

Bureau Veritas Denmark A/S
Oldenborggade 1B, 7000 Fredericia



Det sociale tilbud:

Fonden Clemens

Audit dato:
Audit team:

5. Januar 2017
Pernille Ingrisch

Auditrapport

jvf. Foreningen Akkreditering Danmarks standarder af 2015.

Hovedefterprøvninger sker som led i det sociale tilbuds ansøgning om at blive certificeret efter Foreningen Akkreditering Danmarks standarder for sociale tilbud.

Auditorrapporter fra hovedefterprøvninger vil – efter Bureau Veritas interne kvalitetskontrol - indgå som en del af beslutningsgrundlaget, som forelægges Certificeringsnævnet, der træffer den endelige beslutning om certificering af det pågældende sociale tilbud.

Årlige besøg: Auditrapporter fra de årligebesøg vil blive genstand for Bureau Veritas interne kvalitetskontrol og kun i begrænset omfang blive forelagt Certificeringsnævnet,

Generelle oplysninger

Objektive vidnesbyrd

Objektive vidnesbyrd på afvigelser, skal fremgå af de vedlagte afvigelsesrapporter i bilagsmaterialet til denne auditrapport.

Auditteamet bedes notere, hvor mange af følgende objektive vidnesbyrd der er kategoriseret som henholdsvis *større* afvigelser og *mindre* afvigelser i forbindelse med audit:

Antal:	
Større afvigelser:	1
Mindre afvigelser:	0
Bilag vedlagt i alt:	1

Auditoplysninger:	
Det sociale tilbud (incl. adresse):	Fonden Clemens Følfodvej 6, 4750 Lundby
Afdelinger (incl. adresser) indgået i audit:	Clemens, Sct Clemensvej 16, 4760 Vordingborg Gaarden, Kostræde Byvej 1, 4750 Lundby Butterfly, Søndersognsvej 34, 4780 Stege
Dato for audit:	5. januar 2017
Repræsentant for det sociale tilbud:	Ken Heddinge
Ledende auditor:	Pernille Ingrisch
Øvrige medlemmer af auditorteamet:	-----
Dato for fremsendt program:	19. december 2016
Evt. ændringer i programmet:	Ingen
Dato for fremsendt resume af gennemgang af kvalitetsbeskrivelsen (relevant i forbindelse med hovedefterprøvning):	22.12.2016
Hvilken tilbudsspecifikke standard/-er indgår i auditten?	Døgntilbud for Børn & Unge ADK 2013
Hvilke myndighedsgodkendelser er registreret på tilbudsportalen:	§ 66 – Godkendt på tilbudsportalen
Andre bemærkninger i forbindelse med audit (som omhandler de faktuelle oplysninger):	Afd. på Vejløvej er ikke omfattet af certificeringen
Underskrift ledende auditor: Dato: 11. Januar 2017	Pernille Ingrisch

Overordnet konklusion på auditten

Hovedefterprøvning: Dette afsnit skal indeholde en sammenfattende konklusion til Akkrediteringsnævnet.

Årlige vedligeholdelsesbesøg: dette afsnit skal indeholde en sammenfattende konklusion til Bureau Veritas interne kvalitetskontrol.

Samlet konklusion og vurdering af stedet:

Fonden Clemens er få år gammel i sin nuværende konklusion efter at have fusioneret med to andre opholdssteder. Organisatorisk opleves Clemens som en velfungerende institution med velimplementeret praksis for ledelse, kommunikation, kompetenceudvikling og videreuddannelse. Der opleves et højt fagligt niveau, veluddannede medarbejdere og implementeret praksis omkring udviklingsplaner for børn/unge. Sammenfattende opleves Fonden Clemens som et solidt, gedigent behandlingstilbud til børn og unge.

Auditor indstiller Fonden Clemens til certificering.

Om forløbet

Her gives en kortfattet beskrivelse af auditbesøgets forløb.

Hvem har deltaget i auditten:

Interviewede medarbejdere:

Navn	Titel/arbejdsområde/afdeling
Annette Riber	Butterfly, faglærer, zoneterapeut
Jens Pedersen	Clemensgaarden, pædagog
John B. Kofoed	Clemens, pædagogisk medarbejder
Camilla Laugesen	Souschef
Tine Nordstrøm	Pædagog, afd. leder, Butterfly
Michael Huge	Pædagog, afd. leder, Clemens
Mette Lassen	Pædagog, afd. leder, Clemensgaarden
Liselotte Juul	Udviklings- & behandlingsleder
Ken Heddinge	Forstander

Vi startede dagen på Følfodvej med gensidig præsentation og gennemgang af programmet. Der var ingen ændringer og programmet kunne afvikles efter planen. Midt på eftermiddagen kørte auditor til Clemens, Sct. Clemensvej 16, Vordingborg og havde interview med to unge samt en rundvisning. Der er velfungerende fysiske rammer på både Clemens og administration på Følfodvej i Lundby.

Samtidig med besøget på afd. Clemens blev der lavet interview med to unge fra afdelingen. R., 17 år gammel og indskrevet i 2 år samt S., 21 år og indskrevet 5,5 år og under udflytning. I interviewet blev berørt emner primærpædagog, ind- & udflytning, husmøder, skole- & uddannelse samt fritid.

Inden gennemførelsen af audit havde auditor modtaget kvalitetsbeskrivelsen via elektronisk platform ProcessManager (PM). Kvalitetsbeskrivelsen blev gennemgået af auditor inden audit. Der gives ros for den systematiske og enkle fremstilling på PM.

Dokumentgennemgang foregik under interview med medarbejdere og ledere. Til dokumentgennemgangen knytter der sig flg kommentarer:

Den elektroniske platform PM er ganske ny og skal anvendes fremadrettet i hele organisationen. Dokumenterne er i forbindelse med dette audit lagt ind. De fleste dokumenter er versioneret nr 1 og dateret i december 2016. Det kunne derfor se ud som om, at alt materiale er fremstillet for ganske nylig. Under audit blev det bekræftet, at der løbende bagudrettet er arbejdet med vedligeholdelse af procedurer og politikker og der er en god velimplementeret praksis på både det pædagogiske- og det ledelsesmæssige område. Der har dog ikke været systematisk praksis for versionering og datering af politikker og procedurer. Med stedets beslutning om at bruge PM til styring og håndtering af dokumenter samt formidling af revisioner til personale, er det auditors opfattelse, at der er sikret kontinuitet og dokumentation for dette i arbejdet med certificering.

Systematisk gennemgang af kriterierne

Dette afsnit indeholder en systematisk gennemgang af hvert kriterium. Auditorteamet bedes tage stilling til følgende:

- *Er kriteriet gennemgået?*
- *Hvilke relevante lovkrav er set efterlevet*
- *Er der overensstemmelse/ uoverensstemmelser mellem praksis/det beskrevne system/evt. lovkrav/ standarden?*
- *Beskrivelse af evt. uoverensstemmelse*
- *Auditorteamets anbefaling i henhold til kriteriet..*
- *Anbefalinger*
- *Eksempler på Best practice*

Den gennemgåede dokumentation skal beskrives under hvert af nedenstående punkter (dette gælder både for den Organisatoriske standard og den/de tilbudsspecifikke standarder).

Kriterium 1: Værdigrundlag

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Stedet har en beskrivelse af dets værdigrundlag. Grundlaget er senest revideret på en samlet dag for personalet i maj 2015 (Personalets definition af værdierne – 150507) ud fra cases.

På dagsordner og referater står værdigrundlaget som en fast template, således at der holdes fokus på at beslutninger træffes i overensstemmelse med værdierne. Stedet ønsker fremadrettet at have en praksis for 4 årlige intromøder for nyansatte, hvor værdierne præsenteres og diskuteres via cases (krav 1,2,3).

Ved interview med medarbejdere beskrives, "at man arbejder ikke her, hvis man ikke har ejerskab til stedets værdier." Personalet har praksis for at evaluere dagens arbejde – en undren over de pædagogiske overvejelser og beslutninger i løbet af dagen (krav 3).

Kriterium 2: Ledelse

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Fonden Clemens har indenfor de sidste år fusioneret med to andre opholdssteder samt oprettet en ny afdeling. Det er samme forstander og souschef. Under audit opleves en samlet og homogen organisation. Stedet har organiseret sig med 5 afdelinger, der dagligt ledes af afdelingsledere. Organisationsdiagram samt beskrivelse tydeliggør dette (krav 1+1a).

Stedet har en overordnet strategiplan fra 2017 - 2019 (krav 2). Stedet har planlagt lederseminar i marts 2017, hvor detailplanlægning af strategiplan skal ske. Stedet anbefales at opbygge strategiplan i forhold til standardens krav for at sikre styring, målbarhed samt operationalitet (krav 2a-e).

Stedet har en tydelig beskrivelse af sine kommunikationsveje samt med hvilket formål kommunikationen sker (Kommunikationsveje vers. 1.16.12.21).

Alle afdelinger har personalemøde hver 3. Uge. Mødet er to-delt – personalerelaterede punkter i første del og behandlingsmøde vedr. børn/unge i del. Ref. Set fra Butterfly 16.08.16 + 31.08.16, fra Clemens 29.08.16+22.09.16+10.10.16, fra Gaarden 17.05.16+31.05.16+14.06.16. Souschef og leder deltager kun efter invitation. Personalet oplever møderne som konstruktive og effektive (krav 3).

Tavshedspligtcirculære samt regler for omgang med personfølsomme oplysninger vedlægges ansættelseskontrakt og gennemgås ved ansættelsen. Souschef har ansvaret for at være opdateret og formidle til afdelingerne (krav 4).

Der arbejdes med formaliserede kontrakter vedr. indskrivning (krav 5). Indskrivningkontrakter på N, F. og L. blev fremvist. Liste over samarbejdspartnere er listet i Planner4you under det enkelte barn (krav 5a).

Der afholdes husmøder på de enkelte afdelinger. På Butterfly er det hver 3. Uge, på Gaarden hver 2. uge og på Clemens hver 2. uge. Ref. af husmøder ligger i Planner4you samt på afdelingerne. Ved besøg på Clemens kunne det ikke dokumenteres, at husmøderne afholdtes regelmæssigt ligesom seddel til dagsordenspunkter ikke hang på sin plads. Sidste ref. var fra oktober 2016. Medarbejderne på afd. Clemens bekræftede at systematikken kunne være bedre – to unge bekræftede, at "man" glemte det. Det er anbefalet, at man får husmødet lagt i faste rammer, da det understøtter de værdier i behandlingssynet, som handler om "at give barnet en stemme." ved afrapportering sidst på dagen erklærede forstander, souschef og afdelingsledere sig enige i dette (krav 6). Afd. Ledere på de to andre afdelinger tilkendegav, at man her overholdt praksis af husmøder.

Revidering af beskrivelserne fremgår af organisationens årshjul (krav 6a+7).

Kriterium 3: Kompetencer

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Stedet har besluttet, at der fremover kun ansættes uddannet personale. Der gives eksempler på at medarbejdere startede som uuddannede medarbejdere, nu er uddannede pædagoger. 1 medarbejder beskriver at han, ved MUS-samtale i november 2016, er blevet bedt om at komme med idé til yderligere kompetenceudvikling. Der er funktionsbeskrivelser på samtlige medarbejdere. Disse er vedlagt kvalitetsbeskrivelsen (krav 1).

Der er kompetenceplaner for medarbejderne. Planer for MaKr., NaSø er fremvist (krav 3).

Alle afdelinger har supervision 5-6 x årligt, ledet af psykolog. Medarbejderne udtrykker tilfredshed med formen. Der desuden planlagt løbende intern uddannelse (Oversigt over fælles undervisning 2017 vers. 1,161222). Desuden læses der fælles litteratur, som gennemgås i plenum på personalemøder. Der gives Best Practice for at lykkes med et simpelt og enkelt undervisningskoncept for medarbejderne. Medarbejderne udtrykker tilfredshed med ordningen (krav 2).

Stedet har en oversigt over de samlede medarbejderkompetencer (krav 4a) og en beskrivelse af hvordan yderligere kompetencebehov opfyldes (krav 4b).

Stedet har en oversigt af de enkelte medarbejders funktioner og ansættelsesvarighed vedlagt kvalitetsbeskrivelsen. Ved interview med medarbejdere fortalles om at den enkeltes trivsel er fast punkt på personalemøde hver 3. Uge. Der gives Best Practice for over flere år, kontinuerligt, at have holdt fast i trivselrundeordningen. I interview med ledelsen fortalles om nyt MUS-værktøj, som skal øge kvaliteten af MUS-samtaler ved at angive retning for kompetenceudvikling hos den enkelte. Stedet har fra 2018 oprettet en innovationspulje hvor 10% af foregående års overskud kan søges til interne projektmidler (krav 4c).

Udover løbende intern uddannelse, deltager stedet i Egmont Fondens projekt "Styrket Indsats", som har fokus på anbragtes unge mulighed for at få en uddannelse. Stedet er medlem af flere udvalg i LOS og er aktive i Center for miljøterapi, Desuden er der et tæt samarbejde med UCC Sjælland, som er en del af et EU-projekt omkring "unge og seksualitet" (krav 5).

Revidering af kompetencestrategien fremgår af organisationens årshjul (krav 6).

Kriterium 4: Styring af kvalitetsarbejdet

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Strategiplanen indeholder ledelsens forpligtelse til at arbejde med kvalitetsmodellen (krav1).

Fremadrettet er det stedets udviklings – og behandlingsleder, der er tovholder på kvalitetsarbejdet i samarbejde med souschef. Ansvar for formidling til medarbejdere ligger samme sted. Der indsamles erfaring på 2 årlige ledermøder og formidling til personale ligger på de interne uddannelsesdage.

(Styring af kvalitetsarbejde, vers. 1. 16.12.21. Krav 2a-c).

Stedet har udfærdiget et årshjul (Årshjul. Vers. 1. 16.12.21.) og man forpligter sig til at lave intern audit. Der har ikke været internt audit siden 2015.

Stedet har en nyetableret praksis for dokumenthåndtering i PM, beskrevet i Dokumenthåndtering, vers. 1 16.08.03 – krav 1. Kontrol og ansvar for dokumenthåndteringen ligger hos ledelsen (krav 4b). Det er alene ikke-personfølsomme oplysninger, der håndteres i PM. Alle oplysninger vedr. de unge håndteres stadig af Planner4you.

Kriterium 5: Sundhed og forebyggelse

Kriteriet er gennemgået og der er givet en major afvigelse (nr. 1).

Stedet har en beskrivelse af sin sundhedspolitik, som både tilgodeser den generelle indsats og den individuelle. Hver afdeling har eget kostbudget, og børnene/de unge er medbestemmende. Man følger sundhedsstyrelsens retningslinier. Der er fokus på at alle børn/unge får motion, hvilket bekræftedes ved interview med de unge. Der er politik for rygning, hvilket også bekræftedes af de unge. I kvalitetsbeskrivelsen er der beskrivelser af politik for alkohol og rusmidler (Sundhedspolitik vers. 1, 161221). Revidering fremgår af organisationens årshjul (krav 1a-b).

Stedet har en procedure for medicin håndtering (den kan desværre ikke navngives, da den pt. er slettet fra PM, men den er set og læst af auditor). Al udleveret medicin registreres i Planner4you. Set på N. Alle UTH registreres samme sted. Medicinopbevaring samt doseringsæsker fremvist på Clemens. Tilbuddet har fået en majorafvigelse pga. manglende procedure for egenkontrol (afv. Nr. 1). Ledelsen fortæller, at 80% af medarbejderne har medicinkursus. Dette kunne ikke dokumenteres, da medarbejderne opbevarer kursusbeviser personligt. Stedet bør fremover opbevare en kopi. Stedet har ansat en sygeplejerske til at tage hånd om den fælles politik og procedurer for medicin håndtering og egenkontrol. Dette skal ske i samarbejde med læge. Arbejdet forventes afsluttet snarest. Revidering fremgår af organisationens årshjul (krav 2a-d).

Stedet har en beskrivelse af sine beredskabsplaner i overensstemmelse med kriteriets krav.

Beredskabsplanerne ligger ligeledes på de enkelte afdelinger. Fremvist på Clemens. Evakueringsvejledning og slukningsudstyr set på Clemens. En ung fremviste rebstige på 1. Sal. Ved interview med de unge kunne de fortælle om gennemgang af brandberedskab, men det kunne ikke dokumenteres. Ligeledes kunne gennemgang af beredskabsplanerne for medarbejdere ikke dokumenteres.

Ved samtale med souschef, 20.02.17 er afklaret:

Det er praksis, at medarbejdere får udleveret en tjekliste ved ansættelse. På denne tjekliste indgår også, at man gør sig bekendt med samtlige beredskabsplaner og at man er forpligtet til at holde sig orienteret i PM omkring samme. Ligeledes gennemgås beredskabsplaner 1 x årligt – indlagt i årshjul. Dette burde have været tjekket mere indgående ved audit. Dette sker ved næste audit.

Stedet har magtanvendelser og indberetter i overensstemmelse med de nye retningslinier, der trådte i kraft 1. Januar 2017 (krav 3a-c).

Rapport fra arbejdstilsynets besøg på Butterfly 8.11.16 fremvist. Rapport fra arbejdstilsynets besøg i adm. På Følfodvej 6.7.16 med efterfølgende påbud om udfærdigelse af APV fremvist. Genbesøg med opfyldelse af handleplan 1.11.16 fremvist.

Revidering fremgår af organisationens årshjul (krav 3d).

Tilbudsspecifik standard: Døgn & Unge ADK 2013

Hvert punkt gennemgås og beskrives for alle tilbudsspecifikke standarder med tydelig markering af, hvilken tilbudsspecifik standard der er tale om og hvilket kriterie.

Kriterium 6: Målgruppe & ydelse

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Stedet har en beskrivelse af sin målgruppe vers. 1, 16.12.15 og af sine ydelser, vers. 1, 16.12.15 (krav 1+2).

Interview med medarbejdere viste en god praksisforståelse i hverdagen i overensstemmelse med det teoretiske behandlingssyn og den psykologiske forståelse af barnets udvikling, som stedet har tilsluttet sig (krav 3). Den teoretiske forståelse og viden sikres løbende ved intern undervisning og fælles læst litteratur. Medarbejderne udtrykte stor tilfredshed med den undervisningsformen (krav 4+5). Årshjul for intern undervisning i 2017 er set.

Revidering af beskrivelserne fremgår af organisationens årshjul (krav 6).

Kriterium 7: Udviklingsplaner

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Efter ønske fra auditor fremvistes to udviklingsplansforløb for barn L, indskrevet på Butterfly. Plan 1 fra 22.3.16 samt plan 2 fra 30.8.16. Herefter efterfølgende statusrapporter fra 30.3.16 og 8.11.16. Statusmøder afholdt 21.04.16 og 24.11.16. I rapporterne dokumenteredes forældrekontakt 1 x ugentl.

For barn N, indskrevet på Clemens, fremvistes plan 1 fra 23.3.16 samt plan 2 fra 19.9.16. Herefter efterfølgende statusrapporter fra 3.5.16 og 31.10.16. Statusmøder afholdt 19.5.16 og 15.11.16. Også her dokumenteredes forældrekontakt 1 x ugentl. På grund af skilsmisse - men fælles forældremyndighed - er der kontakt til begge forældre.

Begge børns udviklingsmål er fremvist i elektronisk journal (Planner4you). Udviklingsmålene er hele tiden fremhævet, således at det sikres at både barn og medarbejder arbejder på målene. Målene er blevet til i samarbejde med de unge, hvilket bekræftedes ved samtale med to unge (krav 1 + 3).

For barn F, indskrevet på Clemensgaarden, kunne ikke fremvises en udviklingsplan, tilsvarende de andre børns. Børnene på Gården er væsentlig yngre, og udviklingsplanskonceptet passer ikke helt på den målgruppe. Der arbejdes i stedet med samtaler, KAT-kasse, billeder o. a., der kan angive retning for udviklingspotentiale. Dette sker i samarbejde med anbringende myndighed. På omtalte barn er aftalt status til april 2017. De gennemførte aktiviteter, kan betragtes som en "tilpasset udviklingsplan" og fremadrettet vil stedet udvikle et koncept, som passer til de yngre børn.

Stedet gør hvad de kan for at sikre at kommunen udfærdiger den lovpligtige handleplan.

Der gives Best Practice for at lykkes med et udviklingsplanskoncept, der er implementeret, operationelt og meningsgivende for både børn og medarbejdere.

Stedet har beskrivelse af hverdagen på stedet og hvilke aktiviteter, børnene skal/kan inddrages i. Ved interview med de unge bekræftedes dette. Man deltager i forskellige aktiviteter i fritiden (sport, ridning, musik, rollespil, filmklub, skydning o. a.). Alle børn har individuelle planlagte vaske- og maddage. Alle deltager i fællesrengøring på lørdage (krav 2).

Revidering af beskrivelserne fremgår af organisationens årshjul (krav 4+5).

Kriterium 8: Ind- Og Udflytning

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Stedet har en beskrivelse af sin udflytningspolitik samt procedurer, Udflytningspolitik version 1, 161222 og af sin indflytningspolitik samt procedurer, Indflytningsprocedure vers. 1, 160929 + Indflytningspolitik vers. 1, 161221, (krav 1+2+3).

Under interview med både medarbejdere og ledelse fortaltes, at anbringende myndigheder gentagne gange ikke har en skoleplacering på plads.

Stedet har samarbejde med flere special- og behandlingsskoler, uddannelsesinstitutioner, 10. klasse centre samt børnehaver.

Revidering af beskrivelserne fremgår af organisationens årshjul (krav 4).

Stedet har en kort beskrivelse af efterværnstilbud, Udflytningspolitik version 1, 161222, (krav 5).

Kriterium 9: Sociale relationer & Selvstændighed

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Stedet har en beskrivelse af de metoder, overvejelser og aktiviteter, der danner grundlag for arbejdet med børnenes og de unges udvikling af sociale færdigheder - Sociale relationer og selvstændighed vers. 1, 161222. I udviklingsplanen er der desuden et selvstændigt punkt, der handler om fritidsforhold og venskaber.

Ved interview med både medarbejdere og unge fortaltes om et meget aktivt fritidsliv ud af huset og deltagelse i almindelige fællesskaber i klubber/foreninger (krav 1a + b). Der lægges vægt på at det enkelte barn/ung har meget forskellig opfattelse af hvad det vil sige at have venner og også meget forskellige ressourcer i forhold til at udvikle varige sociale relationer.

I udviklingsplanen er dokumentation for de individuelt tilpassede aftaler for den enkelte (krav 2a). Desuden er der for hvert barn/ung en liste over samarbejds- og netværkspersoner samt beskrevne aftalegrundlag med forældre eller forældremyndighedsindehavere (krav 2b+c).

Revidering af beskrivelserne fremgår af organisationens årshjul (krav 3).

Kriterium 10: Resultatdokumentation

Kriteriet er gennemgået og der fandtes ingen uoverensstemmelser.

Stedet har en beskrivelse af hvordan og hvorledes, der arbejdes med at dokumentere forandringer i børnenes/de unges udvikling - Resultatdokumentation vers. 1, 16.12.22.

Stedets koncept for udviklingsplanlægning er udviklet i forbindelse med deltagelse i "Hvad virker-projektet" i LOS-regi for et par siden og opleves brugbart og operationelt. Den unge er inddraget i plan og mål for egen udvikling, hvilket dokumenteres i den enkeltes udviklingsplan (krav 1+2+4). Der måles på metoder og den enkeltes indsats (både barn og medarbejder) og ikke så meget på om man når målet. Resultatet skaleres i egen udviklet skala og kan fremstilles i et edderkoppespind for bedre visuel forståelse.

Barnet/ den unges udvikling beskrives i statusrapport og fremlægges for forældre og myndighed (krav 5).

I interview med ledelse fremlægges de etiske dilemmaer i at måle på andres udvikling. Dette er også beskrevet i kvalitetsbeskrivelsen (krav 3).

Anbefalinger

Hvad kan auditorteamet give af anbefalinger, udover den ovenstående konklusion, til certificeringsordningens involverede parter:

Der er under afrapportering og i rapporten anbefalet:

Systematik og stringens omkring datering og versionering af politikker og procedurer

Udvikle metode til udviklingsplanskoncept for de yngste

Systematik omkring husmøder i afdelingerne

Strategiplanen organiseres efter standardens krav for at sikre styring, målbarhed og operationalitet

Stedet bør fremover opbevare en kopi af medarbejdernes kursusbeviser.

Eventuelt afsluttende bemærkninger

(Skriv her):

Fortsat certificering kan anbefales

Pernille Ingrisch 20. Februar 2017

Lead auditor

Underskrift og dato



Move Forward with Confidence