

TA Rapport en 1e deel 2e periodieke audit

# Stichting Volckaert

## Management Systeem Certificatie

**HKZ Norm Algemeen Organisatiedeel rubrieken 4 t/m 9: 2015, HKZ Norm Verpleeghuizen & Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties: 2015**

Audit Start - Eind datum: 2018/05/17 - 2018/05/17  
Project Nummer: PRJC-553580-2016-MSD-NLD  
DNV GL Team Lead: Leo Poldervaart



## Inhoudsopgave

---

<b>Introductie</b>	<b>3</b>
<b>Algemene informatie</b>	<b>4</b>
<b>Resultaat Aandachtsgebied</b>	<b>5</b>
<b>Overige resultaten</b>	<b>6</b>
<b>Audit bevindingen en mate van overeenstemming met de norm</b>	<b>7</b>
<b>Conclusies</b>	<b>8</b>
<b>Volgende audit</b>	<b>9</b>
<b>Annex A – Auditor statements</b>	<b>10</b>
<b>Annex B - Het opvolgen van nonconformities</b>	<b>11</b>

**Overige bijlagen:**

- Auditplan.
- Transitelijst 2015.
- E-LOF

## Introductie

---

Dit rapport geeft een samenvatting van de uitkomsten en conclusies die uit de audit naar voren zijn gekomen. Een managementsysteemaudit heeft als belangrijkste doel de conformiteit van het managementsysteem met de betreffende norm vast te stellen. Daarnaast wordt ook de effectiviteit van het managementsysteem geëvalueerd om te verzekeren dat uw organisatie in staat is de door u gespecificeerde doelstellingen te behalen en te voldoen aan de van toepassing zijn wet- en regelgeving en contractuele eisen.

### **DNV GL**

DNV GL wordt gedreven door de doelstelling leven, eigendommen en het milieu te beschermen (safeguarding life, property and the environment). Vanuit deze doelstelling helpt DNV GL organisaties de veiligheid en duurzaamheid van hun bedrijfsvoering te verbeteren. DNV GL is een toonaangevende leverancier van diensten op het gebied van classificatie, certificering, verificatie en training. Sinds onze oprichting in 1864 hebben we ons ontwikkeld tot een bedrijf van wereldformaat. We zijn actief in meer dan 100 landen en beschikken over 16.000 medewerkers die onze klanten overal ter wereld helpen de wereld veiliger, slimmer en duurzamer (safer, smarter and greener) te maken.

DNV GL is een wereldwijd toonaangevende certificatie-instelling. DNV GL helpt bedrijven de prestaties van hun organisatie, producten, medewerkers, faciliteiten en toeleveringsketen te optimaliseren door middel van certificering, verificatie, assessments en trainingen. We leveren diepgaande expertise en pragmatische ondersteuning aan grote ondernemingen met als doel de ontwikkeling van effectieve duurzaamheidsstrategieën mogelijk te maken. Samen met onze klanten werken we aan duurzame bedrijfsprestaties en het opbouwen van vertrouwen bij stakeholders.

## Algemene informatie

---

### **Certificatie Scope**

214727-2017-AQ-NLD-RvA (Issued/Current) - HKZ Certificatieschema Verpleeghuizen & Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties: 2010:  
Intramurale en extramurale verpleging en verzorging en reactivering.

### **Geaccrediteerde certificatie-instelling**

HKZ Certificatieschema Verpleeghuizen & Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties:  
2010:  
DNV GL Business Assurance B.V.  
ZWOLSEWEG 1, 2994 LB, BARENDRECHT, NETHERLANDS

### **Geheimhoudingsverklaring**

Dit rapport (inclusief aantekeningen en checklists) is vertrouwelijk. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de klant. Een uitzondering hierop vormt de Accreditatie-instelling, die het recht heeft rapportages in te zien teneinde de werkwijzen te kunnen beoordelen.

### **Disclaimer**

Een managementsysteem audit is gebaseerd op steekproefsgewijze verificatie van beschikbare informatie, derhalve is in auditresultaten een element van onzekerheid besloten. Ook wanneer geen nonconformities zijn vastgesteld, houdt dit niet in dat tekortkomingen in de beoordeelde en/of andere processen niet bestaan. Voorafgaand aan het toekennen of vernieuwen van een certificaat is dit rapport onderworpen aan een onafhankelijke beoordeling binnen DNV GL, hetgeen invloed kan hebben op inhoud en conclusies.

## Resultaat Aandachtsgebied

---

### Aandachtsgebied 1

Transitie audit

### Sterke punten

.

### Verbeterpunten

.

## Overige resultaten

---

Punten van belang zoals vastgesteld in de audit exclusief resultaten aandachtsgebied.

### Sterke punten

1. Algemeen beeld dat de PDCA op vele fronten sterk is doorontwikkeld
2. Duidelijke verbeterplannen afdeling Esdoornlaan/Berkenlaan; PDCA borging op diverse fronten keurig geregeld. Verschillende rapportage identificeren duidelijk verbeterpunten/risico's.
3. De ontwikkeling van de dashboard rapportage voor teammanagers.
4. Overzichtelijk dashboard ontwikkeld resultaten interne audits op concernniveau.
5. Zichtbare en merkbare PDCA team thuiszorg; gezamenlijke speerpunten bepaald voor de verschillende thuiszorg teams. Volop aandacht voor teamontwikkeling Dongenpark. Reflectief op team functioneren.
6. Beeld van verdere doorontwikkeling multi-disciplinaire samenwerken samenwerking. Vanuit een teamanalyse is eerste opzet voor vernieuwde procesbeschrijving revalidatie traject opgesteld.
7. Feedback geven/samenwerken in een aantal teams als belangrijk ontwikkelpunt bepaald. Geef "LSD"; de geluk box; "neem Anna mee"; "wees een Oen".
8. Beeld van dat het eigenaarschap volop is doorontwikkeld en ondernemerschap hierdoor toeneemt.

### Verbeterpunten

#### Tekortkomingen Categorie 1:

1. Er is niet aantoonbaar bepaald welke relevante wet- en regelgeving van belang is voor de uitvoering van de zorg- en dienstverlening.
2. Beleid en dialoog met belanghebbende is ontwikkeling maar nog niet compleet en vastgesteld.
3. Management beoordeling is nog niet conform de nieuwe aanvullende normen opgesteld/vastgesteld.
4. Bij het cliënt proces zijn nog niet aantoonbaar de risico's m.b.t gebouw/wonen en facilitair vastgesteld. Er zijn op wel beheersmaatregelen vastgesteld maar deze maatregelen/proces indicatoren zijn nog vast onderdeel van het dashboard
5. Het toepassingsgebied is nog niet conform normen bepaald/vastgesteld.

#### Tekortkomingen Categorie 2:

1. Er is geen proces-indicator voor het inkoopproces opgesteld ( b.v aantal leveranciers beoordelingen)

**Observaties:**

1. Bij een dossier was niet te herleiden dat een onderzoeks verzoek ingediend door de verantwoordelijk arts naar de FT ook daadwerkelijk door de FT was uitgevoerd.
2. Voor de GRZ zijn een aantal zorgpaden ontwikkeld. Onduidelijk is in welke mate deze cyclisch worden geëvalueerd.
4. Onderzoek naar de tevredenheid van belanghebbende/stakeholders GRZ nog niet op alle onderdelen geëxpliciteerd. (ziekenhuizen; huisartsen)
5. Onduidelijk blijft op een aantal fronten of er meetgegevens beschikbaar zijn m.b.t proces GRZ b.v. doorlooptijd/cliënten tevredenheid.
6. Het is niet in alle gevallen een vanzelfsprekendheid voor de thuiszorg om de BEM methodiek te gebruiken.

**Mogelijke verbeteringen:**

1. Overweeg voor het volgend jaarplan Lavendelhof ook meer de rol/issues van een aantal belanghebbende te analyseren.
2. Overweeg te onderzoeken of het ambulantisieren van de GRZ een ontwikkelpunt kan zijn.

## Audit bevindingen en mate van overeenstemming met de norm

---

Aantal nonconformities	6
Aantal Categorie 1 (Major) nonconformities:	5
Aantal Categorie 2 (Minor) nonconformities:	1
Aantal Observaties	5
Aantal aanbevelingen ter verbetering	0
Aantal nog niet afgesloten nonconformities van voorgaande audits	0

### Opmerkingen

1. Verdere details van nonconformities en observaties zijn opgenomen in de bijlage Overzicht Auditbevindingen
2. Zie definities van bevindingen in bijlage B



## Conclusies

---

- De belangrijkste auditdoelstellingen zijn bereikt en het auditplan is zonder essentiële wijzigingen uitgevoerd.
- In de eindbespreking zijn de belangrijkste bevindingen gepresenteerd, besproken en overeengekomen.
- Er zijn geen belangrijke wijzigingen sinds de laatste audit.
- Er zijn major nonconformities geconstateerd gedurende de audit. Het Management Systeem wordt beschouwd als niet effectief en niet in lijn met de norm gebaseerd op de steekproef.
- De Lead Auditor zal de organisatie aanbevelen voor certificering, wanneer alle nonconformities beoordeeld en geaccepteerd zijn.
- De organisatie dient alle noodzakelijke herstel- en corrigerende maatregelen te nemen als geïndiceerd door de nonconformities. Zie de bijlage 'Definities van bevindingen en opvolging van nonconformities'.
- Op nonconformities dient de organisatie te reageren binnen 9 weken na de laatste auditdag: . Zie ook de bijlage 'Definities van bevindingen en opvolging van nonconformities'. 16 juli 2018
- Er wordt aanbevolen om observaties op gelijke wijze te behandelen als nonconformities.
- Een vervolg audit om de corrigerende maatregelen te verifiëren is nodig. De vervolg audit zal worden uitgevoerd als een desk-review gebaseerd op de beoordeling van de toegestuurde documentatie aan de Lead Auditor.
- De juistheid van de certificatie scope (en grenzen) zijn beoordeeld middels verificatie van aspecten zoals de organisatiestructuur, site(s), processen en producten/diensten. De conclusie is dat de certificatie scope (en grenzen) als passend zijn beoordeeld.
- Tijdens de audit zijn er geen belangrijke zaken naar voren gekomen die van invloed zijn op het auditprogramma (PAP) voor de huidige certificatie cyclus.
- Gebaseerd op de beoordeling van de status van relevante factoren zoals het aantal medewerkers, geografische ligging van de locaties, processen en producten en het niveau van de complexiteit van de organisatie, is de conclusie dat er geen aanpassing van de audittijd benodigd is.
- Gebaseerd op de evaluatie van het hoofdkantoor aangaande het vermogen en de bevoegdheid om controle uit te oefenen over alle locaties met betrekking tot de centrale elementen van het managementsysteem, komt de organisatie in aanmerking voor een auditbenadering op basis van een steekproefmethodiek.

## Volgende audit

---

**Audit start datum:**

Datum van de volgende audit dient te worden vastgesteld

**Voorgesteld aandachtsgebied(en):**

in 2019 optie voor uitgebreide audit GRZ; 2e deel van de 2e periodieke audit wordt uitgevoerd op 10 en 11 december 2018.

## Annex A – Auditor statements

Beoordeelde normelementen	Bewijs en resultaat
Effectiveness of processes for management review	De notulen van de directiebeoordeling 2017 en bijbehorende documentatie zijn beoordeeld. Daarbij is vastgesteld dat het proces voor directiebeoordeling niet voldoet aan de eisen van de norm. Zie gerapporteerde nonconformities in het Overzicht Auditbevindingen (List of Findings).
Effectiveness of process for handling of customer and/or stakeholder complaints, including effectiveness of implemented corrective actions	De klachten die in het afgelopen jaar zijn geregistreerd en bijbehorende gegevens met betrekking tot uitgevoerde correcties en corrigerende maatregelen zijn beoordeeld. Daarbij zijn geen nonconformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm.
Update of the management system to reflect changes in the organization	Sinds de vorige audit is de documentatie van het managementsysteem bijgewerkt naar aanleiding van belangrijke veranderingen in de organisatie. Representatieve voorbeelden van nieuwe en herziene processen/procedures zijn beoordeeld. Daarbij is vastgesteld dat de bijgewerkte informatie aansluit bij de veranderingen in de organisatie, behoudens voor wat betreft de uitzonderingen die zijn vermeld in het Overzicht Auditbevindingen (List of Findings).
Effectiveness of the processes to establish objectives, planning of actions and evaluation of progress and results	Op basis van interviews met een selectie van leidinggevenden in de organisatie kon niet worden aangetoond dat de organisatie doeltreffende processen heeft geïmplementeerd die in overeenstemming zijn met de eisen van de norm. Zie de gerapporteerde nonconformities in het Overzicht Auditbevindingen (List of Findings).

<p>Effectiveness of the management system related to the capability to meet applicable legal and contractual requirements</p>	<p>Uit de audit is een aantal nonconformities naar voren gekomen met betrekking tot de naleving van toepasselijke wettelijke en contractuele eisen. Zie de gerapporteerde nonconformities in het Overzicht Auditbevindingen (List of Findings).</p>
<p>Additional for multi-site certification based on a site sampling approach: Effectiveness of the central unit's ability and authority to collect and analyse key data from all sites and to initiate change if required</p>	<p>De volgende belangrijke onderdelen zijn beoordeeld om een uitspraak te kunnen doen over de bevoegdheid en het vermogen van het hoofdkantoor om effectieve controle uit te oefenen: wijzigingen in het managementsysteem, directiebeoordeling, klachten, evaluatie van corrigerende maatregelen, planning van interne audits en evaluatie van de uitkomsten, wijzigingen in risico's/aspecten en de gevolgen daarvan voor het managementsysteem (QES) en andere wettelijke eisen.</p> <p>De volgende gegevens zijn beoordeeld: {</p> <ul style="list-style-type: none"><li>.</li><li>Jaarplan Berkenlaan/Esdoornlaan 2018; verbeterplannen PDCA</li><li>Esdoornlaan/berkenlaan.Rapportage q1 2018 Esdoornlaan</li><li>.</li><li>Management rapportage Q1 2018</li><li>WLZ/Jaarplan 2018 RvB De landing is ingezet; Kader brief 2018</li></ul>

## Annex B - Het opvolgen van nonconformities

---

### Definities van bevindingen

#### Major nonconformity (Categorie 1)

Een nonconformity die invloed heeft op het vermogen van het managementsysteem om de beoogde resultaten te bereiken.

Nonconformities kunnen worden aangemerkt als major in de volgende omstandigheden:

- Als er significante twijfel is over een effectieve implementatie van proces controle of onvoldoende borging dat het product of de dienstverlening zal voldoen aan de eisen.
- Meerdere categorie 2 non conformities m.b.t. een norm-eis of probleem waarvan is vastgesteld dat een doeltreffende implementatie binnen het managementsysteem ontbreekt.

#### Minor nonconformity (Categorie 2):

Een nonconformity die geen invloed heeft op het vermogen van het managementsysteem om de beoogde resultaten te bereiken.

#### Observatie:

Een observatie is geen nonconformity maar kan wel duiden op een mogelijk toekomstige tekortkoming indien de situatie te weinig aandacht krijgt; een observatie kan ook betrekking hebben op een situatie waarbij geen passend bewijsmateriaal wordt gevonden om de vaststelling van een tekortkoming te ondersteunen.

#### Aanbevelingen ter verbetering:

Aanbevelingen ter verbetering hebben betrekking op gebieden en/of processen waar mogelijk wordt voldaan aan - minimum - normeisen, maar waar verbetering mogelijk is.

### Het opvolgen van nonconformities

De termijn om te reageren op nonconformities is maximaal 90 dagen. Binnen deze periode wordt het volgende verwacht van de organisatie:

- Onmiddellijke herstelmaatregel om de tekortkoming als zodanig op te heffen (indien van toepassing bij de NC).
- Het uitvoeren van een oorzaakanalyse om corrigerende maatregelen vast te stellen om het opnieuw optreden van de tekortkoming te voorkomen.
- Het implementeren van corrigerende maatregelen en het verifiëren van de doeltreffendheid van deze maatregelen.
- Het rapporteren aan DNV GL's Team Leader, middels het daarvoor bestemde onderdeel van de bijlage Overzicht Auditbevindingen, met daarbij gevoegd evt. relevante

ondersteunende documentatie (indien van toepassing).

Binnen de gestelde tijd voordat een certificaat kan worden toegekend dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- Major nonconformities: Bewijs van oorzaakanalyse en doeltreffende implementatie van herstel- en corrigerende maatregelen wordt verstrekt.
- Minor nonconformities: De preferente en normale werkwijze is identiek aan die bij Major nonconformities. DNV GL's Team Leader kan voor bepaalde nonconformities besluiten een plan van aanpak te accepteren voor het implementeren van vastgestelde corrigerende maatregelen. De feitelijke uitvoering van geplande maatregelen wordt uiterlijk bij de eerstvolgende audit geverifieerd.

Een observatie is in zichzelf niet een tekortkoming, maar kan wel duiden op een mogelijk toekomstige tekortkoming indien de situatie te weinig aandacht krijgt; een observatie kan ook betrekking hebben op een situatie waarbij geen passend bewijsmateriaal wordt gevonden om de vaststelling van een tekortkoming te ondersteunen.

Normaliter voert DNV GL ter plaatse een follow up-audit indien sprake is van bij Major NC's. Bij Minor NC's vindt follow up in de regel op afstand plaats, in de vorm van een bureauverificatie op aangeleverde documentatie; indien noodzakelijk geacht wordt hiervan afgeweken.

Een onvoldoende reactie op NC's of een onvoldoende uitvoeren van corrigerende maatregelen kunnen aanleiding zijn tot het schorsen of intrekken van een certificaat.

#### **De reactietermijn in geval van hercertificatie**

Indien het bestaande certificaat expireert binnen de maximale termijn van 90 dagen, wordt een kortere reactietermijn vastgesteld opdat vóór de vervaldatum een geëigende opvolging en certificaatvernieuwing kan plaatsvinden. Met deze werkwijze wordt continuïteit van geldigheid van het certificaat zeker gesteld. Als de vervaldatum wordt overschreden zonder het proces van opvolging is afgerond, mag het bestaande certificaat niet worden verlengd en wordt het certificaat beschouwd als zijnde geschorst tot het moment dat het certificaat wordt vernieuwd. De 'gecertificeerd sinds' datum komt dan te vervallen.

## **ViewPoint**

ViewPoint is ons klantenpanel waarin meer dan 10.000 klanten zijn vertegenwoordigd uit alle delen van de wereld. De leden van dit panel geven ons via enquêtes hun mening en delen met ons hun inzichten over actuele onderwerpen die betrekking hebben op certificering en duurzame bedrijfsvoering in hun sector.

Deelname is gratis en alle leden van het ViewPoint-panel hebben volledige toegang tot de gegevens en rapporten die op deze enquêtes zijn gebaseerd. Daarnaast profiteren leden van netwerkkansen en toegang tot eLearning-modules. Ook ontvangen zij regelmatig uitnodigingen voor webinars, online forums en nog veel meer.

### **Wilt u lid worden?**

Meld u dan hier aan: <http://www.dnvgviewpoint.com/register>

Also visit our blog on [goingsustainable.com](http://goingsustainable.com)