



RAPPORT

Zorgvilla Oud Clingendael

Kiwa Nederland bv
Sir Winston Churchillaan 273
2280 AB Rijswijk
Telefoonnummer +31 (0) 88 998 44 00
Internet: www.kiwa.nl

© Kiwa
Versie 2018

Auditrapport

Organisatie

Naam : Zorgvilla Oud Clingendael
Contactpersoon : Drs. Kruseman Aretz
E-mail : info@zorgvilla.nl
Vestigingsadres : Rijksstraatweg 671 – 673
Telefoon : 070 32 465 34

Kiwa Nederland bv
Sir Winston Churchilllaan 273
2280 AB Rijswijk
Telefoonnummer +31 (0) 88 998 44 00
Internet: www.kiwa.nl

Aantal vestigingen : 1 Aantal : 202/165
Medewerkers/
29 Fte
Evt Aantal
vrijwilligers
NVT

Onderzoek

Soort onderzoek : Initiële Audit
Onderdeel : Documentatie/Implementatie
Datum onderzoek : 13 november 2019 en 25 maart 2020
Datum rapport, versie : 1 april 2020

Auditteam

Lead Auditor : drs. W.E.T. Limpens
Auditor(en) : NVT
Vakdeskundige(n) : drs. W.E.T. Limpens
Waarnemer/trainer/RvA : NVT
accessor NVT

Certificatie-eisen

Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Certificatie: 2017.

Norm(en):	Toepassingsgebied(en):	Scope / Nace	Certificaatnr. en aflooptdatum
ISO 9001:2015	Het leveren van levensloopbestendige zorg aan bewoners met een somatisch en/of psychogeriatrisch gezondheidsprobleem, met specialisatie complexe zorg rondom dementie	38	NVT

Evt. bijzonderheden:

Het betreft hier een organisatie die al gecertificeerd was door een andere (niet geaccrediteerde) CI; certificaat uitgegeven door NCII (nr. 20181001).

De op 13 november 2019 uitgevoerde audit had een initiële audit moeten zijn i.p.v. een opvolging/overname audit. Het in 2018 verstrekte certificaat was van een niet RvA geaccrediteerde instelling. Derhalve diende in maart 2020 aanvullend op de uitgevoerde audit van 13 november 2019 nog 1,5 dag extra audit te worden uitgevoerd (inclusief rapportagetijd). E.e.a. is terug te vinden in de auditplanning.

De laatste audit dag op 25 maart 2020 is vanwege de Corona crisis remote uitgevoerd. Tijdens deze audit zijn in de SharePoint omgeving (zorgvilla.sharepoint.com) relevante documenten en kwaliteitsregistraties beoordeeld. Daarnaast is er een online audit interview afgenomen met de directeur, de heer P.A. Kruseman Aretz.

Samenvatting		C/ NC
Auditteam	: De aard van het bedrijf geeft geen aanleiding om het auditteam te wijzigen	C
Normuitsluitingen	: Normuitsluitingen zijn voldoende onderbouwd.	NVT
Auditplan	: Het auditplan is ter afstemming per e-mail naar de klant verzonden en door de klant akkoord bevonden. Het auditplan in dit rapport is aangepast aan de daadwerkelijk uitgevoerde audit	C
Gedocumenteerde informatie	: De systeemdokumentatie is vastgelegd.	C
Acties uit vorige audit	: Corrigerende maatregelen n.a.v. de vorige audit zijn effectief doorgevoerd.	NVT
Multi Site Toetsing	: Organisatie voldoet aan Multi Site voorwaarden De klant is er (in verband met het multisiteprincipe) op gewezen dat op een vestiging geconstateerde tekortkomingen consequenties hebben voor het gehele certificaat, incl. alle vestigingen. Bij de oplossing van geconstateerde tekortkomingen dienen alle relevante vestigingen in ogenschouw genomen te worden.	NVT
Certificatieovereenkomst	: De huidige certificatieovereenkomst is actueel voor wat betreft de uitgangspunten:	C
	Data	C
	Logogebruik	C
	Reikwijdte/scope	C
	Aantal medewerkers	C
	FTE totaal en per kritisch proces	C
	Vermelding vestigingen	C
	Tenaamstelling	C
	Complexiteit	C
	Kortingen	C
Uitvoering Fase 1 bij Herevaluatie	: De auditresultaten (van de afgelopen 3 jaar) geven (bij herevaluatie) geen aanleiding tot aanpassing van de uitgangspunten. De resultaten uit de voorgaande audits, de beperkte wijzigingen in de organisatie, het managementsysteem en de van toepassing zijnde regelgeving geven geen aanleiding tot het (bij de herevaluatie) opnieuw uitvoeren van een Fase 1 onderzoek.	NVT
Effectiviteit systeem	: Het systeem functioneert effectief (beleid, doelstellingen, review en acties).	C
Logo's / pictogrammen	: Het gebruik van logo's, pictogrammen, certificaat conform het reglement.	C
Klachten	: De klachtenprocedure functioneert effectief.	C
Interne audits	: De interne audits dragen effectief bij aan het systeem.	C
Adviseur	: Het bedrijf wordt t.a.v. het beheer / onderhoud van hun zorgsysteem extern geadviseerd door: Kleemans.	

Bevindingen (definitie)

- C - Conform : Voldoet aan de normeis. Eventueel kunnen er verbeteraspecten ter informatie worden gerapporteerd. Deze aspecten verdienen nadere aandacht of kunnen in het systeem nog verder doorontwikkeld worden.
- T - Tekortkoming (n.v.t. bij VCA) : Na afloop van de audit is **1 Tekortkoming** geconstateerd. (en als zodanig geaccepteerd).
Het managementsysteem voldoet op aspecten niet aan de certificatie-eis.
Er is objectief bewijs van een situatie, waarbij op termijn moet worden getwijfeld of het zorgsysteem van de organisatie de beoogde output levert. Dit is belemmerend voor toekenning of behoud van het certificaat. De geplande corrigerende maatregelen moeten beoordeeld zijn alvorens het auditteam een certificatieadvies kan uitbrengen
- KT - Kritische tekortkoming : Na afloop van de audit zijn geen kritische Tekortkomingen (en) geconstateerd (en als zodanig geaccepteerd).

Het managementsysteem voldoet niet aan de certificatie-eis.

Er is objectief bewijs van een situatie, dat het zorgsysteem van de organisatie niet voldoet aan de norm en/of niet de beoogde output levert. Dit is belemmerend voor toekenning of behoud van het certificaat. Voor de afhandeling van de kritische tekortkoming is doorgaans een extra audit noodzakelijk alvorens het auditteam een certificatieadvies kan uitbrengen.

Vervolgafspraken

Het bedrijf presenteert corrigerende maatregelen aan Kiwa: vóór 27 november 2019

Kiwa beoordeelt de maatregelen n.a.v. kritische tekortkoming(en) tijdens een extra audit op: NVT

Kiwa beoordeelt de maatregelen n.a.v. tekortkoming tijdens de volgende audit op: 8 december 2020.

Beoordeling corrigerende maatregelen

Beoordelingsresultaat : Overgang vooronderzoek (fase 1) naar implementatieonderzoek (fase 2):

Nav Fase 1/ Fase 2 >> Er is geen overgang van fase 1 naar fase 2 van toepassing: NVT

en/of Opvolg audits >> In overleg met de klant is na afloop van het vooronderzoek (fase 1) direct overgegaan naar het implementatieonderzoek (fase 2).

Met de klant is afgesproken dat de gerapporteerde aandachtsgebieden gedurende het implementatieonderzoek (eventueel) zullen kunnen leiden tot (kritische) tekortkomingen en/of een extra bezoek. De klant was hiermee akkoord.

>> Naar aanleiding van de gerapporteerde aandachtsgebieden heeft Kiwa op NVT schriftelijk corrigerende maatregelen ontvangen. Op grond van de beoordeling van de ontvangen corrigerende maatregelen heeft Kiwa de conclusie getrokken dat kan worden aangevangen met het implementatieonderzoek (fase 2). NVT

De beoordeling van de corrigerende maatregelen is opgenomen in de rapportbladen.

Er zijn voldoende corrigerende maatregelen getroffen.

Bij onvoldoende: zie motivatie in rapportage. NVT

Eventuele toelichting: geen

Certificatieadvies

Bij Fase 1:

Lead auditor adviseert positief t.b.v. overgang naar Fase 2.

Bij Fase 2 en /of opvolgingsbezoeken:

Het auditteam adviseert Kiwa tot uitgifte van het certificaat.

Disclaimer:

Bij deze audit is een steekproef van de organisatie en zijn bedrijfsprocessen getoetst. Het auditresultaat is gebaseerd op een proces van het nemen van steekproeven van de beschikbare informatie.

Bij een toelatingsonderzoek, een herevaluatie of bij een kritische tekortkoming zal er (met dit advies als basis) intern binnen Kiwa een onafhankelijke review op het auditrapport plaatsvinden. Op basis van de uitkomst van de review zal een certificatiebeslissing genomen worden

Eventuele toelichting: Geen.

Leadauditor Kiwa
Naam : Willy Limpens
Datum : 1 april 2020

Review en certificatiebeslissing Kiwa
Akkoord met certificatieadvies:

Naam : Corrie Zoetekouw
Datum : 1 april 2020

Handtekening:



Handtekening:



Dit rapport heeft de volgende bijlagen:

- Auditrapport
- Rapportbladen
- Auditplan
- Auditprogramma
- Indien van toepassing: Plan(-nen) van Aanpak
- Actuele gegevens klant en planning te auditen onderwerpen

Indrukken en bevindingen

1.1 Algemene indruk

Zorgvilla Oud Clingendael geeft externe zorg (middels PGB) in een full service concept. Ze heeft alles in zich om de bewoners een mooie leefomgeving te bieden maar ook om zorg op maat te geven aan de cliënten. De medewerkers gaven aan de werkomgeving heel prettig en stimulerend te vinden. De Zorgvilla is enkele jaren geleden volledig nieuw gebouwd. Het resultaat is een mooie huiselijke omgeving met een open sfeer.

Past Performance Review:

In het kader van deze initiële audit is geen past performance review van toepassing.

De audit heeft volgens de auditdoelstellingen plaatsgevonden. Hierbij is geconstateerd dat Zorgvilla Oud Clingendael voldoet aan de eisen; het managementsysteem is doeltreffend en heeft het vermogen om aan de toepasselijke eisen en de verwachte resultaten te voldoen en heeft een effectief proces van interne audits en directiebeoordeling. Tevens is het passend en geschikt bij het toepassingsgebied zoals aangegeven in dit rapport. Het onderliggende positieve bewijs hiervoor is vastgelegd in de rapportage.

Er zijn in de organisatie geen wijzigingen die invloed hebben op auditdoelstelling, auditprogramma, audittijdbesteding of toepassingsgebied. Dit is in het openingsgesprek geverifieerd.

Beperkte Fase 1- Bevindingen

(NB; bewijsvoering opgenomen onderstaand per rubriek /Overzicht gecontroleerde documentatie)

Gedurende fase 1 is beoordeeld:

- De gedocumenteerde informatie
- De omstandigheden ter plaatse
- De bekendheid met (inzicht in) de norm in relatie tot de prestaties van het managementsysteem en aspecten, processen, doelstelling en uitvoering
- Het toepassingsgebied in relatie tot bedrijfslocaties, processen, apparatuur, beheersmaatregelen en wet- en regelgeving
- Rechtaardiging audittijd in locaties, fte, complexiteit en reistijd: wel akkoord.
- Calculatie d.d. 1-10-2019, 10-03-2020
- Overeenkomst d.d. 1-10-2019
- De overeenkomst en/of calculatie is niet aangepast aan bovenstaande gegevens.
- Indien Multi Site: conform omdat: nvt
- Indien Multi Site: heeft organisatie dat ook in eigen interne auditsystematiek uitgevoerd (omvanganalyse) ? nvt
- Indien Multi Site: is er sprake van operationele zeggenschap vanuit de organisatie over de locaties?: nvt

Vastgestelde conformiteiten/ informatie t.b.v. fase 2:

Interne audits:

De organisatie voert planmatig interne audits uit. Verslaglegging is beschikbaar en verbeteracties worden doorgevoerd. Er is een auditplanning gemaakt (eigenlijk auditprogramma) tot en met 2020. Conform.

Directiebeoordeling:

Een eerste directiebeoordeling is in het kader van deze certificering voor het eerst uitgevoerd. Alle verplichte thema's komen aan bod en worden beoordeeld. Conform.

Context- en stakeholdersanalyse:

De organisatie heeft nog onvoldoende aantoonbaar externe en interne belangrijke punten (issues) vastgesteld op basis van analyse van de Context van de organisatie en haar Stakeholders.

Risicomanagement:

Gezien de aard van de bewoners, dementerende ouderen, is men sterk gericht op het vermijden van risico's. Zowel in de fysieke omgeving als m.b.t. middelen en materialen en zeker ook medicatie. Conform.

Vastgestelde aandachtspunten en genomen maatregelen voor doorgang naar Fase 2:

Aangegeven dat de beperkte context- en stakeholdersanalyse een tekortkoming wordt. Dit is geen blokkade voor overgang naar Fase-2.

1.2 Bevindingen per rubriek

1.2.1 Hoofdstuk 4: Context van de organisatie

Inzicht in de organisatie en haar context, inzicht in behoeften en verwachtingen van belanghebbenden, toepassingsgebied, KMS en de processen.

Context:

Sterke Punten:

- Voortrekkersrol van directie in kwaliteit, veiligheid en innovatie van de zorg.

Aandachtspunten:

- Geen bijzondere.

Tekortkoming:

Context van de Organisatie:

- De organisatie heeft onvoldoende aantoonbaar externe en interne belangrijke punten (issues) vastgesteld op basis van analyse van de Context van de organisatie.
- Daarnaast is onvoldoende in kaart gebracht welke belanghebbenden relevant zijn voor het kwaliteitsmanagementsysteem.
- KPI's gerelateerd aan risico's en kansen voor de organisatie ontbreken, Nu worden KPI's uitsluitend geformuleerd n.a.v. issues uit meldingen, suggesties, waarnemingen.

Conclusie:

Met uitzondering van de geconstateerde tekortkoming wordt voldaan aan de gestelde normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Context: De organisatie heeft voldoende inzicht in de interne en externe context van de organisatie, echter expliciete en aantoonbare doorvertaling in een beleidsstuk is onvoldoende, zie tekortkoming.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterregister 2018 (met daarin opgenomen Visie, Missie, Thema's, Eisen Stakeholders, SWOT • Kwaliteitshandboek versie 1.0
Behoefte /verwachtingen van belanghebbenden: Daarvoor geldt hetzelfde als hiervoor benoemd.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterregister 2018 (met daarin opgenomen Visie, Missie, Thema's, Eisen Stakeholders, SWOT
Toepassingsgebied: Toepassingsgebied is duidelijk en passend bij het KMS. Het toepassingsgebied is in lijn met het gedocumenteerde systeem.	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitshandboek versie 1.0
KMS: Het KMS is ingericht en geïmplementeerd. Borging is vooral de taak van een deel van het personeel welke lid zijn van het kwaliteitsoverleg.	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitshandboek versie 1.0

1.2.2 Hoofdstuk 5: Leiderschap

Leiderschap en betrokkenheid, kwaliteitsbeleid, rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de organisatie.

Leiderschap:

De directie toont zichtbaar persoonlijk commitment en verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid.

Kwaliteitsbeleid:

De directie neemt verantwoordelijkheid voor het vastleggen en uitvoeren van een bij de organisatie passend meerjarenbeleid op het gebied van kwaliteit, veiligheid en risicobeheersing.

In het beleid beschrijft de directie haar missie, visie, doelstellingen en ambities richting de toekomst.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden:

De directie creëert voorwaarden voor continue verbetering van de kwaliteits- en veiligheidscultuur, waarin sprake is van openheid en transparantie.

Status en effectiviteit KMS:

Het KMS is nog relatief jong. De effectiviteit blijkt uit eerste verbeterprojecten. In de komende periode zal verdergaande effectiviteit vorm moeten krijgen.

Sterke Punten:

- Commitment van de directie
- Beschikbaar stellen van middelen tbv het KMS en ISMS

Aandachtspunten:

- Geen bijzondere.

Conclusie:

Er wordt voldaan aan de normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
<p>Leiderschap en betrokkenheid: Betrokkenheid van de directie is hier 100% aanwezig. Vanuit leiderschap wordt verbetering gezien als business as usual en de auditor heeft waargenomen dat men daarin ook kritisch is naar zichzelf. Het KMS is toe gebouwd naar eigen visie en missie en past bij dat wat Zorgvilla Oud Clingendael wil uitdragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Missie, Visie en Strategie Zorgvilla Oud Clingendael • Managementreview 13 november 2018
<p>Klantgericht: Zorgvilla Oud Clingendael straalt klantgerichtheid uit. Deze is opgebouwd vanuit de klanteisen welke duidelijk herkenbaar zijn. Men heeft een persoonlijke benadering, richting client, medewerkers en familie. Men (inclusief de directeur) is real time op de hoogte van lopende zaken rondom klantgerichtheid en kwaliteit van de zorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterregister, doorlopend • Clienttevredenheidsonderzoek 2018, NPS 100%, gem. 8,7
<p>Kwaliteitsbeleid: Het kwaliteitsbeleid is bepaald en vastgelegd in het KMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Missie, Visie en Strategie Zorgvilla Oud Clingendael • Kwaliteitshandboek versie 1.0
<p>Rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden: Alle rollen en taken zijn in het kwaliteitsoverleg bepaald en bekend binnen de organisatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatieschema Zorgvilla Oud Clingendael • Functiebeschrijving Officemanager • Functiebeschrijving Zorgcoördinator • Functiebeschrijving Teambergeleider

1.2.3 Hoofdstuk 6: Planning

Acties om risico's en kansen op te pakken, kwaliteitsdoelstellingen en de planning, planning van wijzigingen.

Beleidsplannen:

In het beleid beschrijft de directie haar missie, visie, doelstellingen en ambities richting de toekomst. Deze wordt ook verspreid middels onder andere goed toegankelijk geschreven notities.

Kansen en Risico's:

De directie heeft een geschikte risicoanalyse methode vastgesteld, waarmee de risico's en kansen in relatie tot context en op processen zijn vastgesteld.

Kwaliteitsdoelen:

Doelstellingen worden (met name v.w.b. productie en financieel) meetbaar gedefinieerd. Met vastgestelde frequentie wordt de voortgang in de realisatie van de doelstellingen bewaakt en geregistreerd.

Plannen van wijzigingen:

Bij wijzigingen wordt projectmatig en op basis van projectplannen gewerkt.

Sterke Punten:

Geen bijzondere.

Aandachtspunten:

- Geen bijzondere.

Conclusie:

Er wordt voldaan aan de normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
<p>Beleid: Het kwaliteitsbeleid is bepaald en vastgelegd in het KMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Missie, Visie en Strategie Zorgvilla Oud Clingendael • Missie, Visie en Strategie Zorgvilla Oud Clingendael • Kwaliteitshandboek versie 1.0 • Verbeterregister, doorlopend
<p>Risico's en kansen: Risico's en kansen zijn bepaald en in beeld middels een issue overzicht in het verbeterregister.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Missie, Visie en Strategie Zorgvilla Oud Clingendael • Missie, Visie en Strategie Zorgvilla Oud Clingendael • Kwaliteitshandboek versie 1.0 • Verbeterregister, doorlopend
<p>Kwaliteitsdoelen: Meetbare kwaliteitsdoelstellingen zijn opgenomen in de tab KPI van het verbeterregister document.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Missie, Visie en Strategie Zorgvilla Oud Clingendael • Missie, Visie en Strategie Zorgvilla Oud Clingendael • Kwaliteitshandboek versie 1.0 • Verbeterregister, doorlopend
<p>Planning van wijzigingen:</p>	NVT

1.2.4. Hoofdstuk 7 : Ondersteuning

Middelen: personeel, infrastructuur, omgeving, middelen voor monitoring en meting, Competentie, Bewustzijn, Communicatie, gedocumenteerde informatie: algemeen, creëren en actualiseren, beheersing van gedocumenteerde informatie

Personeel:

Binnen de organisatie zijn alle functies en hun samenhang beschreven, waarbij taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en competenties (inclusief het kwaliteit- en veiligheidsmanagement) eenduidig zijn toebedeeld. De directie toetst periodiek of aanvullende trainingen nodig zijn om aan het vastgestelde kwaliteit- veiligheidsbeleid en gestelde doelen te realiseren.

Voor alle nieuwe en / of tijdelijke medewerkers wordt een inwerkprogramma gehanteerd.

De directie bewerkstelligt dat in het inwerkprogramma aandacht wordt besteed aan kwaliteit en veiligheid(sbeleid) in de organisatie.

Voortgang en het voldoen aan de eisen van de organisatie worden vastgelegd.

Infrastructuur:

Zorgvilla Oud Clingendael is een moderne instelling waarbinnen alle faciliteiten 'up to standard' zijn.

Omgeving:

Specifieke omgevingsfactoren zijn niet van toepassing.

Kennis/competenties

Er wordt gewerkt met professionals waarbij de vereiste competenties geborgd zijn. De directie toetst periodiek of aanvullende trainingen nodig zijn om aan het vastgestelde kwaliteit- veiligheidsbeleid en gestelde doelen te realiseren.

Communicatie:

Zorgvilla Oud Clingendael kent een open cultuur. Korte lijnen en ook vanuit de directie vindt regelmatig contact plaats met de 'werkvloer'. Overlegstructuren met bijbehorende planning en verslaglegging zijn geborgd.

Beheersing gedocumenteerde informatie:

De organisatie hanteert een procedure voor het autoriseren, beheren en wijzigen van alle documenten die de afspraken (zoals handboeken, procedures, instructies en protocollen) binnen de organisatie weergeven.

Sterke Punten:

Benodigde middelen worden beschikbaar gesteld.

Aandachtspunten:

- Documentenbeheer: let op met voorraad geprinte documenten, bijvoorbeeld:
 - WI Medicatieveiligheid in klapper
 - Opiatenformulier van de Service apotheek, versie 2016: actueel?

P-dossiers:

- Geen functionering gesprekverslag in 2 dossiers
- Geen beoordelingsgesprekken verslagen in dossiers
- Geen voortgangsgesprekken verslagen in dossiers
- Staan wel in HRM handboek. Wat is beleid? (pagina 20)

Calamiteiten:

- In 2018 table top uitgevoerd
- In 2020 weer een echte ontruimingsoefening houden, hebben medewerkers ook behoefte aan.

BHV, onduidelijk hoe bewaking is op 100% dekking. Staat niet in planningrooster

Conclusie:

Er wordt voldaan aan de normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Middelen: Zorgvilla Oud Clingendael is gehuisvest in een mooi nieuw gebouw, voorzien van alle moderne middelen en materialen	<ul style="list-style-type: none"> Gedocumenteerd KMS RI&E Controle legionella via Kiwa Compliance Stickers op voorzieningen en apparatuur
Personeel: Er wordt gewerkt met professionals waarbij de vereiste competenties geborgd zijn.	<ul style="list-style-type: none"> Verbeterregister doorlopend Handboek HRM Scholingsplan Verslagen Beoordelingsgesprekken Inwerkprogramma Diverse functieomschrijvingen, notulen van gespreksverslagen
Infrastructuur: Werkomgeving en -omstandigheden worden als prima ervaren	<ul style="list-style-type: none"> Certificaat onderhoud brandmeldinstallatie 14-1-2019, CCV
Omgeving : Werkomgeving en -omstandigheden worden als prima ervaren	<ul style="list-style-type: none"> Compliance Stickers op voorzieningen en apparatuur
Monitoring en meten: Benodigde voorzieningen zijn voorhanden.	<ul style="list-style-type: none"> KMS
Kennis/competenties: Er is voldoende bekwaam personeel aanwezig. Er is een scholingsplan welke de medewerkers de kans geeft om door te groeien en de deskundigheid op peil te houden.	<ul style="list-style-type: none"> Scholingsplan 2018
Bewustzijn: Medewerkers kiezen voor de ze organisatie vanwege de hoge kwaliteitsstandaard. Hier krijgen ze de kans om kwaliteit te leveren. Ze voelen zich gehoord en mogen werkelijk bijdragen aan deze kwaliteit.	<ul style="list-style-type: none"> KMS
Communicatie: De lijnen dermate kort zijn dat communicatie a.h.w. continue plaatsvindt. Daarnaast zijn er verschillende vormen van werkoverleg.	<ul style="list-style-type: none"> Werkoverleg Teambegeleiding 25 oktober 2019 Notulen Teambegeleiding 8 november 2019 Werkoverleg Team VIG, 10 januari 2020 Werkoverleg Team VIG, 11 februari 2020 Werkoverleg Team VIG, 13 maart 2020
Gedocumenteerde informatie: Sharepoint legt alle vormen van documentatie vast: procedure, processen, beheersingsinstrumenten, kennis delingen, handboeken, EPD, overleggen tussentijds.	<ul style="list-style-type: none"> Kwaliteitshandboek versie 1.0

1.2.4 Hoofdstuk 8 : Uitvoering

Operationele planning en beheersing, eisen voor producten en diensten (communicatie, vaststellen van eisen, beoordeling van eisen,) ontwerp en ontwikkeling van producten en diensten, beheersing van extern geleverde processen, productie en het leveren van diensten (beheersing van productie, identificatie, eigendom van klanten, nazorg, beheersen van afwijkingen), vrijgave van producten en diensten, beheersing van afwijkende outputs

Sterke Punten:

Zorgvilla Oud Clingendael heeft een sterke focus op voldoen aan de eisen en verwachtingen van de client. Dat blijkt uit de communicatie richting cliënten klanten en de manier waarop met de cliënten wordt omgegaan. Alles vanuit de visie dat de client van meet af aan de beste zorg krijgt.

Aandachtspunten:

- Opiatenregistratie 1x Registratie zonder naam, andere heeft een 'gat' van 8 pillen Kluis met code 1,2,3,4,5,6

Conclusie: Er wordt voldaan aan de normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Operationele planning en beheersing: Het primaire proces is gepland , geïmplementeerd en beheerst. Er zijn meerdere instrumenten ingebracht om te kijken of men nog aan de verwachting van de client en medewerker voldoet	<ul style="list-style-type: none"> • Intercollegiale toetsingen • Roosterplanning bekwaam personeel • Notulen zorgoverleggen • Management Review 2018 • Verslag Interne audit 2019, XLS • Dossiers met schriftelijke toestemming ingezien
Eisen voor product en diensten: Vastgelegd in de overeenkomsten.	<ul style="list-style-type: none"> • Concept overeenkomst Client - Zorgvilla • Website Zorgvilla Oud Clingendael verbeterplan • IGJ Intercollegiale Toetsingen • Managementreview 2018
Ontwerp en ontwikkeling producten en diensten	NVT
Beheersing van externe processen, producten, diensten: Kritische leveranciers staan opgenomen in het verbeterregister.	<ul style="list-style-type: none"> • Leveranciersbeoordelingen • Verbeterregister, doorlopend
Productie en leveren van diensten (aanmelding, uitvoering, evaluatie, nazorg): De zorg vindt onder verantwoorde omstandigheden plaats. Het systeem van uitvoering, beheersing en controle is aantoonbaar geïmplementeerd	<ul style="list-style-type: none"> • KMS
Vrijgave van producten en diensten: Voor de dienstverlening zorg is een going on evaluatie gaande als het gaat om toetsing of men nog aan de aanvaardingscriteria voldoet.	<ul style="list-style-type: none"> • KMS
Beheersing van afwijkende outputs: Er is een MIC procedure aanwezig. Gezien is een analyse en maatregelen die er recentelijk op zijn getroffen. In het kwaliteitsoverleg wordt de check van de maatregelen besproken.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterregister, doorlopend
Patiëntveiligheid: In verband met de Corona crisis zijn (juist voor deze groep oudere en kwetsbare patiënten) allerlei preventieve maatregelen genomen. Conform richtlijnen van het RIVM en de brancheorganisatie Vilans.	<ul style="list-style-type: none"> • Isolatie en bescherming bij verdenking Coronavirus, 12-03-2020 • Praktijkaart persoonlijke beschermingsmiddelen NHG • Preventiemaatregelen Corona in verpleeghuizen (Vilans, 20-03-2020) • Stappenplan isolatie bewoner • Verenso Covid 19 behandeladvies, 17- 03-2020

1.2.5 Hoofdstuk 9 : Evaluatie van de prestaties

Monitoren, meten, analyseren en evalueren, klanttevredenheid, interne audits, directiebeoordeling

Klanttevredenheid:

Er wordt voldoende informatie verzameld om de output van prestaties te verbeteren (o.a. klanttevredenheid, interne audit, MIC's, output MDO's, managementreview, mogelijkheid tot klagen).

Interne audit:

De organisatie voert planmatig interne audits uit. Verslaglegging is beschikbaar en verbeteracties worden doorgevoerd. Er is een auditplanning gemaakt (eigenlijk auditprogramma) tot en met 2020.

Directiebeoordeling:

Een eerste directiebeoordeling is in het kader van deze certificering voor het eerst uitgevoerd in het kader van het invoeren van het KMS.

Sterke Punten:
Geen bijzondere.

Aandachtspunten:

- Directiebeoordeling met auditcyclus laten lopen, is nu eigenlijk niet te toetsen voor de auditor (13-11-2018)
- Diepgang van de Interne audit kan beter.

Conclusie:
Er wordt voldaan aan de normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
<p>Monitoren, meten, analyseren en evalueren: Er wordt voldoende informatie verzameld om de output van prestaties te verbeteren (o.a. klanttevredenheid, interne audit, MIC's, output MDO's, managementreview, mogelijkheid tot klagen). Oud Clingendael beschikt over een MIC-commissie die ieder kwartaal bij elkaar is gekomen. De MIC-commissie heeft de kwaliteit van zorg bewaakt en bevordert door voorgekomen (bijna) incidenten (MIC-meldingen) en prestatie indicatoren (KPI's) structureel te bespreken. In 2019 zijn geen klachten gemeld.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Management Review 2018 • Verbeterregister dorlopend • Intercollegiale Toetsingen MIC • Klantevaluaties Interne audit MDO • Verslagen Klachtenprocedure • Tevredenheidsonderzoek bewoners, 15-01-2020, NPS +61 • Tevredenheidsonderzoek medewerkers, 15-01-2020 •
<p>Interne audit: Deze is uitgevoerd door de externe adviseur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verslag Interne audit 2019, XLS • Rapport Interne audit 2019, Cleemans
<p>Directiebeoordeling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Managementreview 13 november 2018 • Kwaliteitsverslag 2019, versie 20-01-2020
<p>Klanttevredenheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clienttevredenheidsonderzoek 2018, NPS 100%, gem. 8,7

1.2.6 Hoofdstuk 10 : Verbetering

Algemeen, afwijkingen en corrigerende maatregelen, continue verbetering.

Afwijkingen en corrigerende maatregelen:

De organisatie heeft een procedure voor het bewerkstelligen van blijvende verbeteringen van de dienstverlening.

Deze procedure voorziet in:

I overzicht van evaluatie-instrumenten als input voor systeem van continue verbetering;

II het bepalen van de oorzaken van afwijkingen of mogelijke risico's;

III het beoordelen van de noodzaak om maatregelen te treffen om te bewerkstelligen dat (mogelijke) afwijkingen zich niet (opnieuw) voordoen;

IV het vaststellen en doorvoeren van de benodigde maatregelen;

V het registreren van de resultaten van de getroffen maatregelen; en

VI het beoordelen van het effect van de getroffen maatregelen.

Continue verbetering:

Er is een doorlopend verbeterregister en de directie draagt zorg voor de implementatie van de acties die uit de verbetermaatregelen worden geadviseerd.

Sterke Punten:
Oplossingsgerichte cultuur.



Aandachtspunten:
Geen bijzondere.

Conclusie:
Er wordt voldaan aan de normen.

Procesbeoordeling	Overzicht gecontroleerde documentatie
Verbetering	<ul style="list-style-type: none">• Management Review 2018• Verbeterregister• Intercollegiale Toetsingen• MIC• Klantevaluaties• Interne audit• MDO verslagen• Klachtenprocedure
Afwijkingen en corrigerende maatregelen	<ul style="list-style-type: none">• Verbeterregister doorlopend
Continue verbetering	<ul style="list-style-type: none">• Verbeterregister doorlopend

Organisatie: Zorgvilla Oud Clingendael
Auditdatum: 13 november 2019

Nr: 1 / 1

Status		Norm
T1	<p>Context van de Organisatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De organisatie heeft onvoldoende aantoonbaar externe en interne belangrijke punten (issues) vastgesteld op basis van analyse van de Context van de organisatie. - Daarnaast is onvoldoende in kaart gebracht welke belanghebbenden relevant zijn voor het kwaliteitsmanagementsysteem. - KPI's gerelateerd aan risico's en kansen voor de organisatie ontbreken, Nu worden KPI's uitsluitend geformuleerd n.a.v. issues uit meldingen, suggesties, waarnemingen. 	ISO 4.1, 4.2 en 4.4.1.
<p><i>T: Tekortkoming</i> <i>KT: Kritische Tekortkoming</i></p>		
<p>Norm ISO 9001:2015 Maatregelen voor 28 november 2019 Extra audit op: nvt Volgende audit op 8 december 2020 Audittype OV-2</p> <p>Kiwa verzoekt u om de maatregelen hieronder kort toe te lichten en, e.v.t. voorzien van bijlagen, aan Kiwa voor te leggen. Uit de afhandeling van de tekortkoming moet blijken dat onderzoek is gedaan naar de oorzaak van de afwijking, tot welke oplossing is gekomen en dat de oplossing in de praktijk effectief is gebleken. Kiwa beoordeeld de maatregelen en afhankelijk van de ontvangen informatie kan er een extra audit plaatsvinden bij een kritische tekortkoming: NVT</p>		
<p>Paraaf lead auditor Kiwa:</p> 		<p>Paraaf directievertegenwoordiger auditee:</p>
<p>Afhandeling tekortkoming(en):</p> <p>Oorzaken (voor het ontstaan van de tekortkoming)</p> <p>Omvang (van de tekortkoming)</p> <p>Oplossing (voor herstel van de gemaakte fout en voorkomen van herhaling)</p> <p>Operationaliteit (aantonen van genomen corrigerende maatregelen d.m.v. documenten)</p> <p>Effectiviteit (aantonen dat genomen corrigerende maatregelen effectief zijn geweest)</p>		
<p>Beoordeling corrigerende maatregel(en) door Kiwa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akkoord <p><input type="checkbox"/> Niet akkoord (zie nieuw rapportblad)</p>		<p>Paraaf Auditor/ Auditteamleider Kiwa:</p>  Datum: 27 november 2019

KIWA plan van aanpak KT/ T, versie 1

Kiwa N.V.
 Certificatie en Keuringen
 Stationspark 45
 4462 DZ Goes

Telefoon 0113 235236
 Fax 0113 253622
 Internet www.1kiwa.com

Onderwerp	Plan van aanpak: Context van de organisatie
Verantwoordelijke	Directie
Datum PvA	18-11-2019
Relevante documenten	Verbeterregister
Beoogd resultaat	<ul style="list-style-type: none"> - Contextanalyse is uitgevoerd. - Interne en externe issues zijn vastgesteld. - Relevante belanghebbenden en hun eisen zijn vastgesteld. - Risico's en kansen m.b.t. de context zijn vastgesteld. - KPI's gerelateerd aan kansen en risico's zijn vastgesteld.

Aanleiding
<p><u>Omschrijving tekortkoming</u></p> <p>Context van de Organisatie: ISO 4.1, 4.2 en 4.4.1.</p> <p>- De organisatie heeft onvoldoende aantoonbaar externe en interne belangrijke punten (issues) vastgesteld op basis van analyse van de Context van de organisatie.</p> <p>- Daarnaast is onvoldoende in kaart gebracht welke belanghebbenden relevant zijn voor het kwaliteitsmanagementsysteem.</p> <p>- KPI's gerelateerd aan risico's en kansen voor de organisatie ontbreken. Nu worden KPI's uitsluitend geformuleerd n.a.v. issues uit meldingen, suggesties, waarnemingen.</p> <p><u>Oorzaak van de tekortkoming:</u></p> <p>Er wordt gestreefd naar een compact, integraal managementsysteem dat georganiseerd is in het Excel Verbeterregister. Een overzicht contextanalyse met vaststelling van issues, kansen en risico's, als input voor het Verbeterregister is geen expliciet onderdeel meer van het managementsysteemproces. Oorzaak hiervan is dat dit deels is weggeorganiseerd in het compacte systeem en deels het nog zoekende zijn naar integratie van kwaliteitsplan/-kwaliteitsverslag en managementreview, waarin elementen van de contextanalyse aan bod komen.</p> <p>Door het ontbreken van een overzicht contextanalyse zijn KPI's niet expliciet gerelateerd aan kansen en risico's voor de organisatie.</p>

Werkwijze
<p><u>Omvang van de tekortkoming:</u> De tekortkoming heeft betrekking op de gehele context van de organisatie.</p> <p><u>Oplossing van de tekortkoming + geplande datum:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Heroverwegen/herzien managementsysteemproces waarbij de contextanalyse als overview moment een vaste plaats krijgt. Hierbij procesdocumenten integreren tot een compact, praktisch en samenhangend geheel. Proceselementen hierbij zijn: vaststellen interne en externe issues, vaststellen relevante stakeholders en hun eisen, vaststellen kansen en risico's voor de organisatie. Procesdocumenten hierbij zijn: Kwaliteitsplan, Kwaliteitsverslag, Verbeterregister, Managementreview. - Dit zal gerealiseerd worden in Q1 2020 (januari).

Actielijst

Nr.	Activiteit	Resultaat	Wie	Wanneer (datum)
1.	Heroverwegen/herzien managementsysteemproces en daaraan gerelateerde documenten.	Het uitvoeren van een integrale contextanalyse (overview) en vaststelling van daaruit voortkomende KPI's is geborgd in het managementsysteemproces. Het monitoren van veranderende context en bijstellen van issues, kansen en risico's is geborgd in het managementsysteemproces.	Directie	Q1 2020
2.	Uitvoeren van de contextanalyse en vaststelling KPI's 2020 volgens de planning van het managementsysteemproces.	Integraal uitgevoerde contextanalyse (overview) met vaststelling van issues, kansen en risico's en KPI's voor 2020.	Directie	Q1 2020
3.				

Effectiviteit (aantonen dat genomen corrigerende maatregelen effectief zijn geweest)

Eerste evaluatie zal worden uitgevoerd door de directie/kwaliteitscommissie bij de Q1 2020 beoordeling.

1. **Auditplan**

Auditdoelstelling:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en de gedocumenteerde informatie komen overeen met de eisen van ISO 9001:2015 plus de vastgestelde reikwijdte van de scope (zie benoemd) ;
- Het managementsysteem voldoende is geïmplementeerd om te bewerkstelligen dat de klant voldoet aan de eisen uit van toepassing zijnde wet- en regelgeving en contractuele eisen en
- de gedefinieerde processen en documentatie van het door de klant ontwikkelde managementsysteem aantoonbaar zijn geïmplementeerd.
- het kwaliteitsmanagementsysteem doeltreffend functioneert en continue verbetert;
- de wijze van uitvoer van de werkzaamheden overeenkomt met de beschrijving hiervan in de systeemdokumentatie.
- Daarnaast wordt er gekeken welke mogelijkheden er zijn om te verbeteren.
- Indien van toepassing: aan de Multi Site voorwaarden voldaan wordt.

Om de audit zo effectief mogelijk te laten verlopen, hanteert Kiwa de volgende randvoorwaarden:

- De betrokken personen dienen de beschikking te hebben over alle van belang zijnde documentatie (dossiers, kwaliteitsregistraties, jaarplannen etc.).
- Handboeken en gevraagde documenten graag ter inzage bij de desbetreffende interviews klaarleggen.
- Wij stellen het op prijs dat de interviews worden bijgewoond door een vertegenwoordiger van uw organisatie. Voor het leerproces mogen dit ook interne auditoren zijn.
- Voor verificatiedoeleinden dient het auditteam inzage te kunnen krijgen in een aantal gegevens m.b.t. de processen, waaronder dossiers/gegevens m.b.t. cliënten, onder waarborging van richtlijnen m.b.t. geheimhouding en privacy bescherming. In de introductiebijeenkomst dienen wij hiertoe een geschikte werkwijze overeen te komen.
- Wij verzoeken u vriendelijk om – indien mogelijk – een overlegruimte voor het auditteam te regelen.
- Bij de opgegeven tijden moet rekening gehouden worden met een eventueel oponthoud of een voorspoediger voortgang van gesprekken. Getracht wordt om hiervan maximaal 20 minuten af te wijken van de aangegeven tijden. Gesprekken met uitvoerende medewerkers vinden zoveel mogelijk plaats op de afgesproken tijden.
- Interviews vinden bij voorkeur op de eigen werkplekken plaats.
- Indien de opgegeven tijden niet haalbaar zijn, verzoeken wij u dit tijdig te melden.
- Voldoende kwalitatieve en kwantitatieve inzet van medewerkers en overige betrokkenen.
- Prioriteit voor deze activiteit. Graag geen andere activiteiten die verstorend werken.

De gegevens die momenteel bij ons bekend zijn:

Aantal bedrijfslocaties	Aantal Fte	Aantal Medewerkers, aantal vrijwilligers, aantal tijdelijk medewerkers, aantal ZZP'ers	Toepassingsgebied
1 hoofdlocatie	29 (staffel 26-45) incl. inhuur	29 (staffel 26-45) incl. inhuur	Het leveren van levensloopbestendige zorg aan bewoners met een somatisch en/of psychogeriatrisch gezondheidsprobleem, met specialisatie complexe zorg rondom dementie

Mochten er nog vragen zijn, aarzel dan niet om contact op te nemen.
Met vriendelijke groet,

Willy Limpens
06 53551658

Naam Klant: Zorgvilla Oud Clingendael

Onderzoek

Soort onderzoek : Initiële audit
 Datum onderzoek : 13 november 2019 en 25 maart 2020
 Locatie Onderzoek : Rijksstraatweg 671-673, 2245 CB Wassenaar
 Versie : 9 november 2019

Auditteam

Lead Auditor : drs. W.E.T.Limpens, lead auditor
 Materiedeskundigen : Idem
 Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor certificatie: 2017

<u>Norm(en)</u>	Toepassingsgebied(en)	Scope/ NACE	Certificaatnr. en afloopdatum
ISO 9001:2015	Het leveren van levensloopbestendige zorg aan bewoners met een somatisch en/of psychogeriatrisch gezondheidsprobleem, met specialisatie complexe zorg rondom dementie	38	

Auditplanning

Bij de uitvoering van de audit zal het onderstaande schema worden aangehouden. Indien de omstandigheden hiertoe aanleiding geven, kan in onderling overleg van deze planning worden afgeweken.

De contactpersoon draagt er zorg voor dat de betrokken personen op het aangegeven tijdstip beschikbaar zijn voor het interview. Wij verzoeken u, daar waar mogelijk, andere auditees te vragen, dan degene die al eerder zijn geïnterviewd.

De audit verloopt het prettigst als men niet door externe factoren gestoord wordt.

Interne auditoren zijn welkom, mits zij een passieve houding tijdens het interview aannemen.

Het kan zijn dat de auditees worden gevraagd naar aantoonbaarheid van documenten en/of procedures. Het verdient daarom de voorkeur dat deze tijdens het interview snel te traceren zijn.

Inzien cliëntdossiers graag voorzien van schriftelijke toestemming van betrokkenen.

Inzage in personeelsdossiers mag ook zonder toestemming. Dan kan er gericht gekeken worden naar opleidingen, terugkoppeling kennis, assessments, beoordelingsformulieren, uitkomsten in relatie tot beheerste processen en bijsturing.

Graag, *indien relevant en/of aanwezig*, ter inzage klaarleggen de volgende documenten over 2019/2020:

- Systeembeoordeling / Directiebeoordeling /Management Review
- Leveranciersbeoordeling
- Overzicht vastgestelde risico's
- Resultaten Medewerkerstevredenheidsonderzoek
- Documenten t.b.v. onderhoud apparatuur (indien van toepassing)
- Verslagen en Planning van interne audits
- Diverse meldingen of klachten met doorlopen PDCA cyclus
- Jaarplan/ beleidsplan 2019/2020
- Prospectieve Risico Inventarisatie op kritische processen
- Jaarplanning (indien aanwezig)
- Jaarverslagen van Commissies (indien aanwezig)
- RI & E
- Indien van toepassing Plannen van Aanpak voorafgaande audits **voorzien van actuele status acties**

Auditor: drs. W.E.T. (Willy) Limpens

Datum : 13 november 2019			
Locatie : Rijksweg 671-673, 2245 CB Wassenaar			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie auditee
08.30 - 09.30	Introductie gesprek en korte rondgang	Introductie en programma audit	Drs P.A Kruseman Aretz, directeur Kwaliteit coördinator Belangstellenden
09.30 - 11.00	Bepaalde fase 1	Kwaliteitsmanagement Systeem Directiebeoordeling Risicomanagement PDCA : Naleving en verbetermanagement Verslagen Interne Audits. Kwaliteitsregistratie/afwijkingen	Auditor
11.00 – 12.00	Interview 1	Beleid en Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement	Drs P.A Kruseman Aretz, directeur Kwaliteit coördinator
12.00 – 12.45	Interview 2	Uitvoering zorg: Zorgproces, Zorgplan, Cliënten dossiers, Nazorg, Tevredenheid en Kwaliteit	Verzorgende/begeleider Aruna Kalloe
Lunch			
13.30-14.30	Interview 3	Coördineren zorg: Kwaliteit uitvoering zorg Continuïteit/ketenpartners Inzet bevoegd en bekwaam	Zorgcoördinator Marieke Lubbers (waargenomen door directeur)
14.30 – 15.30	Interview 4	Uitvoering zorg: Zorgproces, Zorgplan, Verpleegkundige handelingen	Verpleegkundige Anne van Will
15.30 – 16.15	Interview 5	Facilitair management: Gebouwen, beheer en onderhoud, apparatuur, leveranciers, veiligheid	Facilitair verantwoordelijke Yvette Knijnenburg
16.15 - 17.00	Rapportage tijd en Voorbereiding terugkoppeling		Auditor
17.00-17.30	Eindgesprek		Drs P.A Kruseman Aretz, directeur Kwaliteit coördinator Belangstellenden

Datum : 25 maart 2020			
Locatie : Remote audit, werkplek auditor			
Tijd	Activiteit	Processen en normen	Naam en functie auditee
08.30 - 10.00	Introductie gesprek en afstemming werkwijze met	Introductie en programma audit , uitleg zorgvilla.sharepoint.com (telefonisch)	Drs P.A Kruseman Aretz, directeur
10.00 – 12.30	Documenten review	Kwaliteitsmanagement Systeem Directiebeoordeling Risicomanagement PDCA : Naleving en verbetermanagement Verslagen Interne Audits. Kwaliteitsregistratie/afwijkingen	Auditor
Lunch			
13.30-15.00	Documenten review	Kwaliteitsmanagement Systeem Directiebeoordeling	Auditor

		Risicomangement PDCA : Naleving en verbetermanagement Verslagen Interne Audits. Kwaliteitsregistratie/afwijkingen	
15.00 – 16.30	Interview	Beleid en Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement	Drs P.A Kruseman Aretz, directeur
16.30 - 17.00	Rapportagetijd en Vorbereiding terugkoppeling		Auditor
17.00-18.00	Eindgesprek		Drs P.A Kruseman Aretz, directeur Kwaliteit coördinator Belangstellenden

Auditprogramma

Vestigingen	Kritische processen/ Scope onderdelen	Initiële audit	Op volg audit 1	Op volg audit 2	Her audit
Hoofdkantoor	Ondersteunende processen	X	X		X
	Beleid	X	X	X	X
	Facilitair	X		X	X
	Inkoop	X	X		X
	Kwaliteit	X	X	X	X
	Documenten	X	X		X
	Personeel	X	X	X	X
	Primair Proces	x	x	x	x

Audit thema's	Audit onderwerpen	Over- name audit	Opvolg audit 1	Opvolg audit 2	Her audit
Systeem	Kwaliteitsmanagement systeem	X	X	X	X
	Documentatie/informatie	X			X
	Beheersing documentatie	X	X	X	X
Organisatie Leiderschap	Leiderschap	X	X	X	X
	Organisatie	X	X	X	X
	Communicatie	X	X	X	X
Personeel	Bevoegd en bekwaam	X	X	X	X
	Veiligheid en veilig melden	X	X	X	X
	Tevredenheid (MTO)	X			X
Strategie en beleid	Risico's	X	X	X	X
	Kansen	X	X	X	X
	Kwaliteitsdoelen	X	X	X	X
	KMS om te sturen en verbeteren	X	X	X	X
	Wet- & regelgeving	X			X
Ontwikkeling	Ontwikkeling en innovatie bestaand	X		X	X
	Ontwikkeling en innovatie nieuw	X			X
Inkoop/uitbesteding	Leveranciersbeoordeling	X	X	X	X
Facilitair	Werkomgeving	X	X	X	X
	Informatiebeheer	X	X	X	X
Primaire proces	Prospectieve risico-inventarisatie	X	X	X	X
	Professioneel handelen	X	X	X	X
	Uitvoering	X	X	X	X
	Meting	X	X	X	X
Cliënten	Tevredenheid (CTO)	X	X	X	X
Ketenpartners	Tevredenheid (KTO)	X	X	X	X
Resultaten	Meldingen	X	X	X	X
	Klachten	X	X	X	X
	Interne audits	X	X	X	X
	Risico analyse retrospectief	X	X	X	X
	Verbeteringen/doelen	X	X	X	X
Evaluatie	Beheer registraties	X			X