



Lloyd's
Register

certificaat vernieuwing

Rapport voor:

Stichting Gehandicaptenzorg

LR referentie:	RQA0932146 / 240684
Assessmentdata:	17-september-2019 - 20-september-2019
Rapportagedatum:	21-september-2019
Adres:	Havikstraat 18,Sittard 6135 ED,NL
Assessmentcriteria:	HKZ Gehandicaptenzorg (2015)
Assessmentteam:	Driessen, Guido Voskuilen, Barend
LR kantoor:	RQA The Netherlands OU

Lloyd's Register Group Limited, its subsidiaries and affiliates, including Lloyd's Register Quality Assurance Limited (LRQA), and their respective officers, employees or agents are, individually and collectively, referred to in this clause as 'Lloyd's Register'. Lloyd's Register 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 Lloyd's Register 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	4
03. Assessmentsamenvatting	12
04. Details volgend bezoek	27
05. Bijlage	28

Bijlagen:

RQA0932146_APP_Focus_GUDSGLhalfjaarlijks.doc
RQA0932146_AuditplanHercertificeringsept2019_SGL ingevuld.docx
RQA0932146_Auditplan_SV1_maart2020_GUD.docx
RQA0932146_Beschouwingen.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 (2015) certificatie aan voor Stichting Gehandicaptenzorg op basis van de overeengekomen scope.

De organisatie is in staat om te voldoen aan de eisen vanuit de norm waartegen is getoetst, de eisen vanuit haar eigen managementsysteem en eisen die door de cliënten/belanghebbenden en wet en regelgeving worden gesteld. De organisatie is gericht op verbetering van de cliënttevredenheid, middels het CTO is het helder dat men goede resultaten behaald (rapportcijfers rond de 9). Gedurende de audit werd helder dat er veel voorbeelden in de praktijk voorhanden zijn waarin het zichtbaar is dat het bij deze organisatie om de klant gaat (In alles wat we doen de basis dat ben jij!).

Aan de hand van beleid en plannen (men is aan de slag met een nieuwe besturingsfilosofie) 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. Er zijn vier Minor NC's geconstateerd, plannen zijn akkoord bevonden en de organisatie wordt voorgedragen voor hercertificering.

De Lead Auditor bevestigt hierbij dat de contractafspraken voor HKZ Gehandicaptenzorg (2015) 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:

Werken aan vakmanschap.

Congruentie in de PDCA.

Zorgvuldigheid van plannen bij Minor NC's.

Aanpak MDO op locaties.

De mate waarin dichtbij, betrokken en geïnspireerd is teruggezien in de gehele audit.



Aandachtsgebieden voor het senior management:

Minor NC's.

Opmerkingen in procesblokken.

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.

Referentienummer	240684_SBCBVU01	Assessmentcriteria (paragraaf)	HKZ Gehandicaptenzorg (2015) (2.5)
Gradatie	Minor	Datum	18-september-2019
Status	Nieuw	Proces / Aspect	Management, beleid en primair proces Landgraaf
Locatie(s)	Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Parkstad		
Tekortkoming	De risico's die cliënten lopen op het activiteiten centrum indien zij gebruik maken van de aanwezige apparatuur worden niet in het dossier vastgelegd en eenduidig gecommuniceerd en of kenbaar gemaakt. Met betrekking tot geaccepteerde risico's wordt geen afspraak vastgelegd in dossier.		
Eis	<p>2.5 Risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau</p> <p>2.5.1 De organisatie inventariseert voor iedere individuele cliënt de risico's voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning en stelt deze vast. Bij wijzigingen die hier invloed op hebben, inventariseert de organisatie de risico's opnieuw.</p> <p>2.5.2 De methode en bronnen voor het uitvoeren van de risico-inventarisatie zijn van tevoren bepaald door de organisatie.</p> <p>2.5.3 Maatregelen die voortkomen uit de risico-inventarisatie worden opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan (2.6.3).</p> <p>2.5.4 De organisatie houdt voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning rekening met de uitkomsten van de risico-inventarisatie die betrekking hebben op de cliënt. Dit komt tot uiting in:</p> <ul style="list-style-type: none"> > het zorg- en ondersteuningsplan; > de uitvoering van de zorg en ondersteuning; > de coördinatie van de zorg en ondersteuning; 		



Eis	> het cliëntendossier; > de afronding van de zorg en ondersteuning.	
Bewijs	Informatie over welke risicovolle apparatuur de cliënten tijdens activiteiten mogen gebruiken is niet terug te vinden in het dossier. Bij de overdracht wordt deze info deels wel (overdracht keramiek zomervakantie 2015) gegenereerd maar dat gebeurt niet systematisch.	
Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn	Plan van aanpak is aangeleverd: De eindverantwoordelijkheid ligt bij de regiomanager. Functioneel applicatiebeheerder, manager I&A, Adapcare (leverancier ECD), werkgroepen functioneel beheer, teamleiders dagbesteding, beleidsadviseur B&O, MIC-commissie, Arbostuurgroep, manager Facilitair gaan zaken oppakken. De situatie doet zich volgens de organisatie voor in alle activiteitencentra waar arbeidsmatige activiteiten plaatsvinden. Men gaat het probleem graag breder analyseren en ook onderzoeken of beschermingsmiddelen conform afspraken worden gebruikt en onderzoeken hoe risicovolle materialen worden opgeborgen. Het onderzoek zal worden uitgevoerd door middel van een interne audit. Als eerste stap wordt onderzocht welke vragen voor het ontwikkelen van een risico-instrumenten relevant worden gevonden, zodat men met de ECD leverancier kan kijken óf en hoe dit ontwikkeld kan worden. In een later stadium vindt (op basis van de uitkomsten van de interne audit) een herijking van beleid plaats. Doorlooptijd is in plan weggezet. Opvolging vindt plaats bij het komende bezoek.	
Correctie		
Oorzaakanalyse		
Corrigerende maatregel		
De implementatie van genomen maatregel(en) is door LR gecontroleerd en beoordeeld.	Sluitingsdatum	



Referentienummer	240684_SBCGDZ05	Assessmentcriteria (paragraaf)	HKZ Gehandicaptenzorg (2015) (4.10.1)
Gradatie	Minor	Datum	19-september-2019
Status	Nieuw	Proces / Aspect	Uitvoering zorg (dossiervorming)
Locatie(s)	Haviksstraat 18,SITTARD,NL::Regio Midden Limburg		
Tekortkoming	Het proces van rapporteren is onvoldoende geborgd binnen het eigen systeem. Hiermee bestaat het risico dat men doelstellingen in het plan onvoldoende kan evalueren en de cliënt krijgt hierdoor mogelijk niet de verwachten zorg.		
Eis	2.10.1 In het cliëntendossier zijn voor de zorg en ondersteuning relevante zaken opgenomen, dit betreft in elk geval: a. de zorg- en ondersteuningsovereenkomst; b. het zorg- en ondersteuningsplan; c. de feitelijk geleverde zorg en ondersteuning; d. evaluatie van de zorg en ondersteuning (2.12.1 en 2.12.2); e. correspondentie met derden.		
Bewijs	Bij een steekproef in een dossier (41234) bleek dat er bij een cliënt van DBC vanaf 010418 slechts 4 rapportages waren vastgelegd.		
Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn	Plan is opgesteld (verantwoordelijke voor de uitvoering: regiomanager), In AC Weert is tijdens het inzien van een cliëntplan geconstateerd dat er gedurende het afgelopen jaar slechts 4x is gerapporteerd. Dit probleem speelt op meerdere locaties en was intern bekend. Namens de organisatie worden de volgende functies betrokken bij de corrigerende maatregelen: Regiomanagers, teamleiders, HR-adviseur, adviseur B&O, ICT manager, functioneel applicatiebeheerder. In de oorzaak- en omvanganalyse is de hele organisatie meegenomen. Deze was vóór audit al uitgevoerd en bestond uit: 1. Onderzoek naar gebruikerservaringen door de leverancier 2. Periodieke inhoudelijke controle van de dossiers 3. Data overzichten met betrekking tot de vullen van diverse onderdelen van het elektronisch cliëntdossier (elk trial) 4. gesprekken met aandachtsfunctionarissen en werkgroepen functioneel beheer		



Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn	<p>Oorzaken:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Belang van het ECD wordt onvoldoende gezien2. Te weinig voorbeeldgedrag3. Te weinig tijd4. Het dossier is te groot, te ingewikkeld5. Te kort aan digitale vaardigheden <p>Er zijn geen korte termijn acties gepland nav de Minor NC. Uitvoering van het plan van aanpak is al in gang gezet. Daarnaast start een project m.b.t. ingebruikname van het cliëntportaal. Hierin worden ook uitgangspunten m.b.t. rapportage meegenomen.</p> <p>Het plan van aanpak is meerledig en is gericht op:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Het hanteren van basisafspraken t.a.v. methodisch werken.2. Het vooruit plannen van momenten waarop met het ECD gewerkt wordt. verantwoordelijkheid.4. Het ECD verder optimaliseren, daar waar mogelijk lean maken.5. Digitale vaardigheden van medewerkers onderzoeken.6. Scholing herijken. <p>In het plan van aanpak zijn concrete acties en verantwoordelijk functionarissen benoemd. Doorlooptijd is 1,5 jaar (eind 2020)</p>	
Correctie		
Oorzaakanalyse		
Corrigerende maatregel		
De implementatie van genomen maatregel(en) is door LR gecontroleerd en beoordeeld.	Sluitingsdatum	



Referentienummer	240684_SBCGDZ06	Assessmentcriteria (paragraaf)	HKZ Gehandicaptenzorg (2015) (5.5.1)
Gradatie	Minor	Datum	20-september-2019
Status	Nieuw	Proces / Aspect	Personeelsbeleid (veiligheid)
Locatie(s)	Havikstraat 18,Sittard,NL::Stichting Gehandicaptenzorg		
Tekortkoming	De organisatie heeft het proces van systematische verbetering van een gezonde en veilige werkomgeving als proces onvoldoende geborgd binnen het eigen systeem. Dit sluit niet aan op het eigen beleid en is niet conform wet en regelgeving.		
Eis	Conform de Arbowetgeving werkt de organisatie systematisch aan de verbetering van een gezonde en veilige werkomgeving voor medewerkers. Dit gebeurt mede op basis van een risico-inventarisatie & -evaluatie (RI&E) en een medewerkerraadpleging.		
Bewijs	Er is onvoldoende zicht op de mate waarop de maatregelen vanuit plannen vanuit RI&E worden opgepakt (uitspraken audits).		
Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn	<p>Vanuit plan (verantwoordelijke voor de uitvoering: manager HRM): De RI&E sluit momenteel onvoldoende aan bij de dagelijkse praktijk. Er is kennistekort onder teamleiders om alle vragen goed te kunnen beantwoorden en medewerkers zijn onvoldoende betrokken bij het bespreken van uitkomsten en te nemen maatregelen. Het is wenselijk dat locaties meer ondersteund worden in het bepalen van verbeterpunten op het vlak van Arbo. Er is onvoldoende zicht op de opvolging van maatregelen naar aanleiding van de Arbo RI&E. Hieraan liggen de volgende oorzaken ten grondslag:</p> <p>Oorzaken:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Teamleiders hebben onvoldoende kennis om alle vragen uit de RI&E te kunnen beantwoorden, omdat zij de richtlijnen niet kennen of niet weten wat er aan voorzieningen zijn getroffen op locatie.2. Teamleiders maken onvoldoende verbinding met de uitkomsten van de RI&E en hetgeen dit voor het team betekent. Hierdoor is er onvoldoende verbinding is met de dagelijkse praktijk.3. De digitale opvolging/registratie in het systeem is lastig, teamleiders kunnen inloggen via een directe link. Deze link		



Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn	<p>verdwijnt in de andere dagelijkse mails.</p> <p>Namens de organisatie betrokken bij de corrigerende maatregelen: De coördinator RI&E, bedrijfsarts, leden van de arbostuurgroep, teamleiders.</p> <p>Er vindt een herbezinning plaats op de wijze waarop we Arbo (en de RI&E) binnen de organisatie vorm willen geven.</p> <p>Er vindt een interne wisseling plaats van mensen die betrokken zijn met Arbo: de RI&E coördinator gaat zich richten op andere thema's en er gaan drie leden van de Arbostuurgroep met pensioen.</p> <p>Oplossing: 1. 1e kwartaal 2020 besluitvorming t.a.v. het borgen Arbo (en Arbo-RI&E) en de wijze waarop we vorm en inhoud geven aan preventie (herzien beleid). 2. 2e kwartaal 2020 plan van aanpak t.a.v. de RI&E, waarbij insteek is dat de teams meer betrokken gaan zijn. 3. Tot eind 2020 herstel van lopende RI&E's en vanaf 2021 reguliere uitvoering.</p>	
Correctie		
Oorzaakanalyse		
Corrigerende maatregel		
De implementatie van genomen maatregel(en) is door LR gecontroleerd en beoordeeld.	Sluitingsdatum	



Referentienummer	240684_SBCGDZ07	Assessmentcriteria (paragraaf)	HKZ Gehandicaptenzorg (2015) (7.1.1)
Gradatie	Minor	Datum	19-september-2019
Status	Nieuw	Proces / Aspect	Bepalen van eisen voor omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen
Locatie(s)	Haviksstraat 18,SITTARD,NL::Regio Midden Limburg		
Tekortkoming	Het proces rondom bescherming van vertrouwelijke (cliënt) gegevens is onvoldoende geborgd binnen het eigen systeem. Hiermee bestaat er risico op (imago) of andere schade.		
Eis	<p>7.1.1 De organisatie definieert wat nodig is ten aanzien van de noodzakelijke infrastructuur en omgeving zodat de continuïteit van de uitvoering van de zorg- en dienstverlening (zie ook 4.4.1.) gewaarborgd is. De organisatie heeft hierbij ten minste aandacht voor sociale, psychologische en fysieke aspecten. Onder de infrastructuur kunnen vallen:</p> <ul style="list-style-type: none">a. de gebouwen, werkruimten en de bijbehorende voorzieningen;b. de (hulp)middelen en materialen die nodig zijn voor de uitvoering van de zorg- en dienstverlening;c. de opslag, bescherming en bewaring van persoonlijke gegevens en eigendommen van cliënten;d. ICT;e. het transport;f. de werkomgeving;g. de voorraad en opslag van ten minste geneesmiddelen, medische uitrusting en steriele materialen.		
Bewijs	Papierbakken (open) op locatie werden niet dagelijks geleegd. Onbevoegden (schoonmaak) hebben dan buiten kantoor tijden vrijelijk toegang tot gevoelige gegevens. Dit is niet conform eigen beleid.		
Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn	Vanuit opgesteld plan: Verantwoordelijke voor de uitvoering:AVG functionaris. Wie wordt namens de organisatie betrokken bij de corrigerende		



Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn	maatregelen: AVG functionaris, projectmedewerker gegevensbescherming, beleidsadviseur B&O, teamleiders. De oorzaak ligt in onvoldoende awareness op dit vlak. Er is een DPIA uitgevoerd door een externe organisatie. Systemen, processen zijn onderzocht, maar dit is aan de aandacht ontglipt. 1. Er wordt een corrigerende maatregel doorgevoerd: Mail uitdoen naar locaties met de vraag om de papierbakken te bewaren in een afgesloten kast. Verdere stappen: 1. 4e kwartaal 2019: Besluitvorming t.a.v. gebruik van gesloten papierbakken of gesloten papiercontainer 2. 4e kwartaal 2019: Beleid rondom bewaren/vernieting van documenten herijken en zo nodig aanpassen. 3. 1e kwartaal: Beleid communiceren richting locaties. 4. 2e kwartaal: nieuwsbrieven/mailtjes om medewerkers alert te houden. 4. 2e kwartaal: Interne audit om te checken of beleid goed is geborgd.	
Correctie		
Oorzaakanalyse		
Corrigerende maatregel		
De implementatie van genomen maatregel(en) is door LR gecontroleerd en beoordeeld.	Sluitingsdatum	



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.

Aanwezigen tijdens de Openings- en Sluitingsvergadering:

Aanwezig bij opening en sluitingsvergadering:

Opening: Lidy Evenhuis, bestuurder (verder aan te vullen vanuit de laatste versie van de agenda met alle namen en functies toe te sturen vanuit de organisatie).

Besproken is de planning en de scope van het bezoek.

Sluiting: Lidy Evenhuis, bestuurder, Managementteam (wie kan aansluiten), Yvonne Hellegers, sen.

Beleidsadviseur, Dorien Hanssen, beleidsadviseur (idem als bij opening)

Besproken zijn de resultaten van de audit.

Specifieke doelstelling voor dit bezoek:

Hercertificering.

Inleiding:

Het auditprogramma is uitgevoerd als van te voren is opgesteld. De rapportage is opgesteld op hoofdlijnen. Uit interviews op diverse locaties is gebleken dat de primaire en ondersteunende processen worden beheerst en op professionele wijze door betreffende medewerkers worden uitgevoerd conform de geldende afspraken en regelgeving. Cliëntendossiers werden op locatie ingekeken met toestemming van de cliënt. De rubriek 6.6 van het certificatieschema is niet van toepassing voor certificatie (zie planningstabel). Logogebruik / verwijzing naar het 'gecertificeerd zijn': is bekend en er zijn geen bijzonderheden aangetroffen.



Assessment van:	Management en (HRM en ICT/AVG) beleid, kwaliteitssysteem	Auditee(s):	Bestuurder, manager HRM, manager ICT, directiesecretaris, AVG functionaris, projectmedewerker Informatiebeveiliging en Privacy	Assessor:	Driessen, Guido
------------------------	--	--------------------	--	------------------	-----------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Beleid, missie visie, organogram taken en verantwoordelijkheden, beleid, PRI, doelen, plannen, monitoring, risico's, evaluatie, PDCA, HRM, ICT, AVG, leiderschapsprogramma, personeelsbeleid, BDO analyse, applicatielandschap, datalekken, review/systeemoordeel schoonmaak.

Bronnen:

Besturingsmodel en -filosofie SGL 2019-V170919, Managementreview 2019 concept, 2018-05-08
HRM_arbeidsmarktstrategie, A06. Actiepuntenlijst MT- MO overleg - 2019.04.23 (1), A06. Actiepuntenlijst MT- MO overleg - 2019.04.23, aftikoverleg zorgbemiddeling 05-09-2019, Format schoonmaakplan, HR beleidsplan SGL 2016 - 2017, versie 1.7., 08032016, HR beleidsplan SGL 2016 - 2017, versie 1.7., 08032016, Marap TD FB en Inkoop 08-2019, Notulen 30 juli 2019, Schoonmaak; beleidsnotitie, SGL KHO Bestellijst 19-0431, verbindend(Doc hoog over HR), Verslag bezoek CCR WBC Roermond, Verslag bezoek CCR WBC Roermond

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn er Minor NC's geconstateerd op ICT/AVG gebied (constatering op dag 2, doch relatie met AVG). De overige onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

De review voldoet aan de eisen van de norm, er wordt teruggeblikt op de effectiviteit van ingezette instrumenten uit het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).

De organisatie zit in een goede financiële positie en heeft goed zicht op de externe wereld/stakeholders. en potentieel om toekomstige omzet te generen.

Het aantal meldingen (MIC) is nagenoeg gelijk gebleven en de ernstscore is licht gedaald. PDCA is zichtbaar op procesniveau naar aanleiding van rode draad.

In de afgelopen periode is er een incident gemeld bij de Inspectie IGJ. Rapportage en verbetermaatregelen zijn op orde. Verdere (3) incidenten zijn aan een prisma-analyse onderworpen. PDCA is zichtbaar vanuit analyse.

Risico's en beheersmaatregelen op strategisch niveau zijn herijkt. Een nieuwe risico-instrument op primair procesniveau vraagt nog tijd voor juiste toepassing.

Rondom audits zijn HACCP-audits uitgevoerd (Hygiëne- en voedselveiligheid), rondom agressiebeleid en ervaringen m.b.t. toetsing voorbehouden en risicovolle handelingen. zijn ook audits uitgevoerd. Planning en



methodiek voldoen aan de eisen. Op procesniveau wil men het team gaan uitbreiden.

In het vorige jaar scoren dagbestedingslocaties gemiddeld een 8,98, met een hoge respons. Begeleiding thuis scoort zelfs een 9,03. Zelfredzaamheid en verstrekken van informatie worden meegenomen in optimalisatie van processen. Men gaat ook op zoek naar een communicatievriendelijkere vragenlijst en een andere frequentie van afname. PDCA is zichtbaar.

Het meten van medewerkerstevredenheid is wat langer geleden, staat wel binnen de gegeven termijn gepland. Het proces van leveranciersbeoordelingen voldoet aan de norm.

Aandachtsgebieden:

Evaluatie HRM beleid (vanuit de eisen van de norm).

Minor NC.

Focus en executiekracht van doelen.

De methodiek Hooi op je vork is nog niet optimaal onderdeel van het primaire proces(is aan bod gekomen binnen meerdere gesprekken).

Ervaringen van behandelcliënten nog oppakken.

Ervaringen van stakeholders.

Assessment van:	Medezeggenschap	Auditee(s):	CCR, OR leden/vz/sec	Assessor:	Driessen, Guido
------------------------	-----------------	--------------------	----------------------	------------------	-----------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Vertegenwoordiging, ophalen informatie bij achterban, communicatie, rechten en plichten, verkiezingen, knelpunten, overlegvormen

Bronnen:

Notulen, verslagen, mailings, internet, intranet, publicaties.

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn er geen kritische afwijkingen geconstateerd op dit gebied. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

Op sommige groepen doet men aan cliëntenraadpleging.

CCR:

De CCR is bezig met een rondgang voor werving en het ophalen van onderwerpen. Onderwerpen gaan vaak over voeding en portionering. De CCR heeft zitting in de voedingscommissie. De CCR maakt van alle bezoeken een overkoepelend verslag.

Elke 6 weken is er overleg met de bestuurder. De nieuwe visie dagbesteding is/was onderwerp van gesprek, de directeur zorg informeerde de CCR, die viel weg, en hierdoor werd men minder vaak geïnformeerd. Er is veel aandacht vanuit de CCR rondom dossiervorming. De bestuurder is transparant en ondersteunt de



medezeggenschap. Dag van de medezeggenschap kwam aan de orde. Medezeggenschap wordt vanuit bestaande rechten en plichten uitgevoerd.

OR:

Men neemt deel aan werkgroepen, stuurgroepen en commissies, een voorbeeld hierbij betreft de FWG werkgroep die (FWG) men gaat herijken. Functies zijn verzwaard. Men is doende met de werkgroep verkiezingen. Men laat zich ondersteunen door BORBOLETA. Medezeggenschap wordt vanuit rechten en plichten in voldoende mate uitgevoerd. Alle processen zijn op orde.

Aandachtsgebieden:

CCR: De faciliteiten rondom vervoer zijn niet altijd helder voor CCR. Men wil heldere kaders zonder dat men elke keer toestemming dient te vragen.

OR: Werving blijft een uitdaging.

Assessment van: Facilitair	Auditee(s): Manager Facilitair Medewerker leveranciersbeoordelingen	Assessor: Voskuilen, Barend
-----------------------------------	---	------------------------------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen: Huisvesting, BHV, Schoonmaak, leveranciersbeoordelingen, beleid.

Bronnen:

- * Meerjaren onderhoudsplan LTHP
- * Regionaal strategisch plan, regiomanager verantwoordelijk. Huisvesting onderdeel .
- * (Legionella) 2019 1e helft 2019 waardes Excel.
- * Beleidsnotitie schoonmaak aug 2019
- * Format schoonmaakplan
- * SGL KHO Bestellijst 19-0431
- * Marap TD FB en Inkoop 08-2019
- * Inkoopbeleidsplan 2017-2020

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn er geen kritische afwijkingen geconstateerd. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

Manager Facilitair gaat per 1 december zijn opvolger inwerken en wil dan volgend jaar stoppen (pensioen).

Schoonmaak :

Beleidsstuk schoonmaak: Men wil werkwijze schoonmaak standaardiseren voor zowel algemene ruimtes als de kamers van cliënten. Schoonmaak van algemene ruimtes is uitbesteed, schoonmaak kamers door bewoners



samen met medewerker. Centraal staat keuze voor andere materialen met oog op fysieke ontlasting, Er is een pilot gedraaid in Parkstad.

BHV:

Wordt vanuit de locaties aangestuurd, iedereen volgt cursus, eerst verplichte E-learning , als die met goed gevolg afgesloten ook praktijk cursus. Daarna jaarlijks instructie en herhalingsles.

Men krijgt Certificaat voor de e-learning deze is 1 jaar geldig en is eis voor opleiding. Resultaten worden geboekt in Beaufort.

Op locaties is er luid alarm en stil alarm, medewerkers krijgen melding op telefoon. Locaties zijn verantwoordelijk voor de oefeningen.

Elk jaar weer nieuwe trainingsvormen, actueel is het oefenen met een 3d-bril.

Legionella protocol:

Alle locaties RI&E beschikken over een beheersplan. Men werkt samen met Formula, dit bedrijf stelt plannen op, voert monsternamen uit en geeft terugkoppeling van resultaten.

Alle locaties zijn nu vrij van hotspots. Op het secretariaat is een lijst met met controles, Legionella, gezien 2019 1e helft 2019 waardes (Excel).

Op locatie staat ook een klapper met daarin uitslagen, een medewerker controleert testen.

Nu nieuwe aanpak aan het invoeren met thermometer. Deze meet automatisch en geeft het ook weer door aan systeem. Verkeerde waarde geeft signaal af. Hiervoor draait de Pilot digitaal meten.

Leveranciersbeoordeling:

Er is een Inkoopbeleidsplan 2017 -2020, Jaarlijks wordt inkoop plan opgesteld aan de hand van Inkoop portfolio van Krajic

Er is een procedure leveranciers beoordeling. Resultaat inkoop procedure: Onderhoud CV installaties is 2 jaar geleden gewisseld van leverancier. Limburg Voeding is ook gewisseld n.a.v. beoordeling.

Waar ben je trots op?

* 2010 dip gehad in bestuur, met minder rond moeten komen, toch kwaliteit hoog gehouden. Schilderwerk is op orde, onderhoud daken is op orde,

* Alle dagbesteding locaties zijn gecertificeerd voor brandveiligheid!

* Veiligheid verzekeringsaudits op 7,6 gescoord!

Aandachtsgebieden:

geen



Assessment van: Finance & control	Auditee(s): Manager Finance & Control	Assessor: Voskuilen, Barend
--	--	------------------------------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Planning & control cyclus, continu verbeteren,

Bronnen:

- * Besturingsmodel en -filosofie van SGL
- * Bestuursrapportage
- * Triale rapportage t/m april
- * Risico matrix contracten gemeentes

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn er geen kritische afwijkingen geconstateerd. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

De organisatie wil naar budgetting met forecasting, veel meer in continu proces verwerken! Men wil begroting afschaffen en gaan werken met maandelijkse verslagen met "Beyond Budgeting" als methode; geïntegreerd proces van kijken naar de voortgang en middelen op en termijn van 3 tot vijf jaar. De basis is goed op orde, accountant is heel tevreden, maandelijkse rapportage, de lijn met teams en het management wordt kort gehouden. Van kwaliteitsindicatoren zoals MIC, cliënt tevredenheid, e.d. zijn wel rapportages maar deze indicatoren zijn nog niet optimaal in het geïntegreerde denken opgenomen. Deze zal men nog opnemen in de dashboards. Er zijn 3 overlegmomenten, de Triale t/m april, Triale T/m september en nog een laatste tot en met december. Gesprek vinden plaats tussen regiomanager, business controle manager en RvB.

Sinds de komst van de nieuwe bestuurder vindt er ook strategisch overleg in de regio plaats. Hierin wordt veel meer ingespeeld op HRM, vastgoed, marketing, et cetera.

Resultaten worden bijgehouden in notulen en gekoppelde actielijsten, daarnaast werkt men met een verbeterregister om lopende projecten te monitoren.

Aandachtsgebieden:

- * Integreren stuurinformatie op gebied kwaliteit
- * Projectmanagement met bijbehorende werkwijze en instrumenten beter uitwerken.



Assessment van: Aanmelden intake	Auditee(s): medewerker backoffice zorgbemiddelaar	Assessor: Voskuilen, Barend
---	--	------------------------------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Proces van aanmelden en intake nieuwe cliënten

Bronnen:

- * aftikoverleg zorgbemiddeling 05-09-2019
- * werkoverleg afdeling zorgbemiddeling 06-08-2019
- * primair proces intramurale zorg SGL / 17 dec 2018. 4
- * Primair proces extramuraal zorg SGL 4 17 december 2018

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn er geen kritische afwijkingen geconstateerd. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

Processen aanmelden en intake zijn goed beschreven en worden goed gecontroleerd uitgevoerd. Men heeft een goed beeld van het overige aanbod in de regio zodat men de client eventueel ook kan begeleiden naar een andere organisatie als de client niet bij SGL terecht kan.

De medewerkers zijn gemotiveerd en ervaren en nemen regie over het proces. Er is, op geleide van het afbouwen van activiteiten door de medewerkers op het centrale kantoor, een transitie van de activiteiten rond de intake aan het verschuiven naar de regio's waar regisseurs dit werk oppakken. Dit proces wordt goed gemonitord, er is een manager aangesteld om deze transitie te begeleiden. Er is een aftikoverleg en 1x per zes weken overleg met regisseurs.

Aandachtsgebieden:

Geen.



Assessment van: Beleid en kwaliteit	Auditee(s): beleidsadviseur senior beleidsadviseur	Assessor: Voskuilen, Barend
--	---	------------------------------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Clïenttevredenheid, medewerkertevredenheid, verbeter registraties, interne audits, kwaliteitskader,

Bronnen:

- * Verbeterregister T1 2019
- * Cliëntenraadpleging SGL 2018, rapport, versie 1
- * Notulen werkgroep kwaliteitskader 21-01-2019
- * auditverslagen : agressie, risicovolle transfers

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn er geen kritische afwijkingen geconstateerd. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

Kwaliteitskader:

Eindregie rond het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg ligt bij de adviseurs. Voor dit kwaliteitskader is een werkgroep ingesteld met daarin ook een afvaardiging vanuit de CCR. Hier wordt besproken welke aanliegroute wordt gekozen en hoe het rapport tot stand komt.

Afspraken worden vastgelegd in de notulen van de Werkgroep. Men gebruikt voor het kwaliteitskader vooral zaken die men toch al heeft ontwikkeld bijvoorbeeld vanuit het meerjarenbeleid. Thema's waarover men rapporteert ten behoeve van het kwaliteitskader zijn gekozen vanuit het strategisch meerjarenbeleid.

Interne audits:

2 keer per jaar worden audits uitgevoerd, in het voorjaar zijn er ook audits uitgevoerd. Bij elke ronde wordt de teamleiders gevraagd welke onderwerpen men wil auditeren. Met de regiomanagers worden vervolgens de thema's gekozen,

De uitkomsten worden besproken in het managersoverleg.

Er is een auditoren pool. deze zijn ongeveer 3 jaar geleden opgeleid met een cursus waarderend auditeren, nieuwe auditoren worden nu gekoppeld aan ervaren auditoren en leren het auditeren van hen.

Men is nu weer nieuwe auditoren aan het werven en het plan is om volgend jaar nieuwe training te organiseren.

Klanttevredenheid

Organisatie gebruikt voor de bewoners 'dit vind ik ervan'. Voor de dagbesteding gebruikt men een ander instrument, namelijk een eigen ontwikkeld CTO. Deze lijsten zijn ontwikkeld samen met cliënten.

De uitkomsten worden besproken in de CCR en conclusies meegenomen in MT en daar vertaald naar beleid.



Aandachtsgebieden:

* Er is aandacht nodig voor de rol van de Adviseurs in de beweging waarin de verantwoordelijkheid voor kwaliteit meer in de lijn wordt gelegd. De opvolging van de clienttevredenheidsmeting is daar een voorbeeld van.

Assessment van:	Management, beleid en primair proces regio Parkstad, Landgraaf/Heerlen/Bunde/Maastircht	Auditee(s):	regiomanager teamleiders begeleiders	Assessor:	Voskuilen, Barend
------------------------	---	--------------------	--	------------------	-------------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Beleid, jaarplan, personeelsgesprekken, primair proces, dossiers, BHV, per locatie : management en beleid, primaire proces, dossiers/rondgang.

Bronnen:

- * Microsoft teams
- * Agenda regio overleg
- * Verslag september teamleiders overleg
- * Stagaires potentieel toekomstig
- * Overzicht leerlingen
- * Begroting Parkstad
- * BI-tool
- * Powerpoint zorgtechnologie
- * Projectkaart Zorgtechnologie 0.5 -1 sept 2019

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing is er een Minor NC geconstateerd op gebied van de risicoanalyse bij dagbesteding. De overige onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

Regiomanagement

Voor de regio parkstad is er een regiomanager en zijn er 5 teamleiders.

scope Parkstad: Kerkrade, Schaesberg, Landgraaf, Heerlen, Brunssum, 40/50 FTE, 150 medewerkers, 50 ambulante. 91 intramurale plekken totaal. Een grote locatie in Kerkrade, 41 plekken, mix van intramuraal en VPT. 13 KSW plekken met mogelijkheid tot inbellen. 3 activiteitscentra; Heerlen, Brunsum en Kerkrade. Begeleiding thuis wordt voor heel SGL geregeld in elke regio een team met daarboven een manager. Er wordt gewerkt met een Integraal plan Cliëntenplan voor alle disciplines

Nog 2 kleinschalige dagbestedingen op woonlocaties; Dimenzie (aanbod voor mensen met dementie) in Park Imstenrade. Op hoog cognitief niveau.

Regio Maastricht ook regiomanager, scope niet bekeken. Werkwijze komt grotendeels overeen.

Zelforganisatie is in beide regio's al deels uitgewerkt. Er wordt onder ander al gewerkt met zelf roosteren.

Risico's :

Personeelstekort.

In de regio staan er veel vacatures open en daar is al op geanticipeerd door de organisatie, veel BBL leerlingen, en goede begeleiding bij praktijkbegeleiding van leerlingen. Er is een meerjaren planning m.b.t leerlingen, vier jaar vooruit. In december bekijkt men hoeveel leerlingen geworven moeten worden. Vergelijking met instroom en uitstroom, BOL trajecten met scholen. tijdens de opleiding Al in vroeg stadium mensen interesseren om te blijven. Daarnaast nu ook zij-instroom traject, samen met Randstad. Verkorte IG opleiding. Ook zijn er bijeenkomsten met het UWV om te kijken naar tekorten komende 5 jaar.

Huisvesting:

Afgelopen periode zijn de activiteitencentra geconcentreerd op een locatie om de zaak beter te kunnen beheersen en meer mogelijkheden te bieden aan cliënten.

Het project 'Kantine', is een mooi voorbeeld om ook nieuwe mogelijkheden te exploreren en ondernemerschap te stimuleren.

Primair proces:

De aanmelding woonbegeleidingscentra lopen via het Zorgtoewijzingsoverleg, daar worden mensen geagendeerd; als het een cliënt betreft die tot de doelgroep behoort bekijkt men of men daarnaast passend zorg kan leveren.

Managers kijken naar overzichten en nemen besluiten.

Bij dagbesteding verlopen deze processen meer rechtstreeks (via begeleider), er vindt soms een rondleiding plaats die verzorgd wordt door zorgbemiddeling. In voorkomende gevallen verloopt dit ook wel direct begeleider.

In de kleine teams werken begeleiders ook als regisseur. Op de grote locaties heeft men bewust gekozen voor regisseurs-functie vanwege de complexiteit.

Overleg:

Met teamleiders vindt er elke 3 weken bilateraal overleg plaats. Teamleiders worden gestimuleerd om zaken ook bij de teams neer te leggen voorbeeld; voedingskosten, zelf roosteren.

Maandelijks vindt er regio-overleg plaats ; Op thema wordt ook de staf uitgenodigd. De thema's leerlingen en stagiaires komen elke vier maanden terug.

Er wordt een jaarplan gemaakt, hierin wordt ook de input van de teams meegenomen.

Jaargesprekken;

Regiomanager voert deze met teamleiders op basis van het 360 graden feedback model. Bij de teamleiders is dit format losgelaten en gaat men bekijken hoe dat gaat .

Rode lijnen worden ook opgehaald. Voorbeelden uit deze analyse zijn: team aanpassing gemaakt, teamcoachingstraject ingezet. Jaarplan regio Parkstad gaat boven locaties

Cliënttevredenheid:

Teamleiders pakken resultaten op en bespreken deze met bewoners en teams. wijze van terugkoppeling is nog niet afgesproken

Teamleiders

Teamvergaderingen 6 x per jaar 3x per jaar teamreflexie: zaken bespreken met meer diepgang, bijvoorbeeld MIC en RAI , Wat gaat goed, wat kan beter

Jaargesprekken: Bij SGL is de werkwijze rond de gesprekken veranderd in de tijd, er is nu meer keuzevrijheid in de vorm. Bijvoorbeeld: nu formulier met vijf vragen en op basis daarvan open gesprek.

Het is nieuw voor teamleiders om te werken met de zogeheten BI-tool.

Begeleiders/Regisseurs:

Er wordt gewerkt met toewijzing van cliënten. Men werkt met 1e en 2e verantwoordelijke, overdracht vindt plaats middels het ECD en bij elke overgang van dienst. Op de AC's wordt gerapporteerd in het ECD.

Dossiers:

Totaal 12 dossier gezien, Op de risicosignalering na (op AC) zijn deze op orde, doelen kunnen meer dan nu SMART worden geformuleerd.

Risico's bij dient men bij Activiteitencentra in kaart te brengen, te wegen, en op te nemen in het dossier (zie minor).

Aandachtspunten per locatiebezoek

WBC Schaesberg: geen bijzonderheden

AC Heerlen; Veel mogelijkheden qua activiteiten, aanwezige jongeren betrokken in audit en geven positieve feedback op leiding en activiteiten. Men is er trots op dat cliënten echt deelnemen aan arbeidsproces.

WBC aan de Pas; zeer professionele omgeving, medewerker die met ECD bezig is heeft wel moeite om collega's op goed manier mee te krijgen in het digitaal werken. De serverruimte is niet afgesloten en er liggen kartonnen dozen op de leiding-geleiders wat brandveiligheid niet ten goede komt. Hospitality: Medewerkers zijn nog geneigd om te zorgen voor i.p.v. zorgen dat; tijdens de gezamenlijke lunch werd het zelfstandig eten van een cliënt overgenomen oor een medewerker/(stagiaire) zonder de cliënt te vragen om toestemming of wat de cliënt zelf wilde. De andere medewerkers geven hier ook geen feedback op.

AC Maastricht; Locatie wordt binnenkort verbouwd, teamleider nog niet zo lang op locatie. Aandachtspunt : rommelige ruimtes: In de spoelruimte staat een tillift in de weg om de po-wasser te gebruiken. Op een schap ligt een wirwar van pincetten, een open verbanddoos, losse schoonmaakpads en een fles alcohol etc. In de map met documenten die in de ruimte hangt bij de tilbanden zitten documenten van 2015, een document dat niet te herleiden is en een document waarvan niet te herleiden is of het de actuele versie uit het kwaliteitmanagementsysteem betreft.

WBC de Baandert: Mooie rustige locatie waarbij het opvallend is dat er over de 2 locaties over 'buren' wordt gesproken. Er is niet veel contact tussen bewoners en discussie gaat ook over hoe centrum in verbinding te brengen met lokale omgeving met activiteiten. Op het moment van de audit waren er geen dagactiviteiten.

Aandachtsgebieden:

* PDCA m.b.t. cliënttevredenheid is niet afgemaakt, aandachtspunten zijn dan de terugkoppeling en het bespreken van de opvolging van de uitgezette verbeteracties.

* Stimuleren gebruik BI-tool door teamleiders.



Assessment van:	Management, beleid, primaire processen (WBC de 4 torens Velden, AC Venraij, thuisbegeleiding)	Auditee(s):	regiomanager, teamleider(s), begeleider(s)	Assessor:	Driessen, Guido
------------------------	---	--------------------	--	------------------	-----------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Kaderbrief, jaarplan, monitoring, onboarding, functiehuis, zelforganisatie, AVG arts, participatieladder, Hooi op je vork, dossiers, AVG, meldcode, calamiteitenplannen, investeringsbegroting, MDO, NLP, rondgang, overleg, opleidingen

Bronnen:

2019 Jaarplan regio Noord -Limburg (003), mails, Kopie van Overzicht zorgplannen Velden, Primair Proces Extramurale Zorg; proces, Rapport visie op wonen laatste versie 16082018, functie Teamleider cliëntenzorg 2012, WbC Velden rapport def 29-5-2019

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn er geen kritische afwijkingen geconstateerd. De onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd. Kaderbrief, jaarplan en input van teams leiden tot acties (PDCA is zichtbaar). Men is bezig om op een andere wijze het jaarplan vorm weergegeven. De regiodirecteur is druk met bouwplannen. Het proces rondom dossiervorming is geborgd. Op personeelsniveau zijn opleidingsniveau, agressie en verzuim besproken. Deze processen zijn geborgd binnen het eigen systeem. Onboarding werd ervaren als hartverwarmend. Veel aandacht, men neemt de tijd en alles is te vinden. Actielijst inwerken nieuwe medewerkers wordt opnieuw vorm gegeven, proces is verder goed geborgd. Ten aanzien van aspecten AVG, kan dit meer dan nu worden toegespitst op gerelateerde belangrijke thema's rondom awareness. PDCA is zichtbaar. Zelforganisatie is goed opgepakt binnen de locaties. Men is bezig met zelfroosteren. De organisatie heeft acties uitgezet (vanuit teamleider) om de kwaliteit van dossiervorming te optimaliseren. Dit is zichtbaar in het overzicht zorgplannen Velden. Proces is goed geborgd. Op de startpagina worden meldingen ten aanzien van dossiers zichtbaar voor Pb'ers. Intakeformulier, cliëntplan is zichtbaar in Pluriform van Adapcare. Men maakt onderscheid tussen doelen en ondersteuningspunten. In het dossier is een attentieregel zichtbaar m.b.t. NRB (niet reanimeren beleid). Het model (Hooi op je vork) is een methode om tot een plan te komen, er is een opdeling zichtbaar in levensgebieden en is opgebouwd rondom domeinen met vroeger, nu en wensen. PDCA is zichtbaar in het proces dossiervorming en primair proces. De APP veilig huisbezoek en melding VEILIG THUIS zijn als proces en product bekeken, het proces is geborgd, de meldcode huiselijk geweld is voorzien van een kloppend versie beheer, er zijn niet werkende hyperlinks.

Aandachtsgebieden:

De functiebeschrijving teamleider was niet vindbaar gedurende de gesprekken.



Assessment van:	Management en beleid, primaire processen (Middenlimburg, Weert AC/WBC)	Auditee(s):	Regiomanager, teamleider(s), begeleider(s)	Assessor:	Driessen, Guido
------------------------	--	--------------------	--	------------------	-----------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Management en beleid, plannen, rondgang, calamiteiten, ECD, audits, tiltechnieken, begrotingen, overleg, werving, MDO, huisvesting, deskundigheid, ergo, wellness, op maat trajecten, klantgerichtheid

Bronnen:

190625 - samenvatting kwaliteitsrapportage 2018, Auditrapport Agressie, PVA ECD versie 12092018, 2019-03-28 Rapportage MIC incidenten 2018, dossier 41234

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn er twee afwijkingen (Minor NC's) geconstateerd op het gebied van dossiervorming (onderrapportage) en AVG. De overige onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd. Management en beleid krijgt vorm en gestalte in de Focus 2019-2021. Doorvertaling van kwaliteitsbeleid vindt plaats. De organisatie heeft een calamiteitenplan. Bevindingen vanuit interne audits worden opgepakt in de optimalisatie van processen. Rondom incidenten en audits leiden analyses/bevindingen tot acties ten aanzien procesoptimalisatie. Het jaarplan is nog vers van de pers, men is volop aan het bouwen. De werving vindt plaats op een andere wijze (laagdrempelig, kom koffie drinken/facebook). Het MDO is geoptimaliseerd, nu zitten cliënten/mantelzorgers erbij, dit proces van medezeggenschap/zorg op maat is daadwerkelijk geoptimaliseerd, dit is een grote kwaliteitsslag! Huisvesting wordt geoptimaliseerd, ruimte en indeling van de nieuwe te bouwen locatie werd voor cliënten werd visueel gemaakt op het plafond van de huiskamer. Kwaliteit van dossiers bespreekt de teamleider met teamleden in een maandelijkse frequentie. De essentie is dat men als begeleiding het gesprek aangaat met de klant. NLP wordt gebruikt als tool in het management (mooi om te zien). Processen zijn op orde.

Activiteiten van het dagcentrum zijn qua roostering en proces geoptimaliseerd. Het proces om dit in gang te zetten betrof een mooie balans tussen aansturing van teamleider en zelforganisatie. Variatie in aanbod is aangebracht. Jaarplan 2020 Team Midden is besproken. Doelen rondom oprecht en betrokken zijn besproken. Mensgerichte zorg is terug te zien in doelen en processen. Jaarplan 2020 Team Midden is besproken. Doelen rondom oprecht en betrokken zijn besproken. Mensgerichte zorg is terug te zien in doelen en processen. Processen rondom opleidingen en deskundigheid zijn geborgd.

Aandachtsgebieden:

Twee Minor NC's.

Binnen de organisatie wil men de strategische, tactisch en operationele aansturing gaan optimaliseren, er loopt nu nog veel door elkaar heen op dit vlak.

Vervoerstijden/spits en wachttijden.



Assessment van: Hersenz, ARBO, Planetree	Auditee(s): Cognitief- en thuisbehandelaar Hersenz, regiomanager Westelijke Mijnstreek, sen. HRM adviseur	Assessor: Driessen, Guido
---	--	----------------------------------

Onderwerpen en informatiebronnen:

Onderwerpen:

Hersenz, programmatisch werken, ARBO, RI&E, HR, Planetree

Bronnen:

2018-05-08 HRM_arbeidsmarktstrategie, 181206 Letterlijke verslagen focusgroepen SGL 2018, 181214 SGL terugkoppeling, A06. Actiepuntenlijst MT- MO overleg - 2019.04.23, Arbojaarplan 2019-2020 concept, HR beleidsplan SGL 2016 - 2017, versie 1.7., 08032016, HR review 2018 versie 18.3.2019, Notulen TL overleg 090719, doc HRhoogover (verbindend)

Evaluatie en conclusies:

Op basis van steekproefsgewijze toetsing is er een afwijking (Minor NC) geconstateerd op het gebied van RI&E. De overige onderzochte processen worden planmatig en beheerst uitgevoerd.

Het behandelprogramma Hersenz is besproken, zelfstandigheid, vertrouwen en meedoen komen modulair terug in het aanbod. Informatiebijeenkomsten over wat Hersenz is zijn beschikbaar en worden gehouden. Men kan eigen trainingen of activiteiten kiezen (op maat). Men (Hersenz) werkt met landelijke scholingsdagen en eigen protocollen en kwaliteitseisen, vastgelegd in een handboek. Men werkt met betrokken en gemotiveerde medewerkers die professioneel en op maat handelen vanuit het programma. PDCA is herkenbaar in het geborgde proces. HR review vindt plaats op belangrijke HR thema's, aandachtspunten op het gebied van de arbeidsomstandigheden liggen planmatig vast. Verbeterpunten liggen vast. PDCA is herkenbaar in het proces.

De auditee is voorzitter van de ARBO stuurgroep, alle geledingen zijn vertegenwoordigd. De coördinator ergocoaches is ook coördinator RI&E.

Thema was: Wat dient men centraal aan te sturen en wat kan men decentraal beleggen.

Concept rondom Planetree is besproken. Terugkoppeling Focusgroepen/Assessment is aan bod gekomen. Menselijke sfeer scoort rond de 7.5. Scores zijn zeer breed uitgeschreven met veel letterlijke quotes, lastig om aanbevelingen om te zetten. Werkbare (onder)delen vanuit Planetree zet men in rondom de toekomstige visie en de implementatie ervan.

Aandachtsgebieden:

Minor NC op RI&E.



Evaluatie HR ten aanzien van verplichte onderdelen vanuit de norm.
HR prioriteiten vragen om een update vanuit evaluatie van beleid.



04. Details volgend bezoek

Norm(en) / Schema(s)	HKZ Gehandicaptenzorg (2015)	Bezoektype	surveillance 1	
Auditdagen	1.00 DAY	Bezoek start/eind datum	02-maart-2020 / 02-maart-2020	
Team	Guido Driessen			
Vestiging			Auditdagen	Activiteitencodes
Havikstraat 18,Sittard,NL::Stichting Gehandicaptenzorg		1.0 DAY		092109



Lloyd's
Register

05. Bijlage

1. Audit Programma/Plan

Zowel het auditplan als het programma zijn dynamisch en dienen passend te zijn bij de ontwikkelingen bij de klant en wijzigingen (ook last minute) blijven toegestaan als hiervoor redenen zijn als bijvoorbeeld wijzigingen bij de klant, prestaties van processen, directiebeoordeling resultaten, etc. Voorafgaand aan de afsluitende bijeenkomst moet het auditteam de geschiktheid van het auditprogramma (her)bevestigen en eventueel vereiste wijzigingen identificeren bijvoorbeeld wijzigingen in het management systeem, de reikwijdte, tijdsduur of data van de audit, competenties, etc.

Bezoek Type	Certificaat at vernieuwing	SV1	SV2	SV3	SV4	SV5	SV6 (focus)	Certificaat vernieuwing
Verloop Datum	09 2019	03 2020	09 2020	05 2021	10 2021		02 2022	(verval- datum 301022)
Start Datum	170919	020320	220920	110521	271021		15022 1	Mei 2022
Eind Datum	200919	020320	230920	130521	291021		15022 1	Mei 2022
Audit Dagen	8	1	2	3	3		1	8((?))
Apert Assessment plan?	Ja	Ja	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee
Verandering in het effectieve aantal medewerkers (zo ja geef nieuwe aantal)	Ja/Nee (?)	Ja/Nee (?)	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee
Openingsvergadering	X	X	X	X	X			X
Sluitingsvergadering	X	X	X	X	X			X
Veranderingen in de context van de organisatie	X	X	X	X	X			X
Directiebeoordeling	X	X	X	X	X			X
Interne Audits	X	X	X	X	X			X
Continu Verbeteren	X	X	X	X	X			X
Management van wijzigingen	X	X	X	X	X			X
Correctieve maatregelen	X	X	X	X	X			X
Klachten Management	X	X	X	X	X			X
Logo gebruik	X	X	X	X	X			X
Doeltreffendheid van het management systeem met betrekking tot het realiseren van de doelstellingen	X	X	X	X	X			X
Minors NC's		X						
Primaire processen:								
Locaties:								
Hoofdlocatie (overkoepelend): Havikstraat 18, Sittard	X	X	X	X	X			X
Regio Noord Limburg	X			X	X			X
Regio Midden Limburg	X			X	X			X
Regio Westelijke Mijnstreek,	X		X					X
Regio Maastricht Heuvelland	X			X				X
Regio Parkstad,	X		X		X			X
Ondersteunende processen:								
Facilitair	X			X				X

Bezoek Type	Certificaat at vernieu- wing	SV1	SV2	SV3	SV4	SV5	SV6 (focus)	Certificaat vernieuwing
HRM	X		X					X
Opleidingen	X			X				X
P&C (financiën)	X		X					X
ICT/AVG	X			X				X
Medezeggenschap	X			X				X

* Complementeer hier de opsomming met organisatie(onderdelen), afdelingen, processen van de verschillende locaties:

Locaties SGL		
Regio (eenheid)	Locatie en adres	Product
Overkoepelend	Bureau Ondersteuning Havikstraat 18 6135 ED, Sittard	Ondersteunende diensten
Regio Noord Limburg	AC Venray Dr. Poelsstraat 6 5802 AC, Venray	Dagbesteding
	WBC Vlinderhuis Dichtershof 2 5921 DC, Venlo-Blerick	Wonen
	WBC Kuukven Heijerhof 18 5991 NJ Baarlo	Wonen
	WBC De vier torens Kloosterstraat 12 5941 ET, Velden	Wonen Dagbesteding
	AC de Maashorst Pastoor Geenenstraat 64 5991 BJ, Baarlo	Dagbesteding Ambulante begeleiding Behandeling (Hersenz)
	Afasiecentrum Noord Limburg Albert Verweijstraat 6 5921 AZ Venlo-Blerick	Dagbesteding
Regio Midden Limburg	WBC Maartenshuis Dr. Kuiperstraat 2 6004 AL, Weert	Wonen Dagbesteding Ambulante begeleiding
	WBC Roermond Godsweetersingel 16 6041 GL, Roermond	Wonen
	WBC Echt Thaalweg West 70 6102 EA Peij-Echt	Wonen
	AC Weert Serviliusstraat 190a 6006 KH, Weert	Dagbesteding Behandeling (Hersenz)
	AC Swalmen Markt 3b 6071 JD, Swalmen	Dagbesteding
Regio Westelijke Mijnstreek	WBC Hoogveld Andersonstraat 39 6135 JE, Sittard	Wonen
	WBC Overhoven Sportcentrumlaan 40 6136 KX, Sittard	Wonen

	WBC Broeksittard Kerkstraat 63 6137 SL, Sittard	Wonen
	WBC Geleen Jos Kleijnenlaan 63-65 6164 AC, Geleen	Wonen
	WBC Doenrade Kerkstraat 20 6439 AS, Doenrade	Wonen
	WBC de Baandert Sportcentrumlaan 70 6136 KX, Sittard	Wonen Onplanbare zorg Dagbesteding
	AC de Haamen De Haamen 1 6191 HV, Beek	Dagbesteding (sportcentrum)
	AC Havikstraat Havikstraat 18 6135 ED, Sittard	Dagbesteding Behandeling (Hersenz)
	AC Sittard Wielewaalstraat 1 6135 EN, Sittard	Dagbesteding Ambulante begeleiding
Regio Parkstad	WBC Schaesberg Melchersstraat 60 6372 KZ, Landgraaf	Wonen Onplanbare zorg Ambulante begeleiding
	WBC Kerkrade Lupinestraat 80 6466 SK, Kerkrade	Wonen Dagbesteding
	WBC Heerlen Leon Biessenstraat 73 6418 TL, Heerlen	Wonen
	AC Brunssum De Insel 18 6442 AJ, Brunssum	Dagbesteding
	AC Kerkrade Caspar Sprokelstraat 4 6461 EA, Kerkrade	Dagbesteding Behandeling (Hersenz)
	AC Heerlen Heldevierlaan 5 6415 SB, Heerlen	Dagbesteding (werkplaats)
Regio Maastricht Heuvelland	WBC aan de Pas Pasweg 9 6142 CT, Bunde	Wonen (beademing) Dagbesteding Behandeling (Hersenz)
	WBC LMJ-Hof Louis Marie Jaminhof 1 6241 CN, Bunde	Wonen
	WBC Langendaal Langendaal 216c 6228 JV, Maastricht	Wonen
	AC Maastricht Symphoniesingel 60 6218 AA Maastricht	Dagbesteding Ambulante begeleiding

Scope	Het bieden van behandeling, individuele begeleiding, groepsbegeleiding en wonen voor volwassenen met een lichamelijke, zintuigelijke of meervoudige beperking en/of niet aangeboren hersenletsel.
Uitsluitingen	6.6 Ontwikkelen van nieuwe zorg- of dienstverlening is niet van toepassing.

Bezoek starttijd (ongeveer)	9	Bezoek eindtijd (ongeveer)	17	De actuele start- en eindtijd voor het bezoek zullen overeengekomen zijn tijdens het contact met de assessor voorafgaand aan de audit en zullen vermeld worden in de rapport introductie.
-----------------------------	---	----------------------------	----	---

Opmerking: Als het bezoek meer dan een team lid betreft en/of is meer dan een mandag, dan is een aanvullend plan vereist dat per dag de details geeft van de activiteiten van elk lid van het team.

Datum vm/nm	Assessor 1	Assessor 2	Standaard
17, 18, 19, 20 september 2019	Guido Driessen	Barend Voskuilen	AP is toegevoegd.

Auditplan Zorg & Welzijn

Organisatie (volledige naam)	Bezoektype	Norm	Auditdatum/-data	Contactgegevens contactpersoon en begeleiders (naam, mailadres en GSM/telefoon)
SGL	Hercertificering	HKZ Gehandicapten zorg (2015)	17 tm 20 sept 2019	Yvonne Hellegers SGL Havikstraat 18 6135 ED, Sittard T 045-8000856 (intern 1856) M 06-12466951 E yhellegers@sgl-zorg.nl

Dag1 Hoofdkantoor, dinsdag 17 september

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, opening	Lidy Evenhuis, bestuurder Norma Janssen, beleidsadviseur Yvonne Hellegers, sen. beleidsadviseur	Bureau Ondersteuning, Havikstraat 18, 6135 ED, Sittard T 045-8000856	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
9.15 uur	Bestuur, leiderschap	Lidy Evenhuis, bestuurder			
10.15 uur	Overleg auditoren	N.v.t.			
10.30 uur	HRM, evaluatie beleidscyclus, personeelsdossiers, opleidingen	Marcel Janssen, manager HRM			
11.30 uur	ICT/AVG	Pieter Franssen, manager ICT Paul Meiser, directiesecretaris, AVG functionaris Wim Houben, projectmedewerker Informatiebeveiliging en Privacy			
12.30 uur	Lunch	N.v.t.			
13.00 uur	Medezeggenschap CCR	Afvaardiging CCR			
14.00 uur	Medezeggenschap OR	Afvaardiging OR			
15.00 uur	Rapporten en documentbeschouwing	N.v.t.			
16.30 uur	Terugkoppeling	Nader te bepalen			
17.00	Einde audit, afscheid	N.v.t.			

Dag 1 Hoofdkantoor, dinsdag 17 september

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, opening	Lidy Evenhuis, bestuurder,	Bureau Ondersteuning, Havikstraat 18, 6135 ED, Sittard T 045-8000856	Barend Voskuilen	Norma Janssen (vanaf 10.30u)
9.15 uur	Bestuur, leiderschap	Lidy Evenhuis, bestuurder			
10.15 uur	Overleg auditoren	N.v.t.			
10.30 uur	Aanmelding, intake	Marianne van Marcke, medewerker backoffice Joke Rijk, zorgbemiddelaar			
11.30 uur	Facilitair NEN310, BHV, legionella et cetera	Jan Kickken, manager Facilitair			
12.30 uur	Lunch	N.v.t.			
13.00 uur	F&C	Erik Noteborn, manager Finance & Control			
14.00 uur	Kwaliteit en beleid	Norma Jansen, beleidsadviseur Yvonne Hellegers, sen. beleidsadviseur			
15.00 uur	Rapporten en documentbeschouwing	N.v.t.			
16.30 uur	Terugkoppeling	Nader te bepalen			
17.00	Einde audit, afscheid	N.v.t.			

Dag 2 Regio Noord Limburg, woensdag 18 september

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Wim van Lierop, regiomanager	WBC De vier torens Kloosterstraat 12 5941 ET, Velden. T: 045 - 800 04 80.	Guido Driessen	Dorien Hanssen
9.15 uur	Gesprek management en beleid	Wim van Lierop, regiomanager			
10.15 uur	Gesprek management en beleid	Jean Lousberg, teamleider			

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.

11.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers/rondgang	Dirk Kouters, begeleider.			
12.15 uur	Lunch	N.v.t.			
12.45 uur	reistijd	N.v.t.	AC Venray Doctor Poelsstraat 6, 5802 AX, Venray T 045 - 8000100		
13.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers/rondgang	Sylvia Woudberg, begeleider			
14.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers	Francine van der Leest, begeleider	Begeleiding thuis p/a Doctor Poelsstraat 6		
15.15 uur	Rapporten en documentbeschouwing	N.v.t.			
16.30 uur	Terugkoppeling	Wim van Lierop, regiomanager Jean Lousberg, teamleider Guido Hoogervorst, teamleider			
17.00	Einde audit, afscheid	N.v.t.			

Dag 2 Regio Parkstad, woensdag 18 september

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Rob Bulles, regiomanager	WBC Schaesberg, Melchersstraat 60 6372 KZ Landgraaf T 045 – 5314626	Barend Voskuilen	Yvonne Hellegers
9.15 uur	Gesprek management en beleid Voorgang n.a.v. plan van aanpak Minor NC	Rob Bulles, regiomanager			
10.00 uur	Gesprek management en beleid	Esther Sleypen-Lotz, teamleider			
11.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers/rondgang	Jessica Knepen, begeleider			
12.15 uur	Lunch	N.v.t.			
12.45 uur	Reistijd	N.v.t.	AC Heerlen Heldevierlaan 5 6415 SB Heerlen T 045 - 8000050		
13.15 uur	Observatie primair proces, rondleiding				
14.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers	Monique Diederer, begeleider			
15.15 uur	Rapporten en documentbeschouwing	N.v.t.			
16.30 uur	Terugkoppeling	Rob Bulles, regiomanager			
17.00	Einde audit, afscheid	N.v.t.			

Dag 3 Regio Midden Limburg, donderdag 19 september

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Anne Degenaar, regiomanager	WBC Maartenshuis Doctor Kuyperstraat 2, 6004 AL Weert T 0495 - 534497	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
9.15 uur	Gesprek management en beleid	Anne Degenaar, regiomanager			
10.15 uur	Gesprek management en beleid	Nico Salden, teamleider			
11.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers/rondgang	Lenie Marchena, begeleider			
12.15 uur	Lunch				
12.45 uur	reistijd		AC Weert Serviliusstraat 190/A, 6006KH, Weert T 045 -8000130		
13.15 uur	Gesprek management en beleid	Francis Schlijper, teamleider			
14.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers/rondgang	Rick Nelissen, begeleider			
15.15 uur	Rapporten en documentbeschouwing				
16.30 uur	Terugkoppeling	Lidy Evenhuis, bestuurder Marcel Janssen, manager HR Anne Degenaar, regiomanager Paul Zonneveld, regiomanager Dorien Hanssen, beleidsadviseur Yvonne Hellegers, sen. beleidsadviseur			
17.00	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 Regio Maastricht Heuvelland, donderdag 19 september

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Alfons Lormans, regiomanager	WBC aan de Pas Pasweg 9, 6241 CT Bunde T 043 - 3641974	Barend Voskuilen	Norma Jansen
9.15 uur	Gesprek management en beleid	Alfons Lormans, regiomanager			
10.15 uur	Gesprek management en beleid	Manolo Mendoza, teamleider			
11.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers/rondgang	n.t.b., begeleider			
12.15 uur	Lunch				
12.45 uur	Reis naar AC Maastricht		AC Maastricht Symphoniesingel 60, 6218 AA Maastricht T 043 - 3478444		
13.15 uur	Gesprek management en beleid	Fons Fisetete, teamleider			
14.15	Gesprek primair proces, dossiers/rondgang	Celine Lekner, begeleider			
15.15 uur	Rapporten en documentbeschuwing				
16.30 uur	Terugkoppeling	Alfons Lormans, regiomanager Fons Fisetete, teamleider Manolo Mendoza, teamleider			
17.00	Einde audit, afscheid				

Dag 4 Hoofdkantoor, vrijdag 20 september

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst		Bureau Ondersteuning, Havikstraat 18, 6135 ED, Sittard T 045 - 8000856	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
9.15 uur	Behandeling	Egbert Janssen, Cognitief- en thuisbehandelaar Hersenz			
10.15 uur	Planetree (mensgerichtheid)	Paul Zonneveld, regiomanager Westelijke Mijnstreek			
11.15 uur	Arbo/preventie	Pauline van Helden, sen. HRM adviseur			
12.15 uur	Lunch				
13.00 uur	Rapport en documentbeoordeling, open eindjes				
16.00 uur	Terugkoppeling bevindingen en follow up	Lidy Evenhuis, bestuurder Managementteam (wie kan aansluiten) Yvonne Hellegers, sen. Beleidsadviseur Dorien Hanssen, beleidsadviseur			
17.00 uur	Einde audit, afscheid				

Dag 4 Regio Westelijke Mijnstreek, vrijdag 20 september

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, ontvangst	Paul Zonneveld, regiomanager	WBC de Baandert Sportcentrumlaan 70 6136 KX Sittard T 046 - 4584959	Barend Voskuilen	Dorien Hanssen
9.15 uur	Gesprek (werkzaamheden nachtdienst)	Chantal Wetzels, medewerker nachtdienst/ onplanbare zorg			
10.15 uur	Voeding HACCP	Linda van der Meulen, groepsassistente			
11.15 uur	Gesprek primaire proces, dossiers/rondgang	Daisy Mulder, begeleider			
12.15 uur	Lunch	n.v.t.			
12.45 uur	Gesprek management en beleid	Debby Meulenhoff, teamleider			
13.45 uur	Reistijd	N.v.t.	Bureau Ondersteuning, Havikstraat 18, 6135 ED, Sittard T 045-8000856		
14.00 uur	Rapport en documentbeoordeling, open eindjes	N.v.t.			
16.00 uur	Terugkoppeling bevindingen en	Lidy Evenhuis, bestuurder			

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.



	follow up	Managementteam (wie kan aansluiten) Yvonne Hellegers, sen. Beleidsadviseur Dorien Hanssen, beleidsadviseur			
17.00 uur	Einde audit, afscheid	N.v.t.			

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)
SGL	SV1	HKZ Gehandicapten zorg (2015)	2 maart 2020	Yvonne Hellegers SGL Havikstraat 18 6135 ED, Sittard T 045-8000856 (intern 1856) M 06-12466951 E yhellegers@sgl-zorg.nl

Dag1 2 maart 2020

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor	Begeleider
9.00 uur	Binnenkomst, opening	Lidy Evenhuis, bestuurder Verder n.t.b.	Bureau Ondersteuning, Havikstraat 18, 6135 ED, Sittard T 045-8000856	Guido Driessen	Yvonne Hellegers
9.15 uur	Bestuur, leiderschap	Lidy Evenhuis, bestuurder			
10.15 uur	Documentstudie				
10.30 uur	Beleid, proces, Minor NC				
11.30 uur	Beleid, proces, Minor NC				
12.30 uur					
13.00 uur	Beleid, proces, Minor NC				
14.00 uur	Beleid, proces, Minor NC				
15.00 uur	Documentstudie en rapport.				
16.30 uur	Sluiting				
17.00					

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.



LRQA Rapportage beschouwingen: SGL		
Zijn er afwijkingen van het oorspronkelijke audit plan?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	Zo ja, beschrijf de afwijkingen en de redenen hiertoe in de introductie van het rapport.
Zijn er significante kwesties/zaken met een impact op het audit programma?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	Zo ja, beschrijf de kwesties in de introductie en pas de APP aan.
Hebben er significante veranderingen plaats gevonden met betrekking tot het managementsysteem van de cliënt sinds de laatste audit?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	Zo ja, beschrijf de veranderingen in de management samenvatting van het rapport.
Zijn er onopgeloste zaken/kwesties geïdentificeerd gedurende de assessment?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, beschrijf deze zaken/kwesties in de management samenvatting.
Was de audit een gecombineerde audit of een geïntegreerde audit?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	Zo ja, bevestig in de introductie van het rapport om welke type audit het gaat en de normen die zijn betrokken.
Heeft de organisatie het gebruik van de certificatie documenten en logo's effectief beheerd?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo niet, documenteer dit dan in het procesblok met verplichte elementen.
Indien van toepassing, heeft de organisatie effectieve maatregelen genomen met betrekking tot tekortkomingen die in eerdere bezoeken zijn geconstateerd?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Documenteer de uitkomsten in het bevindingenoverzicht bij de betreffende tekortkoming
Voldoet het managementsysteem van de organisatie bij voortdurend aan de geldende eisen en de verwachte uitkomsten?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo niet, beschrijf de redenen in de management samenvatting.
Is de certificatie scope nog steeds geschikt voor de activiteiten, producten en diensten van de organisatie?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo niet, dan dienen de nodige acties met betrekking tot de scope gedocumenteerd te worden in de management samenvatting en moet de APP naar behoren aangepast worden.
Zijn de doelstellingen zoals gedefinieerd in de APP volbracht gedurende het bezoek?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo niet, beschrijf de redenen en de benodigde acties in de management samenvatting en pas de APP hierop aan.

Extra informatie

Mogelijkheden voor verbetering

Als wij mogelijkheden voor verbeteringen van het al bestaande managementsysteem constateren en wanneer deze verbeteringen kunnen worden geleverd op een strategisch niveau, dan zullen wij dit opnemen in de procestabel dat van toepassing is op de gebieden die zijn geëvalueerd of in de management samenvatting van het rapport.

Geheimhouding

Wij zullen de inhoud van dit rapport, samen met de notities die zijn gemaakt gedurende het auditbezoek in strikt vertrouwelijkheid bewaren en zullen niet aan derden worden verleend zonder schriftelijke toestemming van de cliënt, met uitzondering aan accreditatie autoriteiten wanneer dit wordt vereist.

Steekproef

Het beoordelingsproces is gebaseerd op het nemen van monsters van de activiteiten van het bedrijf. Deze methode is niet statistisch onderbouwd maar berust op het nemen van representatieve voorbeelden van de activiteiten van het bedrijf. Niet elk aspect van het bedrijf kan bemonsterd worden, dus wanneer er geen non-conformaties geconstateerd zijn in een bepaald bedrijfsproces wil dit niet betekenen dat er geen non-conformaties zijn in het gehele bedrijf. Ook wanneer er wel non-conformaties zijn geconstateerd dan hoeft dit niet per se de enigen te zijn.

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.

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

Client information note

Assessment process – Management systems service outline

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 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.

Client information note

Assessment process – Management systems service outline

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, -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

Client information note

Assessment process – Management systems service outline

- 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:
 - 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

Client information note

Assessment process – Management systems service outline

- 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, 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

Client information note

Assessment process – Management systems service outline

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

Client information note

Assessment process – Management systems service outline

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 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 (hercertificering)

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,

Client information note

Assessment process – Management systems service outline

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.

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.

Client information note

Assessment process – Management systems service outline

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 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.

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. 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.

Care is taken to ensure that all information provided is accurate and up to date. However, Lloyd's Register LRQA accepts no responsibility for inaccuracies in, or changes to, information. Lloyd's Register and variants of it are trading names of Lloyd's Register Group Limited, its subsidiaries and affiliates.

Copyright © Lloyd's Register Quality Assurance Limited, 2017. A member of the Lloyd's Register group.