

## **Controle 2 auditrapport NEN-EN 15224:2017**

23144/2 Stichting "De Skuul", herstel ondersteunende

04-06-2019  
04-06-2019

---

# Conclusie en samenvatting

Doelstelling van de audit is vast te stellen of het managementsysteem (of een gedeelte daarvan):

- voldoet aan de auditcriteria: de van toepassing zijnde eisen uit de in de voordracht voor certificering genoemde norm en auditcriteria (de door de organisatie gedefinieerde processen en documentatie van het managementsysteem en indien van toepassing de vigerende versie van een onderliggend certificatieschema);
- de organisatie in staat stelt te waarborgen dat zij voldoet aan contractuele verplichtingen;
- de organisatie in staat stelt te waarborgen dat zij voldoet aan van toepassing zijnde wet- en regelgeving;
- effectief is, zodat redelijkerwijs verwacht kan worden dat de door de organisatie gestelde doelen worden bereikt;
- op specifieke gebieden mogelijk verbeterd kan worden.

De bovenstaande auditdoelstelling is bereikt.

De bovenstaande auditdoelstelling is niet bereikt.

Het toepassingsgebied zoals opgenomen in hoofdstuk 3 is passend voor de organisatie.

Het toepassingsgebied zoals opgenomen in hoofdstuk 3 is niet passend voor de organisatie.

Het auditteam heeft op basis van het bewijs en de bevindingen voldoende vertrouwen dat het managementsysteem voldoet aan de eisen en doeltreffend is.

Het auditteam heeft op basis van het bewijs en de bevindingen pas voldoende vertrouwen dat het managementsysteem voldoet aan de eisen en doeltreffend is zodra aan de voorwaarden zoals genoemd in paragraaf 2.4 is voldaan.

Het auditteam heeft op basis van het bewijs en de bevindingen onvoldoende vertrouwen dat het managementsysteem voldoet aan de eisen en doeltreffend is.

## Samenvatting van bewijs van de bevindingen welke de doeltreffendheid van het managementsysteem aantonen:

In het managementsysteem van de organisatie zijn de volgende eisen van belanghebbenden en beoogde resultaten opgenomen (4.2 & 4.1 van de high level structure).

Beoogd resultaat van het managementsysteem:

- De organisatie in staat stellen om consequent zorgproducten en -diensten te leveren die voldoen aan de eisen van de klant en aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.
- De klanttevredenheid te verhogen door het systeem doeltreffend toe te passen

Door de organisatie gestelde doelen:

- Herstel ondersteunende verslavingszorg
- Eigen regie cliënt
- Behandeling op maat van de cliënt

De organisatie heeft het vermogen de beoogde resultaten te behalen aangetoond:

De Skuul heeft een turbulent jaar achter de rug maar heeft het vermogen getoond zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden, zoals een nieuw versienorm en veranderende doelgroep. Aandacht is nog nodig voor de zogenaamde puntjes op de i. Dit komt tot uiting in de

	<p>aandachtspunten.</p> <p>Behaalde doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassen handboek aan 15224:2017</li> </ul>
Eisen van belanghebbenden:	<p>Wetgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZVW</li> <li>• WMO</li> <li>• AVG</li> <li>• WKKGZ</li> <li>• WBP</li> <li>• BIG</li> <li>• WGBO</li> <li>• WMCZ</li> <li>• WTZi</li> </ul> <p>Andere eisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatieoverdracht in de keten</li> <li>• Bijlage KNMG richtlijnen voorschrijven medicatie</li> <li>• Leveringsvoorwaarden GGZ</li> </ul>
De organisatie heeft het vermogen aan deze eisen te voldoen aangetoond:	<p>Behaalde doelen in relatie tot toepasselijke eisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatiebeleid 2019</li> </ul>
De implementatie van het intern auditprogramma geeft de auditor <b>voldoende</b> vertrouwen dat de organisatie haar managementsysteem doeltreffend heeft geïmplementeerd en onderhouden:	<p>Interne audits d.d.: 23 mei 2019 medicatie met aantoonbare opvolging</p> <p>Interne audits d.d.: 23 mei 2019 intakeprocedure met aantoonbare opvolging</p> <p>Interne auditprogramma: kwaliteitskalender versie 1.3, 2019-2020</p> <p>De effectiviteit van dit proces is gebleken uit:</p> <p>Opvolging van corrigerende maatregelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassen intakeprocedure en medicatiebeleid</li> </ul> <p>De door interne audits geïnitieerde wijzigingen aan de processen zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatiebeleid 2019</li> </ul>
De directiebeoordeling geeft de auditor <b>voldoende</b> vertrouwen dat de organisatie zelf beoordeelt dat haar managementsysteem geschikt, toereikend en doeltreffend is:	<p>Directiebeoordeling d.d.: juni 2019</p> <p>Het vertrouwen van de auditor is gebaseerd op de implementatie van maatregelen uit de directiebeoordeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatiebeleid 2019</li> </ul> <p>Gedocumenteerde kansen voor verbetering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opzet nieuw product (eetstoornissen)</li> </ul> <p>Gedocumenteerde noodzaak voor wijzigingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualiseren professioneel statuut</li> </ul>

Auditteam	
Auditteamleider	
Lead auditor	Dorine Vogel (NEN-EN 15224:2017)
Overige teamleden	
Trainee(s)	
Getuige(n)	

# Inhoudsopgave

## Conclusie en samenvatting

### 1. Rapportstatus

1.1 Soort audit

1.2 Status

### 2. Bevindingen

2.1 Verbetermogelijkheden

2.2 Onopgeloste punten

2.3 Aandachtspunten

2.4 Afwijkingen

2.5 Auditplan volgende audit

### 3. Voordracht voor certificering

### 4. Conformiteit

4.1 Complexiteit en context

4.2 Auditbevindingen

4.3 Continue verbetering

4.4 Gedocumenteerde informatie

4.5 Norm specifieke rapportage items

### 5. Detailinformatie

5.1 Aandachtspunten voorgaande audit

5.2 Auditprogramma

5.3 Klachten

5.4 Significante wijzigingen

5.5 Evaluatie tijdbesteding

5.6 Auditee-vertegenwoordigers

5.7 Logo- en certificaatgebruik

5.8 Gerealiseerd auditplan

### 6. Certificatievoorwaarden

# 1. Rapportstatus

VERTROUWELIJK

## 1.1 Soort audit

Soort audit
<input checked="" type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> controle-audit
<input type="checkbox"/> Gecombineerde controle audit van meerdere managementsystemen
<input type="checkbox"/> Geïntegreerde controle audit (volgens MD 11) van meerdere managementsystemen
<input type="checkbox"/> Gezamenlijke controle audit met een andere certificatie-instelling, van meerdere managementsystemen

## 1.2 Status

Status rapport
<input type="checkbox"/> Concept met afwijkingen, corrigerende maatregelen open
<input checked="" type="checkbox"/> Definitief, geen afwijkingen
<input type="checkbox"/> Definitief, afwijkingen gesloten

### Disclaimer:

De auditresultaten zoals in dit rapport weergegeven zijn gebaseerd op steekproeven van beschikbare informatie. Lezer dient zich ervan bewust te zijn dat de resultaten hierdoor een bepaalde mate van onzekerheid in zich hebben. Hiermee dient bij het gebruik van de resultaten rekening te worden gehouden. Alvorens een certificatiebeslissing wordt genomen, worden de aanbevelingen in dit rapport intern en onafhankelijk beoordeeld.

Het originele rapport is eigendom van TÜV Nederland. Een kopie wordt digitaal verstrekt aan de klant.

## 2. Bevindingen

### 2.1 Verbetermogelijkheden

Een verbetermogelijkheid is een constatering van een situatie of proces dat geoptimaliseerd kan worden, waarbij de wijze hoe de organisatie momenteel invulling geeft aan deze situatie of dit proces, niet strijdig is met een getoetst normelement. Een kenmerk is dat de auditor in een verbetermogelijkheid geen specifieke oplossing mag aanraden. Het staat de organisatie vrij om aan deze verbetermogelijkheden invulling te geven, bij de volgende audit zullen deze niet aan de orde worden gesteld. Tijdens de audit zijn de volgende verbetermogelijkheden aangegeven.

#### Beschrijving

Denk aan validatie en verificatieprocessen in de ontwikkeling van nieuwe producten

Denk na over nut en noodzaak van fase 1 doelen in behandelplan

### 2.2 Onopgeloste punten

Onopgeloste punten zijn meningsverschillen waarover geen overeenstemming is bereikt voor het einde van de audit tussen het auditteam en de klant aangaande bewijsmateriaal of bevindingen.

#### Beschrijving

Geen

### 2.3 Aandachtspunten

Tijdens de volgende audit(s) zullen de onderstaande zaken als specifiek aandachtspunt worden meegenomen. Dit omdat het een (potentieel) zwak punt betreft dan wel een onderwerp dat tijdens de plaatsgevonden audit onderbelicht is gebleven.

Nr.	Beschrijving
1	Leveringsvoorwaarden GGZ actualiseren
2	Formaliseren samenwerking huisartsen
3	Risicomanagement methodiek op beleidsniveau
4	MIC
5	Individuele rapportage
6	Effectiviteit Invul vak MDO in ECD

### 2.4 Afwijkingen

Er zijn geen afwijkingen geconstateerd

Corrigerende maatregelen worden administratief afgehandeld

Uiterste datum inzending  
corrigerende maatregelen:

dd-mm-yyyy

<input type="checkbox"/> Corrigerende maatregelen worden middels een re-audit beoordeeld	Uiterste datum inzending corrigerende maatregelen:	<b>dd-mm-yyyy</b>
--	--	-------------------

**UIT J1:**

Afwijking 1 2018					
Audit	§	Soort Afwijking	Datum beoordeling maatregelen	Beoordeling	Status
J1	6.2.2f	B	10-08-2018 FVDB Bijlagen: Corrigerende maatregel risicobeheersing Opleidingsplan De Skuul 2018 Workshop risico	Akkoord	Gesloten
<b>Afwijking</b>		Training risicomanagement voor cliënt-/patiëntveiligheid is niet aantoonbaar gevolgd of gepland. De norm stelt dat bewerkstelligd dient te worden dat alle personeel training in dezen gevolgd dient te hebben (bekwaamheid, bewustzijn en training).			
<b>Oorzaakanalyse</b>		Er is voorrang gegeven aan team-coaching en begeleide intervisie omdat een aantal medewerkers onvoldoende veiligheid onderling ervoer. Er is wel hard gewerkt aan bijstelling van het continu verbeteren van het medicatiebeleid.			
<b>Correctie</b>		Er zijn twee bijeenkomsten gepland met de thema's, risico's bij medicatieveiligheid en risico's bij cocaïne en amfetamineverslaving. Zie bijlage.			
<b>Corrigerende maatregel</b>		Activiteiten/scholing Risicomanagement worden opgenomen in het opleidingsplan en kwaliteitsdoelstelling 2019 (zie bijlagen)			
<b>Verificatie effectiviteit</b>		Bijscholing Multi problematiek d.d. 14 mei 2019 inclus risico's Registratie aanwezigheid aantoonbaar Bijscholing Medicatie 11-09-2018 en februari 2019 Notulen teamoverleg d.d. 25-09-2018			

## 2.5 Auditplan volgende audit

Betreft Her-certificering met VO



### 3. Voordracht voor certificering

Scope en bedrijfsomschrijving	
Contractant (Optioneel: tevens de te certificeren entiteit)	Stichting "De Skuul", herstel ondersteunende
Vestigingsadressen	Molwerk 31- 45, 1797 SG DEN HOORN
Nevenvestigingen	Geen
Telefoonnummer	0222-319413
Emailadres(sen)	info@deskuul.nl;enonhebel@deskuul.nl
Management-vertegenwoordiger	Dhr. E. Nonhebel
Scope	Het bieden van hulp aan mensen met een verslaving.
Nace-code	87,2
Auditcriteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norm / vigerend certificatieschema: NEN-EN 15224:2017</li> <li>• Processen of documentatie van de organisatie.</li> </ul>
Scope t.o.v. de organisatie	<input checked="" type="checkbox"/> De scope omvat alle activiteiten van de organisatie;
	<input type="checkbox"/> De scope omvat een deel van de activiteiten van de organisatie;
	<input checked="" type="checkbox"/> De scope heeft betrekking op de gehele organisatie;
	<input type="checkbox"/> De scope heeft betrekking op bepaalde organisatorische eenheden.
	Toelichting:
Grootte organisatie (Effective number of personnel)	7,7 FTE
	<input type="checkbox"/> Dit is conform de actuele calculatie ten tijde van de audit;
	<input checked="" type="checkbox"/> Dit wijkt af van de actuele calculatie ten tijde van de audit en is bijgesteld.
Wijzigingen met invloed op het managementsysteem	Zie context

## 4. Conformiteit

### 4.1 Complexiteit en context (v1.2)

Complexiteit	
<input checked="" type="checkbox"/>	De complexiteit zoals vastgesteld in de intake is passend voor de organisatie.
<input type="checkbox"/>	De complexiteit zoals vastgesteld in de intake is niet passend voor de organisatie. De gevolgen hiervan zijn vastgesteld.

Context																					
Context / kwaliteitsaspecten / risico's en kansen																					
Organisatie-doelstelling en strategische richting	<p>De Skuul biedt een intensieve kleinschalige behandeling voor verslavingsproblemen. De behandeling is ambulante en de cliënten verblijven tijdens het behandeltraject op de Skuul. (Ambulante behandeling met op eigen kosten verblijfsmogelijkheden). Het onderscheidend vermogen zit in: "Het zijn en worden in wie je bent, waar de eindregie ligt bij de cliënt, zonder geprotocolleerd behandelen". Herstelgericht behandelen als basis. Er wordt voornamelijk behandeld met verblijf (97 versus 3 %).</p> <p>Kwaliteitsbeleid en toepassingsgebied zijn vastgelegd in de vorm van Kwaliteitsstatuut en Professioneel Statuut. Zowel het professioneel statuut als het kwaliteitsstatuut zijn integraal onderdeel van het Handboek Kwaliteit. Kwaliteitsonderwerpen als de inrichting van het zorgaanbod, borging van rechten van cliënten, verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar zijn uitgewerkt in het Kwaliteitsstatuut.</p> <p>Er zijn twee leefgroepen, van maximaal 8 cliënten, waar de cliënten zelfstandig gezamenlijk een huishouden voeren.</p> <p>Ontwikkelingen afgelopen jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bewogen jaar geweest</li> <li>Verbouwing van de groepsruimte, realisatie april 2019</li> <li>Kleine marges blijft constant gegeven</li> <li>September heeft vorige bestuurder definitief afscheid genomen (einde van een moeilijk traject)</li> <li>CR samenstellen blijkt lastig</li> <li>Doelgroep verandert naar steeds complexere doelgroep met ander middelengebruik met gevolgen voor behandelmethodiek, personeel, groepsamenstelling en ketenzorg.</li> <li>Overgang naar nieuwe versie 15224:2017</li> </ul>																				
Kwaliteitsaspecten	<p>De organisatie heeft de volgende kwaliteitsaspecten in ogenschouw genomen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aspect</th> <th>In ogenschouw</th> <th>Onderdeel van systeem</th> <th>Toelichting</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 geschikte correcte zorg</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</td> <td>Onderdeel jaarkalender versie 1.3 met verwijzingen naar zorgprogramma, kwaliteitsstatuut, leveringsvoorwaarden GGZ, intake procedures</td> </tr> <tr> <td>2 beschikbaarheid</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</td> <td>Idem</td> </tr> <tr> <td>3 Continuïteit van zorg</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</td> <td>Idem</td> </tr> <tr> <td>4 doeltreffendheid</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</td> <td>Idem</td> </tr> </tbody> </table>	Aspect	In ogenschouw	Onderdeel van systeem	Toelichting	1 geschikte correcte zorg	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Onderdeel jaarkalender versie 1.3 met verwijzingen naar zorgprogramma, kwaliteitsstatuut, leveringsvoorwaarden GGZ, intake procedures	2 beschikbaarheid	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem	3 Continuïteit van zorg	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem	4 doeltreffendheid	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem
Aspect	In ogenschouw	Onderdeel van systeem	Toelichting																		
1 geschikte correcte zorg	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Onderdeel jaarkalender versie 1.3 met verwijzingen naar zorgprogramma, kwaliteitsstatuut, leveringsvoorwaarden GGZ, intake procedures																		
2 beschikbaarheid	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem																		
3 Continuïteit van zorg	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem																		
4 doeltreffendheid	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem																		

Context				
	5 doelmatigheid	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem
	6 gelijkwaardigheid	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem
	7 gebaseerd op bewijs en kennis	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem
	8 gerichte zorg lichaam geest., maat., integriteit.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem
	9 betrokkenheid zorgontvanger	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem
	10 cliënt-/ patiëntveiligheid	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem
	11 tijdigheid / toegankelijkheid	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Idem
Monitoren van belanghebbenden en hun eisen en belangrijke in- en externe punten	<p>De organisatie monitort met betrekking tot belanghebbenden en de hier mee samenhangende in- en externe punten die relevant zijn binnen het toepassingsgebied van haar kwaliteitsmanagementsysteem, om de doelstelling m.b.t. beoogde resultaten te behalen de volgende informatie .</p> <p>Monitoring van belanghebbenden / in- en externe punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Samenwerking huisartsen formaliseren kan meerwaarde hebben (<b>aandachtspunt</b>)</li> <li>▪ Freelance overeenkomst ZZP, psychiater H.W.: d.d. 22-04-2018</li> <li>▪ WMO overeenkomst Den Helder, toekenning 2019-2021: extra eis facturering via Vecozo</li> <li>▪ WMO Overeenkomst Texel, toekenning 2019-2021: extra eis facturering via Vecozo</li> </ul>			
Risico's en kansen	<p>De organisatie is overgestapt van BOW-Tie methodiek naar een eigen procesmatige aanpak van risicomanagement op basis van FMEA methode, per proces per deelstap, die bottom-up wordt opgebouwd. <b>Aandachtspunt</b> is ook op beleidsniveau de methodiek risicomanagement vaststellen en structureel aantoonbaar uitvoeren.</p> <p>De organisatie heeft vastgesteld welke risico's en kansen moeten worden opgepakt en heeft daartoe de onderstaande acties gepland.</p> <p>Risico's:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Client verschijnt niet bij medische screening (1)</li> <li>• Leegstand bedden (2)</li> </ul> <p>Acties om deze risico's en kansen op te pakken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infopakket verstrekken over zorgprogramma (1)</li> <li>• Afspraak samen met cliënt maken (1)</li> <li>• Client herinneren aan afspraak huisarts (1)</li> <li>• Client aanspreken op niet verschijnen (1)</li> <li>• Aanzet plan van aanpak onderproductie d.d. 17-05-2019 (2)</li> </ul> <p>Kansen:</p>			

Context	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Naar passende hulp op Texel voor mensen met eetstoornissen” d.d.:17-05-2019 i.s.m. praktijk Wolf, inclusief actiepunten</li> </ul>

## 4.2 Auditbevindingen

Procesbeschrijving en auditbewijzen	
Leiderschap	<p>Leiderschap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leiderschap wordt vorm gegeven door: leading by example. De bestuurder is aanspreekpunt, HR-Manager, facilitair manager en manusje van alles.</li> </ul> <p>Kwaliteitsbeleid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F 5050 Kwaliteitsmanagement d.d. 01-10-2016, bijgesteld mei 2019: Borging administratieve proces</li> </ul> <p>Rollen, verantwoordelijkheden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professioneel Statuut 2016-2018, bijgesteld 2017</li> <li>• Plan van aanpak vernieuwen Functiehuis d.d. 16-05-2019</li> <li>• F5050: corrigerende maatregel d.d. 28-05-2019, functiebeschrijvingen</li> </ul>
Procesbeschrijving	<p>Procesbeschrijving is volledig uitgeschreven in de CA rapportage, afgelopen jaar zijn er aanpassingen gedaan in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intakeprocedure op basis van interne audit</li> <li>• Medicatiebeleid 2019 aangepast</li> </ul>
Auditbewijzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgprogramma Intensieve ambulante verslavingszorg , januari 2019</li> <li>• Leveringsvoorwaarden GGZ, versie 2012 (<b>aandachtspunt actualisatie</b>)</li> <li>• Intakeprocedure P1000, versie 3 d.d. 23-05-2019 met Ppi's .</li> <li>• P7000: Medicatiebeleid d.d. 15-01-2019 conform richtlijnen medicatieoverdracht in de keten</li> <li>• Privacyverklaring stichting de Skuul d.d. 27-05-2018</li> </ul>

## 4.3 Continue verbetering

Continue verbetering	
<p>Verbetering van het managementsysteem van de organisatie komt onder andere tot uiting in de voortgang van de acties die zijn voortgekomen uit voorgaande directiebeoordeling(en) en in het bewijs dat benodigde maatregelen zijn geïmplementeerd en / of analyses en evaluaties die een bijdrage hebben geleverd aan onderzoek naar kansen en mogelijkheden voor verbetering.</p>	
Status van acties uit	Actie:

voorgaande directiebeoordeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatieveiligheid verhogen</li> <li>• AVG implementeren</li> </ul> <p>Status en bewijs van resultaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatiebeleid 2019</li> <li>• Privacy beleid 2019</li> </ul>
Beslissingen en acties uit recente directiebeoordeling	<p>De meest recente directiebeoordeling heeft geresulteerd in de volgende beslissingen en acties: Kansen voor verbetering (van product/dienst en het managementsysteem):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opzet nieuw product op eetstoornissen</li> </ul> <p>De noodzaak voor wijzigingen in het kwaliteitsmanagementsysteem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassen Professioneel Statuut conform ingevuld verbetermaatregel F5050</li> </ul> <p>Behoeftte aan middelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen</li> </ul> <p>Herziening van ontwerp en ontwikkeling van processen m.b.t. nieuwe kennis en aanvullende of gewijzigde eisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitwerken zorgprogramma eetstoornissen</li> </ul>
Analyses / evaluaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risicoanalyse op processen, op deelonderwerpen op onderproductie</li> </ul>

## 4.4 Gedocumenteerde informatie

### 4.4.1. Onderhouden van gedocumenteerde informatie

Norm-element	Omschrijving	Gedocumenteerde informatie
4.2	Belanghebbenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerking huisartsen formaliseren kan meerwaarde hebben (aandachtspunt)</li> <li>• Freelance overeenkomst ZZP, psychiater H.W.: d.d. 22-04-2018</li> <li>• WMO overeenkomst Den Helder, toekenning 2019-2021: extra eis facturering via Vecozo</li> <li>• WMO Overeenkomst Texel, toekenning 2019-2021: extra eis facturering via Vecozo</li> </ul>
4.3	Toepassingsgebied van het kwaliteitsmanagementsysteem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitsmanagement 2019-2021 d.d. mei 2019, paragraaf 1</li> </ul>
5.2.2 a)	Kwaliteitsbeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitsmanagement 2019-2021 d.d. mei 2019</li> </ul>

Norm-element	Omschrijving	Gedocumenteerde informatie
6.2.1	Kwaliteitsdoelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opgenomen in kwaliteitsbeleid, SMART en op procesniveau</li> <li>Kwaliteitsmanagement 2019-2021 d.d. mei 2019</li> <li>Bijvoorbeeld; vroegtijdige uitstroom is &lt;30%, evaluatie Q4 2019 en Q2 2020</li> </ul>
4.4.	(zover nodig) Documentatie ter ondersteuning van uitvoering van processen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicatiebeleid 2019</li> <li>Handboek de Skuul 2019</li> </ul>

#### 4.4.2. Bijhouden van gedocumenteerde informatie

Norm-element	Omschrijving	Gedocumenteerde informatie
7.1.5.1	Geschiktheid van monitorings- en meetmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thermometer watertemperatuur wordt weer nieuw aangeschaft in juni 2019</li> </ul>
7.1.5.2	Herleidbaarheid van metingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logboek legionella metingen 2019, laatste meting 29-05-2019, wekelijkse cyclus</li> </ul>
7.2 d)	Competentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opleidingsplan 2018-2019 geënt op beleid</li> <li>Kalender geplande bijscholingen</li> </ul>
8.2.3.2 a)	Beoordeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliëntdossiers:130286AS-350, 070254EN-514, 080384KA-470.</li> <li>De dossiers worden digitaal beheerd</li> <li>Behandelplan in ik-vorm wordt door de cliënt samen met de regiebehandelaar wekelijks geëvalueerd en bijgesteld..</li> <li>Groepsrapportage frequent aanwezig</li> <li>Individuele rapportage blijft soms achter (zienswijze begeleider), dit is een <b>aandachtspunt</b>.</li> <li>Invul vak MDO Rapportage wordt nauwelijks gebruikt, evaluatie is weergegeven in behandelplan. De effectiviteit hiervan is een <b>aandachtspunt</b>.</li> </ul>
8.2.3.2 b)	Eventuele nieuwe eisen voor producten en diensten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geen</li> </ul>
8.3.2 j)	Ontwerp- ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet van toepassing geweest afgelopen jaar</li> </ul>
8.3.3.	Input voor ontwerp- en ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet van toepassing geweest afgelopen jaar</li> </ul>
8.3.4 f)	Beheersmaatregelen ontwerp en ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet van toepassing geweest afgelopen jaar</li> </ul>

Norm-element	Omschrijving	Gedocumenteerde informatie
8.3.5	Ontwerp en ontwikkeloutput	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet van toepassing geweest afgelopen jaar</li> </ul>
8.3.6	Wijzigingen m.b.t. ontwerp en ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet van toepassing geweest afgelopen jaar</li> </ul>
8.5.1 a)	Informatie productie en levering van diensten	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="http://www.deskuul.nl">www.deskuul.nl</a></li> <li>Leveranciersbeoordeling ZZP: Creatieve therapie d.d. 18-04-2019</li> <li>Plan van eisen nieuwe EPD d.d. 03-04-2019</li> </ul>
8.5.3	Eigendom klant of externe aanbieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet van toepassing geweest</li> </ul>
8.5.6	Wijzigingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliëntdossiers:130286AS-350, 070254EN-514, 080384KA-470.</li> <li>Behandelplan in ik-vorm wordt door de cliënt samen met de regiebehandelaar wekelijks geëvalueerd en bijgesteld.</li> </ul>
8.6	Vrijgave van producten en diensten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliëntdossiers:130286AS-350, 070254EN-514, 080384KA-470.</li> <li>Identificatie via inlogsystem op naam.</li> </ul>
8.7	Afwijkende outputs	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIC, aantal 5 afgelopen jaar. Er lijkt sprake van wat onderregistratie. Oorzaak lijkt te liggen in de 14-daagse intervisie waarin zaken die moeilijk gaan (waarschijnlijk ook MIC meldingswaardig ) al worden besproken,. <b>(Aandachtspunt)</b></li> </ul>
9.1.1.	Resultaten analyse en evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>DOC: Revisie van processen, documenten en formulieren d.d.23-05-2019</li> <li>Beëindiging contract EPD Medicore</li> </ul>
9.2.2	Bewijs auditprogramma en auditresultaten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zie hoofdstuk conclusie en samenvatting</li> </ul>
9.3.3	Resultaten directiebeoordeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zie hoofdstuk conclusie en samenvatting</li> </ul>
10,2.1 g)	Effect corrigerende maatregel patiëntendossier	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliëntdossiers:130286AS-350, 070254EN-514, 080384KA-470.</li> </ul>
10.2.2	Afwijkingen en resultaten corrigerende maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>DOC: Revisie van processen, documenten en formulieren d.d.23-05-2019</li> </ul>

## 4.5 Norm specifieke rapportage items

### Inspectiebezoeken

Inspectiebezoeken	
<input checked="" type="checkbox"/>	Er zijn geen inspectiebezoeken uitgevoerd.
<input type="checkbox"/>	Er zijn inspectiebezoeken uitgevoerd, rapport d.d. dd.mm.jj



## 5. Detailinformatie

### 5.1 Aandachtspunten voorgaande audit

Nr.	Omschrijving	Afgehandeld ja/nee
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verder implementeren/ integreren KMS in dagelijkse werkprocessen</li> </ul>	Ja
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handmatig noteren van medicatie bij binnenkomst; bewaken actualiteit, foutgevoeligheid overschrijven</li> </ul>	Ja
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhaalslag/ borgen functioneringsgesprekken en evaluatie freelancers;</li> </ul>	Ja
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuele inkoop-/ leveranciersbeoordeling</li> </ul>	Ja
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgen dat thermometer legionella meet wat deze behoort te meten</li> </ul>	Ja

### 5.2 Auditprogramma

Niveau	Toelichting	Programma certificatie-audit, 1 <sup>e</sup> controle-audit, 2 <sup>e</sup> controle-audit en hercertificatie-audit
Vestiging	Er is sprake van 1 vestiging en 1 doelgroep Er is geen sprake van multisite	Bij de hercertificatie-audit: Hoofdvestiging
		Bij de 1 <sup>e</sup> controle-audit: Hoofdvestiging
		Bij de 2 <sup>e</sup> controle-audit: Hoofdvestiging
Scope	Scope valt niet uiteen in delen.	Altijd volledig beoordelen.
Operationele afdelingen / werkvloer	Binnen de organisatie worden de volgende operationele afdelingen onderkend: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurder</li> <li>• Zorgadministratie</li> <li>• Inhoudelijke medewerkers</li> </ul>	Bij de hercertificatie-audit: Steekproeven Bij de 1 <sup>e</sup> controle-audit: Steekproeven Bij de 2 <sup>e</sup> controle-audit: Steekproeven
Ploegendienst	Er is geen sprake van ploegendienst. 's Avonds en in de weekenden is geen begeleiding aanwezig. (Enkel bereikbaarheidsdienst).	
Beleid	Zie Operationele afdelingen / werkvloer	Altijd beoordelen
Ondersteunend	Zie Operationele afdelingen / werkvloer	Steekproeven
Leidinggevend kader	Zie Operationele afdelingen / werkvloer	Altijd beoordelen
Afbreukrisico's	In- en externe ontwikkelingen	Op relevantie

Niveau	Toelichting	Programma certificatie-audit, 1 <sup>e</sup> controle-audit, 2 <sup>e</sup> controle-audit en hercertificatie-audit
Thema's		Indien aan de orde

### 5.3 Klachten

Klachten	
<input checked="" type="checkbox"/>	Bij TÜV Nederland zijn geen klachten ontvangen aangaande de organisatie.
<input type="checkbox"/>	Bij TÜV Nederland is de volgende klacht ontvangen aangaande de organisatie:

### 5.4 Significante wijzigingen

Significante wijzigingen	
<input checked="" type="checkbox"/>	De organisatie heeft sinds de voorgaande audit geen significante wijzigingen ondergaan.
<input type="checkbox"/>	De organisatie heeft sinds de voorgaande audit significante wijzigingen ondergaan:

### 5.5 Evaluatie tijdbesteding

Geplande tijdsbesteding										
Systeem	Certificatie audit					Controle audit				
	VB	VO	Audit	Rap	Totaal	VB	Audit	Rap	Totaal	
NEN-EN 15224:2017 J2	0,00	0,50	1,00	0,00	1,50	0,00	1,00	0,00	1,00	
Afwijkingen van de geplande tijdsbesteding										
<input checked="" type="checkbox"/>	De audit is conform geplande tijdsbesteding uitgevoerd.									
<input type="checkbox"/>	Er is afgeweken van de geplande tijdsbesteding vanwege:									
Afwijkingen van het auditplan										
<input checked="" type="checkbox"/>	De audit is conform het auditplan uitgevoerd									
<input type="checkbox"/>	Er is afgeweken van het auditplan vanwege:									
Geschiktheid van het auditprogramma										
<input checked="" type="checkbox"/>	Er zijn geen significante punten met gevolgen voor het auditprogramma. Het auditprogramma is nog steeds geschikt en daarom ongewijzigd.									

<input type="checkbox"/>	Het auditprogramma is aangepast vanwege:	<i>Bijvoorbeeld wijzigingen in de organisatie en/of punten binnen het auditproces zoals tijdsduur of data van de audits, controlefrequentie, competentie van het auditteam</i>
--------------------------	--	--

## 5.6 Auditee-vertegenwoordigers

De volgende personen hebben deelgenomen aan de audit:

Naam	Functie	Openings- bijeenkomst	Controle audit	Sluitings- bijeenkomst
Dhr. E. Nonhebel	Bestuurder	X	X	X
Dhr .J.W.G. Pels Rijcken	Regie behandelaar		X	

## 5.7 Logo- en certificaatgebruik

Logo- en certificaatgebruik	
<input type="checkbox"/>	Certificatielogo(s) en certificatie documenten word(t)en niet gebruikt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Certificatielogo(s) of certificatie documenten word(t)en correct gebruikt, onder meer op emailadres.
<input type="checkbox"/>	Certificatielogo(s) of certificatie documenten word(t)en niet correct gebruikt, dit is waargenomen op:
<input type="checkbox"/>	Het gebruik van het certificatielogo en/of certificatie documenten dient aangepast te worden, afgesproken is dat:

## 5.8 Gerealiseerd auditplan

Audit datum en tijden	
Audit datum	04-06-2019 t/m 04-06-2019
Audit tijden	van 09:00 tot 1700 uur

Datum	Tijd	Afdeling / Proces	Additionele informatie	LA	A
04-06-	9.00	Opening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie, afstemmen planning;</li> </ul>	X	

Datum	Tijd	Afdeling / Proces	Additionele informatie	LA	A
2019			<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaststellen doel en omvang van de audit;</li> <li>Veranderingen in de organisatie en/of systeem;</li> <li>Verificatie van het werkgebied en de tijdsbesteding t.b.v. de audit;</li> <li>Aandachtspunten bij de audit;</li> <li>Gebruik van het certificaat en het TÜV-certificatielogo.</li> </ul>		
	9.15	Kwaliteit- management Product monitoring Proces- monitoring Risico management	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventuele afwijkingen/verbeterpunten uit de vorige auditrapportage(s);</li> <li>Resultaten interne audit(s);</li> <li>Klachtenregistratie (intern/extern);</li> <li>Corrigerende en preventieve maatregelen, verbeteren;</li> <li>Beoordelen (veranderingen in de) documentatie</li> </ul>	X	
	09.45	Primaire Proces	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intake/ indicatiestelling</li> <li>Rapportages en Evaluaties</li> </ul>	X	
	10.15	Risico management	<ul style="list-style-type: none"> <li>Methodiek risicomanagement</li> <li>PRI&amp;E</li> <li>Incidentmeldingen</li> <li>Afwijkingen in het primaire proces</li> </ul>	X	
	10.30	Infrastructuur en werkomgeving		X	
	11.00	Personeel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Werving en selectie</li> <li>Inwerken</li> <li>Taaksturing</li> <li>Communicatie</li> <li>Voldoen aan bekwaamheidseisen</li> <li>Functioneringsgesprekken</li> <li>Exitgesprekken.</li> </ul>	X	
	11.30	Leveranciers en Inkoop		X	
	12.00	Pauze en administratie auditor		X	
	13.00	Directie/ management	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beleid en doelstellingen;</li> <li>Directiebeoordeling;</li> <li>Effectiviteit van het managementsysteem</li> </ul>	X	
	14.30	Terugkoppeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumé</li> <li>Afspraken vervolg</li> </ul>	X	
	15.00	Einde audit op locatie		X	

Datum	Tijd	Afdeling / Proces	Additionele informatie	LA	A
	15.00-17.00		Vorbereidingstijd eerder uitgevoerd	X	

Bezoek projecten en/of werklocaties	
<input checked="" type="checkbox"/>	Niet van toepassing vanwege de aard van de activiteiten vallend onder de scope.
<input type="checkbox"/>	Ten behoeve van de audit zijn er geen projecten of werklocaties bezocht omdat:
<input type="checkbox"/>	Ten behoeve van de procesgerichte steekproef zijn de onderstaande projecten of werklocaties bezocht:
Project-/ werklocatie	Bijzonderheden

## 6. Certificatievoorwaarden

De certificatievoorwaarden zijn vastgelegd in het "Certificatie reglement TÜV Nederland QA B.V". Een kopie van dit document kunt u vinden op de website [www.tuv.nl/nl/voorwaarden](http://www.tuv.nl/nl/voorwaarden).

TUV Nederland maakt onderscheid in een A- en B-afwijking. Voor de definitie van deze respectievelijke afwijkingen verwijzen we u naar het certificatiereglement.

---

**TÜV Nederland**

Ekkersrijt 4401  
5692 DL Son en Breugel

T: +31 (0) 499 - 339 500  
E: [info@tuv.nl](mailto:info@tuv.nl)  
W: [www.tuv.nl](http://www.tuv.nl)

TÜV®



TÜV NORD GROUP