AUDITRAPPORT

Auditnummer: AO-030165 | Audit van: 26-08-2026 tot 02-09-2026

KLANTGEGEVENS

Klant: **Stichting Artidé Zorg**

Adres: Oude Heirbaan 7, 6286 AM, Wittem, Limburg, Nederland

AUDITDETAILS

Geauditeerde schema's	Audit criteria	Audittype(n)
HKZ Gehandicaptenzorg, versie 2015 + HKZ Algemeen organisatiedeel 4 t/m 9, versie 2015 + A1:2019	HKZ Algemeen organisatiedeel 4 t/m 9, versie 2015 + A1:2019	Hercertificatie audit
TN Algemeen		Hercertificatie audit

Lead auditor: Frans van den Berg

Deelnemers van de klant:

Janine Kleijnen-Petit, Voorzitter Raad van Bestuur / Directeur

Andrea Scheepers, Zorgmanager

Heidi Brauers, Zorgplanverantwoordelijke

AUDITTIJDEN

De audittijden zijn opgenomen in het gerealiseerde auditplan. Tezamen met het auditprogramma en het auditplan voor de volgende audit zijn deze opgenomen als bijlagen en onderdeel van dit audit rapport.

AUDITRAPPORT

Auditnummer: AO-030165 | Audit van: 26-08-2026 tot 02-09-2026

TOEPASSINGSGEBIED VAN CERTIFICERING

Scope HKZ Gehandicaptenzorg

Vestigingslocatie
Oude Heirbaan 7, 6286 AM Wittem

Organisatiegrootte (FTE / ENP)

FTE (Full Time Equivalent)
12

ENP (Effective Number of Personnel)
12

FTE actueel vs. calculatie
De grootte van de organisatie is conform de actuele calculatie ten tijde van de audit.

Eventuele toelichting
12,25 FTE.

Scope omschrijving

Scope HKZ Gehandicaptenzorg (NL)
Individuele begeleiding, dagbesteding en behandeling voor mensen met een beperking.

Scope bevindingen

Scope aanpassing?
De scope is niet aangepast tijdens de audit.

Scope passend?
De scope is passend voor de organisatie.

Omvat de scope alle activiteiten?
De scope omvat alle activiteiten van de organisatie.

Heeft de scope betrekking op de gehele organisatie?
De scope heeft betrekkking op de gehele organisatie.

AUDITRAPPORT

Auditnummer: AO-030165 | Audit van: 26-08-2026 tot 02-09-2026

BEVINDINGEN

5 Verbeterpunt

DETAILS VAN BEVINDINGEN

Bevinding nr.:	TNR-021865
Aanmaakdatum:	02-09-2026
Status:	Open
Niveau bevinding:	Verbeterpunt
Checklistitem:	3.3 Ervaringen van ketenpartners Ervaringen van ketenpartners
Bevindingen:	Het bevragen van ervaringen van ketenpartners (1x per jaar is vastgesteld) staat nog gepland voor dit jaar. Dit vormt een auditlead om volgende audit te beoordelen.

Bevinding nr.:	TNR-021877
Aanmaakdatum:	02-09-2026
Status:	Open
Niveau bevinding:	Verbeterpunt
Checklistitem:	5.5 Veiligheid medewerkers Veiligheid medewerkers
Bevindingen:	-Mede in relatie tot 7.1- Het verbeterpunt uit de voorgaande audit t.a.v. de RI&E heeft aantoon- en navolgbaar een interne opvolging gekregen, maar nog niet volledig de uiteindelijk beoogde invulling gekregen (scholing eigen medewerker-verzuim/afwezigheid). Dit vormt een auditlead om volgende audit te beoordelen.

Bevinding nr.:	TNR-021881
Aanmaakdatum:	02-09-2026
Status:	Open
Niveau bevinding:	Verbeterpunt
Checklistitem:	7.1 Bepalen van eisen voor omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen Bepalen van eisen voor omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen
Bevindingen:	Hoewel op meerdere plekken voorradig en netjes aangeduid, en hoewel ook een aparte gebruiksvoorraad pleisters, verbanden etc. voorhanden is, wordt aandacht gevraagd voor het onderhoud/ controles van de EHBO- koffers (belegd bij de BHV-instructeur, andere persoon dan voorheen); exp.12-2025 en in de koffers enkele steriele producten over datum.

AUDITRAPPORT

Auditnummer: AO-030165 | Audit van: 26-08-2026 tot 02-09-2026

Bevinding nr.:	TNR-021899
Aanmaakdatum:	02-09-2026
Status:	Open
Niveau bevinding:	Verbeterpunt
Checklistitem:	2.8 Uitvoering Uitvoering
Bevindingen:	'Niet reanimeren' is meteen zichtbaar aangeduid in het dossier in ONS. Incidenteel (1 dossier) was hier geen onderliggende verklaring aantoonbaar.

Bevinding nr.:	TNR-021900
Aanmaakdatum:	02-09-2026
Status:	Open
Niveau bevinding:	Verbeterpunt
Checklistitem:	1.2 Professioneel handelen Professioneel handelen
Bevindingen:	De organisatie maakt gebruik van de Hygiënecode voor zorginstellingen, woonvormen en Defensie uit 2023. Het betreft hier (DB) voornamelijk lunchmaaltijden, wekelijks vinden controles plaats, bespreking staat op de jaaragenda van het team geagendeerd en het onderwerp hygiëne voeding/voedselveiligheid is deels meegenomen in de algemene interne audit. Aandacht wordt gevraagd voor de borging van tenminste een jaarlijkse interne audit of voldaan wordt aan de Hygiënecode. (De laatst aantoonbare interne audit voeding stamt uit 2022). -Verbeterpunt mede in relatie tot 7.1.-

AUDITRAPPORT

Auditnummer: AO-030165 | Audit van: 26-08-2026 tot 02-09-2026

CHECKLIST

Algemene vragen

Het auditteam aanvaardt deze opdracht tot audit uitvoering in relatie tot onpartijdigheid en onafhankelijkheid.

Ja

Audit criteria:
De norm van het vigerende certificatieschema.
Processen en/of documentatie van de organisatie.

Ja

Toelichting op soort audit:

Soort audit

Enkelvoudige systeem audit.

Toelichting op eventuele significante wijzigingen:

Significante wijzigingen in de organisatie

De organisatie heeft sinds de voorgaande audit geen significante wijzigingen ondergaan.

Wel een langdurige afwezigheid/ ziekteverzuim; tijdelijke overname taken door met name directie/ management.

Toelichting op eventuele afwijkingen in de tijdsbesteding:

Audit versus geplande tijdsbesteding

De audit is conform de geplande tijdsbesteding uitgevoerd.

Toelichting op eventuele afwijking van het auditplan:

Auditplan

De audit is conform het auditplan uitgevoerd.

Toelichting op eventuele afwijking van het auditprogramma:

Auditprogramma

Er zijn geen significante punten met gevolgen voor het auditprogramma. Het auditprogramma is nog steeds geschikt en daarom ongewijzigd.

Toelichting van eventueel opvallende zaken in de voorgaande certificatieperiode en of deze zijn opgepakt door de organisatie:

Opvallende zaken in voorgaande certificatieperiode

In de voorgaande certificatieperiode zijn er geen opvallende zaken geconstateerd.

Toelichting logo- en certificaat gebruik:

Logo- en certificaatgebruik

Certificatielogo(s) en certificatie-documenten worden correct gebruikt, onder meer op:
Website; HKZ certificatie logo.

Toelichting op eventueel ontvangen klachten:

Klachten

TÜV NORD heeft geen klachten ontvangen aangaande de organisatie.

Toelichting op een eventueel ongeval / incident:

Ongeval/incident

TÜV NORD heeft geen ongevals-/incidentmelding ontvangen aangaande de organisatie.

Toelichting op een bezoek van projecten en/of werklocaties:

Projectbezoeken en/of werklocaties

Niet van toepassing vanwege de aard van de activiteiten vallend onder de scope.

N.v.t.

Gedocumenteerde informatie

De volgende dossiers / orders zijn de basis voor het invullen van de onderdelen van het auditbewijs:

Ja

De volgende dossiers van Stichting Artidé Zorg zijn de basis voor het invullen van de onderdelen van het auditbewijs:
Scope deel 1: individuele begeleiding +/- 22 cliënten (deels overlap)
101
128

Scope deel 2: dagbesteding +/- 81 cliënten (deels overlap)
Groepszorg ONS - Registratie aanwezigheid DB
101
137
39
143

Scope deel 3: behandeling +/- 23 cliënten Vnl. vanuit Wlz in onderaanneming (deels overlap)
101
137

Aanwezig in de cliëntdossiers: toekenning/-wijzing Wlz/WMO of 301 bericht, getekende zorgovereenkomst/welkomstbrief, eventuele (raam)overeenkomst, zorgplan akkoord, beeldanalyse (risico-inventarisatie); bijstellingen en evaluaties,
rapportages meer algemeen en op doelen, evaluaties (BH bij Medisch), noodprotocol, MDO, wilsverklaring tot niet-reanimeren.

Conclusie: Alle getoetste dossiers zijn uniform van opzet en compleet, voldoen aan de gestelde eisen en zijn actueel.

Conclusie

Samenvattingen

Een samenvatting van het bewijs met betrekking tot het vermogen van het managementsysteem om aan de toepasselijke eisen en verwachte resultaten te voldoen

De organisatie heeft tijdens de audit aangetoond haar kwaliteitsmanagementsysteem te gebruiken om verbeteringen door te voeren.
Op basis van onder meer de interviews, gedocumenteerde informatie, observaties en gecontroleerde dossiers kan geconstateerd worden dat de organisatie heeft aangetoond de processen te beheersen om consequent te kunnen voldoen aan de eisen voor de levering van de diensten uit de scope.

Behaalde doelen in relatie tot toepasselijke eisen:
Doelen 2025:
- Wmo aanbesteding Kerkrade is behaald > gerealiseerd DB.
- Laadpaal en een alternatief voor de palletkachel realiseren op locatie > nog lopende.
- Artidé gebruikt begrijpelijke taal voor de cliënten > merendeels gerealiseerd. Onder meer in benaming ruimtes gezien.
- In 2025 beschikt Artidé over voldoende personeel > behaald.
- De rolverdeling tussen de leidinggevenden en verantwoordelijken evalueren > omstandigheden gewijzigd door afwezigheid/verzuim; loopt door.
- ICT-proces en de digitale documentatie voldoen aan AVG en NEN-normen > gerealiseerd (voor zo ver te overzien is).

AUDITRAPPORT

Auditnummer: AO-030165 | Audit van: 26-08-2026 tot 02-09-2026

Een samenvatting van het bewijs met betrekking tot het proces van interne audits en directiebeoordeling

De effectiviteit van dit proces is gebleken uit:
Het interne auditprogramma: Teams Jaaragenda's; april RvT-RvB Interne audits.
Interne audits: Verslag 01-06-2026.
Opvolging van corrigerende maatregelen:
5-jaar verslag VIM naar een ander format.
HACCP: Aangebroken pak ijs in diepvries aangetroffen; afstemmen hoe lang iets in de vriezer mag blijven liggen.
De door interne audits geïnitieerde wijzigingen aan de processen zoals: N.v.t.

Het vertrouwen van de auditor is gebaseerd op:
De implementatie van maatregelen uit de Excel systeembeoordeling 25-09-2025.
Gedocumenteerde kansen voor verbetering:
-KH toegankelijk en gebruiksvriendelijk.
Gedocumenteerde noodzaak voor wijzigingen:
-Ruimte/ aanbouw. Mede t.b.v. onderscheidend vermogen t.o.v. andere aanbieders.
Behoefte aan middelen:
-Evt. Power BI.
Opvolging acties voorgaande directiebeoordeling:
Onderdeel 4 Conclusie: Deels behaald.
Niet behaald vb. Er is voldoende ruimte in het gebouw.
Behaald vb: DB in de avonduren, subsidie gerealiseerd.

	Het toepassingsgebied van certificering is passend voor de organisatie.	✓ Ja
	De complexiteit zoals vastgesteld in de intake is passend voor de organisatie.	✓ Ja
	Er zijn geen onopgeloste punten geconstateerd. 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. *Geen.*	✓ Ja

De auditdoelstelling is bereikt.

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.

Ja

Toelichting op aanbeveling managementsysteem:

Aanbeveling

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

Rubriek 1 PLAN: Afspraken over het primair proces en professioneel handelen

1.1 Primaire processen en risico-inventarisatie

Conform

Artidé 000 Kwaliteitshandboek in One Drive: 000.1 KH Processen.
Werkdocument Excel systeembeoordeling; Tabbladen KPI. Tab Overzicht processen.

1.2 Professioneel handelen

Conform

P 100.5 Proces personeel versie 4.0; o.a. Functiebeschrijvingen
Formulier 100.5 1c Opleidingsplan; VH/RH overzicht 23-10-2025.
Navolgbaar gebruik Vilans protocollen.
Bijgehouden Excel Personeelslijst en Planning.

Bevinding nr.: TNR-021900 - Verbeterpunt

1.3 Werkwijzen

Conform

Artidé 000 Kwaliteitshandboek in One Drive, actueel/bijgehouden: 000.1 KH Processen, 000.2 KH Formulieren,
000.3 KH Bijlagen.
Werkdocument Excel systeembeoordeling; Tabbladen inclusief 'monitoring', evaluaties, bevindingen.
KH 30. Medicatie.
Aantoon-/ navolgbaar gebruik Vilans protocollen.

1.4	Samenwerken *Overeenkomst 2022 - Verlengingsbrief Envida zorgthuis, 21-08-2025.* *Raamovereenkomst PGB MMM 2024.* *Overeenkomst CLZ 2024.* *Veelal verder op individueel cliëntniveau.* *Overzicht stakeholder gesprekken 2025.*	✓ Conform

Rubrie k 2 DO – Uitvoering van zorg en ondersteuning

Informatie, voorbereiding en risico-inventarisatie

2.1	Informatievoorziening aan de cliënt. Onder het begrip cliënt wordt verstaan: de afnemer van de zorg en ondersteuning van de organisatie en/of diens wettelijke vertegenwoordiger. *Website: https://www.artide.org/* *Fysieke ontvangstmap bij binnenkomst (gezien).* *Unieke cliëntendossiers onder 'Auditbewijs'.*	✓ Conform
2.2	Aanmelding *Conform 000.1 KH Processen.* *Processtap(pen) navolgbaar in unieke individuele cliëntdossiers bij Auditbewijs.*	✓ Conform
2.3	Afstemming tussen vraag en zorg- en ondersteuningsaanbod *Navolgbaar in unieke individuele cliëntdossiers ONS, bij Auditbewijs.*	✓ Conform
2.4	Zorg- en ondersteuningsovereenkomst *Unieke individuele cliëntdossiers ONS bij Auditbewijs.*	✓ Conform
2.5	Risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau *Zie unieke individuele cliëntdossiers ONS bij Auditbewijs.*	✓ Conform
2.6	Zorg- en ondersteuningsplan en afspraken *Zie unieke individuele cliëntdossiers ONS bij Auditbewijs.*	✓ Conform
2.7	Toestemming op basis van informatie/‘informed consent’ *Zie unieke individuele cliëntdossiers ONS bij Auditbewijs.*	✓ Conform

2.8	Uitvoering *Zie unieke individuele cliëntdossiers ONS bij Auditbewijs.* *Rapporteren op doelen blijft onder de aandacht.* ***Bevinding nr.: TNR-021899 - Verbeterpunt***	Conform
2.9	Coördinatie van de zorg en ondersteuning (ketenkwaliteit) *Mede afhankelijk van financieringsbron/ plaats in de keten. Navolgbaar in samenwerkingsafspraken (1.4) en cliëntdossiers bij Auditbewijs; onder meer rapportages, MDO's, evaluaties (BH onder Medisch in ONS).*	Conform
2.10	Cliëntendossier *Unieke individuele cliëntdossiers ONS bij Auditbewijs.*	Conform
2.11	Afronding van zorg en ondersteuning *Geen dossiers (met toestemming voor inzage) voorhanden momenteel.*	N/A
2.12	Meten/evalueren *Zie unieke individuele cliëntdossiers ONS bij Auditbewijs.* *O.a. kwaliteitsmonitor in ONS.*	Conform
2.13	Verbeteren (zie ook 3.4) *Unieke individuele cliëntdossiers ONS bij Auditbewijs.* *Werkdocument Excel systeembeoordeling.*	Conform

Rubrie CHECK en ACT
k 3

Check

3.1	Meting resultaten processen *Excel systeembeoordeling 25-09-2025.* *Werkdocument Excel systeembeoordeling; Tabbladen KPI.*	Conform
3.2	Ervaringen van cliënten *Excel CTO 2026.* *Samenvatting CTO 2026.*	Conform

Aanbevelingen

3.3	Ervaringen van ketenpartners *Overzicht stakeholder gesprekken 2025.* ***Bevinding nr.: TNR-021865 - Verbeterpunt***	✓ Conform
3.4	Analyse	✓ Conform
3.5	Continu verbeteren	✓ Conform

4. De organisatie en haar kwaliteitsmanagementsysteem

4.1	Het begrijpen van de organisatie en haar context *Beleidsplan en jaarverslag 2022-2026;* *2026 08 concept opzet meerjarenbeleidsplan; Beleidsplan 2027-2031.* *Formulier 350.8 1c Systeem beoordeling Excel; Tab 3 KPI-analyse Actueel (incl. SWOT).* *550.6.2 F. Projectplan Locatie toekomst Artidé, jan. 2026. Inclusief SWOT-analyse.*	✓ Conform
4.2	Het begrijpen van de behoeften en verwachtingen van klanten en stakeholders *Beleidsplan en jaarverslag 2022-2026.* *2026 08 concept opzet meerjarenbeleidsplan.* *KH 400.2 P Fin. Zorg Versie 3.0.* *Laadpaal-mails 2025.* *DUMAVA-subsidie mogelijkheid, 17-08-2026.*	✓ Conform
4.3	Beleid *Beleidsplan en jaarverslag 2022-2026;* *2026 08 concept opzet meerjarenbeleidsplan. Concept opzet Beleidsplan 2027-2031.*	✓ Conform
4.4	Processen van de organisatie *Artidé 000 Kwaliteitshandboek in One Drive. 000.1 KH Processen.* *Werkdocument Excel systeembeoordeling; Tabbladen KPI. Tab Overzicht processen.*	✓ Conform
4.5	Omgaan met risico's en mogelijkheden *Teams RvB Acties- Notulen. Acties - verbetermaatregelen. Gekoppeld aan Jaaragenda;* *Formulier 350.8 1c Systeem beoordeling Excel; Tab 3 KPI-analyse Actueel (incl. SWOT).* *Tab KPI Conclusie AF.*	✓ Conform
4.6	Leiderschap, cultuur en betrokkenheid	✓ Conform

4.7	Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen de organisatie	Conform
4.8	Het plannen van veranderingen	Conform
4.9	Kwaliteitsbeleid *Beleidsplan en jaarverslag 2022-2026;* *2026 08 concept opzet meerjarenbeleidsplan.* *Concept opzet Beleidsplan 2027-2031.* *KH 000.1 P Kwaliteitshandboek 6 Werkwijze KH/KMS* *https://www.artide.org/over-artide/* *Kwaliteitskompas uitstel aangevraagd; MT bespreking 01-06-2026.*	Conform
4.10	Het bereiken van kwaliteitsdoelen *Beleidsplan en jaarverslag 2022-2026.* *2026 08 concept opzet meerjarenbeleidsplan.* *Concept opzet Beleidsplan 2027-2031.* *Formulier 350.8 1c Systeem beoordeling Excel; Tab 3 KPI-analyse Actueel (incl. SWOT).* *Vb. Doelstellingen, concreet uitvoerig nader uitgewerkt en bijgehouden (Ontwikkeling - Doel - Actie):* *-Proactief inspelen op ontwikkelingen binnen de zorg > onderscheidende zorg aanbieden* *-Het bevorderen van participatie door binnen de bestaande dagbesteding bewust aandacht te hebben voor ontmoeting en verbinding met de omgeving.*	Conform
4.11	Afwijkingen en veilig melden *https://www.artide.org/wp-content/uploads/2025/11/2025-11-Aansluitbewijs-De-Geschillencommissie-2026-Stichting-Artide-Zorg-ZGA-1.pdf; Bewijs van aansluiting geschillencie. Zorg Algemeen 2026.* *Geen datalek (voor zo ver bekend).* *Klachten doorgaans over vervoer; 2026 Klachtenoverzicht.* *Vim overzicht 2026.* *VIM-analyse 2021 t/m 2025.* *Gevolgd; opvolging incident 15-04-2026.*	Conform
4.12	Monitoren en meten *Excel werkdocument systeembeoordeling.*	Conform
4.13	Analyse en evaluatie	Conform
4.14	Verbeteren *Excel werkdocument systeembeoordeling.*	Conform

4.15	Het KMS als middel en instrument om de organisatie te sturen en te verbeteren *KH, actueel/bijgehouden; Artidé 000 Kwaliteitshandboek in One Drive.* *Excel werkdocument systeembeoordeling.*	✓ Conform
4.16	Interne audit *Interne audits: Verslag 01-06-2026.* *Teams Jaaragenda's; april RvT-RvB Interne audits.* *KH P500 Verbeterproces versie 3.0.* *-Zie Conclusie. Samenvatting van het bewijs.-*	✓ Conform
4.17	Directiebeoordeling *Excel systeembeoordeling 25-09-2025.* *-Zie Conclusie. Samenvatting van het bewijs.-* *Werkdocument Excel systeembeoordeling.*	✓ Conform

5. Personeelsbeleid, competenties en kennis

5.1	Personeelsbeleid *CAO Gehandicaptenzorg.* *P 100.5 Proces personeel versie 4.0; o.a. actuele Functiebeschrijvingen.* *Organogram op website; https://www.artide.org/over-artide/* *Excel Personeelslijst en Planning.* *Formulier 100.5 1c Opleidingsplan; VH/RH overzicht 23-10-2025.* *BIM scholingen sept. 2026.*	✓ Conform
5.2	Competenties en kennis *Formulier 100.5 1c Opleidingsplan; VH/RH overzicht 23-10-2025.* *Excel tab KH 100.5.2 Checklist personeel* *BIM scholingen sept. 2026.* *100 Organisatieproces, P-dossiers:* *HB Verslag fg 03-12-2025.* *LS fg 01-12-2025.* *TV fg 10-12-2025.* *Dossiers verder onder meer: VOG, Verklaring functioneren vergewisplicht, diploma's, certificaten (waaronder BHV), Arbeidsovereenkomst.* *(Raam)Overeenkomsten veelal verder op individueel cliëntniveau; cliëntdossiers* *Auditbewijs. Overzicht stakeholder gesprekken 2025. Lunchoverleg behandelaren vb. 19-03-2026.*	✓ Conform
5.3	Kwaliteitsbewustzijn	✓ Conform
5.4	Nieuwe medewerkers	✓ Conform

Excel tab KH 100.5.2 Checklist personeel. Vb. dossier HB.

5.5 Veiligheid medewerkers — Conform

Meetresultaten Excel MTO september 2025.
Formulier 350.8 1c Systeem beoordeling Excel; Tab 3 KPI-analyse Actueel (incl. risico's).
Tab KPI Conclusie AF.
Verslag interne audit. Acties - Notulen RvB 08-12-2025.
08-09-025 Excel Formulier 220, RI&E en Plan van Aanpak.
Verdere RI&E aanpak; offertes RIE Specialist, Nieuwhuis Consult, scholing aangevraagd functioneringsgesprek 20-10-2025 ML. -Medewerker ziek geworden.-

Bevinding nr.: TNR-021877 - Verbeterpunt

5.6 Oordeel medewerkers — Conform

Zie functioneringsgesprekken 5.7.
Meetresultaten Excel MTO september 2025.
07-09-2026 nieuwe 210 Medewerkerstevredenheid.

5.7 Functionerings- en beoordelingsgesprekken — Conform

Alle aanwezige medewerkers zijn ter plekke om toestemming inzage P-dossier gevraagd.
Alle functioneringsgesprekken hebben plaatsgevonden.
HB Verslag fg 03-12-2025.
LS fg 01-12-2025.
TV fg 10-12-2025.
Lunchoverleg behandelaren (externen) vb. 19-03-2026.

5.8 Analyseren — Conform

5.9 Continu verbeteren — Conform

Excel systeembeoordeling 25-09-2025.
Werkdocument Excel systeembeoordeling.

6. Actueel houden en vernieuwen van zorg- en dienstverlening

6.1 Inventariseren van ontwikkelingen — Conform

600 Beleid en ontwikkelproces.
Opzet Beleidsplan 2027-2031. Doelstellingen , concreet nader uitgewerkt (Ontwikkeling - Doel - Actie).
550.6.2 F. Projectplan Locatie toekomst Artidé, jan. 2026. Inclusief SWOT-analyse.

6.2 Analyse van ontwikkelingen — Conform

6.3	Verbeteren van zorg- en dienstverlening	Conform
6.4	Het actualiseren en verbeteren van bestaande zorg- of dienstverlening	Conform
6.5	Het invoeren van bestaande zorg- en dienstverlening die nieuw is voor de organisatie *600.2 Beleidsprojecten.* *Vb. Teamoverleg aug. 2026.* *Mails Werkgroep planning, vb. 17-06-2026.*	Conform
6.6	Ontwikkelen van nieuwe zorg- of dienstverlening *600.2 Beleidsprojecten.* *550.6.2 F. Projectplan Locatie toekomst Artidé, jan. 2026. Inclusief SWOT-analyse.*	Conform

7. Omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen

7.2	Beheersing van monitorings- en meetuitrusting *Enkel Curvil thermometer bij klapper watermonsters legionella controles registraties, deels verder uitbesteed proces.* *Geen verdere harde meetmiddelen.*	Conform
7.1	Bepalen van eisen voor omgeving, infrastructuur, materiaal en middelen *Zie 5.5.* *Zie verbeterpunt bij 1.2.* *Microsoft Entra-beheercentrum > Overzicht Meervoudige verificatie per gebruiker.* *Formulier 350.8 1c Systeem beoordeling Excel; Tab 3 KPI-analyse Actueel. Tab KPI Conclusie AF.* *08-09-2025 Excel Formulier 220, RI&E en Plan van Aanpak.* *BHV Competent factuur 12-06-2024 Ontruimoefening factuur. Daarnaast in reguliere BHV-scholingen.* *Certificaat 30-06-2024 LS e-learning Zorg (haccp).* *Zorgproces Versie 4.0; 24.2 Meten - Hygiënecode 2023. Jaaragenda team.* *P300.2 beheer hygiëne en schoonmaak.* *300.1 Beheer materieel; 2026 Beheer en Leverancierslijst. Materieel logboek en onderhoud. Steekproeven;* *Rondgang pand: Stickering hulpmiddelen, vb. Medireva tillift 9-2026. Boormachine 11-2026 van Haltum. Vluchtrouteaanduidingen, rook- en handmelders, BMI. Stickering aangebroken kaas koelkast. Klapper watermonsters legionella controles registraties, deels verder uitbesteed, Curvil thermometer.* *Nov. 2026 e.v. controle brandblusmiddelen. Ontruimingsplannen.* ***Bevinding nr.: TNR-021881 - Verbeterpunt***	Conform

8. Inkoop en uitbesteding

8.1	Bepalen eisen voor inkoop en uitbesteding *08-09-2025 Kritieke leveranciers beoordeeld. Geen wijzigingen. Allen continuering.* *Overzicht stakeholder gesprekken 2025.* *Lunchoverleg behandelaren vb. 19-03-2026.*	✓ Conform

9. Gedocumenteerde informatie

9.1	Algemeen *Artidé 000 Kwaliteitshandboek in One Drive, o.a.:* *000.1 KH Processen* *000.2 KH Formulieren* *000.3 KH Bijlagen*	✓ Conform
9.2	Ontwikkelen en actualiseren *KH 000.1 P Kwaliteitshandboek.*	✓ Conform
9.3	Beheersing van de gedocumenteerde informatie *KH 000.1 P Kwaliteitshandboek.*	✓ Conform
	Inspectiebezoeken *Wel bezocht door zorgkantoor CZ.*	✗ Nee

CERTIFICATIEVOORWAARDEN

De certificatievoorwaarden zijn vastgelegd in het “Certificatiereglement TÜV NORD Nederland B.V”. U kunt dit document, evenals de “Algemene Voorwaarden van TÜV NORD Nederland B.V.”, vinden op de website www.tuv.nl/nl/voorwaarden.

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.

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

AUDITRAPPORT

Auditnummer: AO-030165 | Audit van: 26-08-2026 tot 02-09-2026

Het originele rapport is eigendom van TÜV NORD Nederland. Een kopie wordt digitaal verstrekt aan de klant. Conform lid 7b van de algemene voorwaarden is het de opdrachtgever uitdrukkelijk verboden de uitgebrachte rapporten en verslagen al dan niet met inschakeling van derden, te verveelvoudigen, te openbaren of te exploiteren.

TÜV NORD Nederland B.V.
Ekkersrijt 4401, Son en Breugel, 5692 DL, Nederland
Telefoon: +31 499 – 339 500