persoonlijke zorg en werkomgeving</li><li>• Risicosignalering zoals BEM</li><li>• AMO/Medicatie aftekenlijst</li><li>• ADL lijst</li><li>• Zorgplan (ondertekend/akkoord)</li><li>• Rapportage</li><li>• Evaluatie zorg en eindevaluatie</li><li>• Uitvoeringsverzoek</li><li>• Wilsverklaring</li><li>• MIC meldingen</li></ul> <p>ECD: Clientnummer 303, 306 en 517</p>	✓ Conform



### Rubriek 3: CHECK EN ACT: Meten, analyseren en verbeteren van het primaire proces

<p>3.1 Meting resultaten processen</p> <p>Indicatoren en procesuitkomsten zijn vastgesteld in het jaarplan. Uitkomsten worden gemonitord en zo nodig geanalyseerd en bijgestuurd.</p> <p>Bewijs: Evaluatie jaarplan/Kwartaalrapportage Q 2 2022 Managementreview 2021</p>	✓ Conform
<p>3.2 Ervaringen van cliënten</p> <p>Een klanttevredenheidsonderzoek wordt momenteel uitgevoerd voor zowel de wijkverpleging als huishoudelijke zorg door Qualizorg. De afrondende rapportage is in oktober gereed. PREM wordt jaarlijks herhaald. Via het privacyreglement en het toestemmingsformulier wordt toestemming gevraagd voor het uitwisselen van adres gegevens. De PREM is nog niet expliciet benoemd</p> <p>Bewijs: Mail m.b.t. uitvoeren PREM mei 2022 Privacyreglement</p>	✓ Conform
<p>3.3 Ervaringen van ketenpartners</p> <p>Niet beoordeeld</p>	✓ Conform
<p>3.4 Analyse</p> <p>Analyses zijn uitgevoerd naar aanleiding van de volgende metingen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Procesuitkomsten/doelen</li><li>o individuele cliëntevaluaties (steekproefsgewijs door de planner)</li><li>o ervaringen van cliënten</li><li>o meldingen</li><li>o klachten</li></ul>	✓ Conform
<p>3.5 Continue verbeteren</p> <p>Via kwartaalrapportages is het proces van continu verbeteren van uitkomsten en processen aantoonbaar</p> <p>Bewijs: Evaluatie jaarplan Q2</p>	✓ Conform

### Rubriek 4: De organisatie en haar kwaliteits-managementsysteem

<p>4.1 Het begrijpen van de organisatie en haar context.</p> <p>Context en stakeholders: Interne en externe factoren zijn bepaald die van invloed zijn op het bereiken van het doel van de organisatie. Dit is verder uitgewerkt via een SWOT analyse. Contextanalyse is een onderdeel van het meerjarenbeleid en wordt jaarlijks geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Stakeholders zijn benoemd waaronder b.v. ; Zorgverzekeraars, cliënten, vrijgevestigde huisartsen, personeel, vrijwilligers. Gemeente Edam/Volendam is toegevoegd aan het werkgebied</p> <p>Een cliëntenraad is aanwezig en vergadert formeel 1x per jaar. Tussentijds is er zo nodig contact en wordt de voorzitter geïnformeerd door de directie. Ook komt de cliëntenraad zelf met tussentijdse adviezen b.v. over het maken van een folder over het klachtenproces.</p> <p>De IGJ heeft de organisatie niet bezocht in de afgelopen periode. De gemeente wel. Er zijn een aantal aanbevelingen gedaan. De organisatie is zelf vrij om te bepalen wat ze er mee gaan doen.</p>	✓ Conform
--	-----------



Bewijs: Meerjarenbeleidsplan 2022-2024 met missie, visie, SWOT en prestatiegebieden Notulen cliëntenraad d.d. 2 maart 2022	
4.2 Het begrijpen van de behoeften en verwachtingen van klanten en stakeholders Zie 4.1	✓ Conform
4.3 Beleid Beleid: Meerjarenbeleid/ beleid is vastgesteld met missie/visie. Ook is er veiligheidsbeleid opgesteld. Vanuit het meerjarenbeleid wordt een jaarplan en prestatiegebieden vastgesteld. Monitoring en bijstelling van beleid vindt plaats via kwartaalrapportages  Bewijs: Meerjarenbeleid 2021-2023 en SWOT	✓ Conform
4.4 Processen van de organisatie Zie 4.5	✓ Conform
4.5 Omgaan met risico's en mogelijkheden. Risico's en kansen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Risico's en kansen zijn bepaald n.a.v. in- en externe factoren, eisen van klanten en stakeholders, beschikbare interne en externe middelen;</li><li>• Risico's zijn vastgesteld op strategisch niveau, tactisch niveau en operationeel niveau;</li><li>• Voorbeelden van risico's zijn:<ul style="list-style-type: none"><li>* Te weinig naamsbekendheid als werkgever en zorgaanbieder</li><li>* Kleine organisatie wordt beschouwd als een partij dat een beperkt aanbod heeft</li><li>* Er is geen WLZ contract. Hierdoor moet er PGB aangevraagd worden, wat een langdurig proces is. Organisatie kan hierdoor in liquiditeitsproblematiek komen.</li></ul></li></ul> Voorbeelden van kansen zijn: <ul style="list-style-type: none"><li>* Verwachte groei cliëntenaanbod vanwege meer lopende aanbestedingen</li><li>* Meedoen aan adviestafels van gemeenten</li><li>* Gespecialiseerd in extramurale zorgverlening</li></ul> Bewijs: Meerjarenbeleidsplan 2022-2024 (incl. SWOT)	✓ Conform
4.6 Leiderschap, cultuur en betrokkenheid. Leiderschap: De officemanager is formeel bestuurder geworden. Een HR medewerker en WMO coördinator is aangetrokken om de bestuurder te ontlasten. De organisatiestructuur is voortdurend onder de aandacht vanwege de groei en wensen vanuit het werkveld.  Governance is geregeld via een Raad van Commissarissen. Deze raad heeft 2 nieuwe leden. De RvC ondersteund de beide bestuurders en geven adviezen over b.v. de aanvraag WLZ en functioneringsgesprekken. 2x per jaar vindt er een formeel overleg plaats  Interne communicatie: Overleg Huishoudelijke zorg wordt na de zomer ingevoerd. DE Var is ingevoerd. Dit leidt al tot procesverbetering. Var leden volgen ook trainingen zoals fysieke werkhouding. De kennis wordt vervolgens weer gedeeld met medewerkers. Voortvloeiend uit het Var overleg heeft een leerling de zorgdossiers gecontroleerd op medicatielijsten/AMO's. Medewerkers moeten zelf alert zijn op actuele AMO's maar dit wordt periodiek gecontroleerd als borging  Bewijs: Organogram Notulen VAR 5 mei 2022	✓ Conform





<p>4.7 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen de organisatie</p> <p>Taken en bevoegdheden: De HBOV stagiaire sluit haar studie binnenkort af en zal ingezet worden als regieverpleegkundige</p>	✓ Conform
<p>4.8 Het plannen van veranderingen. Zie 4.14</p>	✓ Conform
<p>4.9 Kwaliteitsbeleid Zie 4.10</p>	✓ Conform
<p>4.10 Het bereiken van kwaliteitsdoelen.</p> <p>Kwaliteitsdoelen: Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdoelen zijn vastgesteld. Het beleid biedt een kader voor het vaststellen en beoordelen van doelstellingen. Doelstellingen zijn bijvoorbeeld op het gebied van:</p> <p>Uitkomsten van zorg- en dienstverlening:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Alle zorgdoelen zijn SMART geformuleerd</li><li><input type="checkbox"/> Er wordt consequent gerapporteerd op de zorgdoelen</li></ul> <p>Tevredenheid van cliënten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> De cliënttevredenheid is tenminste een 8.6</li></ul> <p>Tevredenheid van medewerkers</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Medewerkers waarderen de organisatie met tenminste een rapportcijfer 8,5.</li></ul> <p>Monitoring en bijstelling van beleid vindt plaats via Kwartaalevaluaties.</p> <p>Bewijs: Jaarplan 2022</p>	✓ Conform
<p>4.11 Afwijkingen en veilig melden.</p> <p>Afwijkingen en veilig melden: Procedure voor veilig melden is vastgesteld. Meldingen is een vast agendapunt in het werkoverleg. Het bevorderen van melden is opgenomen als doel in het jaarplan 2021 maar heeft nog niet het gewenste effect. Dit doel loopt door in 2022. Wel is het aantal meldingen inmiddels gestegen naar 5 in het 1e deel van 2022. Via een check op de zorgdossiers wordt getoetst of er geen meldingen gemist zijn.</p> <p>Klachten: Klachten procedure is aanwezig. Tijdens de intake wordt de klachtenprocedure met de client doorgenomen. Er waren geen formele klachten. Informele opmerkingen/klachten worden door medewerkers opgepakt.</p> <p>Bewijs: Managementreview 2021</p>	✓ Conform
<p>4.12 Monitoren en meten</p> <p>Monitoren en meten vindt plaats via kwartaalrapportages en een afsluiting via een managementreview. Dit is aantoonbaar in diverse registraties IGJ of andere inspecties zoals IJZ, IVJ of Inspectie Kinderopvang GGD hebben niet plaatsgevonden inde afgelopen periode</p> <p>Bewijs: Kwartaalrapportage Q1 en 2 2022 Managementreview 2021</p>	✓ Conform



4.13 Analyse en evaluatie. Zie 4.12	✓ Conform
4.14 Verbeteren Management van wijzigingen (Correctieve-, preventieve maatregelen en continu verbeteren): Via beleid/jaarplandoelen of verbeterplannen worden wijzigingen geïmplementeerd Processen worden gemonitord en bijgesteld via kwartaalrapportages.	✓ Conform
4.15 Het KMS als middel en instrument om de organisatie te sturen en te verbeteren. Status KMS (Status qua effectiviteit, beheersing, verbeteringen en instrument om te sturen): KMS is geïmplementeerd en onderhouden en wordt zo nodig verbeterd. Een jaarplanning borgt mede de uitvoering van het KMS.	✓ Conform
4.16 Interne audit Interne audits en PDCA: Interne audits worden jaarlijks uitgevoerd binnen alle organisatieonderdelen. De gehele norm wordt dan getoetst door een extern adviesbureau. Auditrapportage is aantoonbaar. Opvolging wordt bewaakt door de bestuurder. Acties worden gepland in haar eigen to do lijst. De beoordeling op effectiviteit vindt plaats tijdens de opvolgende interne audit. Er is tijdens de interne audit extra aandacht besteed aan de zorgdossiers n.a.v. de tekortkomingen vorig jaar  Bewijs: Interne auditrapportage 27 juli 2022	✓ Conform
4.17 Directie- beoordeling Directiebeoordeling: Directiebeoordeling is uitgevoerd conform de normeis;. De interne audits zijn nog niet opgenomen in de managementreview Maatregelen en besluiten zijn genomen om processen en het kwaliteitssysteem te verbeteren bijvoorbeeld: het inzetten van een recruitment bureau om de continuïteit van zorg te waarborgen, het aannemen van een HR medewerker en WMO coördinator. Vanaf februari 2022 gaat er een student Communicatie en Multimedia design stage lopen. Zij zal de medewerkers één op één interviewen i.p.v. een MTO.  Bewijs: Managementreview 2021	✓ Conform

## Rubriek 5: Personeelsbeleid, competenties en kennis

5.1 Personeelsbeleid Het personeelsbeleid en doelstellingen zijn vastgesteld in het jaarplan 2022.  Voorbeelden van doelen zijn: * Het personeelsbestand is qua omvang dusdanig dat voldaan kan worden aan de groeidoelstellingen met als actie: Een externe partij zal ingehuurd worden om te werken aan de Employer Branding. Het doel is duurzame inzetbaarheid en het verminderen van verloop.  * Het ongewenst personeelsverloop is maximaal 5% met als actie Er wordt elk kwartaal besproken welke middelen ingezet kunnen worden om de medewerkers te binden en te blijven boeien aan de organisatie.  *Het ziekteverzuim percentage is lager dan het landelijk gemiddelde van 7%. met als actie: Er wordt tijdens telefoongesprekken, die maandelijks plaatsvinden door onder andere de planner, informeel gevraagd hoe het gaat om knelpunten tijdig te signaleren en hierop te anticiperen. Het management gaat zich oriënteren naar cursussen in	✓ Conform
---	-----------



verzuimpreventie.  MTO wordt binnenkort weer uitgevoerd. personele wisselingen zijn de resultaten moeilijk te vergelijken. Er wordt niet gewerkt met ZZP'ers in de zorg	
<b>5.2 Competenties en kennis</b> De organisatie toetst jaarlijks via een praktijktoets of de medewerker voldoende kennis heeft en de handeling beheerst en neemt dit op in een overzicht in het personeelsdossier. Bij de toets zijn de geldende Vilans protocollen leidend.  Per functie zijn voorbehouden handelingen vastgesteld; Criteria bij de beoordeling van bekwaamheid zijn o.a.: <ul style="list-style-type: none"><li>o medewerker werkt volgens vastgestelde protocollen</li><li>o de (voorbehouden) handeling is minimaal eenmaal in het laatste jaar uitgevoerd</li><li>o de medewerker acht zich zelf bevoegd en bekwaam de (voorbehouden) handeling te verrichten</li></ul> Een praktijkbegeleider is aangesteld. Deze verpleegkundige heeft een coachende rol m.b.t. leerlingen en medewerkers en kan gevraagd en ongevraagd advies geven.  In het najaar gaan er trainingen gegeven worden voor specifieke verpleegkundige handelingen zoals pompen en Pic lijn. De verzorgende volgt op dit moment een aanvullende opleiding m.b.t. voorbehouden handelingen.  Leerlingen worden begeleid door een praktijkbegeleider. De POP vanuit school is leidend. Als leerlingen de theorie hebben gehad mogen ze ook de handelingen in de praktijk uitvoeren. In eerste instantie onder begeleiding en bij voldoende bekwaamheid ook alleen. BOL leerlingen zijn altijd boventallig. BBL leerlingen worden ingezet n.a.v. hun voortgang op school en in de praktijk. Na elke route of naar behoefte wordt een evaluatiegesprek uitgevoerd. Er wordt niet alleen op technische kennis en uitvoering gestuurd maar ook op attitude en professionele houding. In 2021 zijn er 4 leerling afgestudeerd. in 2022 straten er weer 2  Bewijs; Bekwaamheid E.R verzorgende Bekwaamheid E.S verpleegkundige Opleidingsplan 2021/2022	✓ Conform
<b>5.3 Kwaliteits- bewustzijn</b> Niet specifiek getoetst	✓ Conform
<b>5.4 Nieuwe medewerkers</b> Niet beoordeeld	✓ Conform
<b>5.5 Veiligheid medewerkers</b> Zie 7.1	✓ Conform
<b>5.6 Oordeel medewerkers</b> Niet beoordeeld	✓ Conform
<b>5.7 Functionerings- en beoordelingsgesprekken</b> Functioneringsgesprekken worden nog niet gehouden. De directie komt hier niet aan toe. Binnenkort start een HR medewerker die het HRM deel onder haar hoede zal nemen. Ook zal er dan gekeken worden naar de systematiek van functioneringsgesprekken. De RvC is om advies gevraagd. De directie wil toe naar een meer eigentijdse wijze van gespreksvoering.	✓ Conform
<b>5.8 Analyseren</b> Zie 4.12	✓ Conform



5.9 Continue verbeteren Zie 4.14	✓ Conform
-------------------------------------	-----------

## Rubriek 6: Actueel houden en vernieuwen van zorg- en dienstverlening

6.1 Inventariseren van ontwikkelingen De directie volgt ontwikkelingen op het terrein van wet- en regelgeving door een abonnement op Vilans protocollen en aansluiting bij brancheverenigingen zoals SPOT. Daarnaast maakt de organisatie gebruik van de diensten van Adcase en wordt een adviseur ingehuurd voor b.v. de interne audits: Een contextanalyse maakt onderdeel uit van het meerjarenbeleid en geeft een beeld van de dynamiek binnen en in de naaste omgeving van de organisatie.  Ontwikkelingen worden zo nodig uitgewerkt in het jaarplan.	✓ Conform
---	-----------

6.2 Analyse van ontwikkelingen Zie 6.1	✓ Conform
---	-----------

6.3 Verbeteren van zorg- en dienstverlening Zorgbureau Endless heeft een eigen werkmethode in de huishoudelijke zorg met o.a. het vaststellen van doelen. In de gemeente Edam wordt een pilot gedraaid om begeleidingsaspecten op een kostenvriendelijke manier in te vlechten binnen de huishoudelijke zorg. De werkmethode van Zorgbureau Endless sluit hier goed bij aan. Hierbij voert een SPH'er de intake uit en maakt een zorgplan op. HV medewerkers voeren de taken uit en de SPH'er monitort de zorgbehoefte. Met nog een collega zorgorganisatie neemt Zorgbureau Endless deel aan de pilot.	✓ Conform
--	-----------

6.4 Het actualiseren en verbeteren van bestaande zorg- en dienstverlening. Zie 6.1	✓ Conform
---	-----------

6.5 Het invoeren van bestaande zorg- en dienstverlening Zie 6.1	✓ Conform
--	-----------

6.6 Ontwikkelen van nieuwe zorg- of dienstverlening.	- Niet van toepassing
--	-----------------------

## Rubriek 7: Omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen

7.1 Bepalen van eisen voor omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen. Cliëntenzorg wordt bij de cliënten thuis geleverd; Beoordeling van de verhuurder van het kantoorpand vindt structureel plaats. De organisatie beschikt over een calamiteitenplan. ARBO RI&E voor de nieuwe locatie is nog niet uitgevoerd. De bestuurder gaat eerst een training volgen.  Kritische apparatuur/uitrusting is niet in beheer van Zorgbureau Endless. De cliënt is verantwoordelijk voor bestelling van hygiënemateriaal (m.n. handschoenen). Opslag van medicatie vindt onder de verantwoordelijkheid van de client plaats bij de client thuis. Een aantal cliënten heeft de afspraak met Zorgbureau Endless, dat de medewerkers de beschikking hebben over een sleutel van de woning. Deze sleutel is opgeborgen in een "kluisje" naast de deur van de woning. Dit "kluisje" kan alleen geopend worden met een toegangscode.	✓ Conform
--	-----------

7.2 Beheersing van monitorings- en meetuitrustingen. zie 7.1	✓ Conform
---	-----------

## Rubriek 8: Inkoop en uitbesteding

8.1 Bepalen eisen voor inkoop en uitbesteding.	✓ Conform
--	-----------



Leveranciersbeoordeling is uitgevoerd. Opvolging is aantoonbaar b.v. de overstap van Zorg Thuis naar SPOT. Er wordt zeer beperkt gebruikt gemaakt van ZZP'ers. Alleen om b.v. medewerkers te toetsen. Deze medewerker is niet opgenomen in de leveranciersbeoordeling. Gezien de zeer beperkt inzet is dit geaccepteerd door de auditor.  Bewijs: leveranciersbeoordeling 2022	
---	--

## Rubriek 9: Gedocumenteerde informatie

9.1 Algemeen Noodzakelijke documentatie is vastgesteld. Hierbij worden kwaliteitsregistraties onderscheiden van andere documenten. Geëiste documentatie vanuit deze norm is aanwezig. Documenten zijn actueel, goedgekeurd/ vastgesteld, herkenbaar, terug te vinden en voldoende beveiligd. Er zijn afspraken gemaakt over wijziging, goedkeuring (door directie), toegang en versiebeheer. Documenten worden jaarlijks geëvalueerd. Q-link borgt dit proces via reminders.	✓ Conform
9.2 Ontwikkelen en actualiseren. Zie 9.1	✓ Conform
9.3 Beheersing van de gedocumenteerde informatie Zie 9.1	✓ Conform
9.4 Beheersing van de registraties zie 9.1	✓ Conform