



Naam organisatie De Heeren van Zog (ZIN) B.V.

Kiwa Nederland B.V.
Sir Winston Churchillaan 273
2280 AB Rijswijk

Tel: +31 (0)88 998 4400
www.kiwa.nl

© Kiwa
2021 versie 2



Auditrapport

Partner
for
Progress



| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| 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. | C |
| Certificatieovereenkomst | : De huidige certificatieovereenkomst is actueel voor wat betreft de uitgangspunten: Data Logogebruik Reikwijdte/scope Aantal medewerkers FTE totaal en per kritisch proces Vermelding vestigingen Tenaamstelling Complexiteit Kortingen | C C C C C C C C C |
| Geïntegreerde audit | : Deze audit is niet als geïntegreerde audit uitgevoerd. In de tijdsbesteding is hiemeer rekening gehouden. | C |
| Resultaten vorige audits | : De auditresultaten (van de afgelopen 3 jaar) geven (bij herevaluatie) geen aanleiding tot aanpassing van de uitgangspunten. | C |
| Wijzigingen in de norm | : Er zijn geen wijzigingen in de norm. | C |
| Wijzigingen in de wet- en regelgeving | : Er zijn geen wijzigingen in de van toepassing zijnde wet- en regelgeving. | C |
| Uitvoering Fase 1 bij Herevaluatie | : 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. | C |
| Beoordeling fase 1 | : Op grond van bovenstaande heeft er geen (fase 1) bij het bedrijf plaatsgevonden (zie auditplanning). De resultaten zijn verwerkt in de auditmatrix. Na afloop van het vooronderzoek (fase1) zijn er aandachtsgebieden aan het bedrijf gerapporteerd waarbij is aangegeven dat deze gedurende fase 2 tot tekortkomingen kunnen leiden. Fase 1 is op de volgende facetten positief beoordeeld: <ul style="list-style-type: none"> - Bepaling audit doelstelling - Reikwijdte in relatie tot wet- en regelgeving - Reikwijdte in relatie tot kwalificatie auditteam - Verificatie bij personeel fase 2 audit - Prestaties KMS - Het hebben van een directiebeoordeling en Interne audits conform de eisen uit het certificatie schema - Toewijzing middelen fase 2 - Verificatie, gegevens klant in relatie tot calculatie gegevens - Toepassingsgebied in relatie tot norm | C |
| 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: | NVT |

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 zijn 0 tekortkomingen 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 0 kritische tekortkomingen 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 NVT.
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 NVT.

Beoordeling corrigerende maatregelen

Beoordelingsresultaat : Overgang vooronderzoek (fase 1) naar implementatieonderzoek (fase 2):
n.a.v. Fase 1/ Fase 2 >> Er is geen overgang van fase 1 naar fase 2 van toepassing.
en/of Opgvolg audits
De beoordeling van de corrigerende maatregelen is opgenomen in de rapportbladen. NVT
Er zijn voldoende/ onvoldoende corrigerende maatregelen getroffen.NVT
Bij onvoldoende: zie motivatie in rapportage NVT

Eventuele toelichting:

.....

Certificatieadvies

Bij Fase 2 en /of opvolgingsbezoeken:
Het auditteam adviseert Kiwa tot voortzetting 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:

| | |
|---|--|
| Leadauditor Kiwa Naam : Nathalie Haast Datum : 24 Augustus 2021 Handtekening:  | Review en certificatiebeslissing Kiwa Akkoord met certificatieadvies: Naam : Datum : 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 Algemene indruk

Past Performance Review: In het kader van de 2^e opvolgaudit is een Past Performance Review uitgevoerd. Hierbij is door de lead auditor en het auditteam gekeken naar de prestatie van het kwaliteitsmanagementsysteem over de afgelopen periode. De audit heeft volgens de auditdoelstellingen plaatsgevonden. Hierbij is geconstateerd is dat De Heeren van Zorg (ZIN) B.V. wel 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. De 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.

Note: De bevindingen m.b.t. toetsing mogelijke deelschema's zijn integraal opgenomen in de relevante rubrieken

2 Bevindingen per rubriek

2.1.1 Rubriek 1: PLAN

Risico-inventarisatie:

De Heeren van zorg heeft het afgelopen jaar diverse ontwikkelingen gepland en start en weten te realiseren. De organisatie heeft de risico's en kansen goed in beeld.

Risico inventarisatie op clientniveau start in eerste instantie bij het CIAP. Wanneer en client mogelijk in aanmerking komt voor zorg dan volgt er een verdere inventarisatie op de locatie, tijdens het intake gesprek.

Sterke Punten:

- De Heeren van zorg streeft naar een snelle ontwikkeling en uitstroom van cliënten, de insteek is toewerken naar zelfstandigheid. Vanuit verschillende gemeentes wordt De Heeren van Zorg gevraagd om ook bij hen een vestiging te openen.
- Eind juni/begin Juli 2021 heeft de organisatie een cliënten panel georganiseerd waarbij de teamleden op een andere locatie cliënten hebben bevroegd m.b.t. tevredenheid van de geboden zorg
- Bij de intake van cliënten wordt direct ook een risico inventarisatie gedaan.
- CIAP maakt gebruik van een screeningsformulier, welke telefonisch wordt afgenomen. Wanneer uit de screening blijkt dat iemand mogelijk in aanmerking komt voor zorg dan volgt op locatie) de officiële intake waar dieper ingegaan wordt op de zorgbehoefte.
- Exclusie criteria zijn benoemd.
- De organisatie is duidelijk naar haar ketenpartners over het feit dat zij alleen begeleiding bieden en geen behandeling. De behandeling dient verzorgd te worden door een instantie die daarvoor bevoegd is.

Aandachtspunten:

- Ontwikkelingen gaan snel. Opening van nieuwe vestigingen waarbij er vanuit de huidige vestigingen onzekerheden en vragen zijn of deze wel optimaal functioneren en er voldoende aandacht is voor hen. De Heeren van zorg geeft aan momenteel ook afwegingen te maken in het investeren in nieuwe of in bestaande projecten. De organisatie beoogd te investeren in het op orde brengen en behouden van de basis.

Conclusie:

Voldoet aan de normeis

| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
|--|---|
| Primaire proces en risico-inventarisatie | Primaire proces in Qlink Meerjarenplan De Heeren van Zorg 2020-2024 'groei op fundament van mensen, organisatie & kwaliteit' Jaarplan de Heeren van Zorg 2021, Terug naar normaal?! Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Zaanstad |



| | |
|------------------------|---|
| | Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Uitgeest |
| Professioneel handelen | Handboek Werken bij de Heeren van zorg/ handboek kwaliteit/ handboek sociaal beleid, Q-link |
| Werkwijze | Handboek Werken bij de Heeren van zorg/ handboek kwaliteit/ handboek sociaal beleid, Q-link Agenda Teamvergadering Amsterdam Noord 26- 08-2021 Notulen Teamvergadering Amsterdam Noord, 06- 05-2021 |
| Samenwerking | Nieuwe inrichting Team Ondersteuning en Kwaliteit (TOK), 16-08-2021 Team overleg structuur Brief 5 november 2020 Brief 8 september 2020 Brief 29 september 2020 Brief medewerkers 15-12-2020 |
| | |
| | |

2.1.2 Rubriek 2: DO

Sterke Punten:

- Door de verscheidenheid aan woonlocaties met ieder een eigen identiteit en omgeving biedt de organisatie mogelijkheden om bij de verschillende woonwensen van cliënten aan te sluiten.
- Er wordt met korte en duidelijke doelstellingen gewerkt waarbij cliënten successen ervaren en kunnen toewerken naar zelfstandig wonen.
- Alle dossiers beschikken over een risico en terugvalpreventieplan.
- Na aanleiding van enkele excessen is de afgelopen maanden is scherp gekeken naar de intake procedure, de intake wordt door 2 personen gedaan, achtergrond informatie wordt opgevraagd en intakes worden in de teams besproken.

Locatie De Fronikboerderij, Zaandam

De locatie is in februari 2021 geopend en beschikt een boerderij waarbij diverse dieren rondlopen. De boerderij valt buiten het bezit van de organisatie maar de cliënten nemen wel deel aan de activiteiten van de boerderij. Deze locatie heeft 10 appartementen ter beschikking en heeft tevens een gezamenlijke ruimte en keuken. Cliënten welke hier wonen hebben een WMO indicatie.

- In de begeleidingsplannen wordt gewerkt met korte termijn doelen, het behalen van successen. Dit geeft cliënten weer de motivatie om te streven naar volgende doelen.
- Verbeterpunten worden opgehangen in het kantoor en dus continue zichtbaar voor de werknemers
- Naast de activiteiten welke vanuit de organisatie worden geboden, organiseert het team zelf ook activiteiten voor de cliënten.
- In de begeleiding van cliënten is er veel aandacht voor gezonde voeding en beweging
- Dossiers zijn goed op orde.
- Vaste rapportage structuur met de kopjes: Gebeurtenis, eigen verklaring, analyse en resultaat. Rapportage is gericht op doelen

Locatie Fort K'ijk, Uitgeest

Fort K'ijk is een karakteristieke locatie in het buitengebied. Het biedt woonruimte aan 25 cliënten, momenteel zijn 16 appartementen bewoond. De locatie beschikt over een horeca gelegenheid, het fort is een toeristisch punt en aantrekkelijk voor fietsers uit de omgeving. Naast de horeca gelegenheid is er tevens een museum.

- De cliënten hebben de mogelijkheid om in de horeca gelegenheid of het museum werkzaamheden te verrichten.
- In het woongedeelte van het Fort is het een gangenstelsel met diverse ruimtes om samen met elkaar te zijn of om je even af te zonderen en de rust te zoeken. Ondanks dat het fort een trekpleister is voor toeristen is er ook een deel van de omgeving afgezet zodat de cliënten ook hun privacy in de woonruimtes en de open lucht kunnen behouden.
- De verbeterpunten zijn een vast onderdeel op de agenda in de team overleggen



Locatie Meteorenweg:

- Ongeveer 30 cliënten in zorg maximaal.
- Werken ambulant en beschermd wonen. Team bestaat uit 4 medewerkers. Vanwege de opstart van een nieuwe locatie voor beschermd wonen is er een vacature voor 2 fte.
- De meeste cliënten wonen individueel of in de thuissituatie. Er zijn ongeveer 4 omslagwoningen.
- Wanneer cliënten over gaan naar een ander team, vanwege een woning elders, vindt er altijd een warme overdracht plaats.
- Tijdens de Lock down hebben de meeste contacten online plaats gevonden.
- Dagelijks intern overleg met de aanwezige medewerkers.
- 1x per maand is er een werkoverleg en 1x in de maand een zorg inhoudelijk overleg (ZIO). Daarnaast is er 1x in de maand een casuïstiek bespreking.

Locatie Rosenstock:

- Een woonlocatie (beschermd wonen) met 8 cliënten. Daarnaast levert de locatie ambulante begeleiding aan 15 cliënten. Team bestaat uit 3 medewerkers. Er zijn openstaande vacatures.
- Streven is dat een client maximaal 3 jaar woont in BW Rosenstock.
- Tijdens de corona periode is duidelijk geworden dat cliënten soms meer kunnen dan men verwacht had. Positieve hiervan is dat de begeleiding nu meer op de handen gaat zitten voordat men ingrijpt.

Aandachtspunt 2020:

- Niet in ieder cliëntdossier is een risicoanalyse aantoonbaar

Bevindingen m.b.t. het aandachtspunt uit de audit van 2020:

- Alle dossiers beschikken over een risico en terugvalpreventieplan, het aandachtspunt uit 2020 is hierbij opgeheven.

Aandachtspunten 2021:

Geen

Conclusie:

Voldoet aan de normeis.

| | |
|---|---|
| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
| Informatievoorziening aan de cliënt | Website cliëntdossier |
| Aanmelding | In cliëntdossiers |
| Uitvoering | In cliëntdossiers |
| Toestemming | Aantoonbare toestemmingsformulieren. |
| Risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau | In cliëntdossiers |
| Coördinatie zorg of dienstverlening | Doevaluatieformulier in cliëntdossiers |
| Cliëntendossier | <p><u>Fronikboerderij</u></p> <p>Client Dossier 1: Intakeformulier, Screeningslijst., Risico inventarisatie en preventieplan, Zorgplan.</p> <p>Client Dossier 2: heeft wel sleutel, woont nog niet, voorbereiding dossier:Zorgplan, vaardighedenlijst. Overzicht probleemgedrag, Afspraken vel aanvullend op huisregels.</p> <p>Client Dossier 3:Screeningslijst. Intakeformulier, MIC melding, Vaardigheden lijst. Zorgplan, Risico-inventarisatie, Rapportage</p> <p>Client Dossier 4. Screening, intake, Zorgplan, Risico inventarisatie, rapportage, Medicatielijst. Algemene gegevens,</p> <p>Client Dossier 5: Intake, screening, risico inventarisatie, Zorgplan, MIC melding, vaardigheden lijst. Preventie plannen middelen gebruik, suicide preventieplan, signaleringsplan.</p> <p>-----</p> |



| | |
|------------------------------------|---|
| | <p><u>Fort K'ijk</u> Client Dossier 1: Intake, Zorgovereenkomst. Zorgplan, Risico inventarisatie en preventieplan. Rapportage, Vaardighedenlijst.</p> <p>Client Dossier 2: Risico inventarisatie en terugval preventieplan. Medicatie beleid. Crisiskaart, signaleringsplan, zorgplan, Rapportage</p> <p>Client Dossier3: Door een storting is het niet mogelijk het gehele dossier te zien. Risico inventarisatie en terugval preventieplan, Zorgovereenkomst BOK overeenkomst (betalingsovereenkomst)</p> <p>Client Dossier 4: Door een storting is het niet mogelijk het gehele dossier te zien. Risico inventarisatie en terugval preventieplan, Beschikking. bw.</p> |
| | <p><u>Meteorenweg:</u> Clientdossier 366: algemene gegevens, BEM inventarisatie, incidentmeldingen, vaardighedenlijst, ZRM, ZRM ontruiming, zorgplan, rapportages, toestemming, evaluaties, risico signalering, terugvalpreventieplan.</p> <p>Clientdossier 381: algemene gegevens, BEM inventarisatie, incidentmeldingen, vaardighedenlijst, ZRM, ZRM ontruiming, zorgplan, rapportages, toestemming, evaluaties, risico signalering, terugvalpreventieplan.</p> |
| | <p>-----</p> <p><u>Rosenstock:</u> Clientdossier 325: algemene gegevens, BEM inventarisatie, incidentmeldingen, vaardighedenlijst, ZRM, ZRM ontruiming, zorgplan, rapportages, toestemming, evaluaties, risico signalering, terugvalpreventieplan, risico inventarisatie, beschikking.</p> |
| Afsluiting zorg of dienstverlening | In cliëntdossiers |
| | |

1.2.3 Rubriek 3: CHECK en ACT (meten, analyseren en verbeteren)

Sterke Punten:

- Cliënten tevredenheidsonderzoek is afgenomen middels een cliëntenpanel waarbij personeelsleden naar een andere locatie zijn gegaan om aldaar de clienttevredenheidsmetingen af te nemen.
- Vanuit de interne audit zijn de bevindingen opgenomen in Qbase, hieraan zijn de acties en verantwoordelijken hiervoor toegevoegd.
- Het verbeterformulier is bij de diverse locaties bekend en wordt meegenomen in de dagelijkse werkzaamheden. Komt terug in de teamvergaderingen.

Aandachtspunten 2020:

- De cliëntenraad zou meer onder de aandacht gebracht kunnen worden bij medewerkers en cliënten.

Bevindingen 2021:

- De organisatie heeft een koerswijziging gehad, de aandacht is uitgegaan naar het werken met zelfsturende teams en professionalisering. Het aandachtspunt betreffende de cliëntenraad is dit jaar niet getoetst en zal volgend jaar in de audit worden meegenomen.



Aandachtspunten 2021:

- Het werken met zelfsturende teams wordt in de teams wisselend opgepakt en ervaren. Niet voor alle teamleden is duidelijk wat hun taken en verantwoordelijkheden zijn. De coördinerend begeleiders zijn nog zoekende naar hun rol in de teams.

Geen

Conclusie:

Voldoet aan de normeis.

| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
|--------------------------|--|
| Resultaten | Verbeterformulier locatie Hoofdkantoor HvZ, versie datum 20-08-2021 Verbeterformulier voor verbeterpunten en actiepunten n.a.v. jaar rapportages Teamplan Meteorenweg 2021 |
| Ervaringen cliënten | Jaarplan de Heeren van Zorg 2021, Terug naar normaal?! Clienten tevredenheidsonderzoek, 23 juni 2020 |
| Ervaringen ketenpartners | Directiebeoordeling/ Managementreview 2020 De Heeren van Zorg, April 2021 |
| | |
| | |

1.2.4 Rubriek 4: De organisatie en haar kwaliteitsmanagementsysteem (Leiderschap, Strategie, Beleid en middelen)

Vaste te beoordelen onderwerpen

Beleid:

Het beleid binnen de organisatie is helder en duidelijk neergezet. Er is oog voor de communicatie hierover naar de medewerkers en naar de cliënten.

De organisatie heeft het afgelopen jaar grote slagen gemaakt. De risico's zijn in kaart gebracht en oplossingen zijn geformuleerd en deels ook doorgevoerd.

Context en stakeholders:

De organisatie heeft samen met andere zorgpartijen degunningsbeslissing van de gemeente aangevochten omdat maar een deel van de producten te gunnen. Dit zou betekenen dat een deel van de cliënten overgeheveld zou moeten naar andere organisaties.

Hierop heeft de gemeente de gunningen herzien met als resultaat dat alle producten uiteindelijk alsnog gegund zijn.

Risico's en kansen:

Risico analyse n.a.v incidenten vindt plaats middels de BOW TIE methode.

Terugkijkend naar het jaar 2020 heeft de directie geoordeeld dat de doelstelling "Meer grip en sturing verkrijgen in de organisatie" onvoldoende is behaald. Hierop is besloten om te gaan stoppen met Ons en verder te gaan met de ontwikkelingen van het eigen cliënten systeem "MyCare Software". Deze ontwikkeling loopt momenteel nog.

De organisatie weet de risico's goed in kaart te brengen en hier de mogelijkheden en kansen in te zien. Het afgelopen jaar zijn er 3 risico's beschreven welke de organisatie fors hebben geraakt.

Risico1: Kwaliteit van zorg/ veiligheid cliënten.

Door de Covid-19 Pandemie was uitval/afwezigheid van personeel hoog. Dit heeft impact gehad op de ondersteuning en begeleiding van cliënten. Zowel naar Cliënten als medewerkers zijn er beleidsnotities opgesteld om hen op de hoogte te houden van de vertaling van de landelijke maatregelen naar de maatregelen voor de organisatie. Er is gezocht naar mogelijkheden om zorg zo veel mogelijk door te laten gaan, zowel fysiek als via teams.

Risico 2: Kwaliteit/vorm van ondersteuning teams

In de organisatie wordt er steeds meer toegewerkt naar zelfsturende teams. Binnen TOK en directie is gebleken dat er onvoldoende zicht en grip op het functioneren van de teams is geweest. Er hebben zich verschillende incidenten voorgedaan waar de teamcoaches en directie door werden verrast. A.d.h.v. een



klokkenluidersmelding is onderzoek uitgevoerd door HR. Dit is uitgewerkt in een onderzoeksrapport en gecommuniceerd in de nieuwsbrief van Juni 2021. Het TOK team is opnieuw ingericht.

Risico 3: Vooringenomen niet gunning van Amsterdam.

Gemeente Amsterdam heeft in de gunningsbeslissing voor 2021 voor beschermd wonen maar een deel van de producten gegund.

Cliënten zouden dan deels moeten worden overgedragen naar andere zorgpartijen wat financiële gevolgen heeft voor de instelling.

De organisatie heeft zich voorbereid op een overstap naar PGB. Tevens heeft de organisatie, samen met andere zorginstellingen de gunning aangevochten wat heeft geresulteerd in het verlengen van de lopende contracten. Dit proces is was in februari 2021 afgerond, en heeft onzekerheden gebracht voor de planning van 2021.

Kansen zijn opgepakt en komen vooral van de vraag uit diverse gemeenten om daar zorg op te starten.

Hierbij houdt de organisatie wel oog voor de aandacht voor reeds betaalde zorg- en dienstverlening. Het jaarplan is hier op afgestemd en heeft dan ook als titel 'back to basic'.

Daar waar risico's zich aandoenen wordt er direct gekeken naar de kans die dit oplevert.

Leiderschap:

De Heeren van Zorg is een vrij Platte organisatie, directie toont zich betrokken bij de medewerkers op de diverse locaties. Binnen de directie is een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Middels nieuwsbrieven en via de mail worden wijzigingen en ontwikkelingen naar de medewerkers en de cliënten gecommuniceerd. De directie heeft zelf geconstateerd dat vernieuwingen en wijzigingen niet altijd worden opgevangen in de teams en ziet ook hierin een kans om te onderzoeken hoe dit te verbeteren.

Taken en bevoegdheden:

Taken en bevoegdheden binnen de organisatie zijn duidelijk beschreven en voor ieder terug te vinden in de handboeken.

Status KMS (Status qua effectiviteit, beheersing, verbeteringen en instrument om te sturen):

De organisatie maakt gebruik van Qlink, Qbase en Qsafe welke inzichtelijk is voor alle medewerkers. De organisatie weet met deze systemen een continue verbetering te borgen volgens de PDCA cyclus.

Kwaliteitsdoelen:

De kwaliteitsdoelen zijn vastgelegd in het Meerjarenplan De Heeren van Zorg 2020-2024 en het jaarplan van de organisatie. Op enkele vestigingen is er tevens een vestigingsplan opgesteld om de eigen doelen in kaart te brengen.

Om de kwaliteitsdoelen te bereiken heeft de organisatie een TOK team (Team Ontwikkeling en Kwaliteit) opgericht.

Kwaliteitsdoelen zijn gericht op het meer zelfsturender maken van de teams.

Afwijkingen en veilig melden:

De procedure veilig incidenten melden is aantoonbaar. De organisatie heeft de procedure van MIC meldingen onder de loep genomen. De procedure en vragenlijst is versimpeld. Van 50 naar 12 vragen. Resultaat is dat er de afgelopen periode een verdriedubbeling van MIC meldingen heeft plaats gevonden.

Interne Audits en PDCA:

April 2021 is er een interne audit uitgevoerd. Bevindingen uit de interne audit zijn opgenomen in de rapportage.

Conclusies uit de Interne audits zijn:

- Over het algemeen zijn mensen goed op de hoogte van de primaire processen. Ze weten wat ze waar kunnen terug vinden aan documenten en middelen alleen maken ze hier nog niet altijd gebruik van.
- Medewerkers zijn over het algemeen enthousiast. Ervaren plezier in het werken met de doelgroep en handelen volgens de methodiek en werkwijzen. Medewerkers kijken innovatief naar oplossingen maar doen dit nog vaak per vestiging in plaats van kennis te delen.

Op de gebieden Veiligheid en zorginhoud en organisatie zijn diverse verbeterpunten geconstateerd, hierop zijn verbetervoorstellen beschreven en meegenomen in de verbetercyclus van de organisatie. .

Directiebeoordeling:

Er is een directiebeoordeling/ managementreview uitgevoerd. De grondslagen voor deze management review zijn het INK model, ISO 9001:2015 en het HKZ GGZ certificatieschema.

Alle verplichte onderwerpen komen aan bod. Er is terug gekeken op afgelopen jaar/jaren en bevindingen zijn meegenomen naar de doelen voor komend jaar.



Eindconclusie is dat 2020 een jaar is geweest waarin de nieuwe koers volledig operationeel geworden is. De hele organisatie heeft moeten wennen aan het nieuwe werken, het nieuwe vertrouwen en de nieuwe taken en verantwoordelijkheden. De organisatie heeft ook kennis gemaakt met het actief betrokken worden bij kwaliteit management en risico beheersing. In het verleden wat dit met name iets dat op het hoofdkantoor leefde. Medewerkers ervaren deze nieuwe taken en verantwoordelijken als fijn, maar het is naast alle veranderingen ook best veel voor iedereen. Het KMS is van haperend in de CA van de PDCA cyclus door-ontwikkeld naar een goed werkend systeem onder leiding van de kwaliteitsmanager in nauwe samenwerking met de Team Coach Zorginhoud en de deskundige Methodiek (verantwoordelijk voor alle trainingen van de eigen academie). Door de veranderingen organisatie breed ziet de organisatie vermindering van ziekteverzuim (het gemiddelde wordt naar beneden gehaald door twee langdurig zieken). Arbeidsomstandigheden zijn organisatie breed sterk verbeterd en het hoofdkantoor is nu een service centrum voor de werkvloer waarbij dienstverlening en ondersteuning op nummer 1 staan. Het "wonen en service" die zich bezig houdt met onderhoud, ICT en HR heeft een positieve ontwikkeling door mogen maken waarbij BHV, AVG en brandveiligheid niet zijn achter gebleven.

Interne Communicatie:

De Heeren van zorg werkt met vaste overlegmomenten, tevens is er intern en extern (naar cliënten) communicatie opgezet middels maandelijkse nieuwsbrieven. Dit wordt als een hele verbetering ervaren vergeleken met hoe het voorheen ging.

Ketensamenwerking:

Wordt zichtbaar benoemd in het Meerjarenplan De Heeren van Zorg 2020-2024 en het jaarplan. Tevens zijn de ketenpartners en afspraken op cliëntniveau aantoonbaar opgenomen in de cliënten dossiers.

Klachten:

De klachten registratie wordt bijgehouden waarbij er vanaf 1 januari tot heden 11 klachten zijn geregistreerd. Bij de registratie wordt gekeken naar feiten en worden aannames buiten beschouwing gelaten. Uit de bevindingen van iedere klacht worden adviezen geformuleerd ter verbetering. De Heeren van zorg maakt gebruik van een externe klachten functionaris.

De Heeren van zorg stelt zich pro actief op t.a.v. signalen en geluiden ook wanneer er geen klacht is. De organisatie heeft contact met de buurt van de locaties, maakt gebruik van buurt apps.

IGZ:

Er hebben het afgelopen jaar geen inspectiebezoeken plaats gevonden.

Management van wijzigingen (Correctieve-, preventieve maatregelen en continu verbeteren):

Kwaliteitsrapportages 2020 zijn vastgelegd in Q-link

Controle PDCA naar aanleiding van vorige audits:

Aandachtspunten zijn aantoonbaar opgepakt en verholpen.

Sterke Punten:

- De teams hebben een eigen jaarplan/verbeterplan welke leeft onder de personeelsleden van de locaties.

Aandachtspunten 2020 :

- Teams/locaties terugkoppeling geven m.b.t. klachten/incidenten aan de teams met jaaroverzichten zodat er op locatieniveau geanalyseerd kan worden wat weer als input kan dienen voor de vestigingsplannen.
- Het is niet voor ieder team duidelijk dat het vestigingsplan een afgeleide is van het organisatie brede jaarplan.

Bevindingen

- De locaties ontvangen een terugkoppeling van incidenten en nemen de analyses mee in hun verbeterplan.
- De vestigingsplannen sluiten aan bij het organisatie brede jaarplan.
- De aandachtspunten van de audit van 2020 zijn hierbij opgeheven.

Aandachtspunten 2021:

Geen.

Conclusie:

Voldoet aan de normeis



| | |
|--|---|
| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
| Context en stakeholders | SWOT Stakeholdersanalyse |
| Beleid | Jaarplan de Heeren van Zorg 2021, Terug naar normaal?! Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Zaanstad Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Uitgeest Meerjarenplan De Heeren van Zorg 2020-2024 'groei op fundament van mensen, organisatie & kwaliteit' |
| Processen | Verbeterformulier voor verbeterpunten en actiepunten n.a.v. jaar rapportages |
| Risico's en mogelijkheden | Onderzoek risico analyse incidenten Fort Kijk, juni 2021 Rapportage klachtenafhandeling 2020 |
| Leiderschap | Maandelijks nieuwsbrieven |
| Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden | Handboek Werken bij de Heeren van zorg/ handboek kwaliteit/ handboek sociaal beleid, Q-link |
| Kwaliteitsbeleid | Leveranciersbeoordeling, wonen en service, Primair Proces, HR, Financiën, ICT. 2021 Nieuwe inrichting Team Ondersteuning en kwaliteit |
| Kwaliteitsdoelen | Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Zaanstad Directiebeoordeling/ Managementreview 2020 De Heeren van Zorg, april 2021 |
| Afwijkingen en veilig melden | Jaarverslag Melding Cliënten Incidenten (MIC), Oktober 2020 Registratielijst MIC meldingen tot juni 2021 Jaarverslag van de externe vertrouwenspersoon ongewenste omgangsvormen voor de Heeren van Zorg (HvZ) 2020, 1 Maart 2021 Klachtenafhandeling Q-Base Intern onderzoek risico analyse Bow Tie Fort Kijk juni 2021 |
| Continue verbeteren | Overleg structuur binnen de organisatie Teammeeting, nieuwsbrieven Clientenbespreking Verbeterformulierlocatie Hoofdkantoor HvZ |
| KMS als sturingsinstrument | Directiebeoordeling/ Managementreview 2020 De Heeren van Zorg, April 2021 |
| Interne audit | Rapportage Interne Audits De Heeren van Zorg 2021, April 2021 |
| Directiebeoordeling | Directiebeoordeling/ Managementreview 2020 De Heeren van Zorg, April 2021 |
| | |
| | |

1.2.5 Rubriek 5: Personeelsbeleid, competenties en kennis.

Sterke Punten:

- Het afgelopen jaar is geïnvesteerd in de implementatie van methodisch werken. Cursusmanagement is gelanceerd. Alle cursussen die aangeboden worden door de academy zijn hier in opgenomen. Medewerkers zien de inhoud van de cursus, het totaal aantal beschikbare plaatsen en de beschikbare dagen. De organisatie kan middels cursusbeheer alles volgen. Alle medewerkers hebbend de trainingen doorlopen, voor de medewerkers welke nieuw in dienst komen is een verplichte scholing opgesteld
- AFAS is ingevoerd waarbij personeelsleden hun eigen personeelsdossier kunnen inzien, zich aan kunnen melden voor scholing en certificaten kunnen ontvangen en uploaden in het dossier.



- Verzuimpercentage is gedaald t.o.v. afgelopen jaar. Tijdens de piek was het verzuimpercentage 18,25. Op dit moment is het percentage 4,87. De organisatie heeft de norm gesteld op 3,5.
- Iedere 2 weken krijgt de HR verantwoordelijke meldingen of medewerkers de verplichte cursussen gevolgd hebben.
- VOG's worden iedere 2 jaar vernieuwd. Coördinatie vindt plaats vanuit HR

Aandachtspunten:
Geen

Conclusie:
Voldoet aan de normeis

| | |
|---|---|
| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
| Personeelsbeleid | Handboek Werken bij de Heeren van zorg/ handboek kwaliteit/ handboek sociaal beleid, Q-link Beleid wagenpark, 01-02-2021 |
| Competenties en kennis | Overzicht certificaten medewerkers Jaarplan de Heeren van Zorg 2021, Terug naar normaal?! Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Zaanstad Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Uitgeest |
| Kwaliteitsbewustzijn | Handboek Werken bij de Heeren van zorg/ handboek kwaliteit/ handboek sociaal beleid, Q-link |
| Nieuwe medewerkers | Indiensttredingsformulier nieuwe medewerker Inwerkprogramma De Heeren van Zorg, Inwerkprogramma nieuwe medewerkers Beleid Wagenpark |
| Veiligheid medewerkers | Jaarverslag van de externe vertrouwenspersoon ongewenste omgangsvormen voor de Heeren van Zorg (HvZ) 2020, 1 Maart 2021 Dashboard verzuim Dashboard verlof Meeruren Amsterdam Noord |
| Oordeel medewerkers | jaarverslag van de OR, 2020 MTO ten aanzien van het TOK team, 2020 Nieuwe inrichting Team Ondersteuning en Kwaliteit (TOK), 16-08-2021 Terugkoppeling MTO TOK team naar medewerkers, Juli 2020 |
| Functionerings- en beoordelingsgesprekken | Aantoonbaar in personeelsdossiers |
| | |
| | |

1.2.6 Rubriek 6: Actueel houden en vernieuwen van zorg- en dienstverlening.

Sterke Punten:

- De Heeren van Zorg heeft het afgelopen jaar geïnvesteerd in scholing door er een duidelijke verdieping en aanvulling van kennis wordt ervaren onder de medewerkers.
- De organisatie blijft streven naar snelle uitstroom van cliënten naar zelfstandig wonen maar sluit tevens aan bij de zorgvragers welke deze zelfstandigheid niet op korte termijn kunnen realiseren.
- Ontwikkelingen worden transparant gedeeld in de organisatie middels nieuwsbrieven, de nieuwsbrieven worden als positief ervaren. Tevens is er in de organisatie zicht op hoe vaak en hoelang een nieuwsbrief als bijlage wordt geopend, hierdoor is er ook zicht op in hoeverre ontwikkelingen in de organisatie worden ontvangen

Aandachtspunten:
• Geen



Conclusie:
Voldoet aan de normeis

| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
|--|--|
| Inventarisatie ontwikkelingen | Jaarplan de Heeren van Zorg 2021, Terug naar normaal?! Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Zaanstad |
| Actualiseren en verbeteren van bestaande zorg- of dienstverlening | Directiebeoordeling/ Managementreview 2020 De Heeren van Zorg, April 2021 Verbeterformulierlocatie Hoofdkantoor HvZ |
| Invoeren van bestaande zorg- of dienstverlening die nieuw is voor de organisatie | Handboek Werken bij de Heeren van zorg/ handboek kwaliteit/ handboek sociaal beleid, Q-link |
| Ontwikkelen van nieuwe zorg- of dienstverlening | Jaarplan de Heeren van Zorg 2021, Terug naar normaal?! Jaarplan de Heeren van Zorg, 2021, team Zaanstad |
| | |
| | |

2.1.3 Rubriek 7: Omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen.

Sterke Punten:

- De organisatie heeft het beleid dat wanneer er iets stuk is, dit wordt vervangen, Heeft hierdoor weinig reparaties.
- De bezochte locaties zijn schoon en voldoen aan de brandveiligheidsvoorschriften
- Medicatie welke niet door cliënt wordt beheert bevindt zich in een afgesloten kluis in een afgesloten ruimte. Voorzien van een aftekenlijst en een overzicht met de namen van medewerkers met hun paraaf.
- Alle werknemers hebben jaarlijks een BHV training

Locatie De Fronikboerderij, Zaanadam

- Het team heeft een duidelijke missie welke beschreven is in hun vestigingsplan.
- Het team werkt op 2 locaties waarvan 1 locatie een WLZ locatie gaat worden. Het team neemt een actieve rol aan om deze ontwikkelingen om te zetten in een plan en een visie.
- Het werken als zelfsturend team wordt als positief ervaren, binnen het team zijn de taken en verantwoordelijkheden duidelijk

Locatie Fort K'ijk, Uitgeest

- De verbeterpunten zijn een vast onderdeel op de agenda in de team overleggen
- Binnen de locatie hebben zich 2 excessen voorgedaan, dit heeft een grote impact gehad op de zowel de bewoners en het team. Dit heeft geresulteerd in een aanpassing van werkwijze t.a.v de intake procedure van nieuwe cliënten.

Meteorenweg:

- De locatie bevindt zich midden in de woonwijk. Contacten met de buurt zijn goed. Buurtbewoners lopen af en toe binnen voor een praatje.
- Locatie bestaat uit 1 gebouw met een kantoor, gemeenschappelijke ruimte en een keuken. De keuken gaat waarschijnlijk eind dit jaar vernieuwd worden zodat men ook gezamenlijk kan koken. Het gezamenlijk koken gaat ingezet worden als een groepsactiviteit.

Rosenstock

- Ontruimingsoefeningen worden gehouden i.s.m. bewoners.

Aandachtspunten:

Geen

Conclusie:

Voldoet aan de normeis.

| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
|-------------------|---------------------------------------|
|-------------------|---------------------------------------|



| | |
|---|--|
| Eisen omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen | Verbeter formulier Amsterdam Noord 2021 Verbeter formulier Haarlem 2021 Beleid Wagenpark, Versiedatum 26-07-2021 Sharepoint |
| Beheersing en monitorings- en meetuitrusting | Verslag ontruimingsoefening Haarlem 2021 Sharepoint |
| | |
| | |

2.1.4 Rubriek 8: Inkoop en uitbesteding

Sterke Punten:

- De organisatie maakt gebruik van het dataveiligheidsportaal van Waveland

Aandachtspunten:

Geen

Conclusie:

Voldoet aan de normeis

| | |
|--------------------------------------|---|
| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
| Bepalen eisen inkoop en uitbesteding | Leveranciersbeoordeling, Lijst goedgekeurde leveranciers, juli 2021 |
| | |
| | |

2.1.5 Rubriek 9: Gedocumenteerde informatie.

Sterke Punten:

- De organisatie voldoet aan de eisen welke gesteld zijn aan beheer, opslag en vernietiging van documentatie.
- De organisatie maakt gebruik van Afas, medewerkers kunnen hun eigen dossier inzien, zich aanmelden voor training en certificatie uploaden.

Aandachtspunten:

Geen

Conclusie:

Voldoet aan de normeis

| | |
|---|---------------------------------------|
| Procesbeoordeling | Overzicht gecontroleerde documentatie |
| Gedocumenteerde informatie | Kwaliteitshandboek Qbase |
| Beheersing van de gedocumenteerd informatie | Kwaliteitshandboek Qbase |
| | |



3. Auditplan

Auditdoelstelling:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en de gedocumenteerde informatie komen overeen met de eisen van de Norm HKZ GGZ 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;
- de gedefinieerde processen en documentatie van het door de klant ontwikkelde managementsysteem aantoonbaar zijn geïmplementeerd;
- de vaststelling van de doeltreffendheid van het managementsysteem om te bewerkstelligen dat de organisatie in redelijke mate mag verwachten zijn gespecificeerde doelstellingen te bereiken;
- de wijze van uitvoer van de werkzaamheden overeenkomt met de beschrijving hiervan in de gedocumenteerde informatie.
- 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 verificatiedoelinden 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 |
|--|------------|--|---|
| HvZ totaal 12 | 48,9 FTE | 60 | Maatschappelijke ondersteuning in de vorm van beschermd en begeleid wonen, zorg met verblijf en ambulante begeleiding aan mensen met een vorm van een autisme spectrum stoornis |
| Hoofdkantoor -Joris van den Berghweg 101 Hal A te Amsterdam (Directie, Staf en Kader) | 14,56 FTE | | |
| Afdeling/locatie - Adam Nieuw- West – Parkrand Dr. H. Colijnstraat 694, 1067 CP Amsterdam | 4,67 FTE | | |



| | | | |
|---|----------|--|--|
| - Adam West Tadema Alma Tademastraat 60, Amsterdam | 3,33 | | |
| - Adam Centrum Funen Funenpark 63, 1018 AK Amsterdam | 4,34 FTE | | |
| - Adam Noord Meteorenweg 19 A, 1033 GT Amsterdam | 1,5 FTE | | |
| - Beverwijk Plantage 118, 1943 LP Beverwijk | 1,84 FTE | | |
| - Haarlem Rosenstock | 4,45 | | |
| - Zaanstad-Zaandijk | 4,23 FTE | | |
| - Uitgeest, Fort K'ijk | 5,27 | | |
| - Ambulant | 1,75 FTE | | |
| - Nieuw: Amstelveen Benderslaan 141, 1185 EJ | 1,5 FTE | | |
| - Wooninitiatieven Adam Oost Evolutie Sumatrastraat 164, 1094 NN Amsterdam | 1,84 | | |
| Heemskerk Obsidiaan Weverskwartier 44, 1967 JB Heemskerk | | | |

Indien de gegeven niet kloppen of gewijzigd zijn willen wij u vragen dat ruim voor de audit kenbaar te maken.

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

Nathalie Haast
06 10006643



Naam Klant: De Heeren van Zog (ZIN) B.V.

Onderzoek

Soort onderzoek : 2e Opvolgaudit
Datum onderzoek : 23 en 24 Augustus
Locatie Onderzoek : Joris van den Bergweg 101 Amsterdam.
Versie : 2

Auditteam

Lead Auditor : Mevr. N. (Nathalie) Haast
Auditor(-en) : Mevr. N. (Nathalie) Haast / Dhr. F. (Frank) de Jong
Materiedeskundige : Mevr. N. (Nathalie) Haast
Reglement(en) : Kiwa-Reglement voor Certificatie: 2017.

| <u>Norm(en)</u> | <u>Toepassingsgebied(en)</u> | <u>Scope/ NACE</u> | <u>Certificaatnr. en afloopdatum</u> |
|---|--|--------------------|--------------------------------------|
| Norm HKZ GGZ 2015 en HKZ algemeen, organisatiedeel 2015:A1 2019 | Maatschappelijk ondersteuning in de vorm van beschermd en begeleid wonen, zorg met verblijf en ambulante begeleiding aan mensen met een vorm van een autisme spectrum stoornis | 38 | K76385/04 2022-09-01 |

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 degenen 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.

De auditor dient in de gelegenheid te zijn om zonder beperkingen alle relevante bewijzen van elk personeelslid n.a.v. norm- en managementsysteem in te kunnen zien. 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 2020/2021:

- Systeembeoordeling / Directiebeoordeling /Management Review
- Leveranciersbeoordeling
- Overzicht vastgestelde risico's
- Resultaten Cliënt tevredenheidsonderzoeken
- Indien van toepassing: resultaten LPZ metingen
- 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 2020/2021
- Indien van Toepassing: voorbeelden van Prospectieve Risico Inventarisatie op kritische processen
- Jaarplanning (indien aanwezig)
- Jaarverslagen van Commissies
- RI & E (per locatie)
- Indien van toepassing Plannen van Aanpak voorafgaande audits **voorzien van actuele status acties**



| Auditplan voor auditor : Nathalie Haast | | | |
|---|-----------------|--|--|
| Datum : 23 Augustus 2021 | | | |
| Locatie : Remote | | | |
| Tijd | Activiteit | Processen en normen | Naam en functie Auditees |
| 9.00 - 9.30 | Openingsgesprek | | Management en belangstellenden Namen aanwezig invullen: Telly Noutsis, Maryse Benist, Sieto van Schagen, Avinash Mangnoesing, Joyce Langedijk, Thomas van Noort, Mayke Mulkens |
| 9.30 – 10.45 | Interview 1 | Presentatie directie: ontwikkelingen 2020/2021 Context en stakeholders Beleid (H5.2) Risico's en mogelijkheden (H6.1) Leiderschap (H5.1) Taken en bevoegdheden (H5.3) KMS (H4) Directie beoordeling (H9.3) Kwaliteit en doelen (H6.2) Afwijkingen en veilig melden (H9) Interne en externe communicatie (H7.4/8.2) Interne audits (H9.2) Ontwerp en Ontwikkeling (H8.3) Klachten (H9.1) Arbobeleid (RIE en BHV) Professioneel handelen Rubriek 4,6, 7,8, 9 | Directie Telly Noutsis Maryse Benist Sieto van Schagen Mayke Mulkens (geen lid directie, functionaris KMS) |
| 10.45 – 11.30 | Interview 2 | Facilitair/ICT/Inkoop Onderhoud apparatuur Brandveiligheid, calamiteiten. BHV. Voedselveiligheid Audits. AVG Leveranciersbeoordelingen en inkoopbeleid Rubriek 1, 6, 7, 8, 9 | Hoofd Facilitair, Maryse Benist, Chantal Vogelaar |
| 11.30 – 11.45 | Korte pauze | | |
| 11.45 – 12.45 | Interview 3 | Coördinatie/aansturing Planning en secretariaat Aanmelding, uitvoering en evaluatie Aansturing Beheersing primaire proces Veiligheid Deskundigheidsbevordering Communicatie Cliëntveiligheid/ prospectieve risico-inventarisatie Rubriek 1,2,3,4 | Secretariaat / planning, Danielle Romein, Joyce Langedijk |



| | | | |
|---------------|--------------------------|--|--|
| 12.45 – 13.15 | Evaluatie door Auditteam | | Auditor |
| 13.15 - 13.45 | Afsluiting dag 1 | | Aanwezigen: Telly Noutsis, Maryse Benist, Sieto van Schagen |

| Auditplan voor auditor : Frank de Jong | | | |
|--|-----------------|---|--|
| Datum : 23 Augustus 2021 | | | |
| Locatie : Remote | | | |
| Tijd | Activiteit | Processen en normen | Naam en functie Auditees |
| 9.00 - 9.30 | Openingsgesprek | | Management en belangstellenden Namen aanwezigen invullen: Telly Noutsis, Maryse Benist, Sieto van Schagen, Avinash Mangnoesing, Joyce Langedijk, Thomas van Noort, Mayke Mulkens |
| 9.30 – 10.45 | Interview 1 | Presentatie directie: ontwikkelingen 2020/2021 Context en stakeholders Beleid (H5.2) Risico's en mogelijkheden (H6.1) Leiderschap (H5.1) Taken en bevoegdheden (H5.3) KMS (H4) Directie beoordeling (H9.3) Kwaliteit en doelen (H6.2) Afwijkingen en veilig melden (H9) Interne en externe communicatie (H 7.4/8.2) Interne audits (H9.2) Ontwerp en Ontwikkeling (H8.3) Klachten (H9.1) Arbobeleid (RIE en BHV) Professioneel handelen Rubriek 4,6, 7,8, 9 | Directie Telly Noutsis Maryse Benist Sieto van Schagen Mayke Mulkens (geen lid directie, functionaris KMS) |
| 10.45 – 11.30 | Interview 2 | Personeelsbeleid: HR Jaarplan Werving en selectie Inwerken nieuwe medewerkers MTO en opvolging Inhuur medewerkers uitzendbureau Vrijwilligersbeleid Begeleiding en inzet vrijwilligers Jaargesprekken Opleidingen Bevoegd/Bekwaam | HR, Avinash Mangnoesing |



| | | | |
|---------------|--------------------------|--|--|
| | | (graag inzage in 10 personeelsdossiers) Rubriek: 1, 5, 6, 8, | |
| 11.30 – 11.45 | Korte pauze | | |
| 11.45 – 12.45 | Interview 4 | Coördinatie/aansturing Ambulant en wonen Aanmelding, uitvoering en evaluatie Aansturing Beheersing primaire proces Veiligheid Deskundigheidsbevordering Communicatie Cliëntveiligheid/ prospectieve risico-inventarisatie Rubriek 1,2,3,4 | Leidinggevende, Danielle Romein, Joyce Langedijk |
| 12.45 – 13.15 | Evaluatie door Auditteam | | Auditor |
| 13.15 – 13.45 | Afsluiting dag 1 | | Aanwezigen: Telly Noutsis, Maryse Benist, Sieto van Schagen |

| Auditplan voor auditor : Nathalie Haast | | | |
|--|---|---|---|
| Datum : 24 Augustus 2021 | | | |
| Locatie : De Fronikboerderij , Westzanerdijk 150, 1507 AL Zaandam Fort K'ijk, Lagendijk 22, 1911 MT Uitgeest Joris van den Bergweg 101 Amsterdam | | | |
| Tijd | Activiteit | Processen en normen | Naam en functie Auditees |
| 9.00 - 9.15 | Opening dag 2 | De Fronikboerderij, Westzanerdijk 150, 1507 AL Zaandam | Management en belangstellenden Namen aanwezig invullen: Anoek Peppink, Thomas van Noort |
| 9.15 – 10.30 | Interview 1 De Fronikboerderij Inclusief rondgang | Primaire processen Aanmelding, uitvoering en evaluatie Aansturing Beheersing primaire proces Veiligheid Deskundigheidsbevordering Communicatie Cliëntveiligheid/ prospectieve risico-inventarisatie <u>Inzage in vijf cliëntdossiers, voorzien van toestemming</u> Rubriek 1,2,3 | Persoonlijk begeleider, Anoek Peppink |
| 10:30 —11.00 | reistijd | Naar Lagendijk 22, 1911 MT Uitgeest | |
| 11.00 – 12.15 | Interview 2 Fort K'ijk, Lagendijk 22, 1911 MT Uitgeest | Primaire processen Aanmelding, uitvoering en evaluatie Aansturing Beheersing primaire proces | Casemanager: Kaylee de Werth, |



| | | | |
|---------------|-----------------------------------|--|---|
| | Inclusief rondgang | Veiligheid Deskundigheidsbevordering Communicatie Cliëntveiligheid/ prospectieve risico-inventarisatie <u>Inzage in vijf cliëntdossiers, voorzien van toestemming</u> Rubriek 1,2,3 | |
| 12.15 – 12.45 | Reistijd | Naar Hoofdkantoor , Joris van den Bergweg 101 Amsterdam. | |
| 12.45 – 13.30 | Evaluatie door Auditteam en lunch | | Auditor |
| 13.30 – 14.00 | Eindbeoordeling en eindgesprek | | Aanwezigen: Telly Noutsis, Maryse Benist, Sieto van Schagen (remote), Avinash Mangnoeing, |

| Auditplan voor auditor : Frank de Jong | | | |
|---|---|---|---|
| Datum : 24 Augustus 2021 | | | |
| Locatie : Team Amsterdam Noord, Meteorenweg 19A Amsterdam Rosenstock Hagestraat 10, 2011 CV Haarlem Joris van den Bergweg 101 Amsterdam | | | |
| Tijd | Activiteit | Processen en normen | Naam en functie Auditees |
| 9.00 - 9.15 | Opening dag 2 | Team Amsterdam Noord | Management en belangstellenden Namen aanwezig invullen: Anne Cannoot en anderen |
| 9.15 – 10.30 | Interview 1 Amsterdam Noord Meteorenweg 19A Amsterdam Inclusief rondgang | Primaire processen Aanmelding, uitvoering en evaluatie Aansturing Beheersing primaire proces Veiligheid Deskundigheidsbevordering Communicatie Cliëntveiligheid/ prospectieve risico-inventarisatie <u>Inzage in vijf cliëntdossiers, voorzien van toestemming</u> Rubriek 1,2,3 | Casemanager; Anne Cannoot |
| 10:30—11.00 | Reistijd en lunch | Naar Rosenstock Hagestraat 10, 2011 CV Haarlem | |
| 11.00 – 12.15 | Interview 2 Rosenstock Hagestraat 10, 2011 CV Haarlem | Primaire processen Aanmelding, uitvoering en evaluatie Aansturing Beheersing primaire proces | Casemanager; Najah Ibrahim |



| | | | |
|---------------|-----------------------------------|--|---|
| | Inclusief rondgang | Veiligheid Deskundigheidsbevordering Communicatie Cliëntveiligheid/ prospectieve risico-inventarisatie <u>Inzage in vijf cliëntdossiers, voorzien van toestemming</u> Rubriek 1,2,3 | |
| 12.15 – 12.45 | Reistijd | Naar Hoofdkantoor , Joris van den Bergweg 101 Amsterdam. | |
| 12.45 – 13.30 | Evaluatie door Auditteam en lunch | | Auditor |
| 13.30 – 14.00 | Eindbeoordeling en eindgesprek | | Aanwezigen: Telly Noutsis, Maryse Benist, Sieto van Schagen (remote), Avinash Mangnoeing, |

Auditprogramma

| Vestigingen | Kritische processen/ Scope onderdelen | Her audit | Op volg audit 1 | Op volg audit 2 | Her audit |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Hoofdkantoor Joris van den Bergweg 101 Amsterdam | Ondersteunende processen Beleid Facilitair Inkoop Kwaliteit Documenten Personeel Primair proces: Ambulante begeleiding | X X X X X X X | X X X X X X | X X X X X X X | X X X X X X X |
| Locatie • Adam Nieuw- West – Parkrand | | | | | X |
| Locatie • Hr. H. Colijnstraat 694, 1067 CP Amsterdam | Primair proces Begeleid wonen | X | | | |
| Locatie • Alma Tademastraat 60, Amsterdam | | X | | | |
| Locatie • (Conradstraat, 1018 NM) Centrum-Funen • Funenpark 63, 1018 AK Amsterdam | | X | | | X |
| Locatie | Primaire proces | | | X | |



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Team Amsterdam Noord, Meteorenweg 19A Amsterdam | | | | | |
| Locatie <ul style="list-style-type: none"> Beverwijk Plantage 118, 1943 LP Beverwijk | | | | | X |
| Locatie <ul style="list-style-type: none"> Rosenstock Hagestraat 10, 2011 CV Haarlem | Primaire proces | | | X | |
| Locatie <ul style="list-style-type: none"> Fort K'ijk, Lagendijk 22, 1911 MT Uitgeest | Primaire proces Zorg- dienstverleningsproduct: XXX XXX | | | X | |
| Locatie: <ul style="list-style-type: none"> Benderslaan 141, 1185 EJ Amstelveen | | X | | | |
| Locatie <ul style="list-style-type: none"> Weverskwartier 44, 1967 JB Heemskerk | | | X | | |
| Locatie <ul style="list-style-type: none"> Meteorenweg 19 A, 1033 GT Amsterdam | | | | | X |
| Locatie <ul style="list-style-type: none"> De Fronikboerderij , Westzanerdijk 150, 1507 AL Zaandam | Primaire proces Zorg- dienstverleningsproduct: XXX | | | X | |
| | | | | | |

| Audit thema's | Audit onderwerpen | Her audit | Op volg audit 1 | Op volg audit 2 | Her audit |
|--------------------------------|------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|-----------|
| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Systeem | Kwaliteitsmanagement systeem | X | X | X | X |
| | Documentatie/informatie | X | X | X | X |
| | Beheersing documentatie | X | X | X | X |
| | Logo gebruik | 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 | 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 (doeltreffendheid systeem) | X | X | X | X |
| | Directiebeoordeling | X | X | X | X |
| | Wet- & regelgeving | X | X | X | X |
| Ontwikkeling | Ontwikkeling en innovatie bestaand | X | | X | X |
| | Ontwikkeling en innovatie nieuw | X | | 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 |
| 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 (correctieve en preventieve maatregelen) | X | X | X | X |
| Evaluatie | Beheer registraties | X | X | X | X |
| | Continue verbeteren en management van wijzigingen | X | X | X | X |