

Stichting Alertzorg en Welzijn

SINT-OEDENRODE

rapport nummer: 36745-1

Surveillance audit

NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL)

ARNHEM, 24 mei 2022

DEKRA Audit

VERTROUWELIJK RAPPORT

Auditor / Teamleader: Amanda Oldenburger

© 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 Certification B.V. 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	6
2.1	Afspraken voor het vervolgtraject.....	6
3	Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit.....	7
3.1	Bij de audit betrokken certificaten	7
3.2	Auditprogramma	7
4	Uitvoering van de audit	9
4.1	Deelnemers	9
4.2	Informatie per proces.....	9
Bijlage A	Auditprogramma.....	11
Bijlage B	Tekortkomingen	12
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	12
B.2	Openstaande tekortkomingen	12
Bijlage C	Agenda voor de volgende audit.....	13

1 Samenvatting

DEKRA Audit heeft een audit uitgevoerd bij Stichting Alertzorg en Welzijn, SINT-OEDENRODE op 23 mei 2022.

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.

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 doelstellingen beschreven zijn in het meerjarenbeleidsplan 2021 – 2024 en periodiek gemonitord worden verwerkt in de evaluatie MJBP 2012/2022. Risico's zijn bij de risico inventarisaties voldoende in kaart gebracht en geanalyseerd. Het gaat om een kleine organisatie waarbij de lijnen kort zijn en het laagdrempelige onderlinge contact resulteert in een open cultuur en tijdens de audit geven medewerkers blijk van grote betrokkenheid. Daarnaast is de klanttevredenheid hoog. Het kwaliteitsmanagementsysteem ondersteunt de organisatie in haar bedrijfsvoering en brengt verbeteringen aan daar, waar nodig of gewenst. De PDCA cyclus wordt aantoonbaar gevolgd.

Er zijn geen openstaande tekortkomingen (voor details zie Bijlage B).

Conclusie:

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

Tijdens de audit is de conformiteit en effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Er is vastgesteld dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in het Meerjarenbeleidsplan 2021 -2024. 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.

Her certificatie wordt aanbevolen.

Documenten, registraties en waarnemingen zijn allen opgenomen in de rapportage van DEKRA Audit. Zij vormen een combinatie van geheel om de uitspraak van conformiteit te rechtvaardigen.

Hiermee zijn ook de doelstellingen van de audit gerealiseerd, zoals die in de aankondiging van de audit zijn genoemd.

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

Sterke punten:

- De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg- en ondersteuningsdoelen.
- Medewerkers tonen een open leerhouding.

2 Afspraken

2.1 Afspraken voor het vervolgtraject

De volgende audit is ingepland op 17 mei 2023.

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

Stichting Alertzorg en Welzijn - Pearl S. Buckstraat 3 SINT-OEDENRODE

Certificaat: 2248856, NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL)

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

Toepassingsgebied:

- Persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en hulp bij het huishouden aan volwassenen (18+)

Stichting Alertzorg en Welzijn Pearl S. Buckstraat 3 SINT-OEDENRODE

3.2 Auditprogramma

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

Past Performance Review

Een beoordeling van de klantorganisatie is door de auditor gemaakt. Hierbij is geconcludeerd dat, in vergelijking met de voorgaande certificatieperiode, geen significante wijzigingen zijn vastgesteld in het aantal FTE en in de reikwijdte van het certificaat. De prestaties van het managementsysteem zijn in verhouding met de vereisten uit de gehanteerde norm. Audittijd on-site zal daarom voor de komende certificatieperiode ongewijzigd zijn.

Bij deze beoordeling is gebruik gemaakt van de vorige rapporten met nummers 30933 en 30809.

Gebruik van certificaten en logo's

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

Ploegendiensten

Bij de planning van deze audit is er rekening mee gehouden dat werkzaamheden buiten de dagdienst uitgevoerd worden. De situatie is als volgt:

De organisatie werkt met ochtend-, middag- en avondroutes. Daarnaast is er een 24-uursbereikbaarheid via een bereikbaarheidsdienst. De medewerkers draaien in principe alle diensten, de registraties en overdracht vindt via het digitaal dossier plaats. De werkzaamheden tijdens alle diensten kunnen in de dag geaudit worden en zijn onderdeel van de auditagenda.

4 Uitvoering van de audit

4.1 Deelnemers

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

naam	functie	organisatie
A. Oldenburger	Lead Auditor	DEKRA Certification B.V.
M. Peeters	Leerling verzorgende IG	Stichting Alertzorg en Welzijn
J. van 't Hof	Directie	Stichting Alertzorg en Welzijn
S. van de Laar	Zorgcoördinator/Verpleegkundige	Stichting Alertzorg en Welzijn
P. Koot	Coördinerend verpleegkundige	Stichting Alertzorg en Welzijn
S. van Asperen	Kwaliteitsmanager	Stichting Alertzorg en Welzijn

4.2 Informatie per proces

Beleidscyclus/Directie

Besproken onderwerpen:

- Context van de organisatie
- Missie/visie en de vertaling naar de werkvloer
- Vormgeving beleid
- Monitoring op voortgang plannen en doelen
- Risico's en kansen
- Communicatiestructuur binnen de organisatie

Metten, analyseren en verbeteren/Kwaliteitsmanager

Besproken onderwerpen:

- Interne audits
- Planning en uitvoering van interne audits
- Registratie en verslaglegging van de interne audits
- Opvolging van maatregelen en resultaten van de interne audits
- Beheer afwijkingen (waaronder klachten en incidenten)
- Klanttevredenheid
- Planning en uitvoering van de directiebeoordeling

- Opvolging van maatregelen/acties
- Klachtenprocedure

Inkoop producten en diensten/Directie

Besproken onderwerpen zijn:

- Proces inkoop
- Leveranciersbeoordeling
- ZZP'ers

Werkomgeving en materialen/Directie

Besproken onderwerpen:

- Werkomgeving en materiaal
- BHV
- RI&E
- Onderhoud
- Rondgang

Leveren van thuiszorg/Wijkverpleegkundige

Besproken onderwerpen zijn:

- Proces aanmelding, intake, uit zorg
- Dossiervoering van meerdere cliënten
- Communicatiestructuur
- Reanimatiebeleid

Leveren van thuiszorg/Helpende/Verzorgende IG

Besproken onderwerpen zijn:

- Proces verpleging en verzorging
- Medicatieproces
- Dossiervoering van meerdere cliënten
- Meldingssysteem
- Wet Zorg en Dwang

Bijlage B Tekortkomingen

B.1 Afgesloten tekortkomingen

Er zijn geen tekortkomingen afgesloten.

B.2 Openstaande tekortkomingen

Er zijn geen openstaande tekortkomingen.

Bijlage C Agenda voor de volgende audit

In aanvulling op onderstaande informatie is in de aankondigingsemail die u van DEKRA Audit 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. 42279

dag	tijd	duur	proces met proceseigenaar en locatie
1	9:00		Opening meeting
1	9:30		Beleidscyclus/Directie
1	10:15		Meten, analyseren en verbeteren/Directie
1	11:00		Inkoop producten en diensten/Directie
1	11:15		Beheer documentatie/Directie
1	11:30		Personeelsprocessen/HR manager
1	12:30		Lunch
1	13:00		Leveren van huishoudelijke hulp/Huishoudelijk ondersteuner
1	13:30		Leveren van thuiszorg/Coördinerend verpleegkundige/zorgcoördinator
1	14:45		Leveren van thuiszorg/Helpende/Verzorgende IG
1	15:45		Werkomgeving en materialen/Directie
1	16:00		Prepare Closing Meeting
1	16:30		Closing meeting