

**Auditrapportage**

<b>Organisatie</b>	Stichting De Schavuiten
<b>Toetsingsnorm</b>	ISO 9001:2015
<b>Soort audit</b>	2e controle
<b>Auditdatum/ -data</b>	4 en 5 oktober 2018
<b>Leadauditor</b>	C. M. Boer- de Koning

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd, aan derden worden verstrekt en/of ter inzage worden gegeven, en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, in elektronische vorm of op welke andere wijze dan ook, tenzij met voorafgaande uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van TÜV Rheinland Nederland B.V.

Indien dit rapport in het kader van een opdracht aan TÜV Rheinland Nederland B.V. werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de op de opdracht van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden voor advies, onderzoeks- en certificatieopdrachten aan TÜV Rheinland Nederland B.V. en/of naar de in dat kader tussen de partijen gesloten overeenkomst.

© 2010 TÜV Rheinland Nederland B.V.

**Hoofdkantoor:**  
Westervoortsedijk 73  
6827 AV Arnhem  
Postbus 2220  
6802 CE Arnhem

**Locatie Leek:**  
Eiberkamp 10  
9351 VR Leek  
Postbus 37  
9350 AA Leek

info@nl.tuv.com  
www.tuv.com/nl  
Tel. 088 888 7 888  
Fax 088 888 7 879

TÜV Rheinland Nederland B.V. is  
als besloten vennootschap  
ingeschreven bij de Kamer van  
Koophandel onder nummer 27288788

BTW nummer: NL815820380B01  
IBAN: NL61DEUT0265155096

ALGEMENE GEGEVENS					
<b>Organisatie</b>		Stichting De Schavuiten			
<b>Adres</b>		Lage Morsweg 102			
<b>Postcode en Plaats</b>		2332 XE Leiden			
<b>Aantal locaties</b>	4	<b>Aantal FTE</b>	12	<b>Aantal Medewerkers</b>	18
<b>Toetsingsnorm</b>		ISO 9001:2015			
<b>Soort audit</b>		2e controle			
<b>Auditdatum/ -data</b>		4 en 5 oktober 2018			
<b>Projectnummer</b>		8920921			
<b>Leadauditor</b>		C. M. Boer- de Koning			
<b>Scope voor certificatie: Het bieden van verpleegkundige zorg, ondersteuning en begeleiding van het chronisch zieke kind op locatie en thuis</b>  Dit is door het audit team geaccepteerd als basis voor deze audit. Tijdens de audit is de scope van het kwaliteitsmanagementsysteem geschikt bevonden.					
<b>EAC</b>		38			
<b>Paragrafen niet van toepassing</b>		8.3 omdat de organisatie geen activiteiten uitvoert op het gebied van ontwerp en ontwikkeling			
<b>Auditplan</b>		De deelnemers namens de organisatie zijn opgenomen in het vooraf vastgestelde auditplan. Er is niet afgeweken van het vooraf vastgestelde auditplan.			
<b>Afspraken volgende audit</b>		<b>Soort audit</b>		Her certificatie	
		<b>Datum</b>		Juni 2019	
		<b>Bijzondere onderwerpen</b>		Geen	

RESULTATEN
Deze auditrapportage is gebaseerd op steekproefsgewijze toetsing van processen en informatie. De informatie die gebruikt is in de auditbevindingen is gebaseerd op waargenomen feiten. Dit is door de Leadauditor tijdens de sluitingsbijeenkomst bevestigd.
<b>Algemene indruk:</b> Kwaliteitsmanagementsysteem is volwassen, beweegt voortdurend mee met veranderingen in de organisatie. Het managementsysteem van De Schavuiten voldoet aan de eisen zoals binnen de norm beschreven en de organisatie is in staat te voldoen aan relevante wet- en regelgeving en contractuele eisen. Het managementsysteem is doeltreffend geïmplementeerd binnen de organisatie en draagt bij aan het realiseren van de doelstellingen en het doorvoeren van verbeteringen. Er is sprake van één managementsysteem voor alle locaties met processen die vergelijkbaar zijn bij de verschillende locaties, de aansturing gebeurt vanuit één hoofdkantoor. Kennispeil is bij iedere medewerker bekend en weet ermee te werken. Kwaliteit is uitgangspunt voor al het handelen binnen De Schavuiten.

SAMENVATTING BEVINDINGEN			
Kwalificatie	Nr	Eis	Bevinding
MtV	1		In het medicatiebeleid van De Schavuiten staat aangegeven dat bij toedieningen van alle medicatie het 2 paar ogen principe moet worden toegepast, wettelijk is dit niet noodzakelijk ,geldt het alleen voor bepaalde medicijn groepen
<p><b>Conclusie:</b> Op basis van de aangetoonde conformiteit geeft de leadauditor een positief advies ofwel het advies tot continuering van het certificaat.</p> <p>Op basis van de resultaten van deze audit geeft de leadauditor tevens het advies om de frequentie van de periodieke audits vast te stellen op 12 maanden. Dit advies kan op basis van resultaten van toekomstige audits worden bijgesteld met een nieuw aangepast advies van de leadauditor. Naar aanleiding van deze audit is het auditprogramma niet aangepast.</p> <p>Het advies van de leadauditor wordt getoetst door de reviewer die vervolgens de Certificatie Beslisser van TÜV Rheinland Nederland B.V. adviseert over het nemen van de formele beslissing over het al dan niet verlenen van het certificaat en de auditfrequentie.</p>			

TOELICHTING BEVINDINGEN	
<p><b>Een afwijking is het niet voldoen aan een eis</b></p> <p><b>Major: een afwijking die van invloed is op het vermogen van het managementsysteem om de beoogde resultaten te behalen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een afwijking zou als MAJOR kunnen worden aangeduid in de volgende omstandigheden: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Indien er gerede twijfel bestaat of er een doeltreffende procescontrole is ingesteld, of producten of diensten aan voorgeschreven eisen zullen voldoen.</li> <li>o Een aantal minder belangrijke afwijkingen (MINOR) die verband houden met dezelfde eis of hetzelfde probleem zou op een systeemfalen kunnen duiden en daarmee een belangrijke afwijking (MAJOR) kunnen vormen</li> </ul> </li> <li>- Binnen 7 werkdagen dienen er door de organisatie een oorzaakanalyse, specifieke correcties en corrigerende maatregelen te worden opgesteld.</li> <li>- Deze worden ingevuld op het door de leadauditor toegestuurd afwijkingenformulier. Het ingevulde formulier wordt per email opgestuurd naar de leadauditor.</li> <li>- Binnen 3 maanden moeten deze correcties en corrigerende maatregelen geïmplementeerd zijn.</li> <li>- De verificatie door de leadauditor zal tevens binnen 3 maanden plaatsvinden. U krijgt hiervan apart bericht.</li> <li>- Indien de maatregelen onvoldoende zijn leidt dit tot het niet verstrekken, het opschorten of het intrekken van het certificaat.</li> </ul>	
<p><b>Minor: Een afwijking die niet van invloed is op het vermogen van het managementsysteem om de beoogde resultaten te behalen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Binnen 7 werkdagen dienen er door de organisatie een oorzaakanalyse, specifieke correcties en corrigerende maatregelen te worden opgesteld.</li> <li>- Deze worden ingevuld op het door de leadauditor toegestuurd afwijkingenformulier. Het ingevulde formulier wordt per email opgestuurd naar de leadauditor.</li> <li>- Binnen 3 maanden moeten deze correcties en corrigerende maatregelen geïmplementeerd zijn.</li> </ul>	

- De implementatie van de correcties en de corrigerende maatregelen zal tijdens de eerstvolgende audit geverifieerd worden.

**Mogelijkheid ter Verbetering (MtV): Een bevinding welke kan worden geïdentificeerd en geregistreerd binnen het auditrapport.**

- Een MtV kan tijdens de eerstvolgende audit leiden tot een afwijking.
- De organisatie hoeft hiervoor geen oorzaakanalyse en/of corrigerende maatregelen voor te leggen aan de leadauditor.

RESULTAAT PER PARAGRAAF (ISO9001)											
Paragraaf	4.1	4.2	4.3	4.4	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3	
Inschaling*	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
Nrs afwijkingen											
Paragraaf	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Inschaling*	C	C	C	C	C	C	C	NVT	C	C	
Nrs afwijkingen											
Paragraaf	8.6	8.7	9.1	9.2	9.3	10.1	10.2	10.3			
Inschaling*	C	C	C	C	C	C	C	C			
Nrs afwijkingen											
TOELICHTING INSCHALING											
Conformiteit	Niet Beoordeeld in deze audit			AFWijking(en) geconstateerd				Niet Van Toepassing			

VERIFICATIE BEVINDINGEN VORIGE AUDIT(S)
Tijdens de vorige audit(s) zijn geen afwijkingen geconstateerd.

POSITIEVE BEVINDINGEN
De Olivijn: Aftekenlijst verantwoording tijd en verpleegkundige handelingen
Almere: Inhoud en frequentie ouderavonden worden aangepast aan de behoefte van de huidige ouders
Leiden: Pedagogisch medewerker wil voortdurend zichtbaar zijn voor de ouders
Wens van het kind staat bij iedere medewerker centraal
Directie komt steeds meer op afstand
Verpleegkundige overdracht hulpverleners

BIJLAGEN	
Bijlage 1: Auditplan	6
Bijlage 2: Registratie van waarnemingen en bevindingen	9

**GE 1: AUDITPLAN**

**AUDITDOELSTELLINGEN**

**Het doel van de audit** is vast te stellen of

- Het gedocumenteerde managementsysteem van de opdrachtgever voldoet aan de eisen zoals binnen de norm beschreven;
- Conformiteit kan worden vastgesteld aangaande de gedefinieerde processen en documentatie van het managementsysteem zoals binnen de norm beschreven;
- De organisatie in staat is te voldoen aan relevante en van toepassing zijnde wet en regelgeving (indien dit voortvloeit uit een verplichting binnen de relevante norm);
- Het gedocumenteerde managementsysteem effectief en doeltreffend is binnen de organisatie om relevante doelstellingen te realiseren;
- Mogelijkheden tot verbetering worden vastgesteld.

**N.B.**

- De organisatie stelt een ruimte beschikbaar voor overleg van de auditoren.
- Vertegenwoordiger(s) van de organisatie vergezellen de auditoren gedurende de gehele audit.
- Uiterlijk tijdens de openingsbijeenkomst worden de auditoren geïnformeerd over voor het auditteam relevante Arbo-, nood- en veiligheidsprocedures.
- Dit auditplan is de richtlijn voor de steekproef en kan naar bevind van zaken door de Leadauditor worden gewijzigd.
- Wanneer er sprake is van een auditteam, zullen de auditoren afzonderlijk optreden, behalve bij de directie.
- Zoals vastgelegd in het contract, worden alle werkdocumenten vertrouwelijk behandeld en veilig opgeslagen/opgeborgen.

4-10-18	Proces/onderwerpen (Locatie Leiden)	Auditor	Auditee (+functie)	Norm Paragraaf
09.30	<b>Openingsbijeenkomst</b> Introductie, Scope en norm inclusief wijzigingen t.o.v. de vorige audit.	CB	VOB	
09.45	<b>Directie</b> Analyses (context/stakeholders/risico's), beleid, klanttevredenheid, doelstellingen, planning, TBV's, managementreview, continue verbetering. <b>Extern geleverde processen, producten en diensten</b> Inkoopprocedures, contracten, beoordelingen en toeleveranciers.	CB	VOB	4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 5.1; 5.2; 5.3; 6.1; 6.2; 6.3; 7.3; 7.4; 8.4 9.1; 9.3; 10.3.
11.00	<b>Kwaliteit</b> Effectiviteit en beheer managementsysteem, interne audits, verbetermaatregelen, MIC- meldingen, kwaliteitsregistraties, klachten, logogebruik, relevante wet- en regelgeving.	CB	Christa en Edith	4.4; 6.2; 6.3; 7.5; 8.7; 9.1; 9.2; 10.1; 10.2; 10.3.

11.45	<b>Locatiemanagement</b> o.a. Speerpunten 2018, aansturing, klachten, inspraak ouders, controle GGD, locatiejaarplan, klanttevredenheid, MIC meldingen, bekwaam/bevoegd, legionellabeheersing.	CB	Monique en Christa	6.1; 6.2; 6.3; 7.1; 8.7; 9.1.
12.45	<b>Werklunch</b>	CB		
13.15	<b>1 pedagogisch medewerker *</b> o.a. kind dossier, privacy, dagelijkse werkzaamheden, klantgerichtheid, scholingen, communicatie met ouders, hygiëne, overlegstructuur.	CB	Michelle Kerkhof	8.1; 8.2; 8.5; 8.6; 8.7; 7.3; 7.4.
14.15	<b>1 Medewerker VP *</b> o.a. kind dossier, klantgerichtheid, scholingen, communicatie met ouders, hygiëne, overlegstructuur, protocollen, bekwaam/bevoegd.	CB	Gioconda vd Meij	8.1; 8.2; 8.5; 8.6; 8.7; 7.3; 7.4.
15.00	<b>Vaststellen bevindingen/rapportage</b>	CB		
15.30	<b>Terugkoppeling bevindingen</b> Aan de organisatie	CB	Christa, Edith en Irma	
16.00	<b>Afronden auditdag</b>	CB		

5-10-18	Proces/onderwerpen (Locatie)	Auditor	Auditee (+functie)	Norm Paragraaf
09.30	<b>Locatiemanagement Olivijn/ Audioweg</b> o.a. Speerpunten 2018, aansturing, klachten, inspraak ouders, controle GGD, locatiejaarplan, klanttevredenheid, MIC- meldingen, bekwaam/bevoegd, legionellabeheersing.	CB	Esther Vissers Team co	6.1; 6.2; 6.3; 7.1; 8.7; 9.1.
10.30	<b>1 Medewerker Olivijn *</b> o.a. kind dossier, klantgerichtheid, scholingen, communicatie met ouders, hygiëne, overlegstructuur, protocollen, bekwaam/bevoegd.	CB	Anke van Zoest Verpleegkundige	8.1; 8.2; 8.5; 8.6; 8.7; 7.3; 7.4.
11.30	<b>Veegaudit</b> o.a. lezen nagekomen stukken	CB		
12.30	<b>Werklunch</b>	CB	Esther, Edith Helga	
13.00	<b>Vaststellen bevindingen/rapportage</b>	CB		
14.00	<b>Terugkoppeling bevindingen</b> Aan de organisatie	CB	Esther, Edith Helga	
14.30	<b>Afronden auditdag</b>	CB	Esther, Edith Helga	



**BIJLAGE 2: REGISTRATIE VAN WAARNEMINGEN EN BEVINDINGEN**

NORMONDERDEEL		WAARNEMINGEN EN BEVINDINGEN
<b>4</b> 4.1 4.2 4.3 4.4	<b>Context van de organisatie</b> Context Belanghebbenden Toepassingsgebied KMS	Beleidsplan 2016-2018 bevat een volledige context en stakeholdersanalyse, waarin wensen en eisen van de interne en externe stakeholder ook zijn opgenomen. Behoeften en verwachtingen van belanghebbende zijn op diverse plaatsen in de organisatie vastgelegd. O.a. tijdens de intake, oudergesprekken en zorgplannen. Samenhang tussen processen is m.b.v. stroomdiagrammen inzichtelijk. Gezien Proces aanmelding tot uit zorg. Kennispeil: hierin staan alle processen en beleidsstukken. Algemene kind gerelateerde documenten en protocollen met zoekfunctie.
<b>5</b> 5.1 5.2 5.3 7.4	<b>Leiderschap</b> Betrokkenheid/ klantgerichtheid Beleid TVB's Communicatie	Eén van de bestuurders is verantwoordelijk voor het KMS. Op alle locaties hangen de speerpunten op het prikbord, medewerkers weten hoe zij een bijdrage moeten leveren om de resultaten te kunnen bereiken. Bestuurders ondersteunen team coördinatoren en monitoren deze op de gewenste stijl (coachend) van leidinggeven. Organogram De Schavuiten 2017
<b>6</b> 6.1 6.2 6.3	<b>Planning</b> Risico's/ kansen Doelstellingen en planning Wijzigingen	Speerpunten 2018 Schavuiten breed Speerpunten 2018 Leiden Speerpunten 2018 Almere Verwerkingsovereenkomst Bunning & Partners 29/5/18; Zilver 22/6/18 Werkplan Kalfjes 2018 Werkplan Olivijn 2018 Werkplan Almere 2018
<b>7.1</b> 7.1.3 7.1.4 7.1.5 7.5	<b>Middelen</b> Infrastructuur Omgeving Middelen monitoren/meten Gedocumenteerde informatie	Afhankelijk van de behoefte van medewerkers worden er middelen beschikbaar gesteld. Mobiele telefoon i.v.m. bereikbaarheid voor de ouders, computer, dienstauto. In KMS is een overzicht opgenomen van documenteigenaren met daarbij de evaluatiedatum, indien documenten veranderen of toegevoegd moeten worden stelt het Bestuur vast en communiceert de veranderingen. RI&E Beleidsplan Veiligheid en Gezondheid versie 2018
7.1.2 7.1.6 7.2 7.3 7.4	<b>Medewerkers</b> Personeel Kennis Competentie Bewustzijn Communicatie	Opleidingsplan 2018 De Schavuiten Aanvraagprocedure opleidingen en bijscholingen Verplicht verslagen maken of een presentatie geven van gevolgde scholingen. Medewerkers zijn druk bezig met wat is de uitstraling van de Schavuiten, hoe kunnen we zo goed mogelijk zorg bieden. Zij vragen zich continu af of het kind op de juiste plaats is Communicatieschrift De Olivijn gezien. MT notulen 10/7/18 en 18/5/17 VOB notulen 17/9/18 en 16/4/18

		<p>Notulen kindbespreking de Kalfjes 10/9/18                  Notulen teamoverleg Almere 13/3/18 + actielijst                  Overlegvormen 4-2017                  Persoonsgegevens uitwisselen voor personeel 1/18                  Persoonlijk speerpunten-actieplan medewerkers                  Planning functionerings- en beoordelingsgesprekken 2018                  Scholingsoverzicht 2018</p>
<b>8</b>	<b>Uitvoering</b>	<p>Indien wensen van ouders of de zorgvraag wijzigt, wordt er in overleg met ouders een nieuw zorgplan gemaakt                  Handleiding oudergesprekken                  Pr-richtlijnen 1-2018                  Protocol omgaan met temperamentvolle kinderen                  Nieuwsbrief 30/8/18 en 17/7/18                  Dossiers gezien van: LB geb. 9/8/16; KN geb.16/5/15;FB geb.23/2/13; TvB geb. 28/7/13; JB geb. 13/3/11 allen incl. zorgplannen, rapportages, verslagen kindbesprekingen ,verslagen oudergesprekken toestemmingslijst toediening medicatie en aftekenlijst medicatie</p>
8.1	Procesplanning	
8.2	Eisen producten en diensten	
8.5	Beheersing productie c.q. levering diensten (o.a. identificatie en naspeurbaarheid, eigendom van klanten, in stand houden, nazorg, wijzigingen)	
8.6	Vrijgave producten/diensten	
8.7	Afwijkende outputs	
<b>8.3</b>	<b>Ontwerp en ontwikkeling</b>	
8.3.2	Planning	
8.3.3	Inputs	
8.3.4	Beheersing	
8.3.5	Outputs	
8.3.6	Wijzigingen	
<b>8.4</b>	<b>Extern geleverde processen, producten en diensten</b>	Leveranciersbeoordeling: functioneren BP 13/9/18: Cateraar sept. 2018;
8.4.2	Beheersing	
8.4.3	Informatie	
<b>9</b>	<b>Evaluatie van de prestaties</b>	<p>Directieverslag 2017                  Verslagen interne audits: processen AVG, functioneren Numbers 13/9/18; werkplannen juni 2018; interne gebaren juni 2018                  Jaarplanner audits 2018                  Evaluatie ouderenquêtes 2017                  Evaluatie speerpunten Almere 2017                  Ouderenquête Almere 19/2/18</p>
9.1	Monitoren en meten	
9.1.2	Klanttevredenheid	
9.1.3	Analyse en evaluatie	
9.2	Interne audit	
9.3	Directiebeoordeling	
<b>10</b>	<b>Verbetering</b>	<p>Overzicht ouderenquêtes en MIK-meldingen jan. t/m juni 2018                  MIK-melding 9/8/18                  Kwartaaloverzicht MIK                  Voorstel omgaan met MIK en enquêteformulier jan. 2018                  Contract Geschillencommissie zorg 2018</p>
10.2	Afwijkingen	
10.2	Corrigerende maatregelen	
10.3	Continue verbetering	
<b>Logogebruik</b>		Wordt niet op documenten of website gebruikt