

Bijzondere Zorg Midden-Nederland B.V.

ZEIST

rapport nummer: 29139-1

Surveillance audit

NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL)

ARNHEM, 25 mei 2021

DEKRA Certification B.V.

VERTROUWELIJK RAPPORT

Auditor / Teamleader: Renate van Uffelen

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

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

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

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

Inhoudsopgave

1	Samenvatting.....	4
2	Afspraken	7
2.1	Afspraken over corrigerende maatregelen	7
2.2	Afspraken voor het vervolgtraject.....	7
3	Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit.....	8
3.1	Bij de audit betrokken certificaten	8
3.2	Auditprogramma	8
4	Uitvoering van de audit	10
4.1	Deelnemers	10
4.2	Informatie per proces	10
Bijlage A	Auditprogramma.....	14
Bijlage B	Tekortkomingen	15
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	15
B.2	Openstaande tekortkomingen	18
Bijlage C	Agenda voor de volgende audit.....	20

1 Samenvatting

DEKRA Certification B.V. heeft een audit uitgevoerd bij Bijzondere Zorg Midden-Nederland B.V., ZEIST op 20 mei 2021.

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

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

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

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

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

Tijdens de audit is opgevallen dat de organisatie Bijzonder Zorg Midden Nederland in het afgelopen jaar als organisatie sterk gegroeid is in haar kwaliteitsmanagementsysteem. Dit uit zich onder meer in de duidelijke aanwezigheid van de PDCA cyclus. Daarbij zijn ook bij het bezoek vanuit de IGJ geen tekortkomingen geconstateerd. De contextanalyse van de organisatie wordt duidelijk opgezet en resulteert in het vaststellen van concrete doelstellingen. Er wordt veel aandacht aan de medewerkers gegeven. Hierdoor is onder meer het verloop en het ziekteverzuim aanzienlijk verminderd. Tijdens de interviews tonen de medewerkers een grote betrokkenheid waarbij ook mogelijkheden voor verdere verbetering zeker benoemd worden.

Samenvatting van tekortkomingen (zie bijlage voor details):

Tekortkoming: AMMH-24769-5

Bij controle op locatie blijken niet alle preventie maatregelen conform wettelijke vereisten te zijn uitgevoerd. Mat name, Noorduitgang aanduidingen, brandblus aanduidingen, controle van

blusapparaat niet helemaal in orde. Nood/calamiteitenplan plan voor locatie Prof. Sproncklaan ontbreekt. Hiermee is niet voldaan aan norm 7.1.4 Omgeving voor uitvoering van processen.

Tekortkoming: RvU-29139-1

Binnen de organisatie is het informatiseringsysteem Trello geïmplementeerd ten behoeve van het intake proces. Tijdens dit proces wordt privacygevoelige informatie vastgelegd binnen dit systeem. Er heeft geen beoordeling plaatsgevonden in hoeverre Trello voldoet aan de gestelde eisen ten aanzien van informatieveiligheid.

Conclusie:

Het systeem voldoet niet geheel aan de eisen van NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL).

Tijdens de audit is de effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Er is vastgesteld dat het systeem gedeeltelijk in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in Context Stakeholder en Doelstellingen 2021. Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de management review.

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

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

Daar tijdens de audit een tekortkoming is geconstateerd wordt van de organisatie gevraagd om corrigerende maatregelen aan te leveren. Na beoordeling van de corrigerende maatregelen kan worden geconcludeerd of het systeem sluitend is.

In hoeverre de doelstellingen van de audit zijn gerealiseerd, zoals die in de aankondiging van de audit zijn genoemd, kan pas worden geconcludeerd wanneer de beoordeling van corrigerende maatregelen door de lead auditor heeft plaatsgevonden.

In een separaat rapport zal dit aan de organisatie kenbaar worden gemaakt.

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

Sterke punten:

- Binnen het zorgplan zijn de doelen opgesteld gebruik maken van kleine haalbare subdoelen. De rapportage vindt zeer uitgebreid plaats.

- Uit het auditgesprek is gebleken dat door het opzetten van de cliëntenraad de cliënten zich goed gehoord en meer betrokken voelen.
- Binnen de organisatie is een grondige contextanalyse uitgevoerd. Vastgestelde risico's en kansen zijn vertaald naar concrete doelstellingen.
- Er is zeer recent een "inwerkmap" opgesteld. Door de inhoud en de structuur van de aangeboden informatie blijkt deze "inwerkmap" een naslagwerk te worden voor de nieuwe medewerkers. De toegevoegde waarde wordt na een korte periode al ervaren.
- In de afgelopen periode is veel aandacht gegeven aan het vergroten van de betrokkenheid van de medewerkers bij de organisatie en het verminderen van verloop en ziekteverzuim. Dit vindt onder andere plaats door een intensiever inwerktraject van nieuwe medewerkers. Daarnaast zijn er voor de medewerkers meer mogelijkheden voor het volgen van nascholingen.

Mogelijkheden voor verbetering:

- Binnen de directiebeoordeling worden alle aspecten met betrekking tot de input en output geraakt. Dit is in overeenstemming met ISO 9001:2015 normeis 9.3. Het valt te overwegen om de vastgestelde conclusie op een meer eenduidige wijze vast te leggen zodat uniformiteit bewerkstelligd wordt.
- Binnen de organisatie worden meldingen van incidenten vastgesteld en vastgelegd. Dit is in overeenstemming met ISO 9001:2015 normeis 10.2. De geregistreerde meldingen hebben veelal betrekking op incidenten die cliënt gerelateerd zijn. Afwijkingen in processen worden binnen de organisatie besproken. Het valt te overwegen om ook de afwijkingen op processen op een eenduidige wijze vast te leggen. Het analyseren en inzetten van corrigerende maatregelen kan dan op een meer efficiënte wijze uitgevoerd worden.

2 Afspraken

2.1 Afspraken over corrigerende maatregelen

Voor het tijdig afhandelen van de openstaande tekortkomingen moet een verbeterplan aan DEKRA Certification B.V. worden gestuurd, met daarin informatie over correcties, oorzaak analyses, omvangsanalyse, corrigerende maatregelen en de beoordeling van doeltreffendheid . We hebben afgesproken dat deze informatie wordt gestuurd voor 20 augustus 2021.

Na deze datum hebben wij tijd in onze planning gereserveerd om de informatie op ons kantoor te beoordelen.

2.2 Afspraken voor het vervolgtraject

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

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

3 Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit

3.1 Bij de audit betrokken certificaten

Bijzondere Zorg Midden-Nederland B.V. - ZEIST

Certificaat: 2217929, NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL)

Niet van toepassing verklaarde paragrafen: (NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL)) 8.3

Toepassingsgebied:

- Intensieve ambulante begeleiding aan mensen met een verstandelijke beperking, soms in combinatie met psychiatrische problematiek.

Bijzondere Zorg Midden-Nederland B.V. Professor Sproncklaan 1 ZEIST

3.2 Auditprogramma

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

Ploegendiensten

De beheersing van de realisatieprocessen en van de risico's buiten de dagdienst verschilt niet van die tijdens de dagdienst. Alle functies, direct betrokken bij de realisatieprocessen, zijn ook buiten de dagdienst bemenst. Daarom is alleen tijdens de dagdienst geaudit.

Beheersing van de realisatieprocessen en risico's buiten de dagdienst is geborgd door:

Het betreft ambulante begeleiding, dat maakt dat collega's hun eigen planning maken en er dus geen sprake is van een "shift". Wel is de organisatie 24 uur per dag 7 dagen in de week bereikbaar middels de noodtelefoon (24 uren zorg op afstand).

Er wordt alleen soms in avond begeleiding geboden, indien de situatie dat vereist. De activiteiten in de avond zijn gelijkwaardig van aard en de betreffende rapportage en overdracht vindt plaats in dezelfde systemen. Hierdoor zijn de betreffende activiteiten te auditen in de dagdienst.

Risicobeheersing is aantoonbaar middels het de bereikbaarheidsdienst van de organisatie

- De bereikbaarheidsdienst: Instructie

- Nooddienst 18-3-2019, en overdrachtsformulier Noodtelefoon

Gebruik van certificaten en logo's

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

Afwijkingen van de agenda

In verband met de wereldwijde uitbraak van het COVID-19 virus is de audit op afstand uitgevoerd. Het oorspronkelijke auditplan is daarmee gewijzigd.

(Remote) auditing and impact COVID-19

In verband met de wereldwijde uitbraak van het COVID-19 virus is de audit op afstand uitgevoerd. Het oorspronkelijke auditplan is daarmee gewijzigd.

De organisatie is vooraf geïnformeerd door DEKRA en de auditor dat de audit op afstand wordt uitgevoerd. De organisatie is akkoord gegaan met toepassing van remote auditing.

De audit is op de volgende wijze uitgevoerd:

- interview van medewerkers
- beoordelen van documenten en registratie
- observeren van activiteiten/processen/locaties

Het middel dat is gebruikt voor de remote audit is MS Teams. Het gebruik hiervan is vooraf besproken en voorafgaand aan de audit samen met de auditor gecontroleerd op juist functioneren.

De remote audit is binnen de huidige audittijd uitgevoerd en auditees waren beschikbaar ten tijde van de audit.

De auditonderwerpen en activiteiten konden door middel van de remote audit worden beoordeeld in de gehele organisatie.

Er gelden geen specifieke eisen of beperkingen met betrekking tot toegankelijkheid van informatie.

Er is geen sprake geweest van een risico voor het juist uitvoeren van de audit met betrekking tot de te gebruiken middelen, beschikbare audittijd, auditees, auditonderwerpen en activiteiten en er zijn geen specifieke eisen/beperkingen geweest met betrekking tot toegankelijkheid van informatie. Op basis van bovenstaande afweging is de conclusie dat de audit remote kan worden uitgevoerd.

4 Uitvoering van de audit

4.1 Deelnemers

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

naam	functie	organisatie
R. van Uffelen	Lead Auditor	DEKRA Certification B.V.
A. van der Sluis	Ambulant Begeleider/ Orthopedagoog.	Bijzondere Zorg Midden Nederland
L. Verbeek	Intake coördinator	Bijzondere Zorg Midden Nederland
W. de Bruin	Kwaliteitsmanager	Bijzondere Zorg Midden Nederland
M. Otten	Ambulant Begeleider	Bijzondere Zorg Midden Nederland
M. van der Linden	Ambulant Begeleider	Bijzondere Zorg Midden Nederland
A. Hamers	Aandachtsfunctionaris complexe casuïstiek	Bijzondere Zorg Midden Nederland
L. Geerding	Cliëntenraad	Bijzondere Zorg Midden Nederland
W. van Doesburg	Zorginhoudelijk Teamleider	Bijzondere Zorg Midden Nederland
M. Blok	Algemeen Directeur	Bijzondere Zorg Midden Nederland
C. Lucas	Zorginhoudelijk Teamleider	Bijzondere Zorg Midden Nederland
T. Mijnheer	Operationeel Manager	Bijzondere Zorg Midden Nederland

4.2 Informatie per proces

Beleidscyclus/Ontwikkelingen/Risico's/Kansen/Algemeen Directeur

Besproken is:

- Impact van COVID-19 op de organisatie
- Ontwikkelingen binnen het management team
- Doelstellingen ten aanzien van het personeelsbeleid
- Monitoren van de tevredenheid van cliënten en medewerkers
- Impact van aanbestedingstrajecten op de organisatie

- Overlegstructuur binnen het MT o.a. middels de periodieke heidagen / organisatorisch overleg
- Contextanalyse van de organisatie (externe & interne factoren / stakeholders)

Directiebeoordeling/Algemeen Directeur

Besproken is:

- Input en output van de directiebeoordeling
- Opvolgen van acties n.a.v. de directiebeoordeling
- Betrokkenheid van de directie
- Melden van klachten, fouten en incidenten
- Opzet van de klachtenregeling en inzet klachtenfunctionaris

Kwaliteitsmanagementsysteem / Continu verbeteren/Kwaliteitsmanager

Besproken is:

- Opzet van het kwaliteitsmanagementsysteem binnen MS Teams
- Opvolgen van acties n.a.v. de directiebeoordeling
- Bezoek van IGJ in oktober 2020 en aangeleverde rapportage
- Geplande inspectie / toetsing door GGD regio Utrecht (juni 2021)
- Planning en resultaten van interne audits
- Verbetertraject ten aanzien van het registreren van klachten / MIC / MIM meldingen

Beleidscyclus/Ontwikkelingen/Risico's/Kansen/Cliëntenraad

Besproken is:

- Opzetten van de cliëntenraad vanaf mei 2020
- Samenstelling van de cliëntenraad
- Promotie van de cliëntenraad middels folders en video
- Voldoen aan relevante wet- en regelgeving zoals Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018
- Verbeteringen die doorgevoerd worden zoals op het gebied van communicatie
- Overlegstructuur binnen de cliëntenraad
- Uitnodigen van anderen bij het overleg van de cliëntenraad zoals de vertrouwenspersoon
- Invloed van de cliëntenraad op de vragenlijsten van het CTO
- Mogelijkheden voor verbetering

Personeelsprocessen/Operationeel Manager

Besproken is:

- Rol van de operationeel manager binnen de organisatie
- Monitoren van de tevredenheid van de medewerkers
- Beheersing van verloop en ziekteverzuim
- Cultuur binnen de organisatie uit zich als open, toegankelijk en ontwikkelingsgericht

- Processen ten aanzien van werving, selectie en aanname medewerkers
- Voldoen aan de vergewisplicht conform WKKGZ
- Aanwezigheid en volledigheid van de personeelsdossiers
- Het inwerken van nieuwe medewerkers vanaf de introductie-ochtend
- Uitvoeren van exitgesprekken bij uitdiensttreding medewerkers
- Coaching van teamleiders middels overlegstructuur
- Scholing van medewerkers, onder andere ten aanzien van de SKJ registratie
- Beheersing van mogelijke risico's en zien van mogelijke kansen
- Mogelijkheden voor verbetering

Personeelsprocessen/Zorginhoudelijk Teamleider

Besproken is:

- Taken en verantwoordelijkheden van de Zorginhoudelijke teammanagers
- Interne overleg structuur (intervisie / individuele gesprekken)
- Het binden van medewerkers aan de organisatie
- Inwerken van nieuwe medewerkers gebruikmakend van de inwerkmap
- Mogelijkheden voor verbetering
- Borgen van veiligheid van medewerkers (COVID-19 / Agressie)
- Stimuleren van registreren van MIC / MIM meldingen

Ambulante Begeleiding/Intake coördinator

Besproken is:

- Proces van aanmelden van nieuwe cliënten (website / telefonisch)
- Taken en verantwoordelijkheden van de intake-coördinator
- Beheersing van de wachttijd (ongeveer starten binnen een maand)
- Inzetten van een telefonisch consult
- Beperkte aanwezigheid van contra-indicaties / exclusiecriteria
- Rapportage van de informatie vanaf intake
- Starten van zorg op basis van de beschikking
- Koppelen van nieuwe cliënten aan de begeleiden met overdracht i.s.m. teamleiders
- Aanmaken van cliëntendossiers binnen Trello / FM Zorg
- Inschatten van mogelijke risico's

Begeleid Wonen/Ambulant Begeleider

Besproken is:

- Taken en verantwoordelijkheden van de begeleiders
- Proces betreffende het begeleid wonen
- Scheiding van zorg en huur van de cliënten
- Planning van werkzaamheden van de begeleider

- Samenstelling van de cliëntengroep
- Aanwezigheid en volledigheid van cliëntendossier
- Opstellen van een zorgplan met kleine en haalbare doelen
- Rapporteren op en evalueren van de doelen
- Overlegstructuur begeleider, zorginhoudelijk teamleider en aandachtsfunctionaris
- Overdracht van intake naar het leveren van zorg
- Borgen van veiligheid van de begeleiders
- Registreren van MIC / MIM meldingen

Opvoedondersteuning/Aandachtsfunctionarissen Complexe Casussen

Besproken is:

- Taken en verantwoordelijkheden van de aandachtsfunctionaris
- Werkzaamheden binnen het bieden van opvoedondersteuning
- Begeleiding aan medewerkers betreffende complexe casuïstiek
- Planning van werkzaamheden van de begeleiders & aandachtsfunctionaris
- Overleg structuur begeleider, zorginhoudelijk teamleider en aandachtsfunctionaris
- Redenen om zorg te beëindigen
- Gebruik van meetinstrumenten om veiligheid te toetsen
- Naleven van de wettelijke Meldcode vanuit de aandachtsfunctionaris
- Mogelijke risico's als gevolg van COVID-19 op de veiligheid van de cliënten
- Beheersen van afwijkingen binnen de processen
- Binnen de organisatie wordt geen medicatie verstrekt aan cliënten

Bijlage A Auditprogramma

x = interview mogelijk voor volgende audits

D = het interview is in deze audit uitgevoerd

Audit programma voor locatie Bijzondere Zorg Midden-Nederland B.V.

Proces	Proceseigenaar																		
	Aandachtsfunctionarissen	Intake coördinator	Algemeen Directeur	Operationeel Manager	Kwaliteitsmanager	Ambulant Begeleider	Zorginhouderlijk Teamleider	Coördinerend Begeleider	Cliëntenraad	SI	SII	RA							
Beleidsproces/Ontwikkelingen/Risico's/Kansen			D						D	x	x	x							
Kwaliteitsmanagementsysteem / Continu verbeteren					D					x		x							
Directiebeoordeling			D							x	x	x							
Gedocumenteerde Informatie					x							x							
Klantentevredenheid			x						x			x							
Personeelsprocessen				D			D	x		x	x	x							
Ambulante Begeleiding	x	D				x	x			x	x	x							
Begeleid Wonen	x	x				D	x			x	x	x							
Opvoedondersteuning	D	x				x	x			x	x	x							
Facilitaire Processen				x									x						
Inkoop/Uitbesteding				x									x						

Bijlage B Tekortkomingen

B.1 Afgesloten tekortkomingen

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

Tekortkoming AMMH-24769-5

Norm:	NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL): 7.1.4
Activiteit/Proces:	Facilitaire Processen
Geconstateerd bij:	Operationeel Manager
Locatie:	Bijzondere Zorg Midden-Nederland B.V.

Omschrijving:

Bij controle op locatie blijken niet alle preventie maatregelen conform wettelijke vereisten te zijn uitgevoerd. Mat name, Noorduitgang aanduidingen, brandblus aanduidingen, controle van blusapparaat niet helemaal in orde. Nood/calamiteitenplan plan voor locatie Prof. Sproncklaan ontbreekt. Hiermee is niet voldaan aan norm 7.1.4 Omgeving voor uitvoering van processen.

Correctie:

In het pand aan de Sproncklaan zijn diverse middelen aangebracht om een incident als brand of een ongeval, te voorkomen of te beperken. Daartoe zijn er collega's getraind tot BHV'er om in geval van brand of ongeval, te kunnen optreden. Ook een centraal brandalarmsysteem met rookmelders op elke verdieping is aanwezig. Ook staan er brandblussers op elke verdieping en zijn de deuren brandvertragend.

Om op korte termijn te voldoen aan de ISO 9001:2015 heeft BZMN de genoemde maatregelen in de non-conformity doorgevoerd. Dit betekent dat de bordjes voor de Nooduitgang op verschillende plekken in het pand zijn opgehangen.

Daarnaast is een EHBO koffer opgehangen in de 'Administratie kamer'. De in de tekortkoming genoemde brandblusaanduidingen en de controle van de brandblusapparaten zijn meegenomen in de RI&E. En zullen ook in het groter geheel van maatregelen ten behoeve van de veiligheid, in het RI&E rapport, worden benoemd.

Echter een aantal zaken op het gebied van preventie zijn (nog) niet doorgevoerd. Bijzondere Zorg Midden Nederland heeft de wens uitgesproken om te komen tot een veilig en verantwoorde omgeving voor werknemers. Daartoe hebben we een aantal initiatieven ontplooid, waarover meer gelezen kan worden onder het hoofdstuk Correctieve & Corrigerende maatregelen.

Oorzaakanalyse:

De oorzaak dat BZMN op dit moment nog niet volledig voldoet aan de wettelijke verplichtingen vanuit de ARBO wet, ligt aan het gebrek aan kennis op het gebied van ARBO alsmede de prioriteit op operationele zaken. BZMN is een relatief jong en groeiend bedrijf en is de laatste tijd met name bezig geweest met het (verder) professionaliseren van de bedrijfsvoering. Veel aandacht is recentelijk gegaan naar het vernieuwen van de organisatie structuur.

Naast de geconstateerde tekortkomingen heeft Bijzondere Zorg op eigen initiatief ook een uitgebreide Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) recentelijk (18 juni j.l.) laten uitvoeren. Deze inventarisatie heeft de risico's en verbetermaatregelen in kaart gebracht op het gebied van werkplek veiligheid en gezondheid.

Omvanganalyse:

Het nemen van maatregelen op het gebied van veiligheid en gezondheid voor werknemers en cliënten, is een proces van voortschrijdend inzicht. De organisatie is relatief jong en is in de afgelopen jaren gegroeid naar een volwaardige organisatie. De groei naar een grotere organisatie betekent ook dat steeds meer zaken binnen de bedrijfsvoering, zoals preventie maatregelen, opgepakt en geprofessionaliseerd worden. Momenteel zijn aan een aantal veiligheidseisen voldaan. Echter, zoals ook terecht opgemerkt tijdens de ISO audit, zijn er nog een aantal zaken op het gebied van veiligheid die opgepakt dienen te worden.

Corrigerende maatregelen:

De in de tekortkoming genoemde brandblusaanduidingen en de controle van de brandblusapparaten zijn meegenomen in de RI&E. En zullen ook in het groter geheel van maatregelen ten behoeve van de veiligheid, in het RI&E rapport, worden benoemd. Tevens is een concept Calamiteitenplan opgesteld (zie ook 'documentatie') door de Kwaliteitsmanager. Dit Calamiteitenplan is besproken met de Teamleider (tevens BHV'er) en een vervolgspraak staat gepland met beide BHV'ers (op 29 juni 2020). Tijdens dit overleg zal het plan zorgvuldig worden beoordeeld en ook zullen afspraken en een draaiboek worden gemaakt voor de ontruimingsoefening.

Dit Calamiteitenplan is nog in conceptvorm aangezien we verwachten uit het rapport van de RI&E aanpassingen cq uitbreidingen te moeten doorvoeren. Om ook op lange termijn de veiligheid te garanderen van onze werknemers, cliënten en middelen heeft een RI&E plaats gevonden en zullen voorstellen ter verbetering worden opgepakt. Deze RI&E heeft plaatsgevonden door een daartoe bevoegde ARBO dienst, 'Zorg van de Zaak'. Op 18 juni heeft een uitgebreide inventarisatie plaats gevonden.

Deze inventarisatie bestond uit de volgende interviews en rondleiding:

1. Gesprek met het MT (operationeel manager, kwaliteitsmanager en Teamleider (tevens

BHV'er). In dit gesprek is de organisatie besproken en alle zaken omtrent veiligheid zoals ARBO, BHV, calamiteiten, ontruimingsoefeningen, beleid, COVID-19, etc)

2. Gesprek met 3 begeleiders (fysieke en mentale gezondheid inventarisatie)

3. Fysieke rondleiding door het gebouw (klimaat, ergonomie, brandveiligheid, etc)

Het RI&E rapport wordt verwacht op uiterlijk 2 juli. Het RI&E rapport als ook het Calamiteitenplan zullen vervolgens in het 'Organisatorisch MT overleg' worden besproken. Dit agendapunt staat gepland voor 2 juli 2020.

De aanbevelingen en verplichtingen uit beide documenten zullen tijdens dit 'Organisatorisch MT overleg' worden vastgelegd in actiepunten met een tijdsplanning en aangewezen verantwoordelijken. Hiertoe zal een Plan van aanpak met een Actielijst worden opgesteld. Controle op de uitvoering van het plan van aanpak en de te nemen acties vindt plaats door een wekelijkse update in het 'Organisatorisch MT overleg' op de donderdagen.

Elk jaar in de maand juni zal het Calamiteitenplan worden gecheckt door de BHV'ers om te checken of het nog voldoet. Benodigde aanpassingen worden besproken in het 'Organisatorisch MT overleg'.

De uitvoering van controle op blusmiddelen en het uitvoeren van ontruimingsoefeningen ed. vallen onder de verantwoordelijkheid van de BHV'ers . De BHV'ers zullen deze activiteiten tijdig inplannen. Deze verantwoordelijkheid staat ook als zodanig omschreven in het Calamiteitenplan.

effectiviteit genomen maatregelen:

In bijlage 1 is een schema toegevoegd waarin de ontruimingsoefeningen zijn vastgelegd. Deze ontruimingsoefeningen vinden plaats op jaarlijkse basis in september. Na de oefening wordt met de betrokkenen de oefening geëvalueerd zodat duidelijk wordt waar verbeteringen noodzakelijk zijn. Vervolgens worden de verantwoordelijke personen voor deze verbeteringen vastgesteld tezamen met een tijdslijn en opleverdatum.

Beoordeling doeltreffendheid:

Inmiddels is de RI&E uitgevoerd. Actiepunten die hieruit voortvloeien worden tijdens de organisatorische management overleg besproken. Toetsing vindt plaats tijdens de interne audit.

Beoordeelde documenten:

1. Concept Calamiteitenplan Bijzondere Zorg Midden Nederland Zeist, 8 juni 2020 V.1.0 auteur: Kwaliteitsmanager

2. Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) rapport door Arbo dienst 'Zorg van de Zaak' 29 juni 2020, Judith Konings-Spierings Arbeidshygiënist (Hobon SKO certificaat 41293) & Veiligheidskundige

3. Verbeterplan 'Preventiemaatregelen' 23 juni 2020 auteur: Kwaliteitsmanager

20 mei 2021:

RI&E Plan van aanpak BZMN v2.0 feb 2021

Beoordeling:

30-6-2020

Tijdens de kantooraudit zijn de genomen maatregelen uit het verbeterplan van Bijzondere Zorg Midden Nederland als voldoende gecorrigeerd beoordeeld. De tekortkoming blijft open staan, de genomen maatregelen worden bij de volgende audit op uitvoering getoetst en kunnen daarna mogelijk worden afgesloten.

20 mei 2021:

Tijdens de vervolgaudit is geconstateerd dat er voor de hele organisatie een RI&E uitgevoerd is. Uit het Plan van Aanpak is gebleken dat alle aspecten ten aanzien van de preventie opgepakt zijn. Op basis hiervan heeft de auditor deze tekortkoming tijdens de vervolgaudit afgesloten.

B.2 Openstaande tekortkomingen

Tijdens deze of voorgaande DEKRA audits is de volgende tekortkoming geconstateerd, die nog niet is afgesloten.

Tekortkoming RvU-29139-1

Norm:	NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL): 7.1.3 \ NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL): 8.2
Activiteit/Proces:	Ambulante Begeleiding
Geconstateerd bij:	Intake coördinator
Locatie:	Bijzondere Zorg Midden-Nederland B.V.

Omschrijving: Binnen de organisatie is het informatiseringsysteem Trello geïmplementeerd ten behoeve van het intake proces. Tijdens dit proces wordt privacygevoelige informatie vastgelegd binnen dit systeem. Er heeft geen beoordeling plaatsgevonden in hoeverre Trello voldoet aan de gestelde eisen ten aanzien van informatieveiligheid.

Correctie:

Oorzaakanalyse:

Omvanganalyse:

Corrigerende maatregelen:

Beoordeling doeltreffendheid:

Beoordeelde documenten:

Beoordeling:

Bijlage C Agenda voor de volgende audit

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

Agenda voor audit nr. 35778

dag	tijd	duur	proces met proceseigenaar en locatie
1	9:00		Opening meeting
1	9:15		Beleidscyclus/Ontwikkelingen/Risico's/Kansen/Algemeen Directeur
1	10:15		Directiebeoordeling/Algemeen Directeur
1	11:00		Personeelsprocessen/Operationeel Manager
1	11:45		Ambulante Begeleiding/Intake coördinator
1	12:30		Lunch
1	13:00		Opvoedondersteuning/Aandachtsfunctionarissen Complexe Casussen
1	14:00		Ambulante Begeleiding/Ambulant Begeleider
1	15:00		Begeleid Wonen/Zorginhoudelijk Teamleider
1	16:00		Prepare Closing Meeting
1	16:30		Closing meeting