

## certificaat vernieuwing

Rapport voor:

# Stichting Gehandicaptenzorg

<b>LRQA referentie:</b>	RQA0932146 / 4992874
<b>Assessmentdata:</b>	12-juli-2022 - 15-juli-2022
<b>Rapportagedatum:</b>	31-augustus-2022
<b>Adres:</b>	Havikstraat 18,Sittard 6135 ED,NL
<b>Assessmentcriteria:</b>	HKZ Gehandicaptenzorg (2019)
<b>Assessmentteam:</b>	Guido Driessen Rene Tollenaar
<b>LRQA kantoor:</b>	RQA The Netherlands OU

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

## Inhoud

### Bladzijde

01. Managementsamenvatting	3
02. Assessmentconstatering	5
03. Assessmentsamenvatting	10
04. Details volgend bezoek	24
05. Goedkeuringsdetails	25
06. Wijzigingen van certificatiegegevens	26
07. Bijlage	27

### Bijlagen:

RQA0932146\_APP\_RC\_SGL\_040522\_GUD.doc  
20220711 RQA0932146\_AP\_SV1-2023\_GUD.docx  
20220711 RQA0932146\_AP\_HERCER-SGL\_2022 DEF.docx  
RQA0932146\_MJFversion2.doc  
RQA0932146\_CIN.doc

### Dit rapport is besproken met en geaccepteerd door:

**Naam:** Lidy Evenhuis

**Functie:** Bestuurder

## 01. Managementsamenvatting

### Assessmentresultaat:

Op basis van de resultaten van de audit beveelt het Audit Team HKZ Gehandicaptenzorg (2019) certificatie aan voor Stichting Gehandicaptenzorg op basis van de overeengekomen scope.

De organisatie is gericht op continu verbeteren om te kunnen voldoen aan de eisen en wensen die klanten stellen. De organisatie voldoet aan de eisen van de norm binnen het onderwerp /thema van dit bezoek.

Over voordracht: Er zijn 2 geconstateerde Minor NC's en geen Major NC's (zie constateringstabel). Minor NC's worden opgepakt door HR en facilitair management, voorlopig plan per Minor NC wordt opgesteld, er is vertrouwen dat de opgestelde plannen van aanpak zullen leiden tot borging van de relevante processen. Een openstaande Minor NC is gesloten. Opvolging zal plaats vinden in december 2022. De organisatie wordt met vertrouwen voorgedragen voor hercertificatie.

De scope is niet inhoudelijk, doch slechts tekstueel aangepast, geografische limitering is wel toegevoegd, dit kwam niet voort uit wijzigingen in 'verzorgingsgebied' maar eisen vanuit norm. De wijziging heeft overigens geen invloed processen en/of mandagen, zie ook MJF. Deze input ten aanzien van de scope was al in het verslag van het focusbezoek opgenomen doch was niet opgenomen in de jobnote voor dit bezoek.

Aan de eisen voor multi-site certificering, zoals verwoord in IAF Mandatory Document MD01, wordt voldaan. De organisatie heeft één gemeenschappelijk (kwaliteits)managementsysteem. Er is een centrale functie met beslissingsbevoegdheid ten aanzien van het definiëren, implementeren en onderhouden van dit gemeenschappelijk managementsysteem. De centrale functie is verantwoordelijk voor het verzamelen en analyseren van data van alle vestigingen en is aantoonbaar bevoegd tot het initiëren van veranderingen met betrekking tot de organisatie en haar managementsysteem. Er wordt centraal een management review uitgevoerd en alle vestigingen zijn opgenomen in het centrale interne auditprogramma.

De Lead Auditor bevestigt hierbij dat de contractafspraken voor HKZ Gehandicaptenzorg (2019) correct zijn. Dit geldt ook voor veranderingen die het gevolg zijn van de resultaten van de Fase 1 audit (inclusief veranderingen in de scope van de audit, duur van de Fase 2 audit en de duur van volgende surveillance audits).

### Continu verbeteren:

De organisatie is in staat om te voldoen aan de eisen vanuit de norm waartegen is getoetst, de eisen vanuit haar eigen managementsysteem en de eisen die door cliënten/belanghebbenden en wet- en regelgeving worden gesteld. De organisatie is gericht op verbetering van de cliënttevredenheid. Gehanteerde instrumenten betreft DVIE, de respons is goed en het resultaat is naar tevredenheid, zie verder procesblok. Aan de hand van het meerjarenbeleid en jaarplannen werkt de organisatie aan de realisatie van haar beleid, doelstellingen en relevante prestatie indicatoren. Monitoring van de voortgang vindt systematisch plaats. Organisatie-risico's zijn geadresseerd en waar nodig voorzien van beheersmaatregelen om ononderbroken levering van producten en diensten te garanderen.

Het managementsysteem genereert zinvolle en betrouwbare informatie op basis waarvan de organisatie op feiten gebaseerde beslissingen kan nemen en kan gebruiken voor het identificeren en initiëren van verbeteringen.

Positieve punten van de bedrijfsvoering en voorbeelden van klantgerichte verbeteringen zijn:

- Fundament van de strategische koers is geland in de organisatie.
- Optimalisatie vrijwilligersbeleid.

- Ondersteuning controllers.
- Streven naar digitaal platform voor alle partijen.
- Ambtie op het vlak van expertise en vakmanschap.
- Gedegen KMS en PDCA.
- Adequate wijze van oppakken openstaande Minor NC.

Aan de eisen voor multi-site certificering wordt voldaan. De organisatie heeft één gemeenschappelijk (kwaliteits) managementsysteem. Er is een centrale functie met beslissingsbevoegdheid ten aanzien van het definiëren, implementeren en onderhouden van dit gemeenschappelijk managementsysteem. De centrale functie is verantwoordelijk voor het verzamelen en analyseren van data van alle vestigingen en is aantoonbaar bevoegd tot het initiëren van veranderingen met betrekking tot de organisatie en haar managementsysteem. Er wordt centraal een management review uitgevoerd en alle vestigingen zijn opgenomen in het centrale interne auditprogramma.



### **Aandachtsgebieden voor het senior management:**

Minor NC's. Minor NC 4992874\_SBCRTW01 gegradeerd als Minor NC gezien de rest van de steekproef wel op orde was.

HR beleid en opleidingsbeleid.

Sturingsinformatie vanuit overzicht te behalen resultaten en jaarplannen, Doelen, acties en indicatoren zijn niet altijd scherp geformuleerd. Criteria evaluatie liggen ook op dit vlak.

BHV aspecten zoals geen stikking en/of controle op evacuatiestoel op locatie Vlinderhuis, geen spijkervast ontruimingsplan in ontmoetingsruimte en geen volledige vluchtroute (vanuit crearuimte Baarlo. Ongekeurde blusser op locatie AC Heerlen.

## 02. Assessmentconstateringen

Indien de eisen voor een specifieke norm afwijken van onderstaande algemene definitie dan prefereren de schema specifieke definities.

### Major Nonconformity

De afwezigheid van, of het niet implementeren en onderhouden van één of meer managementsysteemelementen, of een situatie die, op basis van beschikbaar objectief bewijs, kan resulteren in het ontstaan van gerede twijfel dat het management het volgende kan bereiken: het beleid, doelstellingen of publieke toezeggingen van de organisatie; naleving van toepasselijke wet- en regelgeving; overeenstemming geldende klanteneisen; overeenstemming vastgestelde auditcriteria.

### Minor Nonconformity

Een bevinding die wijst op een zwakte in het geïmplementeerde en onderhouden systeem, die geen significante impact heeft op de werking van het managementsysteem of een risico vormt voor het behalen van systeemprestaties, maar wel geadresseerd moet worden om de toekomstige werking van het systeem te borgen.

<b>Referentienummer</b>	3919818_SBCGDZ01	<b>Assessmentcriteria (paragraaf)</b>	HKZ Gehandicaptenzorg (2019) ( 4.16.1 )
<b>Gradatie</b>	Minor	<b>Datum</b>	04-mei-2022
<b>Status</b>	Gesloten	<b>Proces / Aspect</b>	Auditplanning
<b>Locatie(s)</b>	Havikstraat 18,Sittard,NL::Stichting Gehandicaptenzorg Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Parkstad Haviksstraat 18,Sittard,NL::Cluster Actief		
<b>Tekortkoming</b>	Het proces rondom audits heeft het aspect om de eisen van de norm mee te nemen voor toetsing niet zichtbaar meegenomen in de eigen planning. Hierdoor bestaat het risico dat men niet voldoet aan alle eisen van de getoetste norm.		
<b>Eis</b>	4.16.1 De organisatie voert met vooraf vastgestelde frequentie interne audits uit om vast te stellen of: a) de organisatie voldoet aan haar eigen eisen; b) de organisatie voldoet aan de eisen van deze norm; c) het KMS doelmatig geïmplementeerd en onderhouden wordt zodat voldaan wordt. aan de bovengenoemde eisen.		
<b>Bewijs</b>	Auditplanning in Excel en uitlatingen audits.		
<b>Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn</b>	De organisatie maakt een plan van aanpak waarin opgenomen: Het tijdstraject met de volgende aspecten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het vaststellen van de oorzaak (analyse middels vastgestelde methodiek uitgevoerd).</li> <li>• Correcties (herstellen tekortkoming) en corrigerende maatregelen toepassen om de oorz(a)ak(en) weg te nemen (voorkomen dat het weer gebeurt).</li> <li>• Effectiviteit van de genomen maatregelen toetsen middels een geplande evaluatie.</li> </ul> <p>Opvolging zal plaats vinden middels de komende hercertificering.</p>		

<b>Correctie</b>	Hercer120722GUD: Plan is gevolgd om auditplanning op te stellen.	
<b>Oorzaakanalyse</b>	Hercer120722GUD: Interpretatie van de norm.	
<b>Corrigerende maatregel</b>	Hercer120722GUD: Plan is gevolgd, Auditplan is opgesteld met referentie naar de norm, proces zal worden gevolgd/geëvalueerd in de reguliere systeembeoordeling. Het proces is geborgd binnen het eigen systeem. Men voldoet aan de eisen van de norm op dit vlak, derhalve wordt de Minor NC gesloten.	
<b>De implementatie van genomen maatregel(en) is door LRQA gecontroleerd en beoordeeld.</b>	<b>Sluitingsdatum</b>	22-juli-2022

<b>Referentienummer</b>	4992874_SBCRTW01	<b>Assessmentcriteria (paragraaf)</b>	HKZ Gehandicaptenzorg (2019) ( 1.1.2 )
<b>Gradatie</b>	Minor	<b>Datum</b>	15-juli-2022
<b>Status</b>	Nieuw	<b>Proces / Aspect</b>	Voedselveiligheid
<b>Locatie(s)</b>	Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Maastricht Heuvelland		
<b>Tekortkoming</b>	Het voedselveiligheidssysteem op locatie AC Maastricht is niet effectief.		
<b>Eis</b>	<p>1.1.2 De organisatie bepaalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. de volgorde van en interactie tussen deze processen;</li> <li>b. de criteria en methodes (waaronder metingen en relevante indicatoren) die nodig zijn om de processen te controleren en hun doeltreffendheid te garanderen;</li> <li>c. de beschikbaarheid van de benodigde middelen;</li> <li>d. de verantwoordelijkheden en bevoegdheden;</li> <li>e. de risico's en mogelijkheden.</li> </ul>		
<b>Bewijs</b>	<p>De HACCP controlelijsten zijn sinds 4 juli 2022 niet meer ingevuld. De temperatuur meter op de diepvries geeft een E code aan. Een handleiding c.q. codeoverzicht is niet voorhanden.</p> <p>De gesproken medewerkers kunnen niet aangeven hoe te handelen bij afwijking van de temperatuur</p> <p>In een koelkast geeft de thermometer 15 graden Celsius aan.</p>		
<b>Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn</b>	<p>De organisatie maakt een plan van aanpak waarin opgenomen: Het tijdstraject met de volgende aspecten:</p> <p>Het vaststellen van de oorzaak (analyse middels vastgestelde methodiek uitgevoerd).</p> <p>Correcties (herstellen tekortkoming) en corrigerende maatregelen toepassen om de oorz(a)ak(en) weg te nemen (voorkomen dat het weer gebeurt).</p> <p>Effectiviteit van de genomen maatregelen toetsen middels een geplande evaluatie.</p> <p>Opvolging zal plaats vinden middels een remote beoordeling (beoordeling op afstand gedurende 2 uur) op 22-12-22</p>		
<b>Correctie</b>			
<b>Oorzaakanalyse</b>			
<b>Corrigerende maatregel</b>			
<b>De implementatie van genomen maatregel(en) is door LRQA gecontroleerd en beoordeeld.</b>	<b>Sluitingsdatum</b>		

<b>Referentienummer</b>	4992874_SBCGDZ01	<b>Assessmentcriteria (paragraaf)</b>	HKZ Gehandicaptenzorg (2019) ( 5.8.1 )
<b>Gradatie</b>	Minor	<b>Datum</b>	12-juli-2022
<b>Status</b>	Nieuw	<b>Proces / Aspect</b>	Evaluatie beleid
<b>Locatie(s)</b>	Havikstraat 18,Sittard,NL::Stichting Gehandicaptenzorg		
<b>Tekortkoming</b>	Het proces van evaluatie van het HR beleid is niet geborgd binnen het eigen systeem, analyse van exitgesprekken vindt niet plaats. De organisatie loopt hiermee het risico dat beleid en doelstellingen niet worden bereikt.		
<b>Eis</b>	<p>5.8 Analyseren</p> <p>5.8.1 De organisatie analyseert periodiek het personeelsbeleid aan de hand van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. de functioneringsgesprekken (en eventueel beoordelingsgesprekken);</li> <li>b. de doeltreffendheid van de deskundigheidsbevorderende maatregelen;</li> <li>c. de opleidings- en bijscholingsbehoefte en/of -noodzaak van medewerkers;</li> <li>d. de resultaten van de analyse van toetsing van professioneel handelen (3.4);</li> <li>e. het oordeel van medewerkers;</li> <li>f. de uitkomsten van de exitgesprekken;</li> <li>g. de klachten van medewerkers;</li> <li>h. de ervaringen met betrekking tot een gezonde en veilige werkomgeving.</li> </ul>		
<b>Bewijs</b>	Uitspraken HR manager.		
<b>Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn</b>	<p>De organisatie (HR manager) maakt een plan van aanpak waarin opgenomen:</p> <p>Het tijdstraject met de volgende aspecten:</p> <p>Het vaststellen van de oorzaak (analyse middels vastgestelde methodiek uitgevoerd).</p> <p>Correcties (herstellen tekortkoming) en corrigerende maatregelen toepassen om de oorz(a)ak(en) weg te nemen (voorkomen dat het weer gebeurt).</p> <p>Effectiviteit van de genomen maatregelen toetsen middels een</p>		



<b>Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn</b>	geplande evaluatie. Opvolging zal plaats vinden middels een remote beoordeling (beoordeling op afstand gedurende 2 uur op 221222.	
<b>Correctie</b>		
<b>Oorzaakanalyse</b>		
<b>Corrigerende maatregel</b>		
<b>De implementatie van genomen maatregel(en) is door LRQA gecontroleerd en beoordeeld.</b>	<b>Sluitingsdatum</b>	

### 03. Assessmentsamenvatting

#### **Algemene doelstellingen voor dit bezoek:**

Dit was een certificaat vernieuwing audit, uitgevoerd op basis van de doelstellingen zoals eerder aan de klant meegedeeld. De doelstellingen van het volgende bezoek, inclusief van toepassing zijnde bezoeks specifieke doelstellingen (thema/focus), zijn bevestigd in het auditprogramma/plan, dat is bijgevoegd bij dit rapport.

#### **Aanwezig tijdens de Openings- en Sluitingsvergadering:**

De openingsvergadering is bijgewoond door: Bestuurder (Lidy Evenhuis), Strategische beleidsadviseur (Yvonne Hellegers).

Besproken is de planning en de scope van het bezoek.

De sluitingsvergadering is bijgewoond door: Strategische beleidsadviseur (Yvonne Hellegers); vervanging bestuur. Besproken is het resultaat van de audit.

#### **Specifieke doelstelling voor dit bezoek:**

Wat is voor jou eigen regie?

#### **Inleiding:**

De rubriek 6.6 van het certificatieschema is gemotiveerd niet van toepassing voor certificatie ( zie planningstabel). De organisatie ontwikkelt zelf geen nieuwe zorgproducten, vernieuwing vindt plaats door actualisatie en verbetering van bestaande zorg- en dienstverlening of het implementeren van bestaande methoden die nieuw zijn voor de organisatie.

Afspraken m.b.t. het logogebruik / verwijzing naar het 'gecertificeerd zijn', zijn bekend. Er zijn geen bijzonderheden waargenomen. Uit interviews en inzage in documenten, registraties en uit observaties is inzage verkregen in onderzochte processen. Gebleken is dat de onderzochte primaire en ondersteunende processen m.u.v. twee geconstateerde NC's beheerst en op planmatige wijze worden uitgevoerd. Opvolging zal plaats vinden middels een remote beoordeling (beoordeling op afstand gedurende 2 uur op 221222. Daar waar er in deze rapportage aandachtsgebieden zijn benoemd is door lead auditor vastgesteld dat voldaan wordt aan de eisen van de norm. Aandachtsgebieden zijn derhalve mogelijkheden om processen te verbeteren. De organisatie heeft sinds de laatste audit geen bezoeken van bevoegd gezag ( w.o. IGJ) gehad, calamiteiten zijn niet gemeld. Processen lopen conform afspraken.

Dit bezoek is tevens gebruikt om concreet de vervolgspraak, (APP en AP) te plannen. Het auditprogramma is uitgevoerd als van te voren is opgesteld, de rapportage is opgesteld op hoofdlijnen. Deze werkwijze heeft binnen de reikwijdte van deze audit geleid tot voldoende inzicht in de werking van het managementsysteem van de organisatie.

<b>Assessment van:</b>	Beleid, systeem, HR, Communicatie, Minor NC, HR	<b>Assessor:</b>	Guido Driessen
<b>Auditee(s):</b>	Bestuurder, senior beleidsadviseur, beleidsadviseur, manager HR, HR adviseur Bestuurder, senior beleidsadviseur, beleidsadviseur, manager HR, HR adviseur, senior communicatie adviseur, bestuurs-secretaris.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Beleid, strategie, PDCA, tertiaal, sturing, Minor NC op auditplanning, overgang HKZ Z&W, ziekteverzuim, strategische kaders, Documentbeheerssysteem, processen op F&C, gelijkwaardigheid, zorgtechnologie, kanteling, WLZ, WMO, ECD Pluriform, werkplannen en triaalplannen, auditplanning, uitbreiding team, dialoog in audits, dossierdiensten, MIC, RAI, follow up audits, 2022-07-11\_SGL\_Zomerboekje2022\_A5\_strategische koers\_Digitaal, 20201215 Presentatie SGL, 20210915 Herijking strategische risico's, Arbo in SGL; beleidsnotitie (Versie 9), Directiebeoordeling 2021 v4, Eindrapportage - Cliëntdossier&Werkprive, format 2e kwartaalrapportage incidentmeldingen WBC Heerlen, Het kompas van SGL - onze nieuwe strategische koers, Intern auditplan 2022-2024, Kwaliteitsrapport 2021\_220601 DEF, kwartaalrapportage incidentmeldingen locatie AC de Maashorst, Memo jaarrapportage MIC commissie 2021, Memo Jaarrapportage RAI commissie 2021, Opleidingsbeleid en -strategie 2019 (Versie 1), Risicomanagement, Vrijwilligersbeleid SGL; beleidsnotitie (Versie 3), Werkplan 2e triaal 2022 HR c.a., 1.6.2022. Youforce. Overzicht te behalen resultaten 2022 - update 2022.05.18, kompas strategische koers definitief beeldscherm, 220331 vooruitblik 2022, M20220753\_SGL\_Zomerboekje2022\_A5\_strategische koers\_Digitaal.

### Evaluatie en conclusies:

De bovenstaande processen en documenten zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Er is binnen HR een kritische afwijking geconstateerd. Verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd.

Enkele bijzonderheden:

Men gaat zich meer richten op daadwerkelijke ondersteuning van het primaire proces (voowaardescheppend). Zelforganisatie krijgt steeds meer zijn plek, dit 'pad' heeft tijd nodig met kaders, PDCA en richting is zichtbaar. Op het gebied van risicomanagement maakt men gebruik van het model van Fine en Kinney, Risico's betreffen: krapte op de arbeidsmarkt, hoog ziekteverzuim, onvoldoende kennis en kunde deskundigheid NAH, positionering experrol, huisvesting, technologie, vervoer, financiering en aanbesteding WMO, PDCA is zichtbaar op dit vlak. Het kompas van de organisatie met de nieuwe strategie, eigen regie en expertise als pijlers geeft richting aan de doelen en plannen voor de organisatie, PDCA is zichtbaar en proces is geborgd, men voldoet aan de norm. De gezamenlijke reis maakt men met cliënten, medewerkers, naasten en vrijwilligers. Eigen regie staat centraal, men gaat aan de slag met een gezamenlijk (digitaal) platform. Processen op F&C worden herschreven. Het documentbeheerssysteem wordt vereenvoudigd. Externe gerichtheid is in allerlei opzichten zichtbaar, PDCA en proces is geborgd binnen het systeem.

Monitoring en support cyclus wordt/is ingericht. Oordeel, beeldvorming en besluit vindt zichtbaar plaats binnen het MT. PDCA op sturing beleid komt terug in bilateraal ten aanzien van het voortgang op triaalplan.

Interne audits zijn nu meer gepland op de norm. Er is een teamuitbreiding geweest. Kennis is aangebracht, men

voldoet aan de eisen van de norm. Minor NC wordt gesloten. Deskundigheid (Q academie) met betrekking tot auditing is aangebracht. Procesoptimalisatie is zichtbaar in de planning en de wijze van opvolging. Proces en output evaluatie audits komt ter sprake op beleidsdag na de zomer. Binnen HR is proces ziekteverzuim en arbeidsmarkt toegelicht. Proces vakmanschap en duurzame inzetbaarheid is geborgd.

Steekproef personeelsdossiers zijn vanuit steekproef op orde, men voldoet zichtbaar aan de gestelde eisen en wetgeving.

Tertiaalplan is opgesteld voor HR aan de hand van de kapstokthema's.

Het opleidingsbeleid is gerelateerd aan het meerjarenbeleidsplan en een onderdeel van het strategisch HRMbeleid.

Het werkplan 2e triaal HR laat meetbare doelstellingen zien. Meer vraaggericht en minder aanbodgericht is van belang. Proces is geborgd. Het vrijwilligersbeleid SGL is vastgelegd. Men voldoet op dit vlak aan normeisen. PDCA personeelsbeleid dient men in overeenstemming te brengen met de normeis (zie tabel voor Minor NC).

Proces communicatie (dag3):

De afdeling communicatie zet met een relatief klein team veel producten en formats neer. Het neerzetten en vastleggen van de strategische koers is goed gelukt (in dialoog en samenspraak). De uitdaging zat in de doorvertaling. De zomereditie in A5 of A4 is opgemaakt. Profielen rondom interne informatievoorziening zijn beschikbaar. Een digitaal platform wordt nog gemist. We missen een digitaal platform Er is een onderzoek geweest rondom behoeftes op dit voornoemde gebied. Rondom behoeftes zijn persona's aangemaakt. Component gedrag (studie gevolgd) in relatie tot communicatie. Daar komt een traject op. Er is veel ontwikkeling. In het kader van zelfsturing, Docufiller wordt uitgerold. Men heeft een doorkijk naar de zomer gemaakt. Arbeidsmarkt communicatie/EmployerBrand is toegelicht. Getoetste processen zijn geborgd binnen afdeling communicatie, men voldoet aan normeisen en de eigen eisen.

### **Aandachtsgebieden:**

Vergewisplicht wordt niet gehanteerd ondanks verplichting. Men gaat dit op korte termijn uitzoeken en oppakken, organisatie is zeer verbeteringsgericht vandaar geen NC.

Minor NC ten aanzien van evaluatie personeelsbeleid, zie tabel.

Men ziet verbetermogelijkheden voor LMS.

Update opleidingsbeleid lijkt noodzakelijk.

Zijn er indicatoren bepaald om de mate van gelijkwaardigheid (is nog een dingetje) te meten?

<b>Assessment van:</b>	Medezeggenschap (OR)	<b>Assessor:</b>	Guido Driessen
<b>Auditee(s):</b>	OR lid		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Vertegewoordiging, bezetting, verslaglegging, achterban, klankbordgroep, platforms, studiedagen, artikel 24, vergaderstructuur, klokkenluidersregeling, congres OR.

### Evaluatie en conclusies:

De bovenstaande processen en documenten zijn steekproefsgewijs beoordeeld. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

Algemeen: Werving, bezetting en bereiken achterban blijft een uitdaging. Het laatste jaar was er veel wisseling.

Men gaat aan de gang met het aanbrenge van meer diepgang en efficiency. Procesoptimalisatie is zichtbaar.

Men beschikt op elke locatie over een aanspreekpunt. Proces platformoverleg is toegelicht.

Overleg en samenwerking met bestuur ervaart men als positief, ondersteuning is op orde.

### Aandachtsgebieden:

Werving, bezetting en bereiken achterban, daadkracht en verdieping.

<b>Assessment van:</b>	Management, ondersteuning, primaire processen (locatie WBC Kerkrade en AC Heerlen)	<b>Assessor:</b>	Guido Driessen
<b>Auditee(s):</b>	Teamleiders, begeleider wonen, begeleider dagbesteding, vrijwilliger.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Beleid, primaire proces, dossiers, PDCA, Bitool, regelruimte, eigen regie, vakmanschap, jaargesprekken, Triade, huisregels, rondgang locaties, BHV, HACCP, AVG, ARBO, oproepsystemen, wachtlijsten, doelstellingen, niet reanimeren beleid, groepsgesprek cliënten, NEN3140, Werkplan 2e trial 2022 Regio Zuid Oost, Evaluatie cliëntportaal nov 21, A04 Voorblad NAH Forensisch, A04 NAH en crimineel gedrag, 20211112 Overzicht Cliëntportaal gebruikers per team.

### Evaluatie en conclusies:

De besturende en primaire processen locaties WBC Kerkrade en AC Heerlen zijn steekproefsgewijs beoordeeld.

Kritische afwijking zijn niet geconstateerd. Verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Enkele bijzonderheden:

De cultuuromslag op de werkvloer heeft vooral betrekking op en middels dialoog en reflectie, het gaat dan om de omslag van 'zorgen voor naar zorgen dat', dit heeft tijd nodig, piketpaaltjes en indicatoren kunnen helpen. Doelen, acties en indicatoren kan men in algemene zin ten aanzien van plannen meer dan nu worden vastgelegd. Maninfo is zichtbaar in Bi-tool.

Thematiek rondom regelruimte, invloed uitoefenen en prettige werksfeer (fijne collega's) is van belang. Proces is geborgd. Het traject vakmanschap loopt nu een jaar. Modulaire opbouw van deskundigheid is zichtbaar. Gedragsdeskundige binnen de organisatie worden ingezet op dit vlak. Jaargesprekken/ontwikkelgesprekken zijn uitgevoerd en worden gepland. PDCA is zichtbaar.

Dossiers (vanuit steekproef) zijn op orde, doelstellingen en ondersteuningspunten, rapportages, risico's, levensverhaal en PDCA zijn traceerbaar. Niet reanimeren beleid wordt vastgelegd in dossiers. Het proces ten aanzien van MIC is bekend, wordt gehanteerd en PDCA is herkenbaar. Eigen regie is herleidbaar in dossiers.

### Aandachtsgebieden:

Huisregels in WBC Kerkrade zijn niet vastgelegd maar wel naar verwezen, volgens cliënten geeft men er (per situatie) een eigen invulling aan. Cliënten en management erkennen dat er verbeterruimte is op dit vlak (eigen regie komt hierin wat minder tot uitdrukking. Een en ander is terug te vinden in notulen, dit is niet de juiste wijze van het vastleggen van regelgeving.

Appartementen zijn ruim van opzet en geschikt voor de doelgroep. Oproepsysteem is verouderd.

Processen en locatie, aanbod en dossiers op AC Heerlen zijn op orde, rondgang laat geen afwijkingen zien mbt BHV, AVG, ARBO. Steekproef ten aanzien van NEN 3140 laat een geborgd proces zien.

Aannameproces, inwerkproces en inzet van vrijwilligers is op getoetste onderdelen op orde. PDCA is herkenbaar. Beleid is geborgd, vastgelegd en PDCA is zichtbaar.

<b>Assessment van:</b>	Management, ondersteuning, primaire processen (AC de Maashorst en WBC Vlinderhuis)	<b>Assessor:</b>	Guido Driessen
<b>Auditee(s):</b>	Teamleider, begeleider dagbesteding, begeleider thuis.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Beleid, plannen, rondgang, dossiers, functies, PDCA, HACCP, BHV, eigen regie, wetgeving, zelforganisatie, M20220753\_SGL\_Zomerboekje2022\_A5\_strategische koers\_Digitaal.

### Evaluatie en conclusies:

De besturende en primaire processen locaties (WBC Vlinderhuis, AC de Maashorst) zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Kritische afwijking zijn niet geconstateerd. Verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Enkele bijzonderheden:

Werknemers en leidinggevende ervaren overwegend veel energie/beweging en transparantie binnen SGL.

Rondgang op AC de Maashorst laat zien dat het gebouw en de voorzieningen op orde zijn en passend voor de de doelgroep, Primaire processen en steekproef binnen dossiers zijn op orde, eigen regie is zichtbaar. Steekproef NEN 3140 is prima op orde. Verder voldoet men aan de gestelde eisen vanuit de norm.

Aansturing, zelforganisatie, covid en teambuilding zijn toegelicht vanuit management. Er zijn grote stappen gezet in teamgeest en zelforganisatie. Proces van zorg met LEGO NLP is toegelicht. Praten over elkaar in plaats van met elkaar draagt niet bij aan zelforganisatie en eigen regie. Management stuurt dit proces professioneel aan. Beleid en plannen zijn op orde. Eigen regie is van belang, men moet beslissingen wel uit kunnen leggen. Cliënten noemen werknemers nog personeel. Dit vraagt (aldus manager) nog om aandacht met betrekking tot eigen regie en gelijkwaardigheid. Bitool geeft alle informatie.

MIC op geaggregeerd niveau vindt te weinig plaats, reflectie/ analyse en PDCA op locatie loopt beter (principe van kleine en grote PDCA is besproken).

Bij de rondgang op Vlinderhuis wordt een ongekeurde evacchair aangetroffen in trappenhuis op hoogste verdieping. BHV scans worden uitgevoerd. Regelgevingen en keuringen rondom tilliften zijn op orde. Er zijn tilcoaches, werkzaamheden preventiemedewerkers zijn bekend.

### Aandachtsgebieden:

Rondgang op de locatie (Baarlo) laat zien dat er vanuit crea-ruimte 1 en 2 geen aanduiding is voor vluchtroutes, het is niet helder of dit conform eisen is. Een plattegrond met vluchtplan (Baarlo) zit niet spijkervast.

Het is niet helder of alle dossiers altijd 100% op orde zijn.

Inzet ZZP en tekort aan vaste gezichten is een (Vlinderhuis) aandachtspunt.

<b>Assessment van:</b>	Beleid en primaire processen (expertise, REC en DEC, Hersenz, vrijwilligersbeleid)	<b>Assessor:</b>	Guido Driessen
<b>Auditee(s):</b>	Manager stafdienst cliëntenzorg, GZ psycholoog, mw Bureau Ondersteuning, vrijwilligers coördinator).		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Beleid, processen, vakmanschap, expertise, RAP, SGL, Libra, REC/DEC, Hersenz, modules, Kindernetwerk, projecten, expertteams, zorgbemiddelaars, inclusie, exclusie, trajecten, ROM, Bergop, scholing en audits Hersenz, functiebeschrijving, vrijwilligersbeleid, vacaturebanken, VOG, informatieboekjes, flyers, nieuwsbrieven, werkgroepen, Kwartaalrapportage Hersenz Q1 2022, Medebehandelaar Hersenz, Onderzoek cliëntenzorg, Gespreksverslag expertteam Kind en NAH 5 juli 2022, 220603 bewijzen en criteria KindNAH+ proefaudit REC DEC SGL concept, 220503 ROM Rapportage Hersenz 2022-Q1 v.4., 220408 concept samenwerkingsovereenkomst KC, 2022-Q1 In- Uitstroom en verwijzers bij instroom Hersenz, 23-02-2022 notulen Hersenz.

### Evaluatie en conclusies:

De processen locaties zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Kritische afwijking zijn niet geconstateerd.

Verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Enkele bijzonderheden:

De organisatie heeft in 2019 een inventarisatie gemaakt van alle expertise in huis. Conclusie was onder andere dat kennis diffuus en verspreid voor handen was. Het voorliggende veld was/is ook gefragmenteerd. Soepele klantreis door de keten met optimale inzet van expertise gaat men toenemend borgen/realiseren. Doelstelling is helder. Samenwerking en eindigen contract RAP en SGL werd uitgebreid toegelicht, lessen zijn geleerd, conclusies zijn getrokken. PDCA was herkenbaar. Processen/uitvoerig modules Hersenz staan procesmatig onder druk (het kraakt en piept aldus auditee). Positionering als expert neemt toe, dat schept verwachtingen, men komt in relatie tot doelgroep en stakeholders steeds meer in positie. Kindernetwerk NAH is toegelicht, er loopt nu een aanbod/pilot met twee gezinnen.

Samenwerking met Adelante is toegelicht. Rol als initiator/regisseur is toegelicht.

Intakes proces Herzens is geborgd. Zorgbemiddelaar kijkt naar aanmelding, verslaglegging is zichtbaar in Pluriform. Men werkt multidisciplinair, PDCA is zichtbaar. Trajecten zijn geborgd, opbouw is modulair. Evaluatie vanuit MDO is geborgd, men voldoet aan de eisen. PDCA is zichtbaar in training en audits op dit vlak. Klanttevredenheid wordt gemeten. Functieprofielen voldoen vanuit de steekproef aan de gestelde eisen.

Blauwdruk van vrijwilligersbeleid is toegelicht. Men beschikt over veel vrijwilligers. PDCA en borging is op alle vlakken dik op orde. In korte tijd is procesoptimalisatie op hoog niveau gerealiseerd. Proces van vacaturestelling, werving en inwerktraject is geborgd. Meeloopdagen en overeenkomsten zijn op orde.

Vrijwilligersbeleid wordt herzien met input van een werkgroep, PDCA en borging is zichtbaar in dit proces. Processen en werkzaamheden van de vrijwilligersraad zijn op orde en voldoet aan de eigen eisen. Beleid en bijdrage aan audits is toegelicht. Overlegvormen zijn toegelicht, notulen liggen vast. PDCA is zichtbaar.

### **Aandachtsgebieden:**

ROM metingen.



<b>Assessment van:</b>	Aansturing locaties	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Regiomanager Noord-Midden, Regiomanager Zuidwest, teamleider locatie AC Brunsum, teamleider AC Maastricht, Teamleider AC Swalmen, Teamleider AC de Maashorst. Teamleider WBC Bunde.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

De strategische koers, doelen, triaalplannen, bijstelling van de plannen, overleg binnen de regio, overleg binnen het aandachtsgebied van de teamleider, samenwerking tussen de teamleiders, overleg binnen de locatie, verandermanagement, eigen regie, vakmanschap, zelforganiserende teams, werkoverleg, doelen en acties, SMART formuleren van doelen, prestatie-indicatoren, prestatienormen, monitoring, BI-tool, bevoegd en bekwaam, training en scholing, LMS, WzD, Meldcode Huiselijke geweld en kindermishandeling, relatie met de Centrale Cliëntenraad, scheiding WMO - WLZ, communicatie met de gebruiker, service ondersteunende diensten. Bronnen: Werkplan 2e triaal Regio/afdeling: AC Brunssum, Werkplan 2022, Te behalen resultaten 2022, Werkplan 1e triaal, Voortgangsrapportage WBC Aan de Pas en WBC Bunde, Evaluatie triaalplan, Eindrapportage interne audits.

### Evaluatie en conclusies:

De besturende processen van Regio Zuidwest, Regio Noord-Midden, AC Brunssum, AC Maastricht, AC de Maashorst, AC Swalmen en WBC Bunde zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Kritische afwijking zijn niet geconstateerd. Verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Enkele bijzonderheden:

Sterke punten van het systeem

Fundament van de strategische koers is geland in de organisatie. De vier pijlers zijn begrepen en worden gedragen. De organisatieleden zoeken binnen de gestelde kaders manieren om de domeinen eigen regie, vakmanschap, zelforganisatie en samenwerking inhoud te geven. De managers nemen hun rol om het veranderingsproces te faciliteren. Stijlelementen zoals de dialoog aangaan, bevragen en doorvragen, spiegelen, motiveren, het accepteren van fouten en het vragen naar oplossingen komen in de interviews naar voren. Instrumenten zoals casuïstiek besprekingen en intervisie zijn ingezet. De triaalrapportage brengt structuur in het overleg en wordt gebruikt als dynamisch instrument om de doelen te monitoren, bij te stellen, concreter te maken en te voorzien van acties. De benaderbaarheid en de respons van de controllers.

Overig

De Regiomanagers zijn onderdeel van het MT. Strategische thema's staan op de agenda, zoals de REC NAH+, regionaal MS expertise centrum. Besproken en doelgroepen (PD) en tactisch thema's zoals de samenwerking met Novicare, het verzuimbeleid en de inrichting van de BI-tool. Het verzuim is hoog. Falke en Verbaan gaat de organisatie ondersteunen om het verzuimbeleid praktisch te vertalen. De Regiomanagers ervaren dat de transitie voor velen een gewenningsproces proces, maar zijn tevreden over de voortgang. Het idee verder te kijken dan eigen locatie begint te wennen. Van het project "Binnenste-buitengesprekken" wordt veel verwacht. Positief is het aantal gegadigden die willen participeren. Het uitgangspunt "eigen regie" heeft de medewerkers aan het denken gezet en tot reflectie geleid.

De overlegstructuur staat vast, zo is er wekelijks het Topoverleg, structureel overleg om de grotere thema's op te

bespreken, de MARAP bespreking en het triaaloverleg. In de beoordeeld plannen zijn de doelen en acties zijn over het algemeen niet SMART beschreven en niet voorzien van indicatoren. De teamleiders sturen meer indicatief dan op data.

De kenmerken van de vier fases naar zelforganiserende teams zijn beschreven, maar de status team wordt niet op gezette tijden in kaart gebracht.

Uit het interview met de teamleiders blijkt dat de ingezette koers wordt begrepen en dat de teams in beweging zijn, waarbij duidelijk verschillen waargenomen wordt. Met name voor de medewerkers die een lang dienstverband hebben is het een omslag.

De updates over de koers worden gewaardeerd.

Generale- en locatie specifieke kwaliteitsindicatoren, zoals tijdig uitvoeren van het MDO, uitvoeren van het "dit vind ik ervan" gesprek is geen issues die gemonitord wordt door de teamleiders.

Het WMO/ WLZ onderscheid is een issue geweest, waarbij de teamleiders elkaar hebben gevonden en initiatieven hebben ontplooit. Leermoment is geweest de stakeholders in kaart te hebben en op deze op het juiste moment te betrekken.

Auditees identificeren verveterkansen in de communicatie naar gebruikers. De cliëntenraad heeft structureel overleg met de regiomanagers en actief op de locaties. Anekdotisch is vernomen dat het gesprek van de raad met PG-clënten tot onrust bij de cliënt kan leiden. Voorbeelden van de het identificeren van procesrisico's en beheersmaatregelen zijn aan de orde gekomen, zoals sporten zonder toezicht en verbrandingsrisico in de keuken. Het systematisch identificeren van risico's is niet

ingebod. Voorbeelden van het stellen van kaders door de teamleiders zijn aan de orde gekomen, zoals bij het zelfroosteren in AC Brunssum. De ervaring is dat kaders helpen om vooruitgang te boeken. Het moreel beraad is opgestart, de teams worden meer betrokken. De organisatie biedt een breed scala aan scholingen, met een aantal verplichte onderdelen. Het LMS biedt de locatiemanager geen stuurinformatie.

### **Aandachtsgebieden:**

Het verdient aanbeveling de doelen te voorzien van SMART geformuleerde acties en prestatie-indicatoren.

Er is voordeel te behalen als de centrale cliëntenraad het goede gesprek aangaat met de teamleiders. Deze laatste kunnen de Raadsleden informatie verschaffen over de does- en don'ts bij specifieke doelgroepen, zodat het gesprek met de client meerwaarde biedt en het team minder aandacht hoeft te besteden aan de nazorg.

Het verdient aanbeveling de procesrisico's te registreren en gestructureerd te evalueren.

Het verdient aanbeveling de locatiemanager te voorzien van actuele stuurinformatie waaronder in ieder geval de status de scholingsactiviteiten van de medewerkers.

<b>Assessment van:</b>	Primaire processen	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Bewoner WBC Bunde, deelnemers AC Swalmen, Medewerker AC Brunssum, medewerker AC Maastricht, medewerker AC Swalmen, medewerkers WBC Bunde, medewerker WBC Roermond, bewoner WBC Bunde, vrijwilliger WBC Roermond.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

De strategische koers, eigen regie, vakmanschap, zelforganiserende teams, werkoverleg, doelen en acties, samenwerking met de teamleider, zichtbaarheid van de regiomanager en de bestuurder, bevoegd en bekwaam, training en scholing, LMS, WzD, Meldcode Huiselijke geweld en kindermishandeling, voedselveiligheid, onderhoud medische hulpmiddelen, Brandveiligheid, BHV-organisatie, dossiervorming, privacy en informatiebeveiliging, Rondgang.

Bronnen: cliëntdossier # 1950, 1870, 2046, Beleid: medicatielijst - 27/4/22, Medicatieverklaring in eigen beheer, bijlage 2, PM 300440280 S6763 serviceraapport P709260913 - 2, 006-MA-IN-Logboek 2021 SGL AC Swalmencontrolelijst keuken, registratieformulier maandelijks controle tilbanden, intakeformulier (AC Maastricht).

### Evaluatie en conclusies:

#### Aandachtsgebieden:

Het verdient aanbeveling de processen van beademingsapparatuurafhankelijke bewoner de documenteren.

Er is voordeel te behalen als de zorgverleners bij het inventarisatiebezoek toegang heeft tot het dossier van de beademingsapparatuur afhankelijke bewoner. Het verkleint o.a. de kans op datalekken.

Het verdient aanbeveling een zorgprocesrisico-inventarisatie uit te voeren op locatie Roermond om te identificeren of de beheersmaatregelen effectief zijn doorgevoerd.

Hetzelfde geldt voor locatie Maastricht, maar dan vanuit de Arbo-aspecten vanuit het cliëntperspectief.

<b>Assessment van:</b>	Ondersteunende diensten	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Opleidingscoördinator/ praktijkbegeleider, programmamanager behandeling		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

De strategische koers, rol en positie van de opleidingscoördinator en praktijkbegeleider, effect binnen de teams, overlegstructuur, relatie met opleidingsinstituten, begeleiding in de praktijk, informatievoorziening aan de cursist, evaluatie momenten, cursistevredenheid, historische context positie behandelaren, verhouding met Novicare, behandelaren en specialisten: samenstelling, positie in de organisatie, verhouding tot de overige organisatieonderdelen, verbeterkansen, Kick-off, visual.

Bronnen: Stroomschema Proces nieuwe medewerkers feb 2021, informatiegids voor studenten -v.mei21.

### Evaluatie en conclusies:

De processen zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Kritische afwijking zijn niet geconstateerd. Verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Enkele bijzonderheden:

#### Opleiding

Sinds 1 januari is praktijkopleider een formele functie, met positieve effecten zoals: het geeft structuur en duidelijkheid, de collega's en studenten kennen een vast aandachtspunt, harmonisatie tussen de werkwijze tussen de praktijkopleider ( structureel overleg).

De relatie met de opleidingsinstellingen is goed. Uit de feedback blijkt dat de cursisten en de instellingen tevreden zijn over het opleidingsklimaat bij SGL.

De het inwerkproces van nieuwe cursisten verloopt gestructureerd. De informatiegids geeft de cursist een goed beeld van de leer/ werkomgeving.

#### Behandeling

De behandelaren vallen onder de manager stafdienst cliëntenzorg. Sinds september 2021 is de afdeling, bestaande uit een gevarieerde mix van behandelaren en specialisten, zich aan het positioneren.

Verbeterkansen zijn geïdentificeerd, zoals het methodisch handelen. In de verhouding tot de organisatieonderdelen in het primaire proces is de afdeling nog zoekende. Het contact met de regiomanagers is gelegd en verloopt goed.

De auditor heeft het jaarplan niet beoordeeld.

### Aandachtsgebieden:

Er is voordeel te behalen in het cursisten inwerkprogramma aandacht te besteden aan de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de Wzd.

<b>Assessment van:</b>	Ondersteunende processen	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	manager facilitair, medewerkere facilitair, adviseur facilitair, inkoper, manager I&A, projectmedewerker informatiebeveiliging.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

De strategische koers, risico-inventarisatie, risicobeheersing, wet- en regelgeving: monitoring en analyse, brandveiligheidsbeleid, kaders, demarcatielijnen, brandscan, registratie rapporten, Topdesk, Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders, NEN 7510 Informatiebeveiligingsbeleid, privacy, datalekken, rollen en verantwoordelijkheden w.o. CISO en FG, jaarplan, interne audits, beheersmaatregelen, eisen aan externe partijen, verwerkingsovereenkomst, beheer van gegevensdragers, risicobehandelplan, forum informatiebeveiliging, bewustzijnsbeleid, PEN test, twee partij audit bij Adapcare.

Bronnen: Integraal Brandveiligheid - 27-/8/2020, Brandweer Zuid Limburg WBC Oberhoven - 11/7/22 (controle), Brandscan Oberhoven - 9/11/21, Logboekonline - Hertek, Informatiebeveiligingsbeleid, beleid (versie 2), Verslag AIP overleg 6/7/22, Verslag AIP overleg 6/7/22

### Evaluatie en conclusies:

De facilitaire- en ICT processen zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Kritische afwijking zijn niet geconstateerd. Verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Enkele bijzonderheden:

Het kader van de steekproef betreft het brandveiligheidsbeleid en het informatiebeveiligingsbeleid.

#### Sterke punten van het systeem

De integrale benadering bij het opstellen van het beleid.

In het brandveiligheidsbeleid zijn veel praktische voorbeelden (goed en fout) gevisualiseerd.

De aandacht voor de menselijke risicofactor.

Het betrekken van de medewerkers in het primaire proces bij de uitvoering van het beleid.

#### Brandveiligheidsbeleid

De organisatie heeft een aantal verbeteringen doorgevoerd. De beheersing van essentiële documenten is gecentraliseerd. Deze worden beheerd in TopDesk. De introductie van het systeem is vooraf gegaan door een (her) inrichting van de onderliggende en ondersteunende processen.

Het brandveiligheidsproces is als thema genomen om de PDCA-cyclus te beoordelen.

Het brandveiligheidsbeleid is vastgesteld. Het beleid tot stand gekomen met ondersteuning van een deskundige partij. Het beleid heeft een integraal karakter.

De brandscans zijn, behoudens een enkele uitzondering, uitgevoerd.

In Topdesk is te volgen dat afwijkingen zijn geregistreerd, verbetermaatregelen zijn genomen en de effectiviteit is beoordeeld.

#### Informatiebeveiligingsbeleid

Het informatie beleid is in lijn met de eisen uit de NEN 7510 vastgesteld.  
 De doelstellingen van het beleid zijn vastgesteld (BIV).  
 De risico's zijn in kaart gebracht en voorzien van beheersmaatregelen.  
 Taken en rollen zijn vastgelegd, waarbij de scheiding van taken is geborgd.  
 In het zogenaamde forum worden informatiebeveiligingsissues geagendeerd. De bestuurssecretaris vertegenwoordigd het bestuur in de gremium.  
 Adapcare beschikt niet over het certificaat dat de organisatie wenselijk vind. Om die reden voert de organisatie een twee partij audit uit bij Adapcare.  
 De PEN test staat gepland in het najaar.  
 Uit de interviews bij de uitvoerende medewerkers blijkt dat het informatiebeveiligingsbewustzijn is ingedaald.

### Aandachtsgebieden:

Het verdient aanbeveling te overwegen de brandscan op locatie WBC Roermond uit te voeren.  
 Er is voordeel te behalen de teamleider te informeren over de oplossingsrichting als een afwijking is geconstateerd (zie verslag AC Swalmen).  
 Het verdient aanbeveling de loggingsfiles structureel te analyseren en met de leverancier afspraken vast te leggen over de deviatie acceptatie.

<b>Assessment van:</b>	Medezeggenschap cliënten.	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Voorzitter, secretaris, vicevoorzitter		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Ontwikkelingen in de organisatie, communicatie.

### Evaluatie en conclusies:

De cliënten medezeggenschap is steekproefsgewijs beoordeeld. De conclusie luidt dat de structuur dat cliëntenvertegenwoordiging is geborgd en dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Dat blijkt onder andere uit:

De Raad ervaart dat de ingezette koers effect begint te sorteren. De eilandcultuur brokkelt af en de teamleiders werken meer samen. Het samenwerken leidt soms tot overhaaste beslissingen, waarbij de instemming van de Cliëntenraad is vergeten. De organisatie is in staat dit snel en accuraat te corrigeren.  
 De Raad concludeert dat er nog ruimte is voor individuele medewerkers om passieve veto toe te passen. De bestuurder is erop aangesproken.  
 Actuele thema's is de scheiding WMO/ WLZ  
 De Raad is kritisch over de interne communicatie. De besproken voorbeelden zijn voornamelijk van toepassing op locatieniveau.  
 De koffiemomentjes op de locaties verloopt steeds soepeler.

### Aandachtsgebieden:



Zie aanbeveling bij het primaire proces.

## 04. Details volgend bezoek

<b>Norm(en) / Schema(s)</b>	HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	<b>Bezoektype</b>	remote beoordeling		
<b>Audit dagen</b>	2.00 HR	<b>Bezoek start/eind datum</b>	13-juni-0028 / 13-juni-0028		
<b>Team</b>	G. Driessen				
<b>Vestiging</b>		<b>Audit dagen</b>	<b>Audit uitvoering</b>	<b>Inzet op afstand</b>	<b>Activiteitencodes</b>
Havikstraat 18,Sittard,NL::Stichting Gehandicaptenzorg		2 HR	Op locatie	0 HR	092151



## 05. Goedkeuringsdetails

Hierbij wordt bevestigd dat alle vestigingen en scopes zoals genoemd in het contract voor HKZ Gehandicaptenzorg (2019) zijn gecertificeerd of worden aanbevolen voor certificatie tijdens deze audit of oncertificeerd blijven, afgezien van de nieuw aanbevolen onderdelen/locaties, schorsingen of intrekkingen die hieronder zijn vermeld.

Product	Vestiging	Status
HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	Haviksstraat 18,SITTARD,NL::Regio Midden Limburg	Approved
HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	Haviksstraat 18,Sittard,NL::Cluster Actief	Approved
HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Noord- en Midden Limburg	Approved
HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Westelijke Mijnstreek	Approved
HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Parkstad	Approved
HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Maastricht Heuvelland	Approved
HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	Havikstraat 18,Sittard,NL::Stichting Gehandicaptenzorg	Approved

## 06. Wijzigingen van certificatiegegevens

Klant heeft de volgende aanpassing gevraagd.

Aanpassing Klant Adres

Havikstraat 18,Sittard 6135 ED,NL

De volgende scope danwel aanpassingen van de scope zijn beoordeeld en geverifieerd en ter accordering aangeboden voor Technical Review.

Scopedetails	Scopetype	
	Product	Vestiging
SGL biedt begeleiding thuis, dagbesteding, wonen en behandeling voor mensen met niet aangeboren hersenletsel in de provincie Limburg.	HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	



## 07. Bijlage



Stichting Gehandicaptenzorg APP MS.xlsm There has been no deviation from the original assessment plan or any significant issues impacting on the audit programme. There have been no significant changes that affect the management system of the client since the last audit and the scope of certification continues to be appropriate to the activities/products/services of organisation. There are no unresolved issues been identified during the assessment. The organisation was effectively controlling the use of the certification documents and not misleading in their (online) certification statements. The organisation has taken or is taking effective corrective action regarding previously identified nonconformities. The objectives of the visit as defined in the APP, were fulfilled during the visit. The amount of remote audit time for the next cycle, is expected to be less than 50%. MS Teams This was an onsite visit. All processes can be effectively audited during normal office hours. This will be reviewed at the focus visit or if it changes. The organisation is effectively monitoring all shift processes. This audit scope did not include Occupational Health and Safety

APP MS.xlsm Audit There has been no deviation from the original assessment plan or any significant issues impacting on the audit programme. There have been no significant changes that affect the management system of the client since the last audit and the scope of certification continues to be appropriate to the activities/products/services of organisation. There are no unresolved issues been identified during the assessment. The organisation was effectively controlling the use of the certification documents and not misleading in their (online) certification statements. No previously identified nonconformities. The objectives of the visit as defined in the APP, were fulfilled during the visit. The amount of remote audit time for the next cycle, is expected to be less than 50%. The organisation the ability to access and present information, images or video from relevant locations to undertake an effective remote assessment. The plan is to use TEAMS and OUTLOOK This was an onsite visit. All processes can be effectively audited during normal office hours. This will be reviewed at the focus visit or if it changes. This audit scope did not include Occupational Health and Safety Planning Programme and Visit Assessment plans

Audit Planning Programme and visit Assessment plans are contained within the excel document \_APP\_MS.xlsm



## **Report Considerations**

There has been no deviation from the original assessment plan or any significant issues impacting on the audit programme. There have been no significant changes that affect the management system of the client since the last audit and the scope of certification continues to be appropriate to the activities/products/services of organisation. There are no unresolved issues been identified during the assessment. The organisation was effectively controlling the use of the certification documents and not misleading in their (online) certification statements. No previously identified nonconformities. The objectives of the visit as defined in the APP, were fulfilled during the visit.

### **Stage 1 or Focus Visit**

The amount of remote audit time for the next cycle, is expected to be less than 50%. The organisation the ability to access and present information, images or video from relevant locations to undertake an effective remote assessment. The plan is to use TEAMS and OUTLOOK

### **Remote Audits**

This was an onsite visit.

### **Outside of Regular Working Hours**

All processes can be effectively audited during normal office hours. This will be reviewed at the focus visit or if it changes.

### **Occupational Health and Safety**

This audit scope did not include Occupational Health and Safety



## **Additional information**

### ***Opportunities for improvement***

*If we identify opportunities to improve your already compliant system, we will either record them in the process table applicable to the area being assessed or in the Executive summary of the report if they can deliver improvement at a strategic level.*

### ***Confidentiality***

*We will treat the contents of this report, together with any notes made during the visit, in the strictest confidence and will not disclose them to any third party without written client consent, except as required by the accreditation authorities.*

### ***Sampling***

*The assessment process relies on taking a sample of the activities of the business. This is not statistically based but uses representative examples. Not all of the detailed nature of a business may be sampled so, if no issues are raised in a particular process, it does not necessarily mean that there are no issues, and if issues are raised, it does not necessarily mean that these are the only issues.*

### ***Legal entity***

*The accredited legal entity and client facing office that has provided the assessment service in this report is referenced in the applicable agreement for this service.*

### ***Generic audit objectives and team responsibilities***

*The generic audit objectives and team responsibilities are included in the Client Information Note 'Assessment Process'. Any visit specific objectives for the next visit will be recorded in the report of the previous visit and will be addressed through the visit plan for that visit. The assessment standard and roles of the audit team are defined in the assessment visit confirmation sent to the client.*

### ***Audit Criteria***

*The audit criteria consist of the assessment standard and the client's management system processes and documentation.*

### ***Additional observers***

*Any additional observers will be as formally communicated to the client.*

### **Note**

Information on the objectives of the various visits can be found in the Client Information included in the report or on our website [www.lrqa.com](http://www.lrqa.com). Furthermore, on the website there are Client Information Notes available for the various visit types. The audit criteria and team members date and locations are also stated on the front page of the report. Scope of certification and roles and responsibilities of the audit team members are expressed in the Audit Program Plan.

## Auditplan Zorg & Welzijn

Organisatie (volledige naam)	Bezoektype	Norm	Auditdatum/- data	Contactgegevens contactpersoon en begeleiders (naam,mailadres en GSM/telefoon)
Stichting Gehandicapten zorg	SV1	HKZ Gehandicapte n zorg	19, 20, 21 juli (5 mandagen)	Yvonne Hellegers M 06-12466951 E yhellegers@sgl-zorg.nl

- Ter voorbereiding/bespreking:
- Toestemmingsverklaringen: Voor inzage in klantdossiers/personneelsdossiers regelen. Per gesprek dienen er minstens 2 dossiers beschikbaar te zijn voor een steekproef.
- Lunch: eenvoudige lunch/ dieet/allergie:.....NVT
- Parkeeropties (eigen terrein/openbaar/betaald/onbetaald):.....

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

**Dag 1** 19 juli 2023

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Bureau Ondersteuning Havikstraat 18, 6135 ED Sittard	n.v.t.		Guido Driessen	
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Yvonne Hellegers (strat. beleidsadviseur)		Guido Driessen	
9.15 uur	Dag 1: Openingsbijeenkomst, introductie / kennismaking, toelichting op audit en de spelregels daaromtrent, Bespreking auditprogramma Beleid, systeem.	Lidy Evenhuis (bestuurder)	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	
10.00 uur	Overleg team	n.v.t.			
10.15 uur	Management, strategische koers, risico's, leiderschap, directiebeoordeling	Lidy Evenhuis	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	
11.15 uur	Interne audits, incidenten, documentbeheer, klanttevredenheid	Norma Janssen (senior beleidsadviseur) Sanne Thoolen (beleidsadviseur)	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	
12.15 uur	Lunch	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		
12.45 uur	HR beleid, Minor NC, evaluatie beleid, plan van aanpak	Marcel Janssen (manager HR) Aangevuld met HR adviseur		Guido Driessen	
13.45 uur	Onderzoek, expertise, vakmanschap	Man.	Bureau ondersteuning	Guido Driessen	
14.45 uur	Documentbeoordeling, open eindjes/weging en rapportage	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		
15.45 uur	Sluitingsbijeenkomst/ Terugkoppeling van de dag	Yvonne Hellegers (strat. Beleidsadviseur)	Bureau Ondersteuning		
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.



**Dag 1** 19 juli 2023

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar Bureau Ondersteuning Havikstraat 18, 6135 ED Sittard	n.v.t.		René Tollenaar	
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Yvonne Hellegers (strat. beleidsadviseur)	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	
9.15 uur	Dag 1: Openingsbijeenkomst, introductie / kennismaking, toelichting op audit en de spelregels daaromtrent, Bespreking auditprogramma Beleid, systeem  Of: Management/aansturing/overleg/ zelforganisatie	Lidy Evenhuis (bestuurder)  Verder n.t.b.	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	
10.00 uur	Overleg team	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		
10.15 uur	OR			René Tollenaar	
11.15 uur	<b>NTB</b>		<b>MS Teams</b>	René Tollenaar	
12.15 uur	Lunch	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		
12.45 uur	Medezeggenschap cliënten	Afvaardiging cliëntenraad	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	
13.45 uur	Informatieveiligheid	Man en mw.	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	
14.45 uur	Documentbeoordeling, open eindjes/weging en rapportage	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		
15.45 uur	Sluitingsbijeenkomst/ Terugkoppeling van de dag	Yvonne Hellegers	Bureau Ondersteuning		
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

Dag 2 20 juli 2023

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar WBC De vier torens, Kloosterstraat 12, Velden	n.v.t.		Guido Driessen	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst			Guido Driessen	Nina Keulen
9.15 uur	Management, aansturing, overleg, zelforganisatie, trialplan			Guido Driessen	Nina Keulen
10.15 uur	Aansturing, overleg, zelforganisatie			Guido Driessen	Nina Keulen
11.15 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang			Guido Driessen	Nina Keulen
12.15 uur	Lunch	n.v.t.		Guido Driessen	n.v.t.
12.45 uur	Reis naar AC Venray, Dr Poelstraat 6 Venraij	n.v.t.		Guido Driessen	Nina Keulen
13.00	Primaire processen, dossiers	begeleider dagbesteding		Guido Driessen	Nina Keulen
14.00 uur	NTB/management/primaire proces/rondgang, dossiers			Guido Driessen	Nina Keulen
15.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes/weging en rapportage <b>Telefonisch</b>	n.v.t.	Telefonisch auditoverleg	Guido Driessen	n.v.t.
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/Terugkoppeling van de dag <b>Telefonisch</b>	Yvonne Hellegers (strategisch beleidsadviseur)	Telefonisch overleg	Guido Driessen	n.v.t.
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafspraken aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

Dag 2 20 juli 2023

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar AC Parc Imstenrade Heerlen/ AC Weert.	n.v.t.		René Tollenaar	
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst			René Tollenaar	
9.15 uur	Management, aansturing, overleg, Zelforganisatie, resultaten primair proces	teamleider		René Tollenaar	
10.15 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang	n.t.b. (begeleider dagbesteding)		René Tollenaar	
11.15 uur	Observatie primair proces, deelname aan activiteiten, gesprekken cliënten			René Tollenaar	
12.15 uur	Lunch			René Tollenaar	
12.45 uur	NTB/management/primaire proces/rondgang, dossiers			René Tollenaar	
13.00 uur	NTB/management/primaire proces/rondgang, dossiers			René Tollenaar	
14.00 uur	NTB/management/primaire proces/rondgang, dossiers			René Tollenaar	
15.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes, weging en rapportage <b>Telefonisch</b>	n.v.t.	Telefonisch auditoverleg	René Tollenaar	
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/Terugkoppeling van de dag <b>Telefonisch</b>	Yvonne Hellegers (strategisch beleidsadviseur)	Telefonisch overleg	Guido Driessen	
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

Dag 3 21 juli 2023

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar hoofdkantoor Sittard			Guido Driessen	
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst			Guido Driessen	
9.15 uur	Receptie telefonie, postverzorging, BHV.	Receptionist/telefonie		Guido Driessen	
10.15 uur	Zorgadmin	MW		Guido Driessen	
11.15 uur	Relevante projecten	Projectleiders		Guido Driessen	
12.15 uur	Lunch			Guido Driessen	
12.45 uur	Open eindjes, documentbeoordeling			Guido Driessen	
13.30.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes, weging en rapportage <b>Telefonsich</b>	n.v.t.	Telefonisch auditoverleg	Guido Driessen	
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/ Terugkoppeling van de dag <b>Telefonsich</b>	Yvonne Hellegers (strategisch beleidsadviseur)	Telefonisch overleg	Guido Driessen	
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

## Auditplan Zorg & Welzijn

Organisatie (volledige naam)	Bezoektype	Norm	Auditdatum/-data	Contactgegevens contactpersoon en begeleiders (naam, mailadres en GSM/telefoon)
Stichting Gehandicapten zorg	Hercertificering	HKZ Gehandicapten zorg	12,13,14,15 juli	Yvonne Hellegers M 06-12466951 E yhellegers@sgl-zorg.nl

- Ter voorbereiding/bespreking:
- Toestemmingsverklaringen: Voor inzage in klantdossiers/personneelsdossiers regelen. Per gesprek dienen er minstens 2 dossiers beschikbaar te zijn voor een steekproef.
- Lunch: eenvoudige lunch/ dieet/allergie:.....NVT
- Parkeeropties (eigen terrein/openbaar/betaald/onbetaald):.....

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

**Dag 1 12 juli**

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar Bureau Ondersteuning Havikstraat 18, 6135 ED Sittard	n.v.t.		Guido Driessen	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Yvonne Hellegers (strat. beleidsadviseur)		Guido Driessen	n.v.t.
9.15 uur	Dag 1: Openingsbijeenkomst, introductie / kennismaking, toelichting op audit en de spelregels daaromtrent, Bespreking auditprogramma Beleid, systeem.	Lidy Evenhuis (bestuurder)	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
10.00 uur	Overleg team	n.v.t.			n.v.t.
10.15 uur	Management, strategische koers, risico's, leiderschap, directiebeoordeling	Lidy Evenhuis	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
11.15 uur	Interne audits, incidenten, documentbeheer, klanttevredenheid	Norma Janssen (senior beleidsadviseur) Sanne Thoolen (beleidsadviseur)	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	n.v.t.
12.15 uur	Lunch	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		n.v.t.
12.45 uur	Medezeggenschap medewerkers <b>Gesprek via Teams</b>	Francine van der Leest (begeleider, lid OR)	<b>MS Teams</b>	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
13.45 uur	Personeelsbeleid, medewerkerstevredenheid, jaargesprekken, vakbekwaamheid, arbo, inzage personeelsdossiers	Marcel Janssen (manager HR) Aangevuld met HR adviseur	Bureau ondersteuning	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
14.45 uur	Documentbeoordeling, open eindjes/weging en rapportage	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		n.v.t.
15.45 uur	Sluitingsbijeenkomst/ Terugkoppeling van de dag	Yvonne Hellegers (strat. Beleidsadviseur)	Bureau Ondersteuning		n.v.t.
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

**Dag 1 12 juli**

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar Bureau Ondersteuning Havikstraat 18, 6135 ED Sittard	n.v.t.		René Tollenaar	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Yvonne Hellegers (strat. beleidsadviseur)	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	n.v.t.
9.15 uur	Dag 1: Openingsbijeenkomst, introductie / kennismaking, toelichting op audit en de spelregels daaromtrent, Bespreking auditprogramma Beleid, systeem  Of: Management/aansturing/overleg/ zelforganisatie	Lidy Evenhuis (bestuurder)  Verder n.t.b.	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	Yvonne Hellegers
10.00 uur	Overleg team	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		n.v.t.
10.15 uur	Facilitair, keuring en onderhoud middelen, vastgoed onderhoud, legionellabeheersing, BHV	Chantal Bisschops (manager Facilitair), Erwin de Haan (medewerker Facilitair)	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	Sanne Thoolen
11.15 uur	Aansturing, overleg, Zelforganisatie, resultaten processen <b>Gesprek via Teams</b>	Marieke van Schijndel (teamleider)	<b>MS Teams</b>	René Tollenaar	Yvonne Hellegers
12.15 uur	Lunch	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		n.v.t.
12.45 uur	Medezeggenschap cliënten	Afvaardiging cliëntenraad	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	Sanne Thoolen
13.45 uur	Stagebegeleiding, praktijkbegeleiding	Jessica Knapen (praktijk begeleider)	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	Sanne Thoolen
14.45 uur	Documentbeoordeling, open eindjes/weging en rapportage	n.v.t.	Bureau Ondersteuning		n.v.t.
15.45 uur	Sluitingsbijeenkomst/ Terugkoppeling van de dag	Yvonne Hellegers	Bureau Ondersteuning		n.v.t.
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.



Dag 2 13 juli

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar WBC Kerkrade Lupinestraat 82 A, 6466 SK Kerkrade	n.v.t.		Guido Driessen	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Rob Bulles, Hellen Gybels	WBC Kerkrade	Guido Driessen	Nina Keulen
9.15 uur	Management, aansturing, overleg, zelforganisatie, trialplan	Rob Bulles	WBC Kerkrade	Guido Driessen	Nina Keulen
10.15 uur	Aansturing, overleg, zelforganisatie	Hellen Gybels (teamleider)	WBC Kerkrade	Guido Driessen	Nina Keulen
11.15 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang	n.t.b. (begeleider wonen)	WBC Kerkrade	Guido Driessen	Nina Keulen
12.15 uur	Lunch	n.v.t.	WBC Kerkrade	Guido Driessen	n.v.t.
12.45 uur	Reis naar AC Heerlen Heldevierlaan 5, 6415 SB Heerlen	n.v.t.	AC Heerlen	Guido Driessen	Nina Keulen
13.00	Primaire processen, dossiers	n.t.b. (begeleider dagbesteding)	AC Heerlen	Guido Driessen	Nina Keulen
14.00 uur	Inzet vrijwilligers	n.t.b. (vrijwilliger)	AC Heerlen	Guido Driessen	Nina Keulen
15.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes/weging en rapportage <b>Telefonisch</b>	n.v.t.	Telefonisch auditoverleg	Guido Driessen	n.v.t.
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/Terugkoppeling van de dag <b>Telefonisch</b>	Yvonne Hellegers (strategisch beleidsadviseur)	Telefonisch overleg	Guido Driessen	n.v.t.
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

**Dag 2 13 juli**

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar AC Brunssum De Insel 18, 6442 Brunssum	n.v.t.		René Tollenaar	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst		AC Brunssum	René Tollenaar	Sanne Thoolen
9.15 uur	Management, aansturing, overleg, Zelforganisatie, resultaten primair proces	Ivana Vluggen (teamleider)	AC Brunssum	René Tollenaar	Sanne Thoolen
10.15 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang	n.t.b. (begeleider dagbesteding)	AC Brunssum	René Tollenaar	Sanne Thoolen
11.15 uur	Observatie primair proces, deelname aan activiteiten, gesprekken cliënten		AC Brunssum	René Tollenaar	Sanne Thoolen
12.15 uur	Lunch		AC Brunssum	René Tollenaar	n.v.t.
12.45 uur	Reis naar Bureau Ondersteuning Havikstraat 18, 6135 ED Sittard			René Tollenaar	n.v.t.
13.00 uur	Management, aansturing, overleg Zelforganisatie	Fons Fissette, teamleider AC Maastricht	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	Sanne Thoolen
14.00	ICT, informatiebeveiliging, privacy, melding datalekken, jaarplan I&A	Pieter Franssen (manager I&A) Wim Houben (Projectmed. Informatie-beveiliging)	Bureau Ondersteuning	René Tollenaar	Sanne Thoolen
15.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes, weging en rapportage <b>Telefonisch</b>	n.v.t.	Telefonisch auditoverleg	René Tollenaar	n.v.t.
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/Terugkoppeling van de dag <b>Telefonisch</b>	Yvonne Hellegers (strategisch beleidsadviseur)	Telefonisch overleg	Guido Driessen	n.v.t.
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

Dag 3 14 juli

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar AC de Maashorst Pastoor Geenenstraat 64, 5991 BJ Baarlo	n.v.t.		Guido Driessen	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Secretaresse	AC de Maashorst	Guido Driessen	Norma Jansen
9.15 uur	Communicatie <b>Gesprek via Teams</b>	Sandra Kamperman (senior communicatie adviseur) Paul Meiser (bestuurs-secretaris)	<b>Via Teams</b>	Guido Driessen	Norma Janssen
10.15 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang	n.t.b. (begeleider dagbesteding)	AC de Maashorst	Guido Driessen	Norma Janssen
11.15 uur	Primaire processen, dossiers	Noelle Hensels, (begeleiding thuis)	AC de Maashorst	Guido Driessen	Norma Janssen
12.15 uur	Lunch		AC de Maashorst	Guido Driessen	n.v.t.
12.45 uur	Reis naar WBC Vlinderhuis Dichtershof 2, 5921DC, Venlo			Guido Driessen	n.v.t.
13.00 uur	Aansturing, overleg, Zelforganisatie, resultaten processen <b>Gesprek via Teams</b>	Nico Salden (teamleider)	<b>MS Teams</b>	Guido Driessen	Sanne Thoolen
14.00	Primaire processen, dossiers, rondgang	n.t.b. (begeleider wonen)	WBC Vlinderhuis	Guido Driessen	Sanne Thoolen
15.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes, weging en rapportage <b>Telefonisch</b>	n.v.t.	Telefonisch auditoverleg	Guido Driessen	n.v.t.
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/ Terugkoppeling van de dag <b>Telefonisch</b>	Yvonne Hellegers (strategisch beleidsadviseur)	Telefonisch overleg	Guido Driessen	n.v.t.
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

**Dag 3 14 juli**

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar AC Swalmen Markt 3 B, 6071 JD Swalmen	n.v.t.		Rene Tollenaar	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Anne Degenaar, Rianne Smeets	AC Swalmen	René Tollenaar	Bianca Zinken
9.15 uur	Management/aansturing/overleg/ Zelforganisatie, trialplan	Anne Degenaar (regiomanager)	AC Swalmen	René Tollenaar	Bianca Zinken
10.15 uur	Management/aansturing/overleg/ zelforganisatie	Rianne Smeets (teamleider)	AC Swalmen	René Tollenaar	Bianca Zinken
11.15 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang	n.t.b. (begeleider dagbesteding)	AC Swalmen	René Tollenaar	Bianca Zinken
12.15 uur	Lunch	n.v.t.	AC Swalmen	René Tollenaar	n.v.t.
12.45 uur	Reis naar WBC Roermond Godsweetersingel 16, 6041 GL Roermond			René Tollenaar	n.v.t.
13.00 uur	Gesprek met vrijwilliger WBC Roermond	Vrijwilliger Gerard	WBC Roermond	René Tollenaar	Bianca Zinken
14.00 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang	n.t.b. (begeleider wonen)	WBC Roermond	René Tollenaar	Bianca Zinken
15.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes, weging en rapportage	n.v.t.	Telefonisch auditoverleg	René Tollenaar	n.t.b.
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/Terugkoppeling van de dag	Yvonne Hellegers (strategisch beleidsadviseur)	Telefonisch	Guido Driessen	n.t.b.
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafspraken aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

**Dag 4 15 juli**

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar Bureau Ondersteuning Havikstraat 18, 6135 ED Sittard	n.v.t.		Guido Driessen	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Yvonne Hellegers (strategisch beleidsadviseur)	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	n.v.t.
9.15 uur	Positionering als expert, REC en DEC, ontwikkelingen behandeling	Richard Lustermans (manager stafdienst cliëntenzorg)	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	Vivian van Lumich
10.15 uur	Behandeling Hersenz, aanmelding, intake, regiebehandelaarschap	Roy Sillekens, (GZ psycholoog)	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	Vivian van Lumich
11.15 uur	Behandeling Hersenz, primair proces, uitvoering, behandeldossiers	Katja Jeurissen	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	Vivian van Lumich
12.15 uur	Lunch	n.v.t.	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	n.v.t.
13.00 uur	Vrijwilligersbeleid, aanname, begeleiden van	Vivian van Lumich (vrijwilligers coördinator)	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
14.00 uur	Medezeggenschap vrijwilligers	Afvaardiging vrijwilligersraad	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
15.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes/weging en rapportage	n.v.t.	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	n.v.t.
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/Terugkoppeling van de dag	Nader te bepalen	Bureau Ondersteuning	Guido Driessen	
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafspraken aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

**Dag 4 15 juli**

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen	Volledig invullen
	Reis naar WBC aan de Pas Pasweg 9, 6241 CT, Bunde	n.v.t.		René Tollenaar	n.v.t.
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Paul Zonneveld, Chiara Thewissen	WBC aan de Pas	René Tollenaar	Sanne Thoolen
9.15 uur	Management, aansturing, overleg Zelforganisatie, trialplan	Paul Zonneveld (regiomanager)	WBC aan de Pas	René Tollenaar	Sanne Thoolen
10.15 uur	Management, aansturing, overleg zelforganisatie	Chiara Thewissen (teamleider)	WBC aan de Pas	René Tollenaar	Sanne Thoolen
11.15 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang	n.t.b. (begeleider wonen)	WBC aan de Pas	René Tollenaar	Sanne Thoolen
12.15 uur	Lunch	n.v.t.	WBC aan de Pas	René Tollenaar	n.v.t.
12.45 uur	Reis naar AC Maastricht Symphoniesingel 60, 6218 AA Maastricht			René Tollenaar	
13.00 uur	Vakmanschap, trainingen, coaching	Tessa Ewalds (programma manager behandeling)	AC Maastricht	René Tollenaar	Sanne Thoolen
13.45 uur	Primaire processen, dossiers, rondgang	Kevin Tops (begeleider dagbesteding)	AC Maastricht	René Tollenaar	Sanne Thoolen
14.45 uur	Reis naar Bureau Ondersteuning Havikstraat 18, 6135 ED Sittard			René Tollenaar	
15.00 uur	Documentbeoordeling, open eindjes/weging en rapportage	n.v.t.	Telefonisch auditteam overleg	René Tollenaar	n.v.t.
16.00 uur	Sluitingsbijeenkomst/Terugkoppeling van de dag	Nader te bepalen		René Tollenaar	n.v.t.
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditaafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

## 1. Manday Justification Form (Tijdsbestedingsverantwoording formulier)

Organisatie:	Stichting Gehandicaptenzorg	Referentie: RQA0932146
Reden:	<input type="checkbox"/> Fase 1 audit. (indien FTE niet juist is, neem contact op met sales als dit tot aanpassing audittijd leidt) <input checked="" type="checkbox"/> Focus bezoek Nieuwe certificatieperiode <input type="checkbox"/> Tussentijdse wijziging (gebruik pagina's voor zover van toepassing. Vul altijd de wijziging van de context in)	
Gebruik altijd de <b>Office Action 'Manday Justification'</b> via de ART o.v.v. " <b>Nieuwe Justification</b> " en upload form in MFS		

Samenvatting organisatiegegevens per norm (behoort altijd ingevuld te zijn!)		
Norm	<b>HKZ Gehandicaptenzorg 2019</b>	
Scope:	<b>SGL biedt begeleiding thuis, dagbesteding, wonen en behandeling voor mensen met niet aangeboren hersenletsel in de provincie Limburg.</b>	complexiteit: niet van toepassing (14001 of 45001/OHSAS)
Aantal effectieve medewerkers: 526 FTE opgaaf klant 467 FTE ná extra reductie  Aantal tijdelijke medewerkers in relatie tot de scope en norm: (b.v. uitzendkracht of inhuur):  Totaal:	Alleen extra reductie FTE bij veel repeterende processen binnen de scope Toelichting: (noem type proces bijv "transport (chauffeurs)" of "schoonmaken")	Aantal vestigingen 54 Behorend tot het certificaat  Voor VCA: Aantal gelijklopende projecten per vestiging:

<p>Ploegendienst Is er sprake van ploegendienst?            ja Worden alle ploegen geaudit?                            niet van toepassing Indien niet alle ploegen worden geaudit, wat is hiervoor de onderbouwing? In relatie tot activiteiten: In relatie tot level of control:</p>	<p>Aanvullende toelichting: Alle processen kunnen binnen de reguliere audittijden worden getoetst.</p>
--	--



Samenvatting organisatiegegevens per norm (behoort altijd ingevuld te zijn!)		
Norm		
Scope:		complexiteit: niet van toepassing (14001 of 45001/OHSAS)
Aantal effectieve medewerkers: FTE opgaaf klant FTE ná extra reductie  Aantal tijdelijke medewerkers in relatie tot de scope en norm: (b.v. uitzendkracht of inhuur):  Totaal:	Alleen extra reductie FTE bij veel repeterende processen binnen de scope  Toelichting: (noem type proces bijv "transport (chauffeurs)" of "schoonmaken")	Aantal vestigingen Behorend tot het certificaat  Voor VCA: Aantal gelijklopende projecten per vestiging:
Ploegendienst Is er sprake van ploegendienst? ja Worden alle ploegen geaudit? niet van toepassing Indien niet alle ploegen worden geaudit, wat is hiervoor de onderbouwing? In relatie tot activiteiten: In relatie tot level of control:		Aanvullende toelichting: Processen worden geaudit binnen reguliere audittijd.

Samenvatting organisatiegegevens per norm (behoort altijd ingevuld te zijn!)		
Norm		
Scope:		complexiteit: niet van toepassing (14001 of 45001/OHSAS)
Aantal effectieve medewerkers: FTE opgaaf klant FTE ná extra reductie  Aantal tijdelijke medewerkers in relatie tot de scope en norm: (b.v. uitzendkracht of inhuur):  Totaal:	Alleen extra reductie FTE bij veel repeterende processen binnen de scope  Toelichting: (noem type proces bijv "transport (chauffeurs)" of "schoonmaken")	Aantal vestigingen Behorend tot het certificaat  Voor VCA: Aantal gelijklopende projecten per vestiging:
Ploegendienst Is er sprake van ploegendienst?                    nee Worden alle ploegen geaudit?                                    niet van toepassing Indien niet alle ploegen worden geaudit, wat is hiervoor de onderbouwing? In relatie tot activiteiten: In relatie tot level of control:		Aanvullende toelichting:

<b>Onderbouwing/Verantwoording*</b> <i>aantal mandagen Fase 1+2 Berekend. (reductie tot maximaal 30%) Gebaseerd op MD5:2015 en MD22:2018</i>					
	Van toepassing?	QMS	EMS	OH&SMS	ANDERE NORM
<b>Toename audittijd</b>		Norm: <b>HKZ gehandicaptenzorg 2019</b>	Norm:	Norm:	Norm:
Gecomplieerde logistiek als gevolg van meerdere gebouwen of locaties waar werkzaamheden worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld aparte R&D locatie moet worden geaudit.	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Personeel dat meerdere talen spreekt waardoor vertaling noodzakelijk is of waardoor auditors niet zelfstandig kunnen auditen	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Erg grote locatie in relatie tot het aantal medewerkers (bv bosgebieden)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Hoge mate van regulering van toepassing (bijv. luchtvaart, nucleaire energie, raffinaderijen en chemische industrie, visserij schepen, mijnbouw, voedingsmiddelen, geneesmiddelen, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Management system omvat zeer complexe processen of een relatief hoog aantal unieke activiteiten.	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Activiteiten waarvoor bezoek aan tijdelijke (project) locaties noodzakelijk is voor de beoordeling van de activiteiten van de permanente locatie(s) waarvan het management systeem wordt gecertificeerd.	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Uitbestede activiteiten of processen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%		<input type="checkbox"/> +10%
<b>QMS:</b> Activiteiten die worden gezien als hoog complex ( Annex A-MD5).	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> +10%			<input type="checkbox"/> +10%
<b>EMS:</b>					
Hogere milieu gevoeligheid van directe omgeving in vergelijking tot typische	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> +10%		<input type="checkbox"/> +10%

locaties voor de industriële sector	<input checked="" type="checkbox"/> Nee				
Indirecte milieu aspecten waardoor toename in audittijd noodzakelijk is.	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> +10%		<input type="checkbox"/> +10%
Additionele of ongebruikelijke milieu aspecten of regelgeving voor de sector.	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> +10%		<input type="checkbox"/> +10%
Risico op milieu incidenten of gevolgen voortkomend of mogelijk voortkomend als gevolg van ongelukken en mogelijke noodsituaties, vorige milieuproblemen waaraan de organisatie heeft bijgedragen	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> +10%		<input type="checkbox"/> +10%
<b>EMS en OH&amp;SMS:</b> Mening van geïnteresseerde partijen	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
<b>OH&amp;SMS:</b>					
Ongevalsequentie en omvang beroepsziekten hoger dan gemiddeld voor het bedrijfsleven	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Wanneer er publieke personen aanwezig zijn op de locatie (bijv. ziekenhuis, scholen, luchthaven, treinstation, openbaar vervoer)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
De organisatie is betrokken bij juridische processen met betrekking tot OH&S (afhankelijk van de ernst en impact van de gerelateerde risico's)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
De tijdelijke grote aanwezigheid van veel (sub) aannemersbedrijven en hun werknemers, waardoor de complexiteit of OH&S-risico's toenemen (bijvoorbeeld periodieke shutdowns of turnaround van raffinaderijen, chemische fabrieken, staalfabrieken en andere grote industriële complexen)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Wanneer gevaarlijke stoffen aanwezig zijn in hoeveelheden die de installatie blootstellen aan het risico van grote industriële ongevallen, in overeenstemming met de toepasselijke nationale regelgeving en / of documentatie voor risicobeoordeling	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
Organisaties met locaties in andere landen dan de moederorganisatie (als regelgeving en taal niet goed bekend zijn)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> +10%	<input type="checkbox"/> +10%
<b>Sub Totaal van toename</b>		<b>0%</b>			

Reductie audittijd	Van toepassing?	QMS	EMS	OH&SMS	ANDERE NORM
Klant is niet "ontwerpverantwoordelijk" of andere normelementen zijn niet van toepassing in de scope (alleen QMS).	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> -10%			<input type="checkbox"/> -10%
Erg kleine locatie in relatie tot het aantal medewerkers (bijv. alleen kantoorlocatie).	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%
Volwassenheid van het managementsysteem (van toepassing op hercertificatie en scope uitbreiding, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%
Bekendheid met het managementsysteem van de klant (bijv. reeds gecertificeerd voor een andere (vrijwillige) norm door dezelfde CI).	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%
Gereedheid van de klant voor certificatie (bijv. al gecertificeerd or erkend voor een ander derde partij schema). <i>Opmerking</i> Voor OH&SMS al onderworpen aan periodieke audits door de nationale autoriteit voor een verplichte OH & SMS-regeling van de overheid. <i>Opmerking: als audits worden uitgevoerd in overeenstemming met IAF MD11 is dit argument niet van toepassing omdat reductie wordt uitgerekend op basis van de mate van integratie.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%
Hoge mate van automatisering	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%		<input type="checkbox"/> -10%
Wanneer er sprake is van medewerkers die niet op locatie werken zoals verkoopmedewerkers, chauffeurs, service medewerkers, etc. en het is mogelijk om redelijkerwijs middels de audit vast te stellen of hun activiteiten in overeenstemming zijn met het systeem op basis van beschikbare informatie	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%		<input type="checkbox"/> -10%
Activiteiten die beschouwd kunnen worden als laag risico (zie Annex A, voor voorbeelden):  <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Processen met dezelfde en repeterende activiteiten (bijv. alleen service)</li> <li>○ Identieke laag complexe activiteiten uitgevoerd door alle ploegen met voldoende bewijs van gelijkwaardige prestaties van alle ploegen</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -10%		<input type="checkbox"/> -10%

○ Wanneer een significant deel van de medewerkers gelijksoortig en simpele activiteiten uitvoeren. Repeterende processen in de scope (wanneer medewerkers repeterende activiteiten uitvoeren)					
<b><i>Sub Totaal van Reductie</i></b>					
<b>Totaal Toename min Reductie</b>		<b>20%</b>			

Opmerking 1: Subtractieve factoren mogen slechts eenmaal worden gebruikt voor elke berekening voor elke klantorganisatie.

Opmerking 2: Bijkomende factoren waarmee rekening moet worden gehouden bij het berekenen van de audittijd van geïntegreerde beheersystemen komen aan de orde in IAF MD 11.

### Nadere toelichting op de onderbouwing van de tijdsduur van de audit – ook voor multi site verantwoording MD1

Het is verplicht hier nadere toelichting geven op kernmerken van de organisatie die je in je overwegingen hebt meegenomen. Alle bijzonderheden en onderdelen van het systeem, de processen en producten/diensten moeten worden overwogen en een redelijke aanpassing moet worden gemaakt voor die factoren die meer of minder audit tijd zouden kunnen verantwoorden voor een effectieve audit. Additieve factoren kunnen worden gecompenseerd door subtractieve factoren. Elke beslissing in verband met de rechtvaardiging moet worden vastgelegd. Overweeg, onderbouw en verantwoord ook zaken en keuzes als tijdelijke site, outsourcing, rond multi-site auditing, etcetra.

Datum: 040522	Assessor: GUD
<p>Op grond van de manadagtabel, uitgaande van de centrale aansturing vanuit een hoofdvestiging en afgenomen regionalisering, weinig (4) NC's in drie jaar tijd kan men voor de audit volstaan met 8 mandagen voor de hercertificering en 10 voor SV1 (5) en SV(5). Uitsluiting zit op 6.6 en korting op 20%. vanuit hoofdvestiging worden vanuit (verminderd aantal) 3 regio's (regiodirecteuren) een verminderd aantal locaties aangestuurd, mandagberekening is identiek aan vorige MJF. De totaal berekende mandagen vanuit tabel van 10 mandagen naar berekend 8 mandagen op HERCER en 10 mandagwen voor SV1 en SV 2 kan voldoen voor een adequate steekproef op het systeem. Steekproeven in de regio kunnen tijdswinst opleveren door deels remote de locaties te bezoeken. Zie verder ook APP.</p>	
Datum: 310822	Assessor: GUD
<p>Op basis van richtlijnen gelden locaties nu als vestigingen. Deze wijziging komt voort uit de technical review en gestelde eisen vanuit RVA Dit betekend dat er sprake is van een organisatie waarbij sprake is van multisite met een hoofdvestiging. Daarnaast gaat het om 26 vestigingen voor dagbesteding en 27 vestigingen voor wonen. SV bezoeken zullen worden besteed aan drie woonzorg locaties en drie locaties voor dagbesteding (naast de centrale functies). Beleidsondersteuning en Ontwikkeling/Bestuur/Bestuursondersteuning en juridische zaken totaal 8 FTE Administratie.</p> <p><b>Algemeen:</b> Centrale functie 8 FTE &gt; 2 dagen tabel &gt; 1, 32 berekend &gt; 1 dag jaarlijks</p> <p><b>Daarnaast:</b> bij CV : De organisatie heeft 26 vestigingen dagbesteding en 27 vestigingen wonen. Conform wortelformule multisite dienen er van ieder soort vestiging er 4</p>	

bezoekt te worden tijdens CV, 3 tijdens SV bezoeken. Omdat de omvang van de vestigingen in het algemeen gelijkelijk is, wordt er voor deze berekening uitgegaan van een gemiddeld aantal FTE per vestiging. Dit leidt tot de volgende berekening:  
**DB: gemiddeld 3,3 FTE per vestiging > 1,5 dagen tabel > 0,75 berekend (50%) > 0,5 per vestiging**  
**Wonen: gemiddeld 9 FTE per vestiging > 2 dagen tabel > 1 dag berekend > 0,66 per vestiging**

**Totaal bij CV: 1 (centraal ) + 1,5 (dagbesteding) + 2 (wonen) = 4,5. Daarnaast 3,5 dagen voor ambulante begeleiding, ondersteunende processen en behandeling= 8 mandagen**  
**Total bij SV1 en SV2 : Centraal: 1, DB: 1,5, Wonen: 1,5 = 4 dagen en 1 mandag voor behandeling(zoals Hersenz), reistijd en multisitewerkzaamheden= SV1(5 mandagen en SV2 (5 mandagen)= 10 mandagen.**

Zie verder ook APP.

Datum:	Assessor:
Datum:	Assessor:

**Multi site overwegingen – checklijst:**

Sampling moet deels selectief en deels willekeurig / representatief voor aantal locaties zijn / alle processen bestrijken / minimaal 25% willekeurig / met een maximale variatie en verschillen.

Overwogen moet worden (MD1 par 6.1.2.4): Resultaten interne audits en managementbeoordeling / Klachten en acties - non-conformiteiten / Omvang van de site / Ploegpatronen en procedures / Complexiteit van de managementsystemen - processen op locaties / Wijzigingen sinds laatste audits / Volwassenheid van het MS / kennis van de organisatie / Milieukwesties - mate aspecten en effecten / Verschillen: cultuur - taal - regelgeving / Geografische spreiding / Sites: permanent - tijdelijk - virtueel.

Overweeg de omvang en frequentie te verhogen als (MD1 par 6.1.3.5): grootte van de sites en aantal medewerkers / complexiteit of risico van de procesactiviteit / variaties in werkmethoden (bijv. ploegdiensten) / variaties in proces - activiteiten ondernomen / Registratie van klachten en andere aspecten zoals NC's / multinationale aspecten /



resultaten van interne audits en managementreview.

Berekening tijdsbesteding NIEUWE CERTIFICATIEPERIODE of TUSSENTIJDSE WIJZIGING in dagen (alle kolommen behoren altijd ingevuld te zijn!)							
Norm (en)	Bezoek	Fase 1+2 volgens tabel	Fase 1+2 berekend	Fase 1+2 na aftrek combi korting	Aantal surveillance dagen over de certificatie periode	Aantal dagen bij hercertificatie	Bezoek frequentie
HKZ gehandicaptenzorg 2019		10	10		10	8	Choose an item.
							Choose an item.
							Choose an item.
							Choose an item.
Reisdagen (indien van toepassing)							
<b>Totaal aantal dagen</b>			<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	

<p>Onderbouwing aanpassing aantal mandagen bij hercertificatie: (reductie met maximaal 1/3 van het aantal Fase 1+2 Berekend)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Weinig tekortkomingen</li> <li>Verbetermanagement</li> <li>Klanttevredenheid</li> </ol>	<p>Aanvullende toelichting:</p> <p>8 dagenhercertificering en 10 dagen(SV! en SV2) benodigd ivm scope,reisafstanden.</p> <p>Aantal dagen laatste kolommen afronden conform norm vereisten en bij voorkeur naar boven op hele dagen in verband met de planningsmogelijkheden.</p>
---	--

<p><b>Fase 1+2 volgens tabel.</b> Dit aantal dagen vormt het uitgangspunt voor het bepalen van het aantal mandagen op basis van het aantal effectieve medewerkers's</p>	<p><b>Fase 1+ 2 berekend.</b> Is het aantal mandagen volgens tabel met toepassing van factoren voor toe- of afname. De gesaldeerde eventuele korting is maximaal 30%</p>	<p><b>Fase 1+2 na aftrek combi - MD11:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Niet geïntegreerd systeem, aparte audits: 0%</p> <p><input type="checkbox"/> Deels geïntegreerd systeem (&gt;=50%), deels geïntegreerde audits (&gt;=50%): 10%</p> <p><input type="checkbox"/> Geïntegreerd systeem, geïntegreerde audits: 20%</p> <p>Let op: bij toepassing wel motiveren.</p>	<p><b>Aantal surveillance dagen over de certificatie periode.</b></p> <p>MD5: Minimum is 1/3 van de initiële beoordeling per jaar.</p> <p>Let op het getal dat je hier neer zet is dus voor twee jaar!!! Het totaal is minimaal 2/3 voor de gehele periode.</p>	<p>Aantal dagen <b>hercertificatie</b> gelijk aan fase 1+ 2 na aftrek combi korting.</p> <p>Wanneer goede prestaties hier reden toe geven is er een reductie tot maximaal 1/3 mogelijk,</p>	<p>Assessor: GUD</p> <p>Datum: 040522</p>
---	--	--	---	---	---

NB: Voor bepaalde schema's moeten afwijkende berekeningen gehanteerd worden of specifieke formulieren worden gebruikt !!

## 2. Toelichting bij dit Manday Justification Form

Dit formulier wordt gebruikt om onze gegevens over uw organisatie up-to-date te houden. Het vormt de basis voor de tijdbesteding van LRQA voor certificering van uw organisatie.

Dit formulier wordt in overleg met u in bijvoorbeeld de volgende situaties aangemaakt door uw assessor:

1. Tijdens de fase 1 audit bij een initiële certificatie
2. Voorafgaande aan een nieuwe certificatieperiode (bij het focus-bezoek of bij een hercertificering)
3. Wanneer tijdens de audit blijkt er wijzigingen hebben plaats gevonden in de aspecten waarop de tijdbesteding is gebaseerd.

De reden wordt in het bovenste blok op aangegeven.

Dit formulier biedt de mogelijkheid om voor een aantal verschillende normen de scope, het aantal medewerkers onder de betreffende scope, het aantal effectieve medewerkers en het aantal vestigingen weer te geven. Wanneer het aantal fte's substantieel afwijkt van het aantal medewerkers wordt dit door de assessor onderbouwd. LRQA past de tijdbesteding toe die vanuit accreditatie wordt voorgeschreven in de bijvoorbeeld de MD5 en MD22 van het IAF.

### *Fase 1+2 volgens tabel*

Dit is het aantal dagen dat in de accreditatieregels is opgenomen en vormt de basis voor de berekening van het aantal benodigde mandagen

### *Fase 1+2 berekend*

Dit is het aantal mandagen volgens tabel eventueel aangepast wanneer daar aanleiding toe is (geen ontwerp, eenvoudige processen, veel mensen met hetzelfde werk, combinatie met andere norm). De aanpassing is maximaal 30%. In bepaalde gevallen kan de assessor beslissen het aantal dagen naar boven aan te passen (complexiteit van de organisatie, meerdere vestigingen met grote rijafstanden, werkplekbezoek). Aanpassing van het aantal dagen wordt altijd door de assessor onderbouwd.

### *Fase 1+2 na aftrek van combikorting.*

Wanneer er meer dan 1 norm wordt getoetst, én er sprake is van een volledig geïntegreerd management systeem kan per norm extra worden gereduceerd.

### *Surveillance dagen*

In de kolom voor de surveillancedagen wordt het aantal dagen aangegeven, dat besteed moet worden aan tussentijdse bezoeken over één certificatie periode. Dit aantal dagen is over een periode van 3 jaar altijd minimaal gelijk aan het aantal dagen Fase 1+2 na aftrek van combikorting. In een aantal gevallen kan er reden zijn dit aantal dagen naar boven toe bij te stellen (noodzakelijk bezoeken vestigingen, bezoek werklocaties)

### *Hercertificatie*

Als regel is dit het aantal dagen hercertificatie gelijk aan het aantal dagen Fase 1+2 na aftrek van combikorting. Bij goed prestaties in het verleden kan hierop een reductie worden gegeven van maximaal 1/3 van het aantal dagen Fase 1+2 na aftrek van combikorting.

### *Bezoekfrequentie*

Voor de planning van de audit is het van belang dat de frequentie waarmee wij u zullen bezoeken af te spreken. De basis regel in accreditatie is dat wij minimaal eens per jaar bij u een audit moeten uitvoeren om het uitgegeven certificaat zijn geldigheid te laten behouden. Er kunnen echter zowel bij uw organisatie als bij de auditor gegronde redenen zijn om vaker langs te komen. Dit leidt ten opzichte van de mandag besteding die eerder is bepaald geen extra tijd of kosten op voor u want de dagen zullen meer verspreid worden. Uitzondering hierop zijn echter wel de dagen/tijd die nodig zijn voor het opvolgen van Non-conformiteiten.

Dit formulier helpt de argumenten voor onze tijdbesteding voor audits transparant te maken, mocht u vragen hebben over deze tijdsverantwoording of andere dienstverlening van LRQA dan kunt u dit uiteraard met uw assessor bespreken of contact opnemen met onze verkoopafdeling: Telefoon: 010 201 84 76

# Client information note

## Assessment process – Management systems service outline

### Overzicht

Bij iedere audit door LRQA worden de volgende doelen nagestreefd:

- Vaststellen of het managementsysteem van de klant, of delen daarvan, overeenstemt met de auditcriteria;
- Vaststellen of het managementsysteem het vermogen heeft om te zorgen dat de klant voldoet aan de eisen uit van toepassing zijnde wet- en regelgeving en contractuele eisen;
- LET OP: certificering van het managementsysteem is geen wettelijke compliance audit.
- Vaststellen of het managementsysteem doeltreffend is zodat de klant redelijkerwijs mag verwachten zijn gespecificeerde doelstellingen te bereiken;
- Vaststellen, indien van toepassing, op welke gebieden verbetering van het managementsysteem mogelijk is.

Gedetailleerde doelstellingen voor ieder type auditbezoek zijn per type verderop in dit document uitgewerkt.

Afhankelijke van het type audit zijn aan onze medewerkers die bij de audit betrokken zijn, de volgende rollen toebedeeld:

- De teamleider is verantwoordelijk voor het hele auditproces en voor het samenstellen van het auditplan.
- Verder is de teamleider verantwoordelijk voor
  - de aansturing van de teamleden, inclusief de toewijzing van activiteiten zodat het auditplan kan worden uitgevoerd,
  - de samenstelling van het auditrapport en de auditbevindingen, en
  - de aanbeveling met betrekking tot uw certificering.
- Onder leiding van de teamleider voeren de teamleden het auditproces uit; ze voeren de audit uit conform het auditplan. Van de audit maken ze een rapportage, inclusief eventuele bevindingen die in het auditrapport opgenomen worden.
- Daar waar specialistische kennis nodig is zal een technische expert ingezet worden als aanvulling van het auditteam. Deze expert zal als adviseur optreden naar het auditteam en zal niet als beoordelaar optreden.
- Een assessor in opleiding (AUT) kan opgenomen zijn in het auditteam en zal taken uitvoeren van ofwel een teamlid ofwel van de teamleider. Dit onder leiding van de teamleider.

- De teamleider zal u verzoeken om medewerkers aan te wijzen die ieder een lid van het auditteam zullen begeleiden tijdens de audit.
- Het kan voorkomen dat het auditteam wordt vergezeld door een waarnemer (observant). Een waarnemer maakt géén deel uit van het auditteam en zal géén invloed uitoefenen op of interfereren met de uitvoering van het auditproces. Een waarnemer is getuige van het auditproces en kan een medewerker van LRQA, een accreditatieinstelling of een andere belanghebbende zijn.

Onze planningsafdeling zal u vooraf informeren over de samenstelling van het auditteam, inclusief eventuele inzet van een technische expert, en of er sprake is van waarnemer(s).

Vanuit accreditatie-eisen is er een viertal elementen in het auditproces gedefinieerd:

- Beoordeling op het systeemontwerp en definities.
- Beoordeling van de 'self governance' ofwel 'prestatiebewaking';
- Planning implementatieaudit;
- Beoordeling systeemimplementatie.

We combineren deze elementen om te voldoen aan de eisen van de markt. Echter, binnen elke combinatie van auditbezoeken moet u, de klant, de kans krijgen om vastgestelde punten van zorg, weg te werken (Major en Minor Non Conformity).

Een initiële certificatie audit van een managementsysteem bestaat uit twee fasen: een fase-I en een fase-II audit.

### Bezoekstructuur

In een fase-I audit geven we aandacht aan de volgende elementen:

- beoordeling van het ontwerp en de definiëring van het management systeem om de conformiteit tegen de certificatie-eisen te bevestigen, zoals de kwaliteitsstandaard(en) en certificatie scope;
- beoordeling van
  - de door u uitgevoerde prestatiebewaking,
  - de essentiële indicatoren, inclusief interne audits en management review, als ook – voor EMS en OHS – het beoordelingsproces van risico's;
- bevestiging van de contractuele afspraken, inclusief goedkeuring van de gedefinieerde scope en het bepalen

## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

van onder meer het auditplan, wijze van steekproeven, logistieke organisatie, die bij de fase II gebruikt zullen worden.

Een fase-II audit bestaat uit:

- het beoordelen van de implementatie, inclusief de doeltreffendheid, van het managementsysteem om de conformiteit tegen de certificatie-eisen te bevestigen, zoals de kwaliteitsstandaard(en) en certificatie scope.

#### Interval tussen fase-I en fase-II auditbezoeken

Als interval tussen fase-I en fase-II auditbezoeken bevelen we minimaal zes weken aan, maar niet langer dan drie maanden. Bij de planning van de twee auditbezoeken nemen we in overweging:

- de noodzaak om de tijdens de fase I audit geconstateerde punten van zorg, voor de fase-II audit op te kunnen lossen; en
- of ons werk, verricht tijdens de fase I audit nog relevant zal zijn tijdens de fase II audit.

Bij een interval langer dan drie maanden, zal het nodig zijn om bepaalde gebieden - die tijdens de fase-I audit uitgevoerd zijn – over te doen.

Bij een interval korter dan zes weken kan het zijn dat u onvoldoende tijd hebt om de geconstateerde punten van zorg uit de fase-I audit aan te pakken.

#### Fase-I auditbezoek

Normaal gesproken verricht het auditteam de fase-I audit bij u op locatie. Houdt er rekening mee dat bij het niet uitvoeren van de fase-I audit op locatie, een extra risico kan ontstaan voor de fase-II audit.

Opmerking: Voor de meeste managementsystemen wordt aanbevolen dat in ieder geval een deel van de fase-I audit bij u op locatie uitgevoerd wordt, om de doelstellingen te bereiken.

#### Het doel van fase-I auditbezoek

Dit zal aan u worden medegedeeld via de Client Information Note (CIN) die voorafgaand aan de fase-I audit aan u verzonden wordt.

De auditor zal het managementsysteem beoordelen om vast te stellen of aan de beoordelingscriteria en –vereisten voldaan

wordt en of het managementsysteem betrekking heeft op alle activiteiten die in de gedefinieerde scope opgenomen zijn.

De auditor zal in een interview met het senior management vaststellen of zij het volgende hebben ondernomen:

- de context van de organisatie bepaald met inbegrip van de identificatie en eisen van alle belanghebbende partijen;
- strategische analyses;
- risico's geïdentificeerd die van invloed kunnen zijn op de bedrijfsvoering en het vermogen van het managementsysteem om strategische doelen te bereiken;
- de scope van het managementsysteem is vastgesteld op basis van de context waarin het systeem werkzaam is;
- dat zij binnen het systeem de van toepassing zijnde wet- en regelgeving geïdentificeerd en geadresseerd hebben.

De auditor zal uit het interview verkregen informatie vervolgens gebruiken bij de beoordeling van het ontwerp van het managementsysteem om vast te stellen of de klant potentiële risico's binnen het systeem heeft geïdentificeerd en aangepakt en om vast te stellen of de behoeften van zijn stakeholders zijn vastgesteld.

Bovendien moet de auditor contractuele afspraken beoordelen en deze bevestigen. Dit geldt ook voor veranderingen die nodig zijn als gevolg van de resultaten uit de fase-I audit (inclusief veranderingen in scope van de audit, de duur van de fase-II audit, en de duur van de latere surveillance audits). De auditor moet ook het auditprogramma bepalen, de wijze van steekproeven, logistieke organisatie, etc., die bij de fase II audit gebruikt zullen worden.

#### Tijdens het fase-I auditbezoek Voor alle audits

Onze auditor zal het volgende doen:

- a) uw locatie en specifieke omstandigheden ter plaatse evalueren en gesprekken voeren met uw medewerkers om vast te stellen of uw organisatie gereed is voor de fase-II audit;
- b) uw status en inzicht beoordelen met betrekking tot de normen, in het bijzonder identificatie van belangrijke prestatie-indicatoren, significante processen, de doelstellingen en werking van het managementsysteem;
- c) verzamelen van informatie die we nodig hebben met betrekking tot de omvang van uw managementsysteem, -

## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

- processen en locaties van uw organisatie; als ook relevante wet- en regelgeving en de compliance hiervan zoals kwaliteit, milieu, juridische aspecten en daaraan verbonden risico's, etc.;
- d) bevestigen dat u procedures in werking hebt om juridische verplichtingen te identificeren en om vast te stellen dat u voldoet aan uw inzet voor naleving van de wet en het bewaken van de op uw organisatie van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
  - e) beoordeling en accordering van de benodigde middelen en details voor de fase-II audit;
  - f) verkrijgen van voldoende inzicht in uw managementsysteem en de locaties - in de context van mogelijke significante aspecten - om een goede focus te krijgen voor het inrichten van de fase-II audit;
  - g) bevestigen dat uw gedocumenteerd managementsysteem duidelijk gerelateerd is aan het operationele managementsysteem;
  - h) evalueren van geplande interne audits en management reviews en hoe u ze uitvoert - en de onderbouwing dat de mate van implementatie van het managementsysteem dusdanig is dat uw organisatie gereed is voor de fase-II audit.

De auditor zal ook aandacht besteden aan de volgende productspecifieke items:

#### Voor Milieu audits (EMS)

Onze auditor zal uw:

- continue verbeterproces herkennen om uw systeem te versterken en dus uw prestaties te verbeteren; en
- proces herkennen op uw inzet voor preventie van verontreiniging te waarborgen.

Onze auditor zal ofwel de belangrijkste elementen van continue verbetering op preventie van vervuilingprocessen rapporteren in ons auditrapport, of een verwijzing geven naar specifieke procedure(s) of document(en) van uw systeem. Dit om ons in staat te stellen de ISO 14001-eis voor continue verbetering en voorkoming van verontreiniging bij iedere surveillance audit te beoordelen.

#### Voor ISMS audits

Onze auditor zal bevestigen dat:

- de fysieke en logische grenzen van de scope gedefinieerd zijn in uw systeem, en

- dat een risicobeoordeling is uitgevoerd, waarbij het volgende geïdentificeerd is:
  - de bedreiging voor de middelen (assets),
  - kwetsbaarheden en de gevolgen voor de klant,
  - de mate van risico is vastgesteld.

Onze auditor zal de rechtvaardiging voor uitsluiting van ISO/IEC 27001 Annex A controles met u afstemmen. U dient de rechtvaardiging in uw 'Verklaring van Toepasselijkheid' te documenteren.

#### Voor OHS audits

Onze auditor zal bevestigen dat:

- er gebruik wordt gemaakt van een effectief interne auditproces dat rekening houdt met Arbo-risico's geassocieerd met de verschillende onderdelen van uw activiteiten;
- u consistent bent in het opzetten en onderhouden van procedures voor identificatie van gevaren, risicobeoordeling en –beheersing.

#### Afronding fase-I auditbezoek – alle sectoren

Onze auditor zal:

- de fase-I auditresultaten documenteren en deze met u bespreken, met inbegrip van vastgestelde punten van zorg welke kunnen resulteren in een Non Conformity indien niet gecorrigeerd voor het einde van de fase-II audit;
- de interval tussen de fase-I en fase-II audit, waaronder:
  - de noodzaak om de tijdens de fase I audit geconstateerde punten van zorg, voor de fase-II audit op te kunnen lossen en
  - of ons werk, verricht tijdens de fase I audit nog relevant zal zijn tijdens de fase II audit..

Als u vaststelt dat u alle vereiste corrigerende maatregelen binnen de voorgenomen interval kunt nemen, zal de auditor nagaan of extra audittijd is vereist tijdens de fase-II audit om de corrigerende maatregelen te verifiëren.

Indien de intervaltijd tussen de audits is uitgebreid tot:

- tussen de drie en zes maanden, moeten we:



## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

- de veranderingen identificeren die u in uw systeem moet maken, inclusief registraties hiervan.
- de wijzigingen beoordelen om vast te stellen of er behoefte bestaat aan een hernieuwde audit of om de fase-II audit uit te breiden, om te verifiëren of het ontwerp, definitie en werking van het systeem nu wel in overeenstemming is met certificatie-eisen waaronder de beoordelingsstandaard(en) en de scope van de certificatie;
- meer dan zes maanden: een hernieuwde fase-I audit zal veelal vereist zijn. Het kan ook zijn dat we gemaakte afspraken voor de fase-II audit herzien op tijdsduur en/of tijdstip.

#### Het doel van de fase-II audit

Het doel van deze audit is om de conformiteit van uw managementsysteem op certificatie-eisen te bevestigen, zoals auditcriteria en certificatie scope, alle van toepassing zijnde wet- en regelgeving als ook contractuele verplichtingen, om er voor te zorgen dat het systeem voldoet en beantwoordt aan de gestelde doelen.

De auditor zal ook aandacht besteden aan alle openstaande issues vanuit eerdere audits en eventuele wijzigingen in uw organisatie of managementsysteem die van invloed zijn op de certificatie-beslissing.

De auditor zal de LRQA auditmethodiek gebruiken om u te helpen uw systemen en risico's te beheersen en om huidige en toekomstige prestaties van uw organisatie te beheersen en te verbeteren.

#### Fase-II audit

Voor delen van het managementsysteem die tijdens de fase-I audit werden beoordeeld en waarbij vastgesteld werd dat deze volledig geïmplementeerd, effectief en in conformiteit zijn met de certificatie-eisen, hoeft het niet nodig te zijn deze tijdens de fase-II audit opnieuw te beoordelen. Echter, onze auditor moet bevestigen dat de eerder beoordeelde onderdelen van het systeem, blijvend voldoen aan de certificatie-eisen. Als dat zo is, zal onze auditor een verklaring van die strekking in het fase-II auditrapport opnemen. Onze auditor zal verklaren dat de conformiteit hiervan tijdens de fase-I audit aangetoond was.

Fase-II audits moeten een auditplan hebben. Het auditplan voldoet aan de eisen van ISO/IEC 17021 en houdt rekening met verkregen informatie tijdens de fase-I audit.

De fase-II audit:

- vindt plaats op de locatie(s) van uw organisatie;
- evalueert de implementatie en effectiviteit van uw managementsysteem.

Ons auditteam

- voert de fase-II audit uit om objectief bewijs te verzamelen dat uw managementsysteem voldoet aan de te beoordelen norm en andere certificatie-eisen;
- audit een voldoende aantal voorbeelden van uw activiteiten gerelateerd aan uw managementsysteem om een goed oordeel te kunnen geven van de implementatie en de effectiviteit van het systeem. ;
- richt zich op een voldoende aantal medewerkers, waaronder senior management en operationele medewerkers van de te beoordelen organisatie-onderdelen om zekerheid te krijgen over implementatie en het begrip van het systeem door de gehele organisatie;
- analyseert alle informatie en objectief bewijs dat tijdens de fase-I en fase-II audits verkregen is om vast te stellen in welke mate aan alle certificatie-eisen wordt voldaan en om te kunnen beslissen of er sprake is van non-conformiteiten;
- kunnen verbetermogelijkheden voorstellen, maar zullen deze niet als specifieke oplossing aanraden.

De fase-II audit omvat een onderzoek naar uw managementsysteem, waaronder in ieder geval het volgende:

- a) informatie en bewijs over de conformiteit op alle norm-specifieke documentatie eisen;
- b) prestatiebewaking (performance), metingen, rapportages en evaluaties en beoordelingen (reviews) tegen de hoofddoelstellingen en gewenste prestaties (targets);
- c) uw managementsysteem en prestaties (performance) met betrekking tot naleving van wet- en regelgeving;
- d) operationele borging en controle;
- e) interne audits en management review;
- f) managementverantwoordelijkheid voor uw beleid;
- g) verbanden tussen norm-specifieke eisen, beleid, doelstellingen en gewenste prestaties (targets), toepasselijke regelgeving, verantwoordelijkheden,

## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

competenties, procedures, prestatiedata (performance), en interne audit resultaten;

Afronding van de fase-II audit omvat minimaal de volgende acties:

- de auditor geeft een overzicht van geïdentificeerde en overeengekomen non conformiteit(en);
- het auditrapport zal opgesteld zijn.

#### Surveillance

Doelstelling van de surveillance audit is om vast te stellen:

- of uw managementsysteem blijvend voldoet aan de auditcriteria en certificatie scope;
- of aan alle toepasselijke wet- en regelgeving wordt voldaan en contractuele vereisten worden behaald; en
- of het systeem voldoet aan gestelde doelen.

De auditor zal ook aandacht besteden aan alle openstaande issues vanuit eerdere audits en eventuele wijzigingen in uw organisatie of managementsysteem die van invloed zijn op de certificatie-beslissing.

De auditor zal de LRQA auditmethodiek gebruiken om u te helpen uw systemen en risico's te beheersen en om huidige en toekomstige prestaties van uw organisatie te beheersen en te verbeteren.

#### Activiteiten

##### Het bepalen van het thema

Onze auditor kiest het thema voor de audit op basis van verkregen informatie uit het eerste gesprek met uw senior management. Verkregen informatie tijdens dit gesprek zal de focus voor de audit bepalen, die door onze auditor opgevolgd wordt in de geselecteerde processen.

In de eerste gesprekken tussen u en onze auditor zal ook het thema bepaald worden voor de volgende audit en de betrokken processen hierbij. Bij de volgende audit zullen we dit bevestigen.

##### Beoordeling van essentiële indicatoren

Tijdens de jaarlijkse auditcyclus zullen de essentiële indicatoren die de effectiviteit van het managementsysteem bepalen, geëvalueerd en beoordeeld worden tijdens het

openingsgesprek met het senior management en bij de beoordeling van de ingeplande processen tijdens de audit. Deze indicatoren zijn:

##### Voor ieder product:

- interne audits en management review;
- voortgang van geplande activiteiten die op continue verbetering gericht zijn;
- effectiviteit van het managementsysteem met betrekking tot het bereiken van de doelstellingen;
- beoordeling van eventuele wijzigingen;
- behandeling van klachten;
- beoordeling (review) van acties die ondernomen zijn op non-conformiteiten uit eerdere audits.

##### Voor OHS, ISO 14001 en ander EMS audits:

- het proces dat u vanuit het EMS beleid inzet om preventie van verontreiniging te waarborgen;
- het systeem voor naleving op wet- en regelgeving;
- het proces van actualisatie en herziening van OHS risicobeoordelingen op veranderende activiteiten, risico's en het toezicht hierbij;
- OHS 'plant shutdown' of 'turnaround' activiteiten om te waarborgen dat de einddata van keuring niet overschreden worden.

##### Voor ISMS audits:

Bevestiging dat:

- U uw risicobeoordeling en uw 'Verklaring van Toepasselijkheid' ('Statement of Applicability') heeft aangepast aan veranderende dreigingen, kwetsbaarheden, en impact;
- Het risicobehandelplan is geëvalueerd en beoordeeld op voortgang van de acties, en dat beveiligingsincidenten effectief worden gemanaged;
- De management review een beschouwing van effectieve metingen en methodieken omvat;

Als ook

- Bij een verandering van uw ISMS infrastructuur, organisatiestructuur of activiteiten die van invloed zijn op de risicobeoordeling of 'Verklaring van Toepasselijkheid' ('Statement of Applicability'), moeten we met u afspreken om de veranderingen te beoordelen voordat ze in de scope van het certificaat opgenomen kunnen worden. Onze auditor zal de

## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

beoordeling plannen, hetzij door een special surveillance audit dan wel door extra tijd toe te voegen aan de volgend surveillance audit.

- Als er veranderingen worden geconstateerd die een significante invloed hebben op uw “information security managementsysteem” en een aanvaardbare risicobeoordeling is niet uitgevoerd, moet onze auditor schorsing van het certificaat overwegen.

### Beoordeling logogebruik

Tijdens de audit zal onze auditor beoordelen of u de toegestane LRQA logo's en accreditatie logo's conform relevante LRQA- en accreditatieregels gebruikt. Bij onjuist gebruik schendt u het contract dat u met ons heeft.

### Certificaat vernieuwing

#### Doelstellingen van het planningsbezoek voor certificaatvernieuwing (focusbezoek/focusaudit)

Eén van de doelen is om het systeem en de prestaties van uw organisatie tijdens de vorige certificeringscyclus te evalueren en te beoordelen (reviewen) en om te zien welke plannen u voor de toekomst hebt. Tevens plannen we de hercertificering.

Een ander doel van deze audit is om de conformiteit van uw managementsysteem op certificatie-eisen te bevestigen, zoals auditcriteria en certificatie scope, alle van toepassing zijnde wet- en regelgeving als ook contractuele verplichtingen, om er voor te zorgen dat het systeem voldoet en beantwoordt aan de gestelde doelen.

De auditor zal ook aandacht besteden aan alle openstaande issues vanuit eerdere audits en eventuele wijzigingen in uw organisatie of managementsysteem die van invloed zijn op de certificatie-beslissing.

De auditor zal de LRQA auditmethodiek gebruiken om u te helpen uw systemen en risico's te beheersen en om huidige en toekomstige prestaties van uw organisatie te beheersen en te verbeteren.

### Planning

#### certificaatvernieuwing/hercertificering

Certificaatvernieuwingen voeren we driejaarlijks uit. De planning van de certificaatvernieuwing wordt in de voorgaande surveillance audit met u overeengekomen.

Het planningsproces van de certificaatvernieuwing bestaat uit drie stappen: review, preview, en planning.

### Review

Deze stap omvat evaluatie en beoordeling van prestaties uit het verleden, zoals

- Trendinformatie over klachten en andere prestatie-indicatoren;
- Systematische documentatieverbeteringen;
- Verbetertrajecten en –projecten;
- 'lessons learned' uit audits;
- Trends in onze bevindingen.

Op basis van deze review over prestaties uit het verleden zal onze auditor potentiële risico's in het managementsysteem identificeren met betrekking tot een succesvolle implementatie van de strategieën en doelstellingen.

### Preview

Het doel van de preview is om onze auditactiviteiten op uw strategie en doelstellingen af te stemmen.

De auditor zal het gesprek met het senior management gebruiken om uw verwachtingen op langere termijn te leren kennen, bijvoorbeeld de strategische issues zoals bedrijfsmatige en operationele risico's, concurrerende kwesties, veranderingen in de interne en externe omgeving, etc. Onze auditor zal door middel van het interview vaststellen of deze verwachtingen, doelstellingen en strategieën invloed hebben op uw managementsysteem of op de stakeholders van uw organisatie.

We zullen de preview gebruiken om toekomstige thema's te bepalen die opgenomen kunnen worden in komende certificatieperiode van drie jaren.

### Planning

De volgende stap tijdens het focusbezoek is de planning van de certificaatvernieuwing. In dit deel van het bezoek zal onze auditor:

- Bepalen welke aspecten van het systeem tijdens de surveillance cyclus nog onvoldoende aan de orde zijn

## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

geweest, en tevens te bepalen hoe deze beoordeeld moeten worden;

- Verkregen informatie uit de review en preview als ondersteuning gebruiken bij het planningsproces;
- Indien van toepassing, overwegen wat de beste manier is om aandacht te geven aan ieder geïdentificeerd thema (inclusief het bijhouden van het verbeteroverzicht);
- Bepalen van de aandachtsgebieden, afdelingen, processen en activiteiten die in de audit opgenomen moeten worden;
- De te bestede tijdsduur voor elk van deze items met u afstemmen, dit in verhouding tot de risico-inschattingen per item;
- Proberen de beste middelen in te zetten en doublures te voorkomen;
- Voldoende tijd reserveren voor het opstellen, samenvoegen en presenteren van auditrapportage(s);
- Met behulp van de informatie een optimaal auditplan maken.

Onze auditor zal tijd reserveren voor discussie met de relevante managers en voor beoordelingen van de auditrapporten voor de relevante afdelingen.

#### Doelstelling van de certificaatvernieuwingsaudit (hertificering)

Dit bezoek wordt gebruikt als herbeoordeling van het geïmplementeerd managementsysteem, gebaseerd op de resultaten van het focusbezoek (planning certificaatvernieuwing).

Het doel van deze audit is om de conformiteit van uw managementsysteem op certificatie-eisen te bevestigen, zoals auditcriteria en certificatie scope, alle van toepassing zijnde wet- en regelgeving als ook contractuele verplichtingen, om er voor te zorgen dat het systeem voldoet en beantwoordt aan de gestelde doelen.

De auditor zal ook aandacht besteden aan alle openstaande issues vanuit eerdere audits en eventuele wijzigingen in uw organisatie of managementsysteem die van invloed zijn op de certificatie-beslissing.

De auditor zal de LRQA auditmethodiek gebruiken om u te helpen uw systemen en risico's te beheersen en om huidige en toekomstige prestaties van uw organisatie te beheersen en te verbeteren.

#### Uitvoering van de certificaatvernieuwingsaudit (hertificering)

We voeren de hertificering op dezelfde wijze uit als een fase-II audit. Daarnaast is er een beoordeling van uw gedocumenteerd systeem om ons te verzekeren dat het systeem:

- Passend is voor uw organisatie; en
- Overeenkomt met de certificatie-eisen en de certificatie scope, inclusief continue verbetering.

#### Wijzigingen in de scope van uw certificaat

Voor eventuele toevoegingen of verwijderingen uit de scope van uw certificaat, stuurt u een formeel verzoek om de verandering te realiseren. LRQA beoordeelt dit verzoek en neemt in overweging:

- Aanvullingen of veranderingen aan de competentievereisten van het auditteam(s);
- Vermeerdering of vermindering van de vereiste audittijd.

U krijgt een melding van eventuele wijzigingen met een aanpassing van uw contract.

We zullen een separate documentatie-audit uitvoeren (fase-I), indien gevraagde wijziging een belangrijke verandering of aanvulling is op uw gedocumenteerde systeem.

De audit, waarbij beoordeeld wordt of de wijziging opgenomen kan worden in de scope van het certificaat, wordt uitgevoerd in overeenstemming met ons proces voor fase-II audits, alhoewel een formeel bezoekplan normaal gesproken in dit geval niet gemaakt wordt. Als er geen documentatie-audit is uitgevoerd, zal benodigde tijd voor het beoordelen van relevante documentatie en eventuele aanvullende auditactiviteiten tijdens de audit met de teamleider afgestemd worden. Dergelijke audits kunnen als afzonderlijke audits worden uitgevoerd of kunnen worden gecombineerd met een surveillance- of certificaatvernieuwingsaudit.

LRQA zal een aangepast certificaat uitgeven, met dezelfde vervaldatum als op het huidige certificaat.

Het doel van dit bezoek is gericht op beoordeling van de implementatie van het managementsysteem voor een extra locatie of activiteit, met uitbreiding van de bestaande scope van het certificaat. De auditor zal ook aandacht besteden aan alle openstaande issues vanuit eerdere audits en eventuele wijzigingen in uw organisatie of managementsysteem die van invloed zijn op de certificatie-beslissing.

## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

#### Rapportage

Het rapportageproces is voor al onze audits vergelijkbaar. We stellen auditrapporten op om de resultaten van de beoordeling vast te leggen, de voortgang ten opzichte van het auditplan, positieve opmerkingen, en ook punten voor verduidelijking of interpretatie.

We leggen de bevindingen vast in een bevindingenoverzicht (constateringentabel), en graderen deze als Major Non Conformity of Minor Non Conformity. We definiëren deze bevindingen als volgt:

#### Major Non Conformity:

De afwezigheid van, of het niet implementeren en onderhouden van één of meer managementsysteemelementen, of een situatie die, op basis van beschikbaar objectief bewijs, kan resulteren in het ontstaan van gereede twijfel dat het management het volgende kan bereiken:

- het beleid, doelstellingen of publieke toezeggingen van de organisatie;
- naleving van toepasselijke wet- en regelgeving;
- overeenstemming geldende klanteneisen;
- overeenstemming vastgestelde auditcriteria.

In het algemeen zal een Major Non Conformity een systeemfout zijn die:

- al van invloed is op systeemeffectiviteit of –prestaties;
- een risico vormt op het vermogen van het managementsysteem;
- onmiddellijke beheersmaatregel vereist;
- onmiddellijke oorzaak analyse vereist en correctieve maatregelen.

Onze teamleider zal afspraken met u maken voor de opvolging.

#### Minor Non Conformity:

Een bevinding die wijst op een zwakte in het geïmplementeerde en onderhouden systeem, die geen significante impact heeft op de werking van het managementsysteem of een risico vormt voor het behalen van systeemprestaties, maar wel geadresseerd moet worden om de toekomstige werking van het systeem te borgen.

In het algemeen zal een Minor Non Conformity een zwakte zijn in een intern gericht proces of procedure; of een bevinding waar een verdere verslechtering of controle redelijkerwijs kan

kan resulteren in een ineffectiviteit van het systeem. Dit vereist een onderzoek naar oorzaak-gevolg en correctieve actie.

Indien een Minor Non Conformity geconstateerd wordt tijdens een audit waarbij sprake is van het afgeven van een certificaat, dan zal de auditor u vragen naar een voorgenomen indicatieve correctieve actie. Dit correctief actieplan zal deel uitmaken van de onafhankelijke beoordeling door ons kantoor voordat uw certificaat wordt afgegeven. Wanneer een Minor Non Conformity geconstateerd wordt tijdens een surveillanceaudit, wordt van u ook correctieve actie binnen een redelijke termijn verwacht, maar is het niet nodig ons te voorzien van de details van acties tot aan de eerste vervolgaudit.

In beide gevallen, zal de auditor de acties die u ondernomen hebt beoordelen bij de volgende audit en het bevindingenoverzicht (constateringentabel) completeren.

Bewaar een kopie van onze auditrapporten voor een periode van drie jaar. In uitzonderlijke omstandigheden kunnen we u vragen naar kopieën van voorgaande rapporten.

Als we geïsoleerde issues waarnemen die u moet verbeteren om een Non Conformity te voorkomen, dan zullen we dit opnemen in het betreffend deel van het rapport.

#### Opvolging Major Non Conformity

Indien de oplossing van een Major Non Conformity langer duurt dan zes maanden na het einde van de fase-II audit, dan moeten we het gehele systeem opnieuw beoordelen. We noemen deze vorm van verificatie van de correctieve actie een 'complete herbeoordeling'.

Als een Major Non Conformity die geconstateerd wordt bij een certificaatvernieuwing (hercertificering) niet door de organisatie binnen een periode van 6 maanden na het einde van de audit opgelost kan worden, zal er een volledige fase-II audit nodig zijn om certificaatverlenging te verlenen.

#### Opvolging en special surveillance audits

De doelstelling van een opvolgingsaudit is om de effectiviteit van de correctieve en corrigerende maatregelen na de constatering van een Major Non Conformity tijdens een fase-II audit of certificaatvernieuwingsaudit te beoordelen.

De doelstelling van een special surveillance audit is om de effectiviteit te beoordelen van de correctieve en corrigerende maatregelen na de constatering van een Major Non Conformity tijdens een Surveillance audit.

## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

In het geval van klachten tegen u, die binnen de reikwijdte van de scope van het certificaat vallen, of in het geval dat u LRQA op de hoogte heeft gebracht van een significante wijziging die naar waarschijnlijk invloed heeft op de compliance van het managementsysteem tegen de criteria die verwijzen naar uw certificaat, dan zal LRQA een onaangekondigd bezoek (*'unannounced visit'*) of een *'short notice'* bezoek uitvoeren met de bedoeling om de klacht te onderzoeken of gemaakte veranderingen te beoordelen.

## Client information note

### Assessment process – Management systems service outline

#### Steekproeven nemen

Het is belangrijk om te onthouden dat zelfs als een probleem niet geïdentificeerd is in een organisatieonderdeel, het niet noodzakelijkerwijs betekent dat er geen problemen zijn. Een audit is gebaseerd op het hanteren van steekproeven, statistisch gezien is er altijd een mogelijkheid dat afwijkingen van de norm niet gezien worden tijdens een audit. U dient dit altijd te onthouden wanneer u uw eigen managementsysteem audit.

#### Certificaatbeslissing

Als resultaat van een auditbezoek waarbij een auditor u voordraagt voor certificering, vereisen accreditatieregels dat deze aanbeveling wordt onderworpen aan een onafhankelijke beoordeling of certificatiebeslissing, pas na dit besluit kan uw certificaat worden verleend, vernieuwd, verlengd, geschorst of ingetrokken.

#### Vertrouwelijkheid

We zullen geen enkele informatie doorgeven die we verzameld hebben over uw organisatie (inclusief inhoud van rapporten) aan een andere persoon of organisatie zonder uw goedkeuring (behalve zoals vereist door de accreditatieinstelling).

#### Verdere informatie

Voor meer informatie over hoe LRQA u kan helpen, uw prestaties te verhogen en risico's te verminderen, kunt u onze website bezoeken: [www.lrq.com](http://www.lrq.com). Vanaf hier kunt u ook een bezoek brengen aan één van onze land specifieke websites om meer te weten komen over LRQA in uw land.