

## surveillance 3, surveillance 4, transitie

Rapport voor:

# Stichting Gehandicaptenzorg

<b>LRQA referentie:</b>	RQA0932146 / 3919816
<b>Assessmentdata:</b>	02-november-2021 - 04-november-2021
<b>Rapportagedatum:</b>	12-januari-2022
<b>Adres:</b>	Havikstraat 18,Sittard 6135 ED,NL
<b>Assessmentcriteria:</b>	HKZ Gehandicaptenzorg (2019), HKZ Gehandicaptenzorg (2015)
<b>Assessmentteam:</b>	Rene Tollenaar Paul Houben
<b>LRQA kantoor:</b>	RQA The Netherlands OU

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

## Inhoud

### Bladzijde

01. Managementsamenvatting	3
02. Assessmentconstateringen	5
03. Assessmentsamenvatting	7
04. Details volgend bezoek	20
05. Goedkeuringsdetails	21
06. Bijlage	22

### Bijlagen:

RQA0932146\_APP\_SV4\_VVT-GZ\_RTO\_SGL\_nov21.doc

RQA0932146\_RB\_SV4\_RTO\_SGL\_nov21.doc

RQA0932146\_AP\_FV\_VVT-GZ\_RTO\_SGL\_22.doc

Auditplan SGL november 2021 v4.docx

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

**Naam:** Y. Hellegers

**Functie:** Strategisch beleidsadviseur

## 01. Managementsamenvatting

### Assessmentresultaat:

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

Dit bezoek was om vast te stellen of het managementsysteem van Stichting Gehandicaptenzorg voldoet aan de eisen uit de HKZ Gehandicaptenzorg (2015), zoals uitgevoerd conform het auditplan. Het resultaat van de audit is hieronder vastgelegd.

Stichting Gehandicaptenzorg is tijdens deze audit steekproefsgewijs getoetst op het certificatieschema HKZ Gehandicaptenzorg versie 2019 en de norm HKZ Algemeen Organisatiedeel versie 2015+A1:2019.

Het betreft een gecombineerde SV3/ SV4 bezoek om te toetsen of de organisatie in voldoende mate aan de norm voldoet. Door uitval van de auditor is de SV3 in het voorjaar niet doorgegaan en is besloten de controlebezoeken te combineren.

De doelen uit het auditplan zijn behaald. Zwaarwegende afwijkingen zijn niet geconstateerd. Eén afwijking van de categorie Minor NC is tijdens dit bezoek geconstateerd. Deze is door de klant begrepen en geaccepteerd. De klant heeft een plan van aanpak opgesteld welke door de teamleider is beoordeeld en geaccepteerd. De opvolging van de afwijking vindt plaats tijdens het Focus bezoek.

Uit interviews, documentbeoordeling en observaties is gebleken dat de primaire-, ondersteunende en besturende processen worden beheerst en door betreffende medewerkers worden uitgevoerd conform de eisen uit de norm, de geldende afspraken en wet- en regelgeving.

De generale conclusie luidt dat het bestaande managementsysteem effectief is.

De voordracht in dit auditrapport wordt alleen gebruikt voor de administratieve omzetting van de 2015 versie van de norm naar de 2019 versie. Er worden geen wijzigingen doorgevoerd op vervaldatum, scope en vermelde vestigingen, etc.

De teamleider bevestigt hierbij dat de contractafspraken correct zijn.

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

### Continu verbeteren:

De organisatie is gericht op continu verbeteren om te kunnen voldoen aan de eisen en wensen die de cliënten en overige belanghebbenden. Dit blijkt uit:

**Conformiteit:** De organisatie is in staat te voldoen aan de eisen vanuit de norm waartegen is getoetst, de eisen vanuit haar eigen managementsysteem en eisen die door de cliënten en overige belanghebbenden en door wet en regelgeving worden gesteld. De organisatie heeft inzicht in de omgevingscontext en stemt het beleid continu af op de wensen van de belanghebbenden.

**Bedrijfsrisico's:** Organisatierisico's zijn in beeld en worden gemonitord en bijgesteld in de P&C cyclus.

**Cliënttevredenheid:** De organisatie evalueert de tevredenheid van de cliënt op individueel en geaggregeerd niveau. De organisatie meet de tevredenheid met de CTO en het zogenaamde "Zo kijk er tegen aan". De Cliëntenraad heeft een sterke positie binnen de organisatie en gebruikt middelen om de tevredenheid te meten en adresseert de uitkomsten op diverse niveaus binnen de organisatie.

**Realisatie beleid:** Er is sprake van een organisatie met een sterke focus op de belangen van de cliënt. Om aan de belangen tegemoet te komen is een koerswijzing ingezet, die ondanks belemmeringen zoals de covid-19 pandemie en de overstromingen tijdens de zomer, gestaag vooruitgang boekt. De voorhanden zijnde systemen bieden mogelijkheden om analyses uit te voeren, verbetermaatregelen te nemen en de effectiviteit van de genomen maatregelen te beoordelen. De directiebeoordeling wordt ingezet als instrument om het KMS in zijn geheel te beschouwen.

**Genereren van managementinformatie:** 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. De voortgang van de verbeteringen wordt gemonitord in diverse gremia.

**Continue verbeteren:** De organisatie heeft een verbetercultuur. Voorbeelden van continu verbeteren zijn: de strategische koers, deelname aan het project 'Innovatie Impuls Gehandicaptenzorg Volwaardig Leven', beeldbellen bij thuisbegeleiding, het digitale nieuwsbrief, communicatieplan MIC-cie.

**Multi-site:** De organisatie bestaat uit meerder locaties, bestaande uit een hoofdlocatie met centrale functie en woonlocaties. Er is sprake van één organisatie met beslissingsbevoegdheid over de vestigingen, één managementsysteem, centrale managementreview en centrale interne auditprogramma.



## Aandachtsgebieden voor het senior management:

Er is voordeel te behalen door effectparameters vast te stellen om de cultuuromslag te kunnen monitoren.

## 02. Assessmentconstateringen

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

### Major Nonconformity

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

### Minor Nonconformity

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

<b>Referentienummer</b>	3919816_SBCPWH01	<b>Assessmentcriteria (paragraaf)</b>	HKZ Gehandicaptenzorg (2019) ( 7.2 )
<b>Gradatie</b>	Minor	<b>Datum</b>	04-november-2021
<b>Status</b>	Nieuw	<b>Proces / Aspect</b>	Infrastructuur, materiaal en middelen
<b>Locatie(s)</b>	Haviksstraat 18,SITTARD,NL::Regio Midden Limburg Havikstraat 18,Sittard,NL::Stichting Gehandicaptenzorg Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Maastricht Heuvelland Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Westelijke Mijnstreek Haviksstraat 18,Sittard,NL::Cluster Actief Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Parkstad Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Noord- en Midden Limburg		
<b>Tekortkoming</b>	Het proces rondom monitoring en meten van risicovolle middelen zoals bloeddruppelapparaat, weegschaal en oefenmateriaal gevoed door elektriciteit worden niet procesmatig uitgevoerd.		
<b>Eis</b>	Beheersing van monitoring en meetuitrusting van middelen die de kwaliteit en/of resultaat van de zorg- en dienstverlening beïnvloed.		
<b>Bewijs</b>	Op alle locaties worden de bloeddruppelapparaten en weegschalen niet geïjkt. Op locatie AV Brunssum zijn de stroomadapters en de Motomet bike niet binnen de gestelde termijn gecontroleerd.		
<b>Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn</b>	1. Eerste inschatting van de oorzaak: SGL heeft geen Wlz zorg met behandeltoekenning. Dit betekent dat onze cliënten gebruik maken van reguliere eerste en tweedelijns zorg. Hulpmiddelen die op de woonlocaties aanwezig zijn worden indicatief gebruikt, niet in het kader van behandeling. Binnen SGL wordt veelal met digitale bloeddruckmeters en weegschalen gewerkt. Deze kunnen niet geïjkt of onderhouden worden. Uit documentonderzoek blijkt dat we keuzes niet onderbouwd hebben verankerd in beleid en dat we ook niet in beeld hebben welke middelen eventueel via de locaties zelf zijn ingekocht. De auditor verwijst naar de Richtlijn medische hulpmiddelen. Deze richtlijn was binnen SGL niet bekend. 2. Geplande acties: De Richtlijn medische hulpmiddelen is		

<b>Voorgestelde correctie, corrigerende maatregelen en termijn</b>	onderzocht. Op basis van de classificaties die in de richtlijn worden gegeven is onderzocht of de bloeddrukmeters en weegschalen hieronder vallen. Dit is niet het geval. Meer informatie is te vinden op <a href="https://www.euronorm.net">https://www.euronorm.net</a> We brengen organisatiebreed in kaart welke hulpmiddelen we hebben en verankeren beleid waarin is vastgelegd welke onderhouden worden en welke niet en leggen vast in welke frequentie en door wie dit onderhoud wordt uitgevoerd.	
<b>Correctie</b>	RTO_nov21: Geaccepteerd.	
<b>Oorzaakanalyse</b>	RTO_nov21: Geaccepteerd.	
<b>Corrigerende maatregel</b>		
<b>De implementatie van genomen maatregel(en) is door LRQA gecontroleerd en beoordeeld.</b>	<b>Sluitingsdatum</b>	

### 03. Assessmentsamenvatting

#### Algemene doelstellingen voor dit bezoek:

Dit was een surveillance 3, surveillance 4, transitie 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:

De openingsvergadering is bijgewoond door: Bestuurder, Strategische beleidsadviseur.  
Besproken is de planning en de scope van het bezoek.

De sluitingsvergadering is bijgewoond door: Bestuurder, Strategische beleidsadviseur, managers, teamleiders, persoonlijke begeleiders en begeleiders.  
Besproken is het resultaat van de audit.

#### Specifieke doelstelling voor dit bezoek:

Doelstellingen van deze audit zijn:

- a) de vaststelling van overeenstemming van het managementsysteem van de klant, of delen daarvan, met de auditcriteria;
- b) een evaluatie van het vermogen van het managementsysteem om te bewerkstelligen dat de klant voldoet aan de eisen uit van toepassing zijnde wet- en regelgeving en contractuele eisen;
- c) een evaluatie van de doeltreffendheid van het managementsysteem om te bewerkstelligen dat de klant continu voldoet aan haar gespecificeerde doelstellingen;
- d) indien van toepassing, het identificeren van mogelijkheden tot verbetering van het managementsysteem.

#### Inleiding:

De organisatie is tijdens deze audit steekproefsgewijs getoetst op het certificatieschema HKZ Gehandicaptenzorg versie 2019 en de norm HKZ Algemeen Organisatiedeel versie 2015+A1:2019.

Vooraf is met de klant afgesproken dat zij toestemming zal vragen ten minste 5 cliënten per te bezoeken locatie ten behoeve van dossieronderzoek. De getekende toestemmingsformulieren zijn getoond. Tijdens de audit waren hierdoor ruim voldoende dossiers beschikbaar voor het nemen van een steekproef en zijn 4 dossiers ingezien.

Het plan was de audit geheel op locatie uit te voeren. Geargumenteed is op één programma onderdeel afgeweken. Door een covid-19 besmetting is het bezoek aan WBC Heerlen omgezet naar een remote beoordeling. De rondgang is met behulp van een MS surface uitgevoerd. De remote audit is uitgevoerd per MS-Teams, gebruikmakend van het account van de klant. De sluitingsvergadering is ook remote uitgevoerd.

Deze werkwijze heeft geleid tot voldoende inzicht in de werking van het managementsysteem van de organisatie. Het auditteam heeft voldoende informatie kunnen vergaren om een uitspraak te kunnen doen over de besturende-, primaire en ondersteunende processen.

De rapportage is opgesteld op hoofdlijnen. Daar waar aandachtsgebieden zijn geformuleerd heeft de teamleider vastgesteld dat voldaan is aan de eisen van de norm. Aandachtsgebieden zijn derhalve mogelijkheden om

processen te verbeteren. De interpretatie door LRQA van de AVG houdt in dat in het rapport de namen van auditees niet zijn opgenomen.

De doelen uit het auditplan zijn behaald. Tijdens dit bezoek is één afwijkingen geconstateerd. Deze is door de klant begrepen en geaccepteerd. De klant heeft een plan van aanpak opgesteld welke door de teamleider is geaccepteerd. De voortgang wordt door de auditor beoordeeld tijdens de geplande Focus Visit 2022. Uit interviews, documentbeoordeling en observaties is gebleken dat de beoordeelde besturende-, primaire- en de ondersteunende processen worden beheerst en door betreffende medewerkers en uitgevoerd conform de eisen uit de norm en de geldende afspraken en wet- en regelgeving.

Dit was tevens een transitie 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.

Meldingsplichtige zaken hebben zich niet voorgedaan. Bezoek van een bevoegde instanties in het kader van controle, meldingen of calamiteiten heeft niet plaatsgevonden.

Logogebruik/verwijzing naar het "gecertificeerd zijn" is bekend, afwijkingen zijn niet aangetroffen. De teamleider verklaart dat de contractafspraken correct zijn.



<b>Assessment van:</b>	Besturende processen	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Bestuurder, strategische beleidsadviseur, senior beleidsadviseur.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Ontwikkelingen in de context; Wzd; effecten coronapandemie; wateroverlast / ontruiming; samenwerking met overige zorgaanbieders; aanbestedingstraject Gemeenten; overleg met de lokale overheid; eisen en budgetten in de WMO; effect op cliënten en medewerkers; strategische risico analyse; strategische keuze t.a.v. doelgroep; twijfel continuering WMO doelgroep; bedrijfscultuur; transitie van Angelsaksisch naar Rijnland model, strategische koers; fasering van de verandering; monitoren van de verandering; prestatie indicatoren; visie op zorg; visie op personeelsbeleid; meer regie voor de cliënt; vakmanschap en eigenaarschap; het goed gesprek; competenties; leiderschapstraining; teamcoaches; medewerkerstevredenheid; intercollegiale toetsing; analyse zorg en administratieve processen; communicatie; expertise centrum; samenwerking universiteit Maastricht; cliënttevredenheid, dit vind ik ervan, MTO; klachten; incidenten; interne audit programma; interne audits; klanttevredenheid; directiebeoordeling; continu verbeteren.

Bronnen: Wij gaan verder; strategische koers SGL 2020-2024; Routekaart SFL 2020-2024; totaal rapportage SGL; directiebeoordeling 2020; 210527 Kwaliteitsrapport 2020\_definitief\_pdf (1); Uitvoeringsplan Audit scholing vakmanschap - Kopie; Uitvoeringsplan Audit WZD - Kopie; Uitvoeringsplan Audit scholing vakmanschap - Kopie; Beleidsnotitie Onvrijwillige zorg DEF (Versie 1); SGL Rapport onvrijwillige zorg jan-juni 2021 DEF.

### Evaluatie en conclusies:

De besturende processen zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Kritische afwijking zijn niet geconstateerd. Een aantal verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Dat blijkt onder andere uit:

#### Sterk punt van het systeem

Het uitdragen en laten landen van het beleid.

#### Context en sturing

De strategisch koers heeft de organisatie in beweging gezet. Het Angel-Saksisch model is losgelaten en het Rijnlandsmodel geldt is het uitgangspunt. De cultuuromslag is vertaald in de strategische koers, gekaderd in vijf domeinen op het fundament: eigen regie voor cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers. Middelen om het doel te bereiken zijn o.a.: het dienend leiderschap, verantwoordelijkheden laag in de organisatie leggen, zelforganisatie van de teams en een focus op technologische ontwikkelingen. Sleutelfiguren in de transitie worden ondersteunt door bijvoorbeeld training, scholing en coaching. De routekaart is vastgesteld. De voorgang is belemmerd door de covid-19 pandemie en het wateroverlast in de zomer. De ongeplande veranderingen heeft veel aandacht van het management geëist en de nodige inspanning van de medewerkers heeft gevergd.

Naast onvoorziene omstandigheden is het Gemeentelijk aanbesteding proces een zwaar traject. Een effect is dat de prospectieve cashflow nog niet ingeschat kan worden.

De inrichting van de organisatie is gereed, 2022 wordt het jaar dat de effecten van de koerswijzing zichtbaar gaan zijn.

### Evaluatie van prestaties en continu verbeteren.

De voortgang van het beleid en de plannen wordt gemonitord in het MT aan de hand van financiële en kwalitatieve parameters.

De CTO wordt eens in de twee jaar gemeten. Op individueel niveau wordt de tevredenheid gemeten met "dat vind ik ervan".

De organisatie heeft een functionerend meldingssysteem, dat de teams in staat stelt maatregelen te nemen en op geaggregeerd niveau analyse te kunnen maken en continu te verbeteren, zoals bijvoorbeeld de inzet van team Consultatie & Ondersteuning ingezet bij complexe casuïstiek. Voor analyse van data maakt de organisatie gebruik van commissies zoals de RAI-commissie (Registratie Agressieve Incidenten) en MIC-commissie.

In de geest van de WKKGZ worden klachten zo laag drempelig mogelijk behandeld. De cijfers tonen aan dat het beleid effectief is.

Het auditprogramma is vastgesteld met een focus op thema's zoals: vakmanschap en onvrijwillige zorg.

### **Aandachtsgebieden:**

Er is voordeel te behalen bestaande bronnen, zoals "dat vind ik ervan" aan te boren om de doeltreffendheid te meten.

Het verdient aanbeveling in het interne auditprogramma aantoonbaar te maken dat onderzocht wordt dat de organisatie voldoet aan de eisen uit de HKZ-norm .

<b>Assessment van:</b>	Centrale Cliënten Raad	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Voorzitter, secretaris, vicevoorzitter.		

### **Onderwerpen en informatiebronnen:**

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ); samenstelling CCR; werven kandidaten; ondersteuning hulpbehoevende bestuursleden; de buddy; vergadercycli; ambtelijke ondersteuning; materiele ondersteuning; werkplek; betrokkenheid bij beleidsvorming; strategische koers; informatievoorziening; toegankelijkheid bestuurder; advies- en besluitvormingsproces; achterbanraadpleging; effecten van de nieuwe koers in de praktijk.

Bronnen: Medezeggenschapsregeling Centrale cliëntenraad -jun21.

### **Evaluatie en conclusies:**

De structuur en de processen die cliëntenvertegenwoordiging faciliteren zijn steekproefsgewijs beoordeeld. De conclusie luidt dat de structuur de cliëntenvertegenwoordiging ondersteunt en dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Dat blijkt onder andere uit:

De Centrale Cliënten Raad bestaat uit 10 zetels, waarvan er 9 zijn bezet. De zetels van het dagelijks bestuur is bezet.

De CCR heeft een reglement.

Een externe partij heeft getoetst of de organisatie en de CCR voldoet aan de geest van de Wet medezeggenschap

cliënten zorginstellingen (WMCZ) en dat positief heeft bevestigd.

De CCR houdt kantoor in het hoofdkantoor. De Raad ontvangt ambtelijke ondersteuning. Ter ondersteuning van leden van de Raad die ondersteuning nodig hebben bij het lezen van documenten en of het opstellen van notities is er de zogenaamde buddy.

De auditees geven aan dat zijn in een vroeg stadium en volledig geïnformeerd worden die het nodig heeft om de belangen van patiënten en cliënten te behartigen.

De Raad overlegt regelmatig met de directie over het beleid van de instelling,

De cliëntenraad moet vooraf instemmen met bestuursbesluiten besluiten die directe gevolgen hebben voor cliënten. Bijvoorbeeld over de kwaliteit van de zorg of de dagbesteding.

De besluitvorming is geregeld.

De Raad heeft diverse instrumenten om informatie bij de achterban te halen en te brengen, bijvoorbeeld: 2x per jaar centrale bijeenkomsten, lokale bijeenkomsten, positioneren van een contactpersoon op de woonlocaties en het "koffiemoment" op de locaties. De Raad merkt dat het makkelijker wordt kandidaten te vinden een bijdrage willen geven aan cliëntenvertegenwoordiging.

De Raad is te spreken over de inzet van coaches om de teams te ondersteunen bij de koerswijziging. Men ervaart dat bij het koffiemoment steeds meer medewerkers aanschuiven om zicht bij het gesprek te voegen.

### Aandachtsgebieden:

N.v.t.

<b>Assessment van:</b>	Locaties WBC Schaesberg, WBC Heerlen en WBC Overhoven	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Teamleiders (2), persoonlijke begeleiders (4), facilitaire medewerker.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Ontwikkelingen in de context; communicatie horizontaal / verticaal; kanteling van de organisatie; effecten voor het team; zelforganisatie; jaarplan: jaarplancyclus; betrokkenheid van de medewerkers, betrokkenheid van de cliënten, afstemming in de lijn, vaststellen budget, operationele planning, planning van acties van nieuwe doelen, uitvoering van de plannen, bewaken van de voortgang; overlegvormen: werkoverleg, cliëntenoverleg; beschikbaarheid van personeel; beschikbaarheid van middelen; ontwikkelingsgesprekken;

Primaire processen en werkwijze; samenwerking met overige zorgverleners; informatie voorziening aan de cliënt; dossiervorming: risico-inventarisatie, zorgplan, evaluatie, informed consent; dat vind ik ervan, medicatielijst; uitvoering van de zorg; infrastructuur: gebouw en ruimtes, materiaal, hulpmiddelen, brandbeveiliging, BHV-organisatie, voedselveiligheid; meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, veilig incidenten melden; medewerkersveiligheid.

Bronnen: cliëntdossier 2149 - 2053 Actiepunten WBC Overhoven (flipover).

### Evaluatie en conclusies:

De processen op WBC Overhoven en de Baandert zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Eén afwijking is geconstateerd. Verbeterkansen zijn geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen

planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Enkele bijzonderheden:

#### WBC Schaesberg, WBC Heerlen

T.g.v. coronabesmetting op de locatie is de audit remote uitgevoerd.

De verandering van de besturingsfilosofie wordt positief ervaren: de medewerkers ervaren meer regelruimte, de communicatie is verbeterd en de rol van de leidinggevende is verandering. Zwaartepunt ligt bij het caochen, begeleiden van de teamontwikkeling. De teamleden hebben een actievere rol in de planvorming. De teamleider is minder in de sturende rol en meer in de bewakende rol door de plannen de spiegelen aan de missie en visie van de organisatie.

Een initiatief van het team is het zelfroosteren.

De BI-tool geeft veel data, visualisatie van de cijfers zou welkom zijn.

De teamscan staat niet gepland.

In de geest van de WKKGZ worden klachten laagdrempelig afgehandeld.

Er is sprake van een functioneren meldingssysteem. Meldingen worden in het teamoverleg behandeld. Voorbeeld van een verbetering op basis van een MIC is het inschakelen van een gedragsdeskundige, met positief effect (afname van het aantal meldingen).

De ontwikkelingsgesprekken op basis van 306° feedback worden gehouden.

De competenties worden gemonitord a.d.h.v. het LMS. Tilliftcursus is onderdeel van de competentieborging.

De beoordeelde dossiers laat zien dat de individuele cliëntrisico's in kaart zijn gebracht, voorzien van beheersmaatregelen.

Het medicatiebeheer en vestrekkingsproces verloopt beheerst.

De getoonde tensiometer is niet voorzien van onderhoudskenmerken (zie constateringentabel).

De BHV keuring wordt op locatie verzorgd. Ontruimingsoefeningen vinden niet plaats. Op de locatie wordt op momenten alleen gewerkt. Met de aandachtspunten bij alleenwerken is bij audities niet bekend.

#### WBC Overhoven

De locatie is geconfronteerd met een personeelsvraagstuk, er staan vacatures open. De locatie is zwaar getroffen tijdens de corona-pandemie. Het veiligheidsgevoel bij de medewerkers heeft een knauw gekregen. De PMB waren en zijn in voldoende mate voorhanden. De operationele vraagstukken nemen veel tijd in beslag ten koste van de besturende activiteiten. De actuele personeelsbezetting levert geen risico voor de bewoners op.

De speerpunten van de organisatie zijn behandeld tijdens inspiratiedag. De locatie is bezig met de vertaalslag naar acties. Deze zijn geregistreerd op de flip-over, zoals: efficiënt en effectief samenwerken, communicatie, dagelijkse reflectie (dagstart). De scan is vier jaar geleden voor het eerst uitgevoerd. De scan is niet in de actielijst opgenomen.

Analyse op de "dit vind ik ervan" vindt eenmaal in de drie jaar plaats.

Nieuwe medewerkers worden vergast met een kennismakingsdoos, gevuld met aardigheden en informatie. Het inwerkprogramma is niet gedocumenteerd.

De locatie gaat gestructureerd het gesprek aan met de bewoners om op die manier de wensen en behoefte van de bewoners in kaart te brengen.

De medewerkers hebben een training in familiezorg genoten.

Casuïstiek bespreking vindt plaats.

Het beoordeelde dossiers laat zien dat de individuele cliëntrisico's in kaart zijn gebracht, voorzien van beheersmaatregelen. De "dat vind ik ervan" is gedocumenteerd.

Het medicatiebeheer en vestrekkingsproces verloopt beheerst.

De locatie is verouderd, de medewerkers besteden veel aandacht om in overleg met de bewoners en familie een sfeervolle omgeving te creëren.

De brandblusmiddelen zijn voorzien van courante onderhoudsstickers. De BHV-organisatie is in orden, oefeningen

vinden plaats. De tilliften zijn binnen de gestelde tijd gekeurd.

In de keuken worden de HACCP-principes gehanteerd. Controle van de koelkast liet zien dat een enkel product (drinkyoghurt) langer in voorraad was dan de sticker toeliet. Niet alle controlelijsten zijn consequent ingevuld.

### Aandachtsgebieden:

Het verdient aanbeveling de uitkomsten van "dat vind ik ervan" met een vaste frequentie op locatieniveau te analyseren op basis de uitkomst met het team verbeterkansen te identificeren.

Het verdient aanbeveling op WBC Heerlen een risicoanalyse te maken op "alleenwerken" en de aandachtspunten te delen met de medewerkers.

<b>Assessment van:</b>	AC Brunssum en AC Havikstraat	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Persoonlijk begeleider (2); medewerker keuken.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Ontwikkelingen in de context; Communicatie horizontaal / verticaal; kanteling van de organisatie; effecten voor het team; zelforganisatie; jaarplan: jaarplancycclus; betrokkenheid van de medewerkers, betrokkenheid van de cliënten, afstemming in de lijn, vaststellen budget, operationele planning, planning van acties van nieuwe doelen, uitvoering van de plannen, bewaken van de voortgang; overlegvormen: werkoverleg, cliëntenoverleg; beschikbaarheid van personeel; beschikbaarheid van middelen; ontwikkelingsgesprekken;

Primaire processen en werkwijze; samenwerking met overige zorgverleners; informatie voorziening aan de cliënt; intake-proces: afstemming tussen de behoefte van de cliënt en de mogelijkheden van het AC; zorg- en ondersteuningsovereenkomst, risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau; zorg- en ondersteuningsplan; toestemming van de cliënt cliëntdossier; informatiebeveiliging; uitvoering: activiteiten aanbod, evaluatie van de plan; infrastructuur: gebouw en ruimtes, materiaal, hulpmiddelen, brandbeveiliging, BHV-organisatie, voedselveiligheid; meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, veilig incidenten melden; medewerkersveiligheid.

Bronnen: LMS - medewerker WG, cliëntdossier 5714 - 2149; jaarplan AC Brunssum 2021; begroting AC Brunssum 2021; planning & control cyclus AC Brunssum.

### Evaluatie en conclusies:

Wegens ziekte kon de teamleider van AC Brunssum niet deelnemen aan de audit. De primaire processen van AC Brunssum en AC Sittard zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Eén kritische afwijking is geconstateerd. Het betreft het onderhoud aan medische hulpmiddelen. Een verbeterkans is geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Dat blijkt onder andere uit:

#### Sterke punten in het systeem

De strategische koers is gecommuniceerd en begrepen

### AC Brunssum

De strategische koers en de routekaart zijn bekend. Het wordt als een positieve ontwikkeling ervaren.

De locatie is begonnen met het opstellen van een het jaarplan. De teamleden zijn betrokken bij het tot stand komen van het plan.

Het intake verloopt gestructureerd. De samenwerking met zorgbemiddeling en relatiebeheer verloopt goed.

De beoordeelde dossiers laten zien dat : de hulpvraag van de cliënt in kaart is gebracht en een zorgplan opgeteld, een overzicht van gebruikte medicatie aanwezig is, de zorgovereenkomst en zorgplan is ondertekend, het zorgplan wordt geëvalueerd. Opmerking: uit het interview blijkt dat men goed op de hoogte is van de individuele cliëntrisico's maar dat registratie in het dossier aandacht verdient, de evaluatie is gedegen, maar de doelen worden niet altijd bijgesteld.

De dossiers zijn gedigitaliseerd en beveiligd tegen toegang van onbevoegden. Cliënteninformatie op papier is niet op de locatie aanwezig.

De begeleiders besteden diepgaand aandacht aan het leren kennen van de patiënt. Het verslag is uitgebreid terug te vinden in het dossier.

Bij de dagstart worden de cliënten besproken. Maandelijks vindt individuele bespreking plaats

De ontwikkelingsgesprekken worden op basis van de 360 methodiek gehouden.

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is onderdeel van het opleidingsplan.

Rondgang: keurig verzorgde en goed onderhouden ruimtes. De brandblusmiddelen zijn voorzien van actuele onderhoudsstickers. De HACCP principes zijn bekend bij auditee. De registratieformulieren laten geen afwijking zien. De anderhalf meter-maatregel wordt nageleefd.

De tillift en tilbanden zijn aantoonbaar onderhouden. Van enkele attributen in de oefenzaal is de keuring niet tijdig uitgevoerd (adapter) of niet voorzien van onderhoudsstickers (de loopband en de Motomed), zie constateringentabel.

### AC Havikstraat

De strategische koers en de speerpunten zijn bekend.

Een cliënt (dossier 5714) uit WBC Overhoven krijgt insuline op locatie toegediend. Uit de registratielijst is niet te herleiden of de dubbelcheck wordt toegepast.

De rondgang laat een keurig verzorgde en goed geoutilleerde ruimtes zien.

De aanwezig cliënten maken een tevreden indruk.

In de keuken wordt het HACCP-principe toegepast. In de registratieformulieren zijn enkele acties niet afgetekend.

De BMI is geïnstalleerd in een ruimte waar cliënten verblijven. De sleutel stak nog in de BMI.

### **Aandachtsgebieden:**

Het verdient aanbeveling de individuele cliëntrisico's expliciet in het dossier te registreren.

<b>Assessment van:</b>	Personeelsbeleid	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Senior HR-adviseur, HR-adviseur, preventiemedewerker.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Strategische koers en effect voor HRM; personeelsgegevensbeheersysteem; sollicitatieprocedure; onboardingproces; bewaartermijnen; steekproef personeelsdossier (arbeidscontract, bewijs van competentie, ontwikkelgesprek, VOG); beleid ontwikkelgesprek; genereren stuurinformatie; prestatie-indicatoren; aantrekken en behouden medewerkers; ontwikkeltrajecten; scholingsbeleid; scholing HRM medewerkers; Arbo; RI&E; themakaarten; teambetrokkenheid; ergocoach ontwikkeling; doorloopsnelheid; MIM; MIM analyse; registratie agressie onderwerp bij de MIC-commissie; bloedprikaccidenten.

Bronnen: personeelsdossier 32300 - 70000 - 32300; beleidsnotitie ontwikkelgesprekken - sep20; digitale informatiemap nieuwe medewerkers; presentatie risico inventarisatie en evaluatie; themakaarten.

### Evaluatie en conclusies:

De HRM processen zijn steekproefsgewijs beoordeeld. Een verbeterkans is geïdentificeerd. Voor het overige geldt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Enkele bijzonderheden:

#### Sterke punten in het systeem

Het betrekken van de teams bij het operationaliseren van het (Arbo) beleid.

#### HRM-processen

De HRM is zich bewust van de transitie naar een zelforganiserende teams en gaat een ondersteunende rol aannemen. Herinrichting van processen is in werking gesteld zoals de sollicitatieprocedure. Het digitale personeelsgegevensbeheersysteem (Visma Youforce) ondersteunt het proces.

Het inwerktraject bestaat o.a. toegang tot een website met relevante informatie.

De steekproef van de dossiercontroles laat geen afwijkingen zien.

De organisatie heeft vastgesteld dat de ontwikkelingsgesprekken jaarlijks gehouden worden en de 360° feedback tweejaarlijks moet zijn toepast. Tijdens deze audit is geconstateerd dat voortgangsgesprekken worden gehouden, maar de frequentie van een per jaar wordt niet overal gerealiseerd.

Behouden van personeel: nieuwe medewerkers krijgen een vast contract aangeboden. Medewerkers krijgen de mogelijkheid zich te ontwikkelen, door scholing of hun talent in de organisatie in te zetten, bijvoorbeeld digicoach. Het systeem kan stuurinformatie genereren, maar deze optie wordt niet aangesproken.

#### Preventie

De organisatie beschikt over een actuele RI&E. De teams worden betrokken bij het treffen van risico-beperkende maatregelen. Op basis van de Zorg RI&E zijn twaalf thema's geselecteerd. Ieder team wordt in de gelegenheid gesteld 4 thema's te kiezen die voor het team het meest van toepassing is en vervolgens de beheersmaatregelen uit te werken en de implementeren. In een cyclus van drie jaar zijn alle thema's behandeld. Ieder team heeft al een ergo-coach en deze kan een bewakende rol op zich nemen. Het MT moet nog dit jaar het besluit nemen om het plan uit te voeren.



**Aandachtsgebieden:**

Het verdient aanbeveling de beleidsnotitie ontwikkelgesprekken in overeenstemming te brengen met de praktijk, of de praktijk aan te passen aan het beleid.

<b>Assessment van:</b>	Primair proces	<b>Assessor:</b>	Paul Houben
<b>Auditee(s):</b>	regiomanagers, medebehandelaar Hersenz, teamleiders, begeleiders, afvaardiging cliënten.		

**Onderwerpen en informatiebronnen:**

Communicatie; AVG; seksueel misbruik en huiselijk geweld; samenwerking/ketenzorg; jaargesprek; agressie; BIG; Trialplan (4 maanden); interne audits; projecten; coronabeleid; incidenten(MIC); klachten; MTO; medicatiebeheer; AVG; PDCA-cyclus; vertrouwenspersoon; medisch convenant apparatuur.

**Evaluatie en conclusies:**

Teams bestaan uit professionele, transparante en enthousiaste medewerkers met een focus op cliënten in de ambulante en woonzorg. Dit leidt tot een continue verbetering van de kwaliteit in de zorg.

Trialplan (4-maandenplan) op basis van strategische koers wordt met het team geëvalueerd. De doelstellingen worden SMART geformuleerd en uitgezet in 12 projecten. Deze opzet borgt een goede communicatie en betrokkenheid naar de medewerkers.

VIND is een webpagina voor alle medewerkers toegankelijk via een persoonlijk inlogcode waarin nieuwsberichten, protocollen, en persoonlijk dossier in HRM. Regelmatig overleg met het team (eenmaal om de 4 weken). Notulen en actiepunten ingezien. Verbeterpunten en evaluaties komen goed naar voren.

Scholingen besproken in de jaargesprekken, die gehouden worden met de teamleiders, kunnen verplicht en vrijwillig zijn. Verplichte modules: Agressie training (E-learning), meldcode huiselijk geweld, reanimatie, NH-cursus (niet aangeboren hersenproblematie).

Agressie kunnen gemeld worden in RAI (registratie agressie incident) en toegevoegd worden in het cliëntendossier met medeweten van de cliënt. De teamleider kan trend analyseren en therapeuten inschakelen.

Jaargesprekken worden door de teamleiders jaarlijks met de medewerkers van het team gehouden, inclusief 360 graden feedback, ondergetekend en gedateerd. Bevoegd en bekwaam toets om de drie jaar bijgehouden door de teamleiders: BHV, medicatie, bediening tilliften. Autorisatie worden ook centraal bijgehouden en gemeld bij verloop.

Interne audits worden gehouden door gekwalificeerde auditoren op grond van processen met een hoog risico: vakmanschap, wet zorg en dwang, signalen vanuit de organisatie, voorstel medewerkers, kwaliteitskaders betrokken, hygiëne, MTO. Audits worden tweemaal per jaar gehouden over 8-10 locaties. Verbeterpunten met plan van aanpak gaan naar het MT. Evaluatie en zo nodig inspectie/controle.

De gemeente (WMO) is een belangrijke stakeholder maar de samenwerking is versnipperd veroorzaakt door diverse contacten binnen de ambtenarij.

RI&E - Arbo van het nieuwe gebouw in Weert staat in de planning.

De verhuizing in Weert is voorafgegaan met een risico-inventarisatie die gebruikt kan worden bij andere verplaatsingen. De regie van de verbouwing en verhuizing lag volledig bij de inwoners conform het beleid van het MT.



Inzien van twee van de 5 zorgdossiers met toestemming laat een verzorgd zorgplan zien met verklaring van reanimatie. MDO kan jaarlijks zijn of indien noodzakelijk. Invulling afhankelijk van de casus (verslag 25-03-2021). Begeleider ambulante zorg maakt direct het verslag, leest het verslag voor aan de cliënt en verandert dit indien wenselijk. Een verslag van een onlangs gehouden uitgebreide MDO werd besproken.

MIC: 1046 incidenten zijn digitaal ingezonden. De teamleiders zetten acties en trendanalyse uit met plan van aanpak. De MIC-commissie beoordelen centraal de binnengekomen meldingen, kunnen een overstijgende analyse maken en een pilot in werking zetten (bijvoorbeeld: pilot "digitaal aftekenen medicatie")

Klachten: Bij een klacht wordt de cliënt actief betrokken. In eerste instantie afgehandeld door de teamleider. Centraal is een klachtenfunctionaris bereikbaar. Verwijzing landelijke geschillencommissie is aanwezig. AVG-functionaris wordt centraal geregeld met zo nodig feedback.

Er is een vertrouwenspersoon voor de cliënten en medewerkers.

Apotheek: per regio is een VAL-apotheek (vereniging apotheek Limburg) aangesteld. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de medicatie en het medisch dossier.

MTO in oktober 2020 uitgevoerd met team en per locatie. Evaluatie- plan van aanpak wordt door de regiomanager uitgevoerd.

### Aandachtsgebieden:

Medisch apparaat zoals weegschaal en bloeddrukmeter moeten jaarlijks geïkt worden.

<b>Assessment van:</b>	Aansturing begeleiding thuis	<b>Assessor:</b>	René Tollenaar
<b>Auditee(s):</b>	Teamleider begeleiding thuis.		

### Onderwerpen en informatiebronnen:

Ontwikkelingen in de context; Communicatie horizontaal / verticaal; kanteling van de organisatie; effecten voor het team; zelforganisatie, draagvlak bij de medewerkers.

Jaarplan: jaarplancycclus; betrokkenheid van de medewerkers, betrokkenheid van de cliënten, operationele planning, planning van acties van nieuwe doelen, uitvoering van de plannen, bewaken van de voortgang;

Werkoverleg

Beschikbaarheid van personeel; beschikbaarheid van middelen; ontwikkelingsgesprekken; inwerkprogramma, taken en verantwoordelijkheden; casuïstiek bespreking, intervisie.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, veilig incidenten melden; medewerkersveiligheid.

Bronnen: Jaarplan BT regio's 2020-2021.; Teamontwikkeling (G. Van Amelsvoort); Strategische koers SGL; introductieprogramma nieuwe medewerkers Begeleiding Thuis.

### Evaluatie en conclusies:

Het aansturende proces van begeleiding thuis is steekproefsgewijs beoordeeld. De conclusie luidt dat de onderzochte processen planmatig en beheerst worden uitgevoerd. Dat blijkt onder andere uit:

#### Sterke punten in het systeem

Sturing en uitvoering.

Overige

Op de "leiderschapsdag" wordt positief terug gekeken. De ondersteuning door de coach is waardevol. De strategische koers is binnen begeleiding thuis vertaald in het jaarplan. De uitdaging is het meten van de doelmatigheid van de in het jaarplan uitgezette acties.

Een inventarisatie van taken de processen en de taken binnen de context van de vijf domeinen zijn uitgevoerd. De inspiratiesessies heeft het team in beweging gezet. De leidraad De leidraad is is het model van Amelsvoort. De teamscan is in ontwikkeling. De medewerkers zijn over het algemeen positief, van een enkeling die met de ontwikkeling niet kon of wilde gaan is afscheid genomen.

De borging van de professionaliteit vindt plaats door andere door: duidelijkheid wie verantwoordelijkheid als inhoudelijke aanspreekpunt, structurele casuïstiek bespreken en intervisie.

De medewerkers zijn getraind in veilig op huisbezoek. De organisatie beschikt over de toolbox risicoschatting huisbezoek.

Nieuwe medewerkers worden aan de hand van een programma ingewerkt. De MIC en omgaan met agressie zijn in het inwerkproces een thema.

**Aandachtsgebieden:**

N.v.t.

<b>Assessment van:</b>	Rondgang	<b>Assessor:</b>	Paul Houben
<b>Auditee(s):</b>	WBC Kuyperhof in Weert; AC de Maashorst in Baarlo (activiteitenbegeleiding); WBC Vlinderhuis in Venlo		

**Onderwerpen en informatiebronnen:**

Rondleiding

**Evaluatie en conclusies:**

Locaties zien er verzorgd uit. Geen verlopen artikelen. Materialen worden volgens plan gekalibreerd met uitzondering van bloeddrukapparaat en weegschaal. Medicatie met datum en afhandeling worden dubbel gecontroleerd. Altijd uitvoeringsopdracht aanwezig. Voorraadbeheer is in orde en overzichtelijk. Brandblussers gecontroleerd. Nooduitgang vrij en aangegeven. Noodset op alle locaties. Persoonlijke hygiëne is in orde. Geopende flessen zijn niet gestickerd. High risk medicatie altijd dubbel gecheckt. Draden elektriciteit en computer volgens advies van de NEN 3140 goed opgeborgen. Fitnessapparatuur jaarlijks onderhoud door extern bureau (contract ingezien).

Maashorst: De activiteitenbegeleiding in Maashorst heeft een coronacheck bij binnenkomst. Zijn bekend met ongevaccineerde cliënten. De cliënten worden bij binnenkomst opgevangen en begeleid naar hun activiteit. Bij intake wordt met het team en fysiotherapeut/sportcoach besproken welke (sport)activiteiten mogelijk zijn. Dit wordt beschreven in het zorgplan. Er is altijd begeleiding op de loopband.

**Aandachtsgebieden:**

Geopende flessen moeten gestickerd worden.

<b>Assessment van:</b>	Ondersteunend: facilitair, inkoop, huisvesting	<b>Assessor:</b>	Paul Houben
<b>Auditee(s):</b>	Manager facilitair, adviseur facilitair, inkoop		

**Onderwerpen en informatiebronnen:**

Inkoopbeleid 2017-2020; interne audit, leveranciersbeoordeling, strategische leveranciers, processen, TOP DESK, NEN 3140

**Evaluatie en conclusies:**

Transfermiddelen worden gekeurd en onderhouden door de leveranciers. Jaarlijks gekeurd met sticker. NEN 3140. Sommige tilliften hebben een weegschaal, geijkt door leverancier met sticker.

Geen keuring van medische apparaten zoals bloeddrukapparaat en weegschaal.

Top desk is een oplossing voor adequate servicemanagement en beheren van facilitaire diensten: zoals huurcontracten, gebouweninformatie en infrastructuur panden.

Inkoopbeleid omvat: strategie, proces, procedure, opdrachten, contract, taakverdeling, beoordeling leveranciers.

Strategische leveranciers hebben een contract evaluatie om de 5 jaar. Huurcontracten staan vermeld in TOPDESK voor eventuele tijdige verlenging of opzegging.

Leveranciersbeoordeling 4de kwartaal 2021: bekend met kritische leveranciers die van invloed kunnen zijn op de zorgprocessen. Beoordeling met behulp van een vast format door teamleiders en gebruikers in TOPDESK.

Integrale brandveiligheidsplan in april 2020 door een extern bureau. Heden op locatieniveau inspectie door hetzelfde bureau. Tekortkomingen worden geborgd in TOPDESK. Plan van aanpak wordt opgepakt door de teamleiders van de desbetreffende locatie.

Interne audits worden gepland op alle locaties: besteding, woonvorm, vakmanschap, wet zorg en dwang.

Clënten hebben zelf regie over hun woonvorm. Dat betekent aanpassen bij verandering van de zorgvraag en toekomstige nieuwbouw.

Op basis van steekproefsgewijze toetsing zijn geen kritische afwijkingen geconstateerd.

**Aandachtsgebieden:**

N.v.t.

## 04. Details volgend bezoek

<b>Norm(en) / Schema(s)</b>	HKZ Gehandicaptenzorg (2019)	<b>Bezoektype</b>		focus bezoek	
<b>Audit dagen</b>	1.00 DAY	<b>Vervaldatum</b>		March, 2022	
<b>Team</b>	Guido Driessen				
<b>Vestiging</b>		<b>Audit dagen</b>	<b>Audit uitvoering</b>	<b>Inzet op afstand</b>	<b>Activiteitencodes</b>
Haviksstraat 18,Sittard,NL::Regio Noord- en Midden Limburg		1.0 DAY	Op locatie	0 DAY	092151

## 05. Goedkeuringsdetails

Hierbij wordt bevestigd dat alle vestigingen en scopes zoals genoemd in het contract voor HKZ Gehandicaptenzorg (2019), HKZ Gehandicaptenzorg (2015) zijn gecertificeerd of worden aanbevolen voor certificatie tijdens deze audit of ongecertificeerd blijven, afgezien van de nieuw aanbevolen onderdelen/locaties, schorsingen of intrekkingen die hieronder zijn vermeld.

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



## 06. 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 vernieu- wing	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	250521	271021		15022 1	Mei 2022
Eind Datum	200919	020320	230920	270521	291021		15022 1	Mei 2022
Audit Dagen	8	1	2	3	3		1	8((?))
Apart 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
Directiebeoordeling	X		X	X	X			X
Interne Audits	X		X	X	X			X
Continu Verbeteren	X	X	X	X	X			X
Management van wijzigingen	X		X	X	X			X
Correctieve maatregelen	X	X	X	X	X			X
Klachten Management	X		X	X	X			X
Logo gebruik	X		X	X	X			X
Doeltreffendheid van het management systeem met betrekking tot het realiseren van de doelstellingen	X		X	X	X			X
Minors NC's		X						
<b>Primaire processen:</b>								
<b>Locaties:</b>								
Hoofdlocatie (overkoepelend): Havikstraat 18, Sittard	X	X	X	X	X			X
Regio Noord Limburg	X			X	X			X
Regio Midden Limburg	X				X			X
Regio Westelijke Mijnstreek,	X		X					X
Regio Maastricht	X			X				X

Bezoek Type	Certifica at vernieu wing	SV1	SV2	SV3	SV4	SV5	SV6 (focus)	Certificaat vernieuwing
Heuvelland								
Regio Parkstad,	X		X		X			X
<b>Ondersteunende processen:</b>								
Facilitair	X			X				X
Huisvesting/vastgoed				X				
HRM	X			X				X
Opleidingen	X			X				X
P&C (financiën)	X		X					X
ICT/AVG	X							X
Medezeggenschap/toezicht	X		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 Godsweerdersingel 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	Dagbesteding



	Markt 3b 6071 JD, Swalmen	
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	Wonen (beademing) Dagbesteding

	6142 CT, Bunde	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	<b>Het bieden van behandeling, individuele begeleiding, groepsbegeleiding en wonen voor volwassenen met een lichamelijke, zintuigelijke of meervoudige beperking en/of niet aangeboren hersenletsel.</b>
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	Auditor 1	Auditor 2	
	Marcel de Bruijn		HKZ GHZ
2 t/m 4 november 2021	R. Tollenaar	P. Houben	HKZ GHZ – 2-19



<b>LRQA Rapportage beschouwingen: Stichting Gehandicaptenzorg</b>		
Zijn er afwijkingen van het oorspronkelijke audit plan?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input 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 checked="" 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 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 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.

<b>Extra informatie</b>
<p><b>Mogelijkheden voor verbetering</b> 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 processtabel dat van toepassing is op de gebieden die zijn geëvalueerd of in de management samenvatting van het rapport.</p>
<p><b>Geheimhouding</b> 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.</p>
<p><b>Steekproef</b> 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.</p>
<p><b>Legal entity</b> 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.</p>



## Auditplan Zorg & Welzijn

Organisatie	Bezoektype	Norm	Auditdatum/-data	Contactgegevens contactpersoon en begeleiders
SGL	FV	HKZ-Gehandicaptenz org 2019		Yvonne Hellegers M 06-12466951 E yhellegers@sgl-zorg.nl

### Dag1

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Naam & functie auditee	Vestiging / Locatie	Auditor	Begeleider
Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)		Havikstraat 18 6135 ED, Sittard	G. Driessen	
09.15	<b>Openingsvergadering</b> Kennismaking deelnemers. Uitleg over de omvang van de audit, de audit methodiek en rapportage.	bestuurder strategisch beleidsadviseur			
09.30	<b>Review</b> Prestaties en verbeteringen over de afgelopen certificatie periode Trends in prestatie indicatoren Systeem documentatie verbeteringen Continue verbeteringsprogramma's Trends in de LR constatering Trends in de interne audits Geleerde lessen Trends in de directiebeoordeling	bestuurder strategisch beleidsadviseur			
11.00	<b>Review</b> Strategie en geplande verbeteringen Planning voor de toekomst Innovaties – verbeteringen Toegevoegde waarde KMS op basis van HKZ schema	bestuurder strategisch beleidsadviseur			
12:00	Lunch				
12:45	<b>Beoordeling gedocumenteerde systeem</b>				
13:30	<b>Planning auditprogramma</b> Vaststellen scope (activiteiten en vestigingen) Berekenen mandagen Planning certificaat vernieuwing en vervolfbezoeken. Tijdsberekening	strategisch beleidsadviseur			
15:00	Rapportage				
16:45	Sluitingsvergadering				
17.00	Einde audit				

Auditplan Zorg en Welzijn v. 2021.01\_NL\_Staand Rapport: RQA The Netherlands OURQA0932146/3919816 - 29-12-2021De generieke audit doelstellingen en audit team verantwoordelijke zijn vermeld in de Client Information Note 'Assessment Process'. De rollen van het audit team zijn gedefinieerd in de bevestiging van auditafpraak aan de klant. De huidige scope is vermeld in het APP. Een eventuele gewijzigde scope zal worden overeengekomen in formele correspondentie tussen LRQA en de klant of vermeld in deel 4 van de vorige auditrapportage. Eventuele aanvullende waarnemers zullen schriftelijk aan de klant worden bevestigd. De audit criteria bestaan uit de auditnorm en de managementsysteem processen en documentatie van de klant.

## Auditplan Zorg en Welzijn

Organisatie (volledige naam)	Bezoektype	Norm	Auditdatum/- data	Contactgegevens contactpersoon en begeleiders (naam, mailadres en GSM/telefoon)
SGL Havikstraat 18 6135 ED, Sittard	SV3, SV4	HKZ Gehandicapten zorg (2015)	02-11-2021 03-11-2021 04-11-2021	Yvonne Hellegers M 06-12466951 E yhellegers@sgl-zorg.nl

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

### 2 november 2021

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor René Tollenaar	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen			
09.00	Openingsbijeenkomst - Introductie / Kennismaking - Toelichting op audit en de spelregels daaromtrent - Bespreking auditprogramma	bestuurder strategisch beleidsadviseur	<i>Bureau Ondersteuning (hoofdkantoor)</i> Havikstraat 18, 6135 ED Sittard T: 045 - 8000800	René Tollenaar Paul Houben	NVT
09.30	Interview - Actuele ontwikkelingen - Strategische koers - Directiebeoordeling - Klachten	bestuurder		René Tollenaar	Yvonne Hellegers
10.30	Interview - Interne audits - Incidenten - Onvrijwillige zorg - Kwaliteitskader	senior beleidsadviseur strategisch beleidsadviseur			NVT
11.30	Interview - Medezeggenschap cliënten	Afvaardiging centrale cliëntenraad		René Tollenaar	Yvonne Hellegers

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

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

12.30	Lunch	-		René Tollenaar Paul Houben	
13.00	Interview - Strategische personeelsplanning - Arbo - Opleidingen	HR-adviseurs,		René Tollenaar	Yvonne Hellegers
14.00	Interview - Speerpunten regio - Management van processen, middelen, medewerkers	Rob Bulles		René Tollenaar	Yvonne Hellegers
15.00	Overleg, rapportage en registreren NC	-		René Tollenaar Paul Houben	NVT
16.30	Sluitingsbijeenkomst	Nader te bepalen		René Tollenaar Paul Houben	NVT
17.00	Einde audit, afscheid				NVT

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor Paul Houben	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen			
09.00	Openingsbijeenkomst - Introductie / Kennismaking - Toelichting op audit en de spelregels daaromtrent - Bespreking auditprogramma	Bestuurder Strategisch beleidsadviseur	<i>Bureau Ondersteuning (hoofdkantoor)</i> Havikstraat 18, 6135 ED Sittard T: 045 - 8000800	René Tollenaar Paul Houben	NVT
09.30	Interview - Behandeling Hersenz - Behandeldossiers - Professioneel handelen	Mede-behandelaar Hersenz		Paul Houben	Karina Janssen
10.30	Interview - Vakmanschap	Programma manager Behandeling en Expertise		Paul Houben	Karina Janssen
11.30	Interview - Facilitair	manager Facilitair		René Tollenaar	Karina Janssen

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

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

	- Inkoop Huisvesting				
12.30	Lunch	-		René Tollenaar Paul Houben	NVT
13.00	Interview - Speerpunten regio - Management van processen, middelen, medewerkers	regiomanager Westelijke Mijnstreek en Maastricht Heuvelland		Paul Houben	Karina Janssen
14.00	Interview - Speerpunten regio - Management van processen, middelen, medewerkers	regiomanager Noord- en Midden Limburg		Paul Houben	Karina Janssen
15.00	Overleg, rapportage en registreren NC	-		René Tollenaar Paul Houben	NVT
16.30	Sluitingsbijeenkomst	n.t.b.		René Tollenaar Paul Houben	NVT
17.00	Einde audit, afscheid				NVT

### 3 november 2021

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor René Tollenaar	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen			
09.00	Interview - Speerpunten teams - Aanbod - Bekwame medewerkers - Tevredenheid - Incidenten - Communicatie	teamleider AC Kerkrade en AC Brunssum	<i>Regio Parkstad</i> <i>AC Brunssum</i> De Insel 18, 6442 AJ, Brunssum T: 045-5259259	René Tollenaar	Bianca Zinken
10.00	Interview - Primair proces - Cliëntdossiers - Professioneel handelen - Incidenten	persoonlijk begeleider AC Brunssum		René Tollenaar	Bianca Zinken

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.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Communicatie</li> </ul>				
11.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Speerpunten team</li> <li>- Aanbod</li> <li>- Bekwame medewerkers</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	teamleider begeleiding thuis (organisatie breed)		René Tollenaar	Bianca Zinken
12.00	Lunch	-		René Tollenaar	Bianca Zinken
12.30	Reis naar WBC Heerlen	-		René Tollenaar	NVT
13.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Speerpunten team</li> <li>- Aanbod</li> <li>- Bekwame medewerkers</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	teamleider WBC Schaesberg, WBC Heerlen	<i>Regio Parkstad WBC Heerlen</i> Leon Biessenstraat 73, 6418 TL Heerlen T: 045-8000470	René Tollenaar	Marion Gijzen
14.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primair proces</li> <li>- Cliëntdossiers</li> <li>- Professioneel handelen</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	begeleider WBC Heerlen		René Tollenaar	Marion Gijzen
15.00	Reis terug naar hoofdlocatie	-	<i>Bureau Ondersteuning (hoofdkantoor)</i> Havikstraat 18, 6135 ED Sittard T: 045 - 8000800	René Tollenaar	NVT
15.30	Overleg, rapportage en registreren NC	-		René Tollenaar Paul Houben	NVT
16.30	Sluitingsbijeenkomst	n.t.b.		René Tollenaar Paul Houben	NVT
17.00	Einde audit, afscheid				NVT

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode,	Auditor Paul Houben	Begeleider
------	-----------------------------	--	--	------------------------	------------

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.



			ruimtenummers)		
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen			
09.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Speerpunten teams</li> <li>- Aanbod</li> <li>- Bekwame medewerkers</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	teamleider WBC Kuyperhof, WBC Vlinderhuis	<i>Regio Noord-Midden Limburg</i> <i>WBC Kuyperhof</i> Doctor Kuyperstraat 12, 6004 AL Weert T: 045-8000540	Paul Houben	Sanne Thoolen
10.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhuizing</li> <li>- Domotica</li> <li>- Zorg</li> <li>- Inspraak</li> </ul>	Afvaardiging cliënten,		Paul Houben	Sanne Thoolen
11.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primair proces</li> <li>- Cliëntdossiers</li> <li>- Professioneel handelen</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	Begeleiders WBC Kuyperhof		Paul Houben	Sanne Thoolen
12.00	Lunch	-		Paul Houben	Sanne Thoolen
12.30	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primair proces</li> <li>- Cliëntdossiers</li> <li>- Professioneel handelen</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	Naam volgt, begeleider begeleiding thuis Midden Limburg		Paul Houben	Sanne Thoolen
13.30	Reis terug naar hoofdlocatie	-	<i>Bureau Ondersteuning (hoofdkantoor)</i> Havikstraat 18, 6135 ED Sittard T: 045 - 8000800	Paul Houben	NVT
14.30	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doorontwikkeling behandeldienst</li> <li>- REC</li> <li>- Samenwerking keten</li> </ul>	Manager stafdienst cliëntenzorg		Paul Houben	Sanne Thoolen
15.30	Overleg, rapportage en	-		René Tollenaar	NVT

Auditplan Zorg en Welzijn v. 1.0 sept 2017.

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

	registreren NC			Paul Houben	
16.30	Sluitingsbijeenkomst	n.t.b.		René Tollenaar Paul Houben	NVT
17.00	Einde audit, afscheid				NVT

## 4 november 2021

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor René Tollenaar	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen			
09.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Speerpunten teams</li> <li>- Aanbod</li> <li>- Bekwame medewerkers</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	Teamleider WBC Overhoven, WBC de Baandert	<i>Regio Westelijke Mijnstreek</i> WBC Overhoven Sportcentrumlaan 40, 6136 KX Sittard T: 046-4009693	René Tollenaar	Nikita Arntz
10.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primair proces</li> <li>- Cliëntdossiers</li> <li>- Professioneel handelen</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	Begeleiders WBC Overhoven		René Tollenaar	Nikita Arntz
11.00	Reis naar AC Sittard			René Tollenaar	NVT
11.15	Interview en observatie primair proces <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primair proces</li> <li>- Cliëntdossiers</li> <li>- Professioneel handelen</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	Begeleider AC Havikstraat	<i>Regio Westelijke Mijnstreek</i> AC Sittard Wielewaalstraat 1, 6135 EN Sittard T: 046 - 4525060	René Tollenaar	Nikita Arntz
12.15	Lunch				NVT
12.45	Reis terug naar hoofdlocatie	-	<i>Bureau Ondersteuning (hoofdkantoor)</i>	René Tollenaar	NVT

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.

			Havikstraat 18, 6135 ED Sittard T: 045 - 8000800		
13.00	Overleg, rapportage en registreren NC	-		René Tollenaar Paul Houben	NVT
16.00	Sluitingsbijeenkomst	Bestuurder MT-leden strategisch beleidsadviseur		René Tollenaar Paul Houben	NVT
17.00	Einde audit, afscheid				NVT

Tijd	Onderwerp(en) / Proces(sen)	Voornaam, achternaam & functie auditee	Vestiging / Locatie  (Adres, postcode, ruimtenummers)	Auditor Paul Houben	Begeleider
	Volledig invullen/aanvullen door organisatie	Volledig invullen			
09.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Speerpunten teams</li> <li>- Aanbod</li> <li>- Bekwame medewerkers</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	teamleider AC Venray, AC de Maashorst	<i>Regio Noord- Midden Limburg</i> <i>AC de Maashorst</i> Past. Geenenstraat 64 5991 BJ Baarlo T: 077 - 4772820	Paul Houben	Tatiana Eijken- boom
10.00	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primair proces</li> <li>- Cliëntdossiers</li> <li>- Professioneel handelen</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	Begeleider AC de Maashorst		Paul Houben	Tatiana Eijken- boom
11.00	Reis naar WBC Vlinderhuis	-		Paul Houben	NVT
11.15	Interview <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primair proces</li> <li>- Cliëntdossiers</li> <li>- Professioneel handelen</li> <li>- Incidenten</li> <li>- Tevredenheid</li> <li>- Communicatie</li> </ul>	Begeleider WBC Vlinderhuis		Paul Houben	Tatiana Eiken- boom
12.15	Lunch			Paul Houben	NVT

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.

12.45	Reis terug naar hoofdlocatie	-	<i>Bureau Ondersteuning Havikstraat 18, 6135 ED Sittard T: 045 - 8000800</i>	Paul Houben	NVT
13.30	Overleg, rapportage en registreren NC	-		René Tollenaar Paul Houben	NVT
16.00	Sluitingsbijeenkomst	Bestuurder MT-leden Deelnemers audit (optioneel)		René Tollenaar Paul Houben	NVT
17.00	Einde audit, afscheid				NVT

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.