

## **Woon- Zorgflat Brandsen**

### **BAARN**

rapport nummer: 29908-2

Renewal audit

HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015

ARNHEM, 28 juli 2021

DEKRA Certification B.V.

### **VERTROUWELIJK RAPPORT**

---

Auditor / Teamleader: Anita Pieterman

---

© DEKRA Certification B.V., ARNHEM, NEDERLAND. Alle rechten voorbehouden.

Het is verboden om dit document op enige manier te wijzigen, het opsplitsen in delen daarbij inbegrepen. In geval van afwijkingen tussen een elektronische versie (bijv. een PDF bestand) en een originele door DEKRA verstrekte papieren versie, prevaleert laatstgenoemde.

DEKRA Certification B.V. en/of de met haar gelieerde maatschappijen zijn niet aansprakelijk voor enige directe, indirecte, bijkomstige of gevolgschade ontstaan door of bij het gebruik van de informatie of gegevens uit dit document, of door de onmogelijkheid die informatie of gegevens te gebruiken.

De inhoud van dit rapport mag slechts als één geheel aan derden kenbaar worden gemaakt, voorzien van bovengenoemde aanduidingen met betrekking tot auteursrechten, aansprakelijkheid, aanpassingen en rechtsgeldigheid.

## Inhoudsopgave

1	Samenvatting.....	4
2	Afspraken .....	7
2.1	Afspraken voor het vervolgtraject.....	7
3	Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit.....	8
3.1	Bij de audit betrokken certificaten .....	8
3.2	Auditprogramma .....	8
4	Uitvoering van de audit .....	9
4.1	Deelnemers .....	9
4.2	Informatie per proces .....	9
Bijlage A	Auditprogramma.....	13
Bijlage B	Tekortkomingen .....	14
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	14
B.2	Openstaande tekortkomingen .....	19
Bijlage C	Agenda voor de volgende audit.....	20

## 1 Samenvatting

DEKRA Certification B.V. heeft een audit uitgevoerd bij Woon- Zorgflat Brandsen, BAARN op 31 mei 2021, 7 juni 2021 en 14 juni 2021.

Bij aanvang van de audit hebben wij gesproken over wijzigingen met betrekking tot:

- de marktsituatie en klanten
- wet- en regelgeving
- de organisatiestructuur
- locatie(s) binnen het certificaat en het aantal medewerkers
- processen en de processtructuur
- het beschreven managementsysteem
- de geldigheid van de huidige scope.

Het bespreken van deze onderwerpen heeft geen aanleiding gegeven tot opmerkingen of wijzigingen in het auditprogramma of de auditagenda.

Als onderdeel van deze audit zijn ook maatregelen beoordeeld die voor de verbetering van tekortkomingen genomen zijn. Daarbij is aangetoond dat de tekortkomingen effectief zijn gecorrigeerd.

Tijdens de audit is de beschikbare informatie op basis van een steekproef beoordeeld. Van de organisatie wordt verwacht dat zij zelf afweegt in hoeverre de genoemde conclusies en verbetermogelijkheden ook voor niet beoordeelde onderwerpen van toepassing zijn.

Tijdens de audit is opgevallen dat er veel ontwikkelingen hebben plaatsgevonden het afgelopen jaar. Er zijn nieuwe werkwijzen, structuren en processen ingericht t.b.v. de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening in de organisatie. De missie en visie van de organisatie is aangepast evenals het beleid van de organisatie (Ondernemingsplan Huize Brandsen 2021 - 20210428 definitief) die aantoonbaar terug te vinden zijn in de gevoerde auditgesprekken. Het beleid is vertaald in SMART geformuleerde doelstellingen (Hoofdstuk 4 Beleid en organisatie - Paragraaf Beleid - Doelstellingen - versie 21-06-2021) en KPI's (Planning en control cyclus KPI's 2021 - 13-04-2021) die op een structurele wijze worden gemeten (1e kwartaalrapportage 2021 - concept 17-05-2021). Er is sprake van een veilige meldcultuur: de incidentmeldingen worden dagelijks besproken in dag starts en op trends in de MIC-commissie (20201215 MIC procedure vastgesteld - definitief). Ook de tevredenheid van de verschillende stakeholders wordt op een structurele wijze gemeten zoals blijkt uit de verschillende rapportages. De PDCA-cyclus is hiermee aantoonbaar terug te vinden in de organisatie zoals ook blijkt uit de uitgevoerde directiebeoordeling (Directiebeoordeling Huize Brandsen 2020 - definitief 20-05-2021). Het

managementsysteem van de organisatie is hiermee van toegevoegde waarde voor de organisatie.

Conclusie:

Het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015.

Op grond van de auditresultaten wordt (her)certificatie voor HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015 aanbevolen.

Tijdens de audit is de conformiteit en effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Er is vastgesteld dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in het Ondernemingsplan Huize Brandsen 2021 - 20210428 definitief. Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de directiebeoordeling.

Bewijsvoering voor deze constatering werd door de auditor gevonden uit de combinatie van documenten, registraties en waarnemingen.

Documenten, registraties en waarnemingen zijn allen opgenomen in de rapportage van DEKRA Certification B.V.. Zij vormen een combinatie van geheel om de uitspraak van conformiteit te rechtvaardigen.

Hiermee zijn ook de doelstellingen van de audit gerealiseerd, zoals die in de aankondiging van de audit zijn genoemd.

Wanneer aanvullings- of wijzigingsbladen voor deze normen zijn gepubliceerd, dan zijn deze bij de beoordeling gebruikt.

Sterke punten:

- De organisatie heeft mede door de onder toezichtstelling IGJ prioriteiten moeten stellen op het gebied van de kwaliteit van de zorg in de organisatie. Structuren en werkwijzen zijn gewijzigd en opnieuw ingericht. Het deskundigheidsniveau van medewerkers is aantoonbaar opgehoogd waardoor de zorg- en dienstverlening conform de geldende richtlijnen en kaders uitgevoerd wordt (en zo de veiligheid kan worden gegarandeerd). Er is duidelijkheid en een positieve sfeer in de organisatie.
- Door het weer zelf gaan koken speelt de organisatie nog meer in op de wensen en behoeften van de bewoners, zorgt voor gezonde, gevarieerde voeding en door de wekelijkse inbreng van een kok van buitenaf draagt de organisatie zorg voor voldoende deskundigheid, expertise, kennis en know-how. Met deze ontwikkeling kan de organisatie zich van andere zorgaanbieders onderscheiden!

Mogelijkheden voor verbetering:

- Er wordt gewerkt met risico-kanskaarten waarin de belangrijkste risico's in de organisatie worden beschreven (conform normeis 1.1 en 4.5). Het valt te overwegen om meer diepgang te gaan aanbrenge(n) op het gebied van risicomanagement in de organisatie wat dat er meer risicogericht gestuurd kan gaan worden in de organisatie.
- Het leren en verbeteren in de organisatie heeft in het primaire proces een prominente plaats gekregen. Er is sprake van een veilige meldcultuur waardoor de basiselementen van het managementsysteem nu aantoonbaar terug te vinden zijn op operationele en tactisch niveau. Het valt aan te overwegen om het managementsysteem op strategisch niveau efficiënter in te richten zodat deze nog meer van waarde is voor de organisatie.
- De directiebeoordeling is uitgevoerd conform de norm (4.17). Het valt te overwegen de directiebeoordeling op een andere wijze vorm te geven waardoor het leren en verbeteren en de kritische blik van de ingezette kwaliteitsinstrumenten duidelijker naar voren komt.
- De documenten worden handmatig beheerd door de kwaliteitsfunctionaris op de computer wat zeer bewerkelijk is. Het valt te overwegen om het documentbeheerproces efficiënter in te richten.

## **2 Afspraken**

### **2.1 Afspraken voor het vervolgtraject**

De volgende audit zal volgens schema worden ingepland. Ons bedrijfsbureau neemt contact met u op om de datum(s) hiervoor af te spreken.

Wanneer voor de volgende audit al een agendavoorstel is gemaakt, dan is dat als bijlage in dit rapport bijgevoegd.

### 3 Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit

#### 3.1 Bij de audit betrokken certificaten

---

Woon- Zorgflat Brandsen - BAARN

Certificaat: 2105462, HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015

Niet van toepassing verklaarde paragrafen: (HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015) 6.6

Toepassingsgebied:

- Het leveren van extramurale zorg in de vorm van huishoudelijke hulp, verpleging, verzorging en tijdelijke opvang.

Woon- Zorgflat Brandsen Koningsweg 2 BAARN

---

#### 3.2 Auditprogramma

Het Auditprogramma voor deze audit is opgenomen in Bijlage A. Daaruit blijkt ook welke locaties tijdens deze audit zijn bezocht.

##### Gebruik van certificaten en logo's

We hebben vastgesteld dat het certificaat en de van toepassing zijnde logo's op correcte wijze worden toegepast.

##### Ploegendiensten

Bij de planning van deze audit is er rekening mee gehouden dat in ploegen wordt gewerkt.

Tijdens de uitvoering van de audit is gebleken dat overdag er vanuit de zorg op alle afdelingen gewerkt wordt met een dagdienst ( tussen 7.00 en 15.30). Tussen 15.00 uur en 23.00 wordt er gewerkt met avonddiensten. De nachtdienst werkt tussen 23.00 en 7.00 uur. De medewerkers die tijdens de audit gesproken zijn, werken ook in de nacht, avond en weekend. De werkzaamheden worden uitgevoerd door medewerkers van niveau 3, 4 en 5. De activiteiten zijn identiek aan de dagdienst. Wat afwijkt is geborgd in een zorgcontinuïteitsplan. De beheersing hiervan wordt getoetst middels ontruimingsoefeningen en het bijbehorend verbetermanagement. Hiermee heeft de organisatie beheersing aangetoond buiten kantooruren. Dit legitimeert de audit tijdens kantooruren.



## 4 Uitvoering van de audit

### 4.1 Deelnemers

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

naam	functie	organisatie
J. van 't Klooster	Manager Bedrijfsvoering	Woon - Zorgflat Brandsen
S. van der Velden	Kwaliteitscoördinator	Woon- Zorgflat Brandsen
S. Schothorst	Teamcoach Facilitair	Woon- Zorgflat Brandsen
M. van der Laan	Administratief medewerker	Woon - Zorgflat Brandsen
N. Winkler	Activiteitenbegeleider	Woon-Zorgflat Brandsen
R. Kroes	Directeur	Woon - Zorgflat Brandsen
L. Stiphout	Manager Zorg	Woon- Zorgflat Brandsen
E. Perier	Huishoudelijk medewerker	Woon-Zorgflat Brandsen
C. van der Bijl	Teamcoach	Woon - Zorgflat Brandsen
R. de Koning	Teamcoach	Woon-Zorgflat Brandsen
A. Kelder	Verpleegkundige	Woon-Zorgflat Brandsen
P. Krant	Helpende +	Woon-Zorgflat Brandsen
A. Pieterman	Leadauditor	DEKRA Certification

### 4.2 Informatie per proces

#### Beleid/Doelst./Directiebeoord./Directie

Besproken onderwerpen:

- missie en visie
- beleid en doelstellingen
- ontwikkelingen
- organogram
- Governance Code
- directiebeoordeling
- overlegstructuren

#### Context/ stakeh/eisen/risico's/Directie

Besproken onderwerpen:

- samenwerking en context van de organisatie
- stakeholdersmanagement
- risico's en risicomangement
- inspraak en medezeggenschap

Meten/analyseren/verbeteren/Kwaliteitscoördinator

Besproken onderwerpen:

- clienttevredenheid
- interne audits
- klachten
- incidentmeldingen
- KPI
- meten, leren en verbeteren

Documentenbeheer/Kwaliteitscoördinator

Besproken onderwerpen:

- processen en werkwijzen
- documentbeheer
- kwaliteitshandboek

Personeelsprocessen/Manager bedrijfsvoering

Besproken onderwerpen:

- personeelsbeleid
- ontwikkelingen
- scholing en training
- functiebeschrijvingen
- nieuwe medewerkers
- functioneringsgesprekken
- communiceren en afstemmen
- risico's
- kwaliteitsbewustzijn en medewerkerstevredenheid

Personeelsprocessen/Manager Zorg

Besproken onderwerpen:

- ontwikkelingen
- veiligheid en veilige meldcultuur
- overlegvormen
- verbetertrajecten

Personeelsprocessen/Vrijwilligers

Besproken onderwerpen:

- beleid en werkwijzen
- werving en selectie

- activiteiten
- afstemming behoeften en samenwerking zorg

#### Verzorging/verpleging/Manager Zorg

Besproken onderwerpen:

- primaire processen en werkwijzen
- ontwikkelingen
- medicatieveiligheid
- structuren en overleggen
- professioneel handelen
- risico's
- Wet Zorg en Dwang
- scholing en training

#### Verzorging/verpleging/Verpleegkundige

Besproken onderwerpen:

- rol teamcoach
- TVB
- veilige meldcultuur
- coördinatie en afstemming
- inwerken
- ontwikkelingen
- dossiervoering

#### Verzorging/verpleging/Verzorgende

Besproken onderwerpen;

- scholing en training
- primair proces
- dag start
- medicatieveiligheid
- wet zorg en dwang
- samenwerking
- dossiervoering
- rol EVV
- incident melding

#### Voedingsprocessen/Hoofd keuken

Besproken onderwerpen:

- ontwikkelingen

- processen en werkwijzen
- professioneel handelen
- samenwerking en afstemming
- afstemming vraag en aanbod
- risico's
- monitoring, meten en verbeteren
- leiderschap en cultuur
- veiligheid

#### Huishoudelijke processen/Hoofd huishouding

Besproken onderwerpen:

- processen en werkwijzen
- ontwikkelingen
- afstemming en coördinatie
- materialen en middelen

#### Huishoudelijke processen/Huishoudelijk medewerker

Besproken onderwerpen:

Besproken onderwerpen:

- werkzaamheden
- veiligheid
- scholing, opleiding en training

#### Fysieke omgeving en materiaal/Manager bedrijfsvoering

Besproken onderwerpen:

- Arbo
- RI&E
- BHV en calamiteiten
- onderhoud middelen en materialen

#### Inkoop en uitbesteding/Manager bedrijfsvoering

Besproken onderwerpen:

- inkoop en uitbesteding
- contractmanagement
- leveranciersbeoordelingen

## Bijlage A Auditprogramma

x = interview mogelijk voor volgende audits

D = het interview is in deze audit uitgevoerd

### Audit programma voor locatie Woon- Zorgflat Brandsen/Koningsweg 2/BAARN

Proces	Directie	Manager bedrijfsvoering	Kwaliteitscoördinator	Manager Zorg	Hoofd huishouding	Hoofd keuken	Vrijwilligers	Verpleegkundige	Verzorgende	Huishoudelijk medewerker	R	S1	S2						
<b>BESTURINGSPROCESSEN</b>																			
Beleid/Doelst./Directiebeoord.	D	x									x	x	x						
Context/ stakeh/eisen/risico's	D	x									x	x	x						
Metten/analyseren/verbeteren	x	x	D								x	x	x						
Documentenbeheer		x	D								x	x	x						
<b>PRIMAIRE PROCESSEN</b>																			
Verzorging/verpleging			x	D				D	D		x	x							
Huishoudelijke processen			x		D					D	x	x							
Voedingsprocessen			x			D					x		x						
<b>MIDDELENMANAGEMENT</b>																			
Fysieke omgeving en materiaal	x	D	x								x	x							
Inkoop en uitbesteding	x	D	x								x	x							
Personeelsprocessen	x	D	x	D			D				x		x						

## Bijlage B Tekortkomingen

### B.1 Afgesloten tekortkomingen

Tijdens deze of voorgaande DEKRA audits zijn tekortkomingen geconstateerd, die tijdens deze audit zijn afgesloten. Hieronder vindt u de resultaten van de beoordeling.

---

#### Tekortkoming AP-23632-1

---

Norm:	HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015: 4.17
Activiteit/Proces:	Beleid/Doelst./Directiebeoord.
Geconstateerd bij:	Directie
Locatie:	Woon- Zorgflat Brandsen Koningsweg 2 BAARN

Omschrijving: De directiebeoordeling 2019 is (nog) niet uitgevoerd conform normeis 4.17

Correctie: Opstellen directiebeoordeling aan de hand van de norm 4.17

Oorzaakanalyse: Wegens directiewisseling en prioriteit aan andere zaken nog niet toe gekomen om de directiebeoordeling uit te voeren. Ook de nieuwe invulling en structuur van de organisatie en alles wat daar mee te maken heeft is van invloed op het nog niet uit voeren van de directiebeoordeling.

Omvanganalyse:

Corrigerende maatregelen: Activiteit is jaarlijks op vast moment gepland en is vastgelegd op jaaragenda.

Beoordeling doeltreffendheid:

Beoordeelde documenten: - Directiebeoordeling 2019 Huize Brandsen, versie 29-09-2020  
- Jaaragenda versie 29-09-2020

Beoordeling: 7 september 2020:

PvA is aangeleverd: er is nog steeds geen directiebeoordeling uitgevoerd en onduidelijk is wanneer dit wel gaat gebeuren. Concrete acties, planning en bewijsmateriaal ontbreken.  
Aanvullende informatie wordt opgevraagd.

---

17 oktober 2020:

Aanvullende documentatie is aangeleverd waaruit blijkt dat de directiebeoordeling 2019 alsnog is uitgevoerd. Uit de jaaragenda blijkt ook dat de directiebeoordeling op een structurele wijze is opgenomen in de planning en wie hiervoor verantwoordelijk is. De NC wordt hiermee opgeheven.

---

---

#### Tekortkoming AP-23632-2

---

Norm:	HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015: 1.2
Activiteit/Proces:	Decentraal management
Geconstateerd bij:	Hoofd Zorg
Locatie:	Woon- Zorgflat Brandsen Koningsweg 2 BAARN

Omschrijving: Er is geen beleid of plan van aanpak aanwezig hoe de organisatie de WZD wil gaan organiseren en implementeren in de organisatie. Echter wordt in de praktijk wel gewerkt met vrijheidsbeperkende maatregelen die vallen onder de WZD. Hiermee wordt niet gehandeld conform normeis 1.2.

Correctie: De gasten die te maken hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen zijn bekend. Tot op heden wordt gebruikt gemaakt van het "registratie formulier domotica", dat bijlage is van het document "vrijheidsbeperkende maatregelen" uit het kwaliteitshandboek. Tot dat de WZD volledig is geïmplementeerd wordt op deze wijze de mogelijke vrijheidsbeperkende maatregel per bewoner bijgehouden.

Oorzaakanalyse: Ontwikkeling waar we nog onvoldoende mee bezig zijn geweest. Tot nu toe is het niet van scholing en invulling van deze wet gekomen op dit gebied. Omvang: Voor de hele organisatie inclusief (uitwerking op) gasten en diens naasten.

Omvanganalyse:

Corrigerende maatregelen: Op dit moment is een visie document beschikbaar. Wij hebben nog 3 mnd de tijd voor implementatie van deze wet. De huisartsen zijn met de brancheorganisaties en de overheid in overleg omdat de huisartsen het niet eens zijn met een aantal punten uit de wet. Het gaat om een aantal punten waar zij niet mee uit de voeten kunnen.

Het visie document geeft aan hoe we de wet binnen Huize Brandsen willen gaan implementeren.

Beoordeling doeltreffendheid:

Beoordeelde documenten: - Vrijheidsbeperkende maatregelen, versie 16-06-2020  
- Bronddocument visie op vrijheid en veiligheid - versie september 2020

Beoordeling: 7 september 2020:

PvA aangeleverd. Er zijn weliswaar maatregelen getroffen maar daarmee voldoet de organisatie nog niet aan de wet- en regelgeving. Plan van aanpak hoe de WZD in de organisatie georganiseerd en geïmplementeerd gaat worden ontbreekt. Onduidelijk is ook waarom men nog niet met de WZD is bezig geweest. PvA is onvoldoende. Aanvullende informatie wordt opgevraagd.

17 oktober 2020:

Aanvullende informatie is aangeleverd. Duidelijk is dat de organisatie de WZD nu serieus heeft opgepakt, welke acties men heeft ondernomen en welke dilemma's spelen bij de implementatie van de WZD. Het visiedocument laat zien op welke wijze de organisatie denkt invulling te geven aan de WZD. Aangezien de implementatie de nodige tijd en aandacht vergt blijft de NC open staan en zal in de volgende audit worden getoetst.

14 juni 2021:

Tijdens de audit uitgebreid gesproken over de WZD. Organisatie heeft alle medewerkers geschoold op het gebied van de WZD, er ligt een beleidsdocumenten, taken en functies zijn ingericht evenals de processen t.b.v. de WZD. In alle gesprekken aantoonbaar gemaakt! NC wordt derhalve afgesloten.

---



---

**Tekortkoming AP-23632-3**

---

Norm:	HKZ Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:2015: 4.5
Activiteit/Proces:	Context/ stakeh/eisen/risico's
Geconstateerd bij:	Directie
Locatie:	Woon- Zorgflat Brandsen Koningsweg 2 BAARN

Omschrijving: In de verschillende auditgesprekken worden de aanwezige risico's benoemd maar deze kunnen niet aantoonbaar worden gemaakt conform normeis 4.5.

Correctie: Uitzetten en verwerken van leveranciersbeoordelingen  
Plannen van omgevings- en stakeholders analyse bijeenkomsten met Manager bedrijfsvoering, Manager zorg, Teamcoaches, Administratie, en KC.  
Alle input (overleggen en bronnen) die in kaart zijn gebracht up daten en uitschrijven in het stakeholdersoverzicht.  
Uitzetten van een enquête stakeholders

Oorzaakanalyse: Ontwikkeling waar we volop mee bezig zijn geweest maar niet uitgeschreven hebben in de stakeholdersanalyse (waar alle risico's en kansen beschreven worden). Wel veel input waar rekening mee gehouden wordt, maar niet als geheel samengevat in het stakeholders overzicht. Reikwijdte: Voor de hele organisatie inclusief (uitwerking op) gasten en diens naasten

Omvanganalyse:

Corrigerende maatregelen: Het leveranciersoverzicht is voor 2020 volledig bijgewerkt. Er is in kaart gebracht welke nieuwe leveranciers er zijn, welke zijn komen te vervallen (onder vermelding van reden),

en de impactanalyse is opnieuw bepaald (A of B is kritisch).

Alle leveranciersbeoordelingen zijn uitgevoerd. Kritische leveranciers worden jaarlijks beoordeeld. Niet-kritische leveranciers worden ééns per 3 jaar beoordeeld. Wanneer welke leverancier beoordeeld wordt is zichtbaar op het leveranciersoverzicht.

De kritische leveranciers en de ketenpartners krijgen in november 2020 een enquête om in te vullen. Dit is vastgelegd op de jaaragenda.

Uitkomsten hiervan kunnen aanleiding zijn voor een PvA. Dat wordt dan voor 31-12-2020 opgesteld. Uitwerking hiervan volgt in het jaar daarop.

Het document omgevings- en stakeholdersanalyse is deels aangepast. Het document is per

mail naar alle genodigden gestuurd met de vraag hier vast over na te denken.

Het omgevings- en stakeholdersoverzicht vraagt wel de nodige aanpassingen gezien de ontwikkelingen in de organisatie van de afgelopen periode. Het is niet mogelijk dit overzicht volledig bij te werken voor 1 oktober. Na intern overleg met de externe coach is besloten dat we dit onderdeel (risicomanagement) goed onder de loep moeten nemen en moeten kijken of deze methodiek geschikt is voor onze organisatie.

Vooralsnog is de structurele evaluatie van het stakeholdersoverzicht gepland en in jaaragenda opgenomen. Gezien de aankomende periode (o.a. scholing mbt Nedap, audits en invoering WZD) is ervoor gekozen dit in elk geval door te schuiven naar februari 2021 (zie jaaragenda).

Beoordeling doeltreffendheid:

Beoordeelde documenten: - Leveranciersoverzicht 2020 versie 29-09-2020

- Impactanalyse leveranciers 16-06-2020

- Enquête leveranciers

- Jaaragenda

- Document omgevings- en stakeholdersanalyse

- Mail aan alle betrokkenen van de omgevings- en stakeholdersanalyse 24-09-2020

- overzicht stakeholderseisen sept. 2020

Beoordeling: 7 september 2020:

PvA is aangeleverd. Er zijn we acties uitgezet maar nog niet allemaal uitgevoerd. Concreet inzicht in te nemen stappen is niet SMART opgesteld en bewijsvoering/aantoonbaarheid ontbreekt. Aanvullende informatie wordt opgevraagd.

17 oktober 2020

Aanvullende informatie is aangeleverd waaruit blijkt op welke wijze de organisatie bezig is met stakeholders, impactanalyses, ketenpartners en leveranciers. De aanpak is akkoord. Aangezien er nog heel wat acties moeten worden ondernomen zal toetsing plaatsvinden in de e.v. reguliere audit. Derhalve blijft de NC open staan.

31 mei 2021:

De uitgevoerde stakeholdersanalyse en leveranciersbeoordelingen zijn tijdens de audit ingezien. De focus heeft vooral gelegen in het uitvoeren van de instrumenten, verzamelen van informatie, het concluderen van zaken en beoordelen welke impact dit heeft op de organisatie. Risicovolle onderdelen zijn zeker opgepakt (plan van aanpak IGJ) waardoor de risico's nu beheersbaar zijn. Alle onderdelen zijn opgepakt die bij dit PvA werden voorgesteld. Derhalve wordt deze NC afgesloten.

---

## B.2 **Openstaande tekortkomingen**

Er zijn geen openstaande tekortkomingen.

## Bijlage C Agenda voor de volgende audit

In aanvulling op onderstaande informatie is in de aankondigingsemail die u van DEKRA voorafgaande aan de audit ontvangt de overige informatie met betrekking tot de audit agenda opgenomen of wordt daar verder naar verwezen (auditplan volgens ISO17021-1 9.2.3.2).

### Agenda voor audit nr. 36352

dag	tijd	duur	proces met proceseigenaar en locatie
1	9:00		Opening meeting
1	9:15		Beleid/Doelst./Directiebeoord./Directie
1	9:45		Context/ stakeh/eisen/risico's/Directie
1	10:30		Metten/analyseren/verbeteren/Directie
1	11:00		Documentenbeheer/Kwaliteitscoördinator
1	11:30		Fysieke omgeving en materiaal/Manager bedrijfsvoering
1	12:00		Inkoop en uitbesteding/Manager bedrijfsvoering
1	12:30		Lunch
1	13:00		Verzorging/verpleging/Manager Zorg
1	13:30		Dagactiviteiten-/opvang/Manager Zorg
1	14:00		Verzorging/verpleging/Verpleegkundige
1	14:45		Dagactiviteiten-/opvang/Verzorgende
1	15:30		Huishoudelijke processen/Hoofd Facilitair
1	16:00		Huishoudelijke processen/Huishoudelijk medewerker
1	16:30		Prepare Closing Meeting
1	16:45		Closing meeting