

Bundel - Algemeen Bestuur RAV Brabant MWN van 6 juli 2022

- 0 Opening en vaststelling quorum en agenda
- 1 Mededelingen en ingekomen stukken
- Covid-19
 - *Stand van zaken Pilot Zorgcoördinatie*
 - *Werving nieuwe directeur RAV Brabant MWN*
- 2 Conceptnotulen vorige vergadering AB RAV 1 juli 2021
- [AB22001 Voorloper conceptnotulen vorige vergadering AB RAV 1 juli 2021.docx](#)
 - [AB22001a Concept Notulen AB RAV 1 juli 2021.docx](#)
- 3 Presentatie RAV Brabant MWN
- *Introductie algemeen door Ger Jacobs*
 - *Introductie Ondernemingsraad*
- 4 Managementletter 2021
- [AB22002 Voorloper managementletter 2021.docx](#)
 - [AB22002a Managementletter 2021 RAV Brabant MWN.pdf](#)
 - [AB22002b PvA opvolging managementletter 2021.pdf](#)
- 5 Jaarstukken 2021
- [AB22003.1a Voorloper jaarstukken 2021.docx](#)
 - [AB22003.1b Accountantsverslag 2021.pdf](#)
 - [AB22003.2a Voorloper Klassenindeling WNT 2022.docx](#)
 - [AB22003.2b Klassenindeling WNT Zorg en Jeugdhulp 2022.pdf](#)
- 6 Begrotingswijziging 2022
- [AB22004 Voorloper begrotingswijziging 2022.docx](#)
 - [AB22004a Begrotingswijziging 2022.docx](#)
- 7 Begroting 2023
- [AB22005 Voorloper conceptbegroting 2023.docx](#)
- 8 Frauderisico analyse
- [AB22006 Voorloper frauderisico-analyse.docx](#)
 - [AB22006a Frauderisicoanalyse RAV Brabant MWN 2022.pdf](#)
- 9 Aanpassing Gemeenschappelijke Regeling
- [AB22007 Voorloper Aanpassing Gemeenschappelijke Regeling.docx](#)
- 10 Archief- en informatiebeheer
- [AB22008 Voorloper voortgangsverslag archief- en informatiebeheer.docx](#)
 - [AB22008a Archiefverordening RAV MWN 2022 versie 1.2.docx](#)
 - [AB22008b Verslag Archieftoezicht 2021.pdf](#)
 - [AB22008c Plan van aanpak Informatiebeheer.pdf](#)
- 11 Rondvraag en sluiting



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.001

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Conceptnotulen vorige vergadering AB RAV

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Ter vaststelling de conceptnotulen van de vorige vergadering van het Algemeen Bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord, die gehouden werd op 1 juli 2021, d.m.v. een digitaal overleg via Teams.

Beslispunten Vaststellen notulen

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen Conceptnotulen AB RAV 1 juli 2021

Besluitenlijst Algemeen Bestuur RAV Brabant MWN

Datum	01-07-2021
Tijd	14:00 - 15:30
Locatie	Digitale vergadering via Teams
Voorzitter	M. Haagh (vervangend voorzitter a.g.v. afwezigheid M. Hendrickx)
Deelnemers	Zie presentielijst

0 **Opening en vaststelling agenda**

Om 14:02 uur opent mevrouw Haagh de vergadering en heet de deelnemers welkom. Vanwege de afwezigheid van mevrouw Hendrickx vervult zij de rol van voorzitter. De agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.

1 **Mededelingen**

Covid-19

De heer Jacobs deelt mede dat het aantal Covid-gerelateerde ritten fors is gezakt, van 16 à 17% naar nog slechts 1% van het totale ritaanbod. Ziekteverzuim is inmiddels genormaliseerd. Het crisisbeleidteam blijft op waakvlamniveau monitoren.

Stand van zaken Pilot Zorgcoördinatie

Sinds 16 juni jongstleden zijn de centralisten van de HAP fysiek op de MKA in Den Bosch aanwezig om gezamenlijk met onze centralisten de triages te doen. Op deze manier wordt een spoedvraag aan de voorkant gekanaliseerd. Het is de bedoeling dat op termijn ook de GGZ aansluit. Deze pilot is één van de 10 landelijke pilots die onderzoek doet naar betere en doelmatigere zorg.

Crisis meldkamer Oost-Brabant

De heer Jacobs deelt mede dat er vanaf zaterdag 26 juni een technische storing is op de meldkamer in Den Bosch waardoor telefonie niet mogelijk is voor ambulance, politie en brandweer. Er is een fall back scenario in werking getreden met doorgeleiding naar andere meldkamers. Omdat de verstoring niet snel verholpen kon worden, werken de intakecentralisten van alle disciplines momenteel vanuit de meldkamer in Rotterdam. Uitgifte wordt wel vanuit Den Bosch gedaan. In het crisisberaad van gisteren werd gemeld dat het probleem waarschijnlijk niet in de ICT-architectuur zit en waarschijnlijk in de loop van volgende week kan worden opgelost. Omdat er relatief veel storingen zijn in het systeem van de meldkamer in Den Bosch is diepgaand onderzoek gestart.

AED-netwerk

De heer Jacobs meldt dat er een conflict is opgetreden tussen HartslagNu en een van de commerciële partijen: City-AED/Stichting platform AED Nederland. Als gevolg daarvan heeft HartslagNu besloten om aansluitingen via deze partij niet meer op te nemen in de alarmering. Er is een rechtszaak geweest waarin HartslagNu in het gelijk is gesteld. De heer Jacobs wijst de

gemeenten op het risico om met deze partij in zee te gaan. Voor advies over betrouwbare partners kan contact worden opgenomen met HartslagNu.

Rechtsvorm RAV Brabant MWN

De heer Jacobs licht toe dat dit onderwerp eigenlijk op de agenda van het AB zou staan. Vlak voor het publiceren van de agenda rees er wat onduidelijkheid doordat enkele ambtenaren de vraag stelden of het AB wel bevoegd is om hierover een besluit te nemen of dat de gemeenteraden hierover beslissen. Besloten is om hier eerst een bestuursjurist naar te laten kijken, en het onderwerp later terug te laten komen in het AB.

Werkbezoek St. Maarten

Mevrouw van der Zijden, DPG GGD West-Brabant, is met een delegatie van de RAV op werkbezoek geweest naar St. Maarten. Sinds 2014 hebben de RAV Brabant MWN en de ambulancedienst op St. Maarten een convenant, met als doel kwaliteitsverbetering te realiseren in de vorm van training en opleiden van personeel. Nu is ook een meerjarenbeleidsplan gemaakt dat ook wordt uitgerold met hulp van de RAV. Dit laatste werkbezoek was gericht op dit meerjarenplan: het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem, data-analyse en medisch beleid. Er komt een vervolgconvenant dat loopt tot en met 2025, hiermee kan een grote verbetering worden gemaakt. Mevrouw van der Zijden laat weten dat het mooi was om te zien wat er allemaal al gedaan is, en hoe goed de samenwerking is, op basis van wederzijds respect.

2 Conceptnotulen vorige vergadering AB RAV 2 juli 2020

Besluit:

Er zijn geen opmerkingen, tekstueel noch inhoudelijk, op de notulen en deze worden ongewijzigd vastgesteld met dank aan de notulist.

3 Managementletter 2020

Het AB neemt kennis van de managementletter en het plan van aanpak. Er zijn verder geen opmerkingen over.

4 Jaarstukken 2020

De jaarstukken zijn bij de vergaderstukken gevoegd, nog zonder accountantsverklaring. De heer van Tilborg, manager Financiën/Controller RAV, licht toe dat deze alsnog vandaag is afgegeven. De jaarstukken zijn nu compleet. De controle van de afrekening zorgbonus is nog niet rond, maar omdat het benodigde controleprotocol niet op korte termijn door VWS wordt afgegeven, heeft de accountant besloten toch een goedkeurende verklaring af te geven. De accountant verwacht geen aanpassingen naar aanleiding van de controle, maar mochten die er wel zijn dan wordt dat verwerkt in de jaarstukken 2021.

De heer van Steen, gemeente Heusden vraagt zich af waarom de GGD wel een goedkeurende verklaring had, van dezelfde accountant. De heer van Tilborg licht toe dat de RAV is aangemerkt als zorginstelling en de GGD niet, de GGD zijn in de voorwaarden expliciet genoemd, waarbij aangegeven is dat een andere accountantscontrole benodigd is.

Mevrouw van Aert, gemeente Loon op Zand, brengt de complimenten over voor het harde werken van de RAV tijdens de Coronacrisis, de hulpverlening is doorgegaan en fantastisch uitgevoerd. Wel uit zij haar zorgen over de stijgende trend van het overschrijdingspercentage A1-ritten. De RAV heeft al mooie interventies ondernomen, maar toch moet hier aandacht voor blijven. Zij vraagt zich af of er mogelijkheden zijn in de samenwerking met ketenpartners brandweer en politie? De heer Jacobs licht toe dat dit al gebeurt: bij een onwelwording worden niet alleen de AED-vrijwilligers maar ook politie en soms brandweer gealarmeerd, dat is al gekoppeld in het systeem. Ook licht hij toe dat intensief gerapporteerd wordt over de prestaties aan de zorgverzekeraars, die op hun beurt rapporteren aan NZa. De regio MWB is inderdaad fors verslechterd als gevolg van de Coronacrisis. Er was een hoog ziekteverzuim en veel diensten vielen uit. Hiervan te herstellen is voor MWB lastiger dan voor de regio BN, waar de personeelscapaciteit en daardoor de paraatheid zo goed als op het gewenste niveau is. BN verbetert snel nu piek van de crisis voorbij is, dit bewijst dat het gevoerde beleid effectief is.

Mevrouw Haagh, voorzitter, vraagt de heer Jacobs om de complimenten namens alle gemeenten over te brengen aan de RAV-medewerkers. Er is veel respect voor de manier waarop het werk is uitgevoerd tijdens de crisis.

Besluit:

- De jaarstukken 2020 worden ongewijzigd vastgesteld.
- Het behaalde resultaat wordt bestemd conform voorstel.
- De klassenindeling WNT wordt voor het jaar 2021 conform voorstel vastgesteld op klasse III

5 Begrotingswijziging 2021

Besluit:

De begrotingswijziging 2021 wordt ongewijzigd vastgesteld.

6 Begroting 2022

Ter vergadering wordt een overzicht getoond van de reacties van de gemeenten die tot nu toe (1 juli) ontvangen zijn. Met 25 positieve reacties is er een meerderheid waarmee de begroting kan worden vastgesteld. Veel gemeenten vragen aandacht voor de aanrijtijden in de gebieden waar deze de 12,5% overschrijdt. De heer Zopfi licht de zienswijze toe van de gemeente Zundert. Hij stelt dat al jaren dezelfde discussie speelt. De cijfers laten niet zien wat de werkelijke betekenis is. Was er achteraf bezien sprake van een levensbedreigende situatie als gevolg van de langere aanrijtijd? Wat waren de gevolgen voor de slachtoffers? Hij pleit ervoor haast te maken met de alternatieve prestatie-indicatoren.

De heer Jacobs, secretaris, licht het Actieplan Ambulancezorg van AZN toe, dat twee aspecten bevat. Ten eerste zijn er alternatieve kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, waarvan de eerste eind dit jaar worden opgeleverd. Het betreft hier aandoeningen waarvoor snel behandeling nodig is zoals dotteren of trombolysen. De norm geeft dan aan hoe snel iemand in het ziekenhuis moet zijn om deze behandeling te ondergaan. Ten tweede wordt, in samenwerking met de Inspectie, onderzocht of de urgentieclassificatie kan worden aangepast. Er worden te veel meldingen als A1 aangemerkt. De ontwikkeling van tijdsnorm naar kwalitatieve normen is

een ingewikkeld proces dat de komende jaren stapsgewijs wordt ingevoerd. De 15 minuten wordt een logistieke planningsnorm, die de basis voor de spreiding blijft. De focus komt steeds meer te liggen op kwaliteit en toegevoegde waarde voor de patiënt.

De heer Poel, gemeente St. Anthonis, deelt mede dat relatiebeheerder Caspar van den Brandt vorig jaar een goede toelichting op de cijfers heeft gegeven. Dit brengt zaken beter voor het voetlicht dan op papier, en het heeft zeker gezorgd voor een betere beeldvorming in de raad. Ger licht toe dat dit de reden is waarom relatiebeheerder is aangesteld. Caspar heeft al veel gemeenten bezocht, wat zorgt voor begrip en rust.

Mevrouw Haagh, voorzitter, benadrukt nogmaals dat de uitnodiging voor een toelichting door de heer van den Brandt openstaat, en beveelt de gemeenten van harte aan daar gebruik van te maken.

Besluit:

De begroting 2022 wordt ongewijzigd vastgesteld.

7 Meerjarenbeleidsplan 2022-2025

De heer Jacobs licht d.m.v. een korte presentatie het meerjarenbeleidsplan 2022-2025 toe. Het plan sluit perfect aan op de Houtskoolschets Acute Zorg van VWS. Terugkijkend concludeert hij dat de RAV hard gegroeid is sinds de oprichting in 2006: van 360 medewerkers naar bijna 700 medewerkers. Behalve in het Coronajaar 2020, waarin beduidend minder 112 werd gebeld, is er elk jaar productiegroei geweest. RIVM maakt elk jaar een herberekening van de benodigde paraatheid, waardoor er elk jaar meer budget beschikbaar maar ook meer personeel nodig was. Naast de productiegroei zijn er ook steeds meer wettelijke eisen en neemt de digitalisering toe, waardoor ook de ondersteunende functies fors moesten worden uitgebreid.

De heer Jacobs stelt dat er in de afgelopen jaren ontzettend veel bereikt is en stipt een aantal zaken aan:

- Pilot Zorgcoördinatie: de RAV voert 1 van de 10 landelijke pilots uit waarin de mogelijkheden onderzocht worden van samenwerking met ketenpartners zoals HAP en GGZ in intake en diagnose, waardoor de zorgvraag van de patiënt beter en effectiever beantwoord kan worden.
- Samenwerking met ziekenhuizen voor behoud personeel acute zorg, in de vorm van gezamenlijk opleiden en duobanen. Dit brengt afwisseling en ontwikkeling voor de medewerker. De RAV heeft hierover al afspraken met EZH en BRAVIS, en is in gesprek met JBZ en Amphia.
- Team Ambulance biedt informatie aan basisscholen, met een programma voor onder- en bovenbouw. Voorlichting op jonge leeftijd, met name over het bellen van 112, is erg belangrijk. Door Covid ligt Team Ambulance tijdelijk stil, maar na de zomer hopen we dit snel weer op te pakken.
- In de afgelopen jaren is op verschillende locaties goede en innovatieve huisvesting gerealiseerd, bijvoorbeeld in Breda-Zuid, waar ook kantoor- en scholingsfaciliteiten zijn.
- Als een van de eersten in Nederland hebben we zorgevaluatiebegeleiding ingevoerd, een intercollegiale intervisie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Ad random en op thema (ziektebeeld) worden

hulpverleningen geëvalueerd, in een veilige setting waar geen leidinggevende bij betrokken is. Het management krijgt alleen de macroresultaten te zien. Dit heeft al geresulteerd in betere naleving van de protocollen. Zorgevaluatie wordt nu ook bij chauffeurs uitgevoerd.

- In 2020 startten we de eigen opleiding waarin HBO-V-afgestudeerden incompany worden opgeleid tot ambulanceverpleegkundige. De opleiding is CZO-geaccrediteerd en duurt 18 maanden. De eerste studenten zijn inmiddels klaar en werken zelfstandig op de ambulance. Deze jonge, gemotiveerde groep brengt veel energie in de teams.
- Bij de pilot VSAZ (verpleegkundig specialist ambulancezorg) in het primair proces werken masteropgeleide ambulanceverpleegkundigen (zorgmasters) als soloverpleegkundige. Zij bieden meerwaarde omdat zij meer handelingen mogen uitvoeren (zoals korte narcose, echo, hechten) en recepten mogen uitschrijven. Eind dit jaar zijn zij werkzaam in de 3 grote steden van ons werkgebied. Als gevolg van de goede resultaten en de bewezen toegevoegde waarde mogen nu alle RAV's dit experiment gaan doen. De HAN doet wetenschappelijk onderzoek naar deze pilot, publicaties zullen volgen. Er is veel interesse uit hele land.
- Crisisbeheersing/BCM (Business Continuïteits Management). Enkele jaren terug is er een functionaris aangesteld die dit helemaal heeft opgezet. In de Covidcrisis is deze voorbereiding van grote waarde gebleken.
- De RAV ontwikkelde zijn eigen E-learning, er is een uitgebreide bibliotheek waar allerlei bijscholingmodules digitaal gevolgd kunnen worden.

De heer Jacobs licht de ambities rondom de patiënt toe: zorg op maat en waardecreatie. Bij de intake wordt gekeken wie de meest passende zorg kan leveren. Als de ambulance moet rijden wordt gekeken welke zorg het meest passend is. Niet alles hoeft door spoedambulances gereden, zoals dat vroeger het geval was. Er wordt momenteel gebouwd aan een divisie laag- en middelcomplex vervoer, die op termijn al het besteld vervoer (niet spoed) gaat wegrijden. Dit biedt ook mogelijkheden voor instroom en uitstroom van medewerkers. Ook is er differentiatie naar boven toe in de vorm van de zorgmaster (zie pilot VSAZ in primair proces). Deze functiedifferentiatie biedt veel mogelijkheden voor de ontwikkeling van medewerkers.

De heer Jacobs zet uiteen dat de RAV veel faciliteiten biedt voor haar medewerkers, waaronder goede huisvesting, wagenpark, opleiding, mogelijkheden tot ontwikkeling en een uitgebreid vitaliteitsprogramma. Maar we vragen van onze medewerkers dat zij hun steentje bijdragen, dat zij persoonlijk leiderschap tonen en hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Zoals eerder gezegd is ook de ondersteuning gegroeid, dit is erg belangrijk om het werk op straat op rolletjes te laten verlopen.

Na de toelichting van de heer Jacobs wordt het introductiefilmpje van het meerjarenbeleidsplan 2022-2025 getoond.

De heer Vissers, gemeente Drimmelen, stelt dat het plan er goed uitziet, maar dat er toch urgentie moet zijn voor de A1-ritten want dat is nog steeds de wettelijke norm. Hij vraagt hierbij vooral aandacht voor de landelijke gebieden, die een overschrijdingspercentage hebben boven de

12.5%. Hij pleit ervoor ook op papier deze urgentie uit te spreken vanwege de inbreng van de raden. Deze urgentie wordt in het verslag vastgelegd. Er blijft aandacht voor, zeker in de communicatie naar de raden toe en in de rapportages.

Besluit:

Het meerjarenbeleidsplan 2022-2025 wordt ongewijzigd vastgesteld.

8 Rechtmatigheid

De heer van Tilborg, manager Financiën/Controller RAV, licht toe dat recent duidelijk is geworden dat de rechtmatigheidsverantwoording verschoven wordt naar op zijn vroegst 2022.

In de formulering van het besluit is er al rekening mee gehouden dat vaststelling nu plaatsvindt, en het jaar van ingang later is.

Besluit:

Er zijn geen opmerkingen en de voorgestelde wijzigingen in de Controleverordening, Controleprotocol en de Financiële verordening, en de voorgestelde wijzigingen in het afschrijvingsbeleid per 1 januari 2021, als gevolg van de invoering van de rechtmatigheidsverantwoording worden vastgesteld.

9 Frauderisico-analyse

Besluit:

De frauderisico-analyse wordt zonder opmerkingen vastgesteld.

10 Aanpassing Gemeenschappelijke Regeling

Mevrouw Haagh, voorzitter, licht toe dat de wijziging alleen de opheffing en herverdeling van de gemeente Haaren betreft.

Besluit:

Er zijn geen opmerkingen en de gewijzigde Gemeenschappelijke Regeling (versie 6) wordt vastgesteld.

11 Voortgangsverslag informatie- en archiefbeheer

Mevrouw Haagh, voorzitter, licht toe dat dit onderwerp ook al in het bestuur van beide GGD's aan de orde is gekomen. Het archiefbeheer wordt in gezamenlijkheid verzorgd door HSC (Het Service Center). Er wordt momenteel samen met de GGD's een inhaalslag gemaakt om de zaken op orde te krijgen.

Besluit:

Er zijn geen opmerkingen over de stukken en het voortgangsverslag informatie- en archiefbeheer wordt ongewijzigd vastgesteld.

12 Rondvraag en sluiting

Mevrouw van de Wiel, gemeente Goirle, laat weten dat zij als nieuw bestuurslid erg onder de indruk is van wat ambulancezorg zoal inhoudt. Zij is blij verrast om te zien welke innovatieve projecten de RAV Brabant MWN heeft uitgevoerd.

Naar aanleiding hiervan licht mevrouw Haagh, voorzitter, toe dat de nieuwe AB-leden niet allemaal zijn voorgesteld. Naast enkele nieuwe AB-leden nam ook Therese Claassen deel als nieuwe DPG van de GGD West-Brabant. Voor Annemieke van der Zijden is dit de laatste AB-vergadering, omdat zij afscheid neemt als DPG van de GGD West Brabant. Mevrouw Haagh bedankt haar voor haar inzet in het RAV-bestuur de afgelopen jaren.

Verder bedankt zij de deelnemers van de vergadering van vandaag en wenst iedereen alvast een goede vakantie.

Besluit:

Er is verder geen inbreng voor de rondvraag en de vergadering wordt om 14:15 uur gesloten.



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.002

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Managementletter 2021

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB In september en oktober 2021 voerde onze externe accountant Verstegen ter voorbereiding op de jaarrekeningcontrole een tussentijdse evaluatie uit van de belangrijkste interne beheersingsmaatregelen. Deze controle is primair gericht op de analyse en evaluatie van de beheersingsomgeving en de daarin opgenomen maatregelen van interne controle. De interim-controle richt zich alleen op de controleomgeving die relevant is voor de jaarrekening.

Samenvattend stelt de accountant dat de interne beheersing voldoende op orde is. Bij alle onderzochte processen is sprake van een toereikende interne beheersing. Wel doet de accountant aanbevelingen ter verbetering van de interne beheersing.

In zijn rapport maakt Verstegen onderscheid tussen adviespunten ter verbetering van de interne beheersing en actiepunten voor de jaarrekening. Ten aanzien van de actiepunten is opvolging vóór aanvang van de jaarrekeningcontrole noodzakelijk.

De belangrijkste aandachtspunten voor de (administratieve) organisatie hebben onder andere betrekking op:

- Toetsing van naleving van de nationale aanbestedingswetgeving (actiepunt);
- Omdat de rechtmatigheidsverantwoording onderdeel wordt van getrouwheidsverklaring van de accountant moeten er een aantal acties ondernomen worden;
- Aanbevelingen om de frauderisicoanalyse te verbeteren (adviespunt).

We werkten de bevindingen van de accountant in de managementletter uit in een plan van aanpak (zie bijlage).

Beslispunten Kennisnemen van de managementletter 2021 en het plan van aanpak.

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen

- a. Managementletter 2021 Verstegen Accountants
- b. Plan van aanpak

Onderdeel	Actiepunten	Actie	Wie
3.2 Rechtmatigheidsverantwoording 2022	Rechtmatigheidsverantwoording wordt vanaf 2022 onderdeel van getrouwheidsverklaring van de accountant. Hiertoe moeten een aantal acties ondernomen worden voor de jaarrekening 2022: a. Actualiseren controleverordening b. Actualiseren controleprotocol c. Bepalen verantwoordings- en rapportagegrens rechtmatigheid d. Actualiseren normen- en toetsingskader e. Actualiseren intern controleplan	Wij hebben deze acties op ons vizier en zijn goed voorbereid voor de invoering van de rechtmatigheidsverantwoording. Zo is in de vergadering van 2 juli 2020 reeds het ambitieniveau ten aanzien van de rechtmatigheidsverantwoording vastgesteld. Verder zijn op de vergadering van 1 juli 2021 de financiële verordening en het controleprotocol vastgesteld. Zodra de wetswijziging geldt zullen deze verordeningen wederom beoordeeld en aangepast worden, mede ook naar aanleiding van de kadernota rechtmatigheid 2022 en zal het voorgelegd worden aan het bestuur.	Controller
4.4. Frauderisico analyse	Er worden positieve ontwikkelingen geconstateerd. Wel wordt geadviseerd om de analyse op het aspect van soft controls nog nader uit te werken en concreet te maken wat de organisatie in de praktijk al doet aan bewaking en preventie en maatregelen te benoemen waarmee inzicht wordt verkregen in de cultuur van de organisatie.	Wij zullen in 2022 een update doen van de frauderisico analyse. Verder zullen we in 2022 tijdens de interne audits een onderzoek doen om inzicht te verkrijgen in de integriteitsbeleving van de medewerkers.	Controller
5.1. Verbijzonderde interne controle	Er kan nog niet gesproken worden over een volwaardige verbijzonderde interne controle functie. Hiervoor moeten nog een aantal stappen gezet worden: a. VIC moet per proces een zichtbare risicoanalyse uitvoeren en hierbij relevante risico's onderkennen b. VIC moet procesbeschrijvingen eigen maken, deze jaarlijks actualiseren en implementatie aantonen middels lijncontroles c. VIC moet bij nieuwe processen zelf de IB in kaart brengen om risico's te identificeren d. In bijvoorbeeld werkprogramma zichtbaar maken dat alle geïdentificeerde risico's worden getoetst e. Opstellen toetsingskader rechtmatigheid	Wij zullen dit bespreken in het portefeuillehoudersoverleg met HSC omdat dit adviespunt vraagt om een structurele uitbreiding van de rol van afdeling AO/IC: processen in kaart brengen, relevante risico's onderkennen, jaarlijks actualiseren procesbeschrijvingen, toetsen risico's en opstellen kader rechtmatigheid. Ook in het licht van de rechtmatigheidsverantwoording die (onder parlementaire goedkeuring) per 2022 wordt ingevoerd.	Portefeuillehoudersoverleg HSC
5.2 Procesbeschrijvingen	Verstegen adviseert om procesbeschrijvingen jaarlijks te actualiseren. Daarnaast geeft Verstegen in overweging om de volgende aspecten mee te nemen in procesbeschrijvingen: * vervanging bij ziekte / verlof * Hoe bewaking op naleving procedure geborgd is * Hoe vaak afwijkingen blijken en hoe daarmee wordt omgegaan * Of er afwijkende (spoed)procedures zijn * Of de procedure gedurende het jaar is aangepast	Wij zullen deze aanbeveling meenemen bij het inregelen van de werkzaamheden rondom het opstellen en actualiseren van beschrijvingen van de AO/IB van processen (zie ook de toelichting onder punt 5.1).	Portefeuillehoudersoverleg HSC
5.3 Normen- en toetsingskader	Wij adviseren om het controleprotocol aan te passen en het normenkader te vertalen naar een toetsingskader en te bewaken dat het toetsingskader volledig is met alle wet- en regelgeving waaraan de RAV moet voldoen in het kader van financiële rechtmatigheid.	De rechtmatigheidsverantwoording treedt in werking per 1 januari 2022 (onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring). Naast de invoering van de rechtmatigheidsverantwoording zal er een check plaatsvinden op overige wijzigingen in de interne en externe regelgeving in 2022 en de doorwerking op het normenkader. Wijzigingen in het controleprotocol zullen tijdig met Verstegen worden afgestemd vóór de start van de jaarrekeningcontrole 2022 en door het algemeen bestuur worden vastgesteld.	Controller
5.4. Aanbestedingen - EU aanbestedingen	Spendanalyse: Wij hebben afgesproken dat wij aan de hand van de voorbereiding, toelichting en onderbouwing door de RAV, uiterlijk bij de jaarrekeningcontrole, per aanbesteding zullen toetsen of wij ons kunnen vinden in de conclusies die de RAV heeft getrokken uit de spendanalyse.	Analyse zal worden uitgevoerd voor de jaarrekeningcontrole	Controller

5.4. Aanbestedingen - aanbestedingen onder de EU-grens	De naleving van de nationale aanbestedingswetgeving dient getoetst te worden bij het uitvoeren van verbijzonderde interne controle op de kosten. Eventuele afwijkingen moeten in het accountantsverslag gerapporteerd worden.	In het MT is besloten vanwege moverende redenen te focussen op de Europese aanbestedingen. Dit kan betekenen dat er mogelijk een aantekening volgt in het accountantsverslag bij de jaarrekening maar de eerste focus ligt op EU aanbesteding. Medio 2021 heeft de aanbestedingen onder de EU grens ook de aandacht gekregen om hiermee rechtmatig te handelen. In 2022 zal hierop dan ook getoetst gaan worden bij de uitvoering van de verbijzonderde interne controle op de kosten en investeringen.	Controller
5.5. Betaalproces	Laat de controle-technische functiescheiding op de mutaties van de crediteurenstamgegevens afdwingen door het systeem, zodat mutaties pas kunnen worden doorgevoerd nadat een tweede functionaris een mutatie heeft gecontroleerd en geautoriseerd.	Het huidige boekhoudsysteem is niet in staat om een automatische controle af te dwingen waardoor er handmatige controle achteraf plaatsvindt. Het risico is laag in verband met betaaltermijnen (handmatige controle en goedkeuring door een tweede functionaris vindt iedere week plaats, eventuele onregelmatigheden kunnen dan nog worden gemitigeerd). Indien dit letterlijk zo wordt ingevoerd zal het proces niet efficiënt verlopen. Daarnaast vindt controle op mutaties in crediteuren stamgegevens plaats voordat betaling plaatsvindt. Om te borgen dat alle mutaties in crediteurenstamgegevens worden gecontroleerd vindt deze controle aan de hand van de logging van mutaties plaats	Manager HSC
5.7. Memorialen	a. Wij adviseren om in het maandelijke controlebestand middels een kolom met initialen en uitgevoerde werkzaamheden toe te voegen, zodat zichtbaar vastgelegd is wie de controle heeft uitgevoerd en welke werkzaamheden verricht zijn om tot de conclusie te komen dat de memoriaalboeking juist is. b. Memoriaalboekingen enkel via Topdesk aanleveren c. Controle memoriaal voor boeking ipv erna.	Memorialen worden sinds november enkel door de administrateurs ingevoerd. Er is dus een duidelijke functiescheiding en logging hierin, de financial controller doet hier steekproeven op, alsmede afdeling AO/IC.	Manager HSC
6.2. ICT landschap en beheersingsmaatregelen	De eindrapportage en de voortgang ten opzichte van het actieplan moet bij de start van de jaarrekeningcontrole beschikbaar zijn. Eventuele tekortkomingen ten aanzien van de betrouwbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde gegevensverwerking kunnen vervolgens dan betrokken worden bij de controlewerkzaamheden.	Eindrapportage KPMG en voortgang t.o.v. actieplan zal worden opgeleverd zodra deze beschikbaar is.	Controller
7. Vooruitblik externe verantwoording	Tijdig afronden en beschikbaar stellen VIC's	Alles wordt in het werk gesteld om de VIC's t/m Q4 op tijd te kunnen afronden en beschikbaar te stellen. Extra personeel is bij HSC ingehuurd	Manager HSC



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.003a

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Jaarstukken 2021

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Hierbij ontvangt u de jaarstukken 2021 van de RAV Brabant MWN. De jaarstukken zijn goedgekeurd door de accountant en voorzien van een accountantsverklaring.

Het voorlopig exploitatieresultaat komt uit op een positief saldo van € 489.000 ten opzichte van een begroot resultaat van € 0. De belangrijkste afwijkingen zijn hieronder beschreven.

RAV Midden- en West-Brabant

Er werd in 2021 een negatief resultaat behaald van € 337.000, terwijl er een positief resultaat van € 72.000 was begroot. Dit negatieve verschil wordt grotendeels veroorzaakt door hogere loonkosten en met name meer inhuur van uitzendkrachten. Een groot aantal leerlingen mag nog niet zelfstandig op de auto en om de paraatheid op orde te hebben is inhuur noodzakelijk. Tevens is er een hoger ziekteverzuim dan normaal. Verder waren de FLO kosten hoger dan verwacht. Daarentegen waren er hogere NZa baten, vanwege meer dekking voor de vrije-marge-regeling, overige loonkosten en paraatheiduitbreidingen. Verder waren er ook hogere overige opbrengsten, dat vooral wordt veroorzaakt doordat er meer budget vanuit het ministerie van VWS is voor FLO kosten, die hoger zijn dan begroot. Verder zijn er hogere opbrengsten vanuit detacheringen en subsidies.

RAV Brabant-Noord

Er werd in 2021 een positief resultaat behaald van € 514.000 terwijl er een negatief resultaat van € 114.000 was begroot. Dit positieve verschil wordt grotendeels veroorzaakt door hogere NZa baten vanwege een hogere bijdrage voor de paraatheid en voor overige loonkosten. Verder zijn er lagere overige personeelskosten dan begroot, vanwege minder opleidingskosten, doordat nog niet alle begrote opleidingen ingevuld zijn vanwege de Coronacrisis, met name minder regionale scholingsdagen en minder initiële opleidingskosten dan verwacht.

MKA Brabant Noord

Er is in 2021 een positief resultaat behaald van € 80.000 terwijl er een positief resultaat van € 0 was begroot. Dit positieve verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door lagere overige bedrijfskosten, vanwege minder kosten voor de pilot zorg coördinatie, die vanwege Covid-19 vertraagd is en verder minder kosten voor een planningsmodule dan verwacht.

MKA Midden- en West-Brabant

Er is in 2021 een positief resultaat geboekt van € 232.000 terwijl er een positief resultaat van € 43.000 was begroot. Dit positieve verschil wordt voornamelijk veroorzaakt doordat er minder formatie was dan begroot. De formatie stond flink onder druk, er konden te weinig vacatures ingevuld worden. In de zomer van 2021 was verder de uitval door ziekte van het personeel op de MKA in Bergen op Zoom zo groot, dat het meldkamerproces onder druk kwam te staan. Een deel van de meldingen werden tijdelijk doorgezet naar de MKA in Den Bosch, maar ook dat was op een gegeven moment niet meer voldoende. Als noodmaatregel is in augustus uitgeweken naar de MKA in Rotterdam. Onze verpleegkundig centralisten reisden tijdelijk naar Rotterdam om, in samenwerking met de centralisten aldaar, de meldingen aan te nemen. De uitgifte bleef in Bergen op Zoom. Deze noodmaatregel kon in oktober weer worden teruggedraaid. Het meldkamerproces heeft steeds doorgang kunnen vinden.

Het voorstel is om het positieve resultaat van € 489.232 als volgt te bestemmen:

- ten gunste van de Reserve Aanvaardbare Kosten € 826.487 vanuit de MKA Midden- en West-Brabant, de MKA Brabant Noord en de RAV Brabant Noord;

Kon document AB22003.1b Accountantsverslag 2021.pdf niet opnemen in de bundel

- ten laste van de Reserve Aanvaardbare Kosten € 337.255 vanuit de RAV Midden en West Brabant.

Beslispunten

- Vaststellen van de jaarstukken 2021.
- Bestemmen van het positieve resultaat conform bovenstaand voorstel.

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen

- De jaarstukken 2021 zijn op 15 april 2022 aan de gemeenteraden verzonden.
- Accountantsverslag 2021



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Klassenindeling WNT 2022

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Jaarlijks moet de klassenindeling Regeling bezoldigingsmaxima voor topfunctionarissen worden vastgesteld. De systematiek blijft hetzelfde, alleen de bedragen worden jaarlijks geïndexeerd. De klassenindeling in 2022 komt uit op klasse III, met een bezoldigingsmaximum van € 176.000. Dit zal in de jaarrekening 2022 toegepast worden.

Beslispunten Vaststellen door het AB RAV van klasse III in het kader van de klasseindeling regeling bezoldigingsmaxima voor topfunctionarissen, voor het jaar 2022

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen

1. Klassenindeling Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen Zorg en Jeugdhulp 2021

Klassenindeling regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen Zorg en Jeugdhulp 2022

Naam instelling: RAV Brabant Midden West - Noord

Totaal aantal punten: 9

Bijbehorende klasse: III

1. Kennisintensiteit --> in te vullen aan de hand van tabblad 2		punten
<input type="checkbox"/>	Opleidingsniveau middelbaar beroepsonderwijs	2
<input checked="" type="checkbox"/>	Opleidingsniveau hoger beroepsonderwijs	3
<input type="checkbox"/>	Opleidingsniveau academisch onderwijs	4
<input type="checkbox"/>	Overwegend academisch-plus niveau	5

2. Aantal taken		Punten
<input checked="" type="checkbox"/>	Alleen Zorg en/of jeugdhulp	1
<input type="checkbox"/>	Zorg en/of jeugdhulp en geneeskundige vervolgoopleidingen als bedoeld in onderdeel B, eerste lid, van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG, in ten minste één van de drie kalenderjaren voorafgaande aan het jaar waarin de beoordeling plaatsvindt	2

3. Aantal relevante financieringsbronnen --> in te vullen aan de hand van tabblad 3		Punten
<input checked="" type="checkbox"/>	1 of 2 financieringsbronnen	2
<input type="checkbox"/>	3 tot en met 6 financieringsbronnen	3

4. Omvang		Punten
<input type="checkbox"/>	a. minder dan 10 miljoen euro	1
<input type="checkbox"/>	b. tussen 10 en 50 miljoen euro	2
<input checked="" type="checkbox"/>	c. tussen 50 en 150 miljoen euro	3
<input type="checkbox"/>	d. tussen 150 en 300 miljoen euro	4
<input type="checkbox"/>	f. meer dan 300 miljoen euro	5

Totaal aantal punten	Klasse	Bezoldigingsmaximum
6-7	I	€ 120.000
8	II	€ 146.000
9	III	€ 176.000
10-11	IV	€ 199.000
12-15	V	€ 216.000



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.004

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Begrotingswijziging 2022

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Hierbij bieden wij u een geactualiseerde en budgetneutrale begrotingswijziging 2022 aan, die gebaseerd is op de werkbegroting 2022. Omdat zij niet leidt tot een hogere gemeentelijke bijdrage, is het niet verplicht om haar aan te bieden aan de raden voor het geven van een zienswijze. Tevens is opgenomen een geactualiseerd overzicht van de geplande investeringen in 2022.

Beslispunten Vaststellen van de begrotingswijziging 2022

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen Begrotingswijziging 2022

Begroting 2022 na wijziging

(x € 1.000)

	Begroting 2022	Begroting na wijzigingen 2022	Vershil
	€	€	€
Bedrijfsopbrengsten			
Opbrengsten uit tarieven	71.498	73.611	2.113
Mutatie financieringsoverschot / tekort	-	-	-
Wettelijke budget aanvaardbare kosten	71.498	73.611	2.113
overige opbrengsten	3.886	4.022	136
Som der bedrijfsopbrengsten	75.384	77.633	2.249
Bedrijfslasten			
Salarissen en sociale lasten	50.738	51.778	1.040
FLO-kosten/regeling bezwarende beroepen	2.928	3.122	194
Personeel derden	2.046	3.191	1.145
Overige personeelskosten	4.170	3.518	-652
Kapitaallasten	3.730	2.987	-743
Huisvestingskosten	2.074	2.136	62
Doorbelasting Het Service Centrum	1.631	1.661	30
Toevoeging voorzieningen	150	330	180
Overige bedrijfskosten	7.917	8.738	821
Som der bedrijfslasten	75.384	77.461	2.077
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	-	172	172
Buitengewone baten	-	-	-
Buitengewone lasten	-	-	-
Buitengewoon resultaat	-	-	-
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	-	172	172
Mutatie algemene reserve (resultaat deelnemingen)	-	-	-
Incidentele baten (mutatie reserve onderhoud pa)	258	172	-86
Incidentele lasten	-	-	-
Structurele begrotingsruimte	-258	-	258

Hieronder staan in het kort de belangrijkste verschillen tussen de begroting 2022 en de begroting 2022 na wijziging:

Baten

De *opbrengsten uit tarieven* zijn met € 2.113.000 gestegen ten opzichte van de begroting 2022. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat er vanuit NZa meer S&B middelen zijn (spreiding en beschikbaarheid personeel), vanwege een hogere loonindex van 1,87% (€ 938.000) en extra budget voor paraatheiduitbreidingen (€ 912.000). Verder zijn er meer NZa baten ter dekking van de gestegen brandstofprijzen (€ 125.000) en voor de extra huisvesting (€ 68.000). De overige (€ 70.000) wordt door diverse kleine posten veroorzaakt.

Lasten

De kosten van salarissen en sociale lasten zijn met € 1.040.000 gestegen ten opzichte van de begroting 2022. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat er meer ambulancepersoneel in dienst komt (€1.655.000) om de paraatheid op peil te houden en te brengen, vanwege meer paraatheiduitbreidingen en om op korte termijn de inhuur van uitzendkrachten te beperken. Daarnaast is er een lagere loonindex van ca 0,6%, dan waar in de begroting 2022 rekening mee gehouden was -(€ 274.000). Verder zijn er lagere kosten bij het overwerk en de onregelmatigheidstoeslag verwacht -(€ 254.000). De overige (€ -87.000) wordt door diverse kleine posten veroorzaakt.

De FLO-kosten/regeling bezwarende beroepen zijn gestegen met € 194.000 t.o.v. de begroting 2022 vanwege een snellere uitstroom van medewerkers, die gebruik maken van de regeling bezwarende beroepen. Hier staan extra inkomsten tegenover vanuit het ministerie van VWS (zie de stijging bij de overige opbrengsten).

De kosten van personeel derden nemen toe met € 1.145.000 ten opzichte van de begroting 2022. Er zijn meer uitzendkrachten nodig, om de paraatheid op orde te houden en op peil te brengen. De verwachting is dat er steeds meer ambulance personeel kan worden geworven, maar die moeten eerst nog langdurig in opleiding, zodat ze de paraatheid niet meteen kunnen versterken.

De overige personeelskosten zijn met € 652.000 gedaald ten opzichte van de begroting 2022. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door lagere opleidingskosten en met name de initiële scholing. De initiële scholing wordt voortaan meer intern verzorgd, waardoor de externe kosten veel lager worden. Verder worden er minder kosten verwacht voor werkkleding, omdat die voortaan geactiveerd worden en via de vaste activa lopen.

De kapitaallasten dalen met € 743.000 ten opzichte van de begroting 2022, voornamelijk vanwege lagere afschrijvingskosten van het wagenpark. Er worden minder wagens vervangen. Verder zijn er lagere afschrijvingskosten voor kleding, omdat die later geïnvesteerd worden dan er bij de begroting 2022 rekening mee was gehouden.

De overige bedrijfskosten zijn met € 821.000 toegenomen ten opzichte van de begroting 2022. Dit wordt naast een algemene indexering veroorzaakt door extra kosten voor nieuwe softwarepakketten en vanwege de gestegen brandstofprijzen, waardoor de brandstofkosten flink toenemen. Verder zijn er meer kosten voor verbruiksmaterialen.

Resultaat

Het begrote resultaat 2022 van de RAV Brabant Midden-West-Noord komt uit op een sluitende structurele begroting.

Investerings

Investeringsbegroting	* € 1.000	
	Begroting 2022	Begroting 2022 na wijzigingen
Gebouwen / verbouwingen/bedrijfsinstallaties	-	
Opleidingsmateriaal/automatisering	-	325
(Medisch) inventaris	350	1.525
Kleding	-	850
Wagenpark	2.890	2.224
Totaal investeringsbegroting RAV MWN	3.240	4.924

Bij de begroting 2022 was er rekening mee gehouden dat de kleding al in 2021 geïnvesteerd zou worden. Dit is uitgesteld naar 2022, dit verklaart de toename bij de begroting 2022 na wijziging. De hogere investeringen in medisch inventaris wordt veroorzaakt door de te verwachten aanschaf van beademingsmachines in 2022.

Staat van baten en lasten

(in duizenden euro's)

	Begroting 2022			Begroting na wijziging 2022		
	Lasten	Baten	Saldo	Lasten	Baten	Saldo
Ambulancezorg						
a) MKA Brabant Noord	1.992	2.018	26	1.997	2.088	91
a) MKA M.W. Brabant	2.556	2.757	201	2.627	2.785	158
b) RAV Brabant Noord	22.470	25.638	3.168	22.233	25.528	3.295
c) RAV M. W. Brabant	39.066	44.713	5.647	41.224	47.232	6.008
Subtotaal Programma	66.084	75.126	9.042	68.081	77.633	9.552
Overhead	9.301	-	-9.301	9.380	-	-9.380
Mutatie reserves	-	258	258	172	-	-172
Totaal resultaat	75.385	75.384	-	77.633	77.633	-

Begroting 2022 naar taakvelden

(in duizenden euro's)

	Begroting 2022		Begroting na wijziging 2022	
	Lasten	Baten	Lasten	Baten
0.1 Bestuur	69	0	82	0
0.10 Mutatie reserves	0	258	172	0
0.11 Resultaat van de rekening van baten en lasten	0	0	0	0
0.4 Overhead	9.301	0	9.380	0
0.5 Treasury	130	0	76	0
7.1 Volksgezondheid/Ambulancezorg	65.884	75.126	67.924	77.634
Totaal resultaat	75.384	75.384	77.634	77.634



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.005

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Begroting 2023

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB De conceptbegroting 2023 is op 15 april 2022 aan de Raden verstrekt met het verzoek uiterlijk 5 juli 2022 een reactie te geven. De begroting is kostendekkend en er is geen gemeentelijke bijdrage geleverd.

<Stukje AED nog toevoegen>

Beslispunten Vaststellen van de begroting 2023.

Gevolgen voor de gemeenten

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

- Bijlagen**
- Begroting 2023 (is op 15 april 2022 aan de gemeenten verstrekt)
 - Overzicht reacties gemeenten (wordt ter vergadering uitgereikt)



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.006

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Frauderisico analyse

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB De frauderisicoanalyse is vorig jaar vastgesteld door het Algemeen bestuur in haar vergadering van 1 juli 2021. Naar aanleiding van opmerkingen van de accountant over het document is er een update gemaakt. Het betreft hier slechts kleine aanpassingen op het aspect soft controls, over het overige is de accountant positief. Verder zullen we in het najaar tijdens de interne audits een onderzoek doen om inzicht te verkrijgen in de integriteitsbeleving van de medewerkers.

Beslispunten Vaststellen van de frauderisico analyse.

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen Frauderisico analyse

Frauderisico analyse RAV Brabant MWN

Maart 2022

Inhoud

1.	Inleiding	3
1.1	Frauderisicoanalyse	3
1.2	Doel.....	3
1.3	Werkwijze.....	4
1.4	Risico beoordeling.....	4
1.5	Conclusie.....	4
2.	Het Servicecentrum	5
2.1	Positie van Het Servicecentrum	5
3.	Frauderisico's	6
3.1	Wie fraudeert?	6
3.2	Frauderisico Personeel/HR	8
3.3	Financiën	8
3.4	Inkoop	9
3.5	Verkoop.....	10
	Bijlage I REGELING INTEGRITEIT RAV BRABANT MIDDEN-WEST-NOORD	11
	Bijlage II Een misstand melden.....	13

1. Inleiding

1.1 Frauderisicoanalyse

De frauderisicoanalyse is een middel om inzicht te verschaffen in de risico's en het bewustzijn ten aanzien van deze risico's te vergroten. Vervolgens kan de organisatie passende beheersmaatregelen nemen en deze borgen in de bedrijfsvoering.

Frauduleus handelen kan op diverse manieren gebeuren maar is vrijwel altijd terug te voeren op:

- Namens de organisatie ten onrechte geld uitgeven;
- Het mislopen van inkomsten door de organisatie;
- Het bewust onjuist vastleggen van de financiële gegevens.

Frauderisico's komen op vrijwel elk taakgebied en in vrijwel elke functie van de organisatie voor. Het is dus belangrijk om zowel de analyse als de beheersmaatregelen integraal af te stemmen en door te voeren.

Buiten de financiële schade ontstaat bij fraude vooral imago- en vertrouwensschade van de omgeving ten opzichte van de organisatie.

1.2 Doel

Deze frauderisicoanalyse is uitgevoerd om de mogelijkheden van frauduleuze handelingen door personen binnen de organisatie inzichtelijk te maken en aan te geven welke beheersmaatregelen de RAV heeft om deze risico's te verkleinen.

Bij de frauderisicoanalyse en het nemen van beheersmaatregelen moeten grenzen aangegeven worden. Enerzijds is het onmogelijk vooraf alle mogelijke vormen van frauduleus handelen te kennen laat staan te voorkomen. Anderzijds is een uitgebreide analyse en een zo volledig mogelijke set aan beheersmaatregelen een zeer kostbare zaak die leidt tot extra en soms overbodige regelgeving. Het is zoeken naar de juiste balans tussen het beoogde effect (nut en noodzaak) en de inspanningen (kosten en regelgeving) om dat effect te bereiken.

Een prioritering binnen de risicoanalyse en de beheersmaatregelen is dus van belang. De invalshoeken om tot prioritering te komen zijn:

1. het belang per taakgebied vaststellen, dit kan zowel financieel als immaterieel (imago) zijn;
2. de kwetsbaarheid van directie, management en medewerkers analyseren;
3. evenwichtigheid van effect aan maatregelen en daarmee samenhangende inspanningen/kosten.

Om misverstanden te voorkomen: deze frauderisicoanalyse geeft geen inzicht in het bestaan van fraudezaken of fraudeverdenkingen.

1.3 Werkwijze

De basis van deze frauderisicoanalyse is het in het bestuur van april 2017 vastgestelde document Frauderisicoanalyse RAV Brabant MWN.

Vervolgens zijn daarin genoemde hoofdprocessen Personeel, Financiën, Inkoop en Verkoop opnieuw bekeken. Hiervoor zijn literatuurstudies gedaan en zijn er gesprekken geweest met de procesverantwoordelijken. Op basis hiervan is de huidige fraudeanalyse geschreven door de afdeling Control. Vervolgens is de analyse besproken in en vastgesteld door het MT.

1.4 Risico beoordeling

Kans (frequentie) en Impact (gevolgen) worden onderscheiden in drie niveaus Hoog, Middel en Laag. Het risico is de combinatie van Kans en Impact en vormt de maatstaf om beheersmaatregelen te nemen. Een Hoge kans met een Lage impact en vice versa, leidt tot een gemiddeld risico.

Schematisch weer te geven in onderstaande tabel, een eenvoudige vorm van een zogenaamde 'heatmap'.

Kans \ Impact	Laag	Middel	Hoog
Hoog	Middel	Hoog	Hoog
Middel	Laag	Middel	Hoog
Laag	Laag	Laag	Middel

1.5 Conclusie

Op basis van de analyse is het duidelijk geworden dat de frauderisico's bij HR, Financiën, Inkoop en Verkoop aanwezig zijn maar zeer beperkt.

De functiescheidingen en beperkingen in tekenbevoegdheid en autorisaties zijn adequaat. De fysieke en organisatorische afstand tussen de RAV en Het Service Centrum dragen hier zeker aan bij.

Wellicht verdient het onderdeel "Druk" uit de fraudedriehoek mogelijk meer aandacht. Vooral het besef dat dit niet alleen over werkdruk gaat maar ook over druk in de privésfeer.

2. Het Servicecentrum

2.1 Positie van Het Servicecentrum

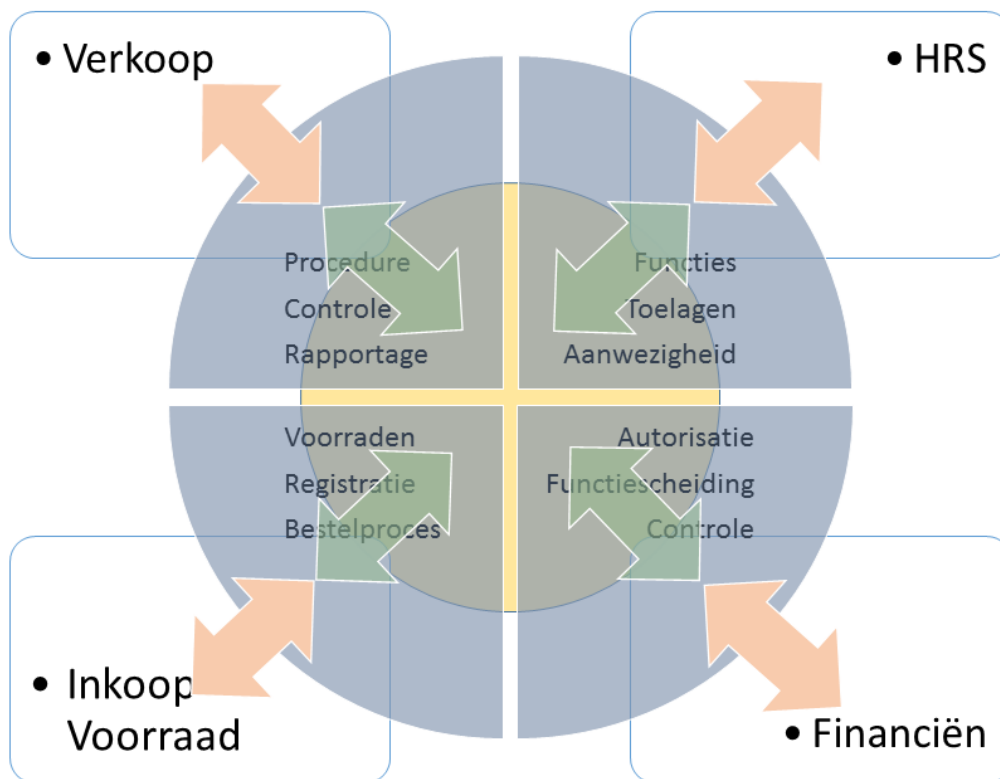
Hét Servicecentrum (HSC) is een samenwerkingsverband tussen GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant, GGD Noord- en Oost Gelderland en RAV Brabant MWN. HSC voert voor RAV Brabant MWN diensten uit op het gebied van financiën, automatisering, salarisadministratie en inkoop. GGD Hart voor Brabant is penvoerder voor HSC en daarmee is HSC ook juridisch onderdeel van de entiteit GGD Hart voor Brabant.

Door de positie van HSC ontstaat functiescheiding tussen medewerkers van de RAV enerzijds en medewerkers van HSC anderzijds. Deze functiescheiding draagt bij aan het verminderen van frauderisico's bij die processen waar opdrachten vanuit de RAV door het HSC als opdrachtnemer worden uitgevoerd. Daarnaast is er ook sprake van een fysiek afstand tussen HSC en RAV-medewerkers. Ook dit draagt bij aan het verminderen van frauderisico's.

3. Frauderisico's

Allereerst bekijken we welke factoren iemand kunnen aanzetten tot fraude. Vervolgens zijn er voor de analyse de 4 hoofdprocessen onder de loep genomen:

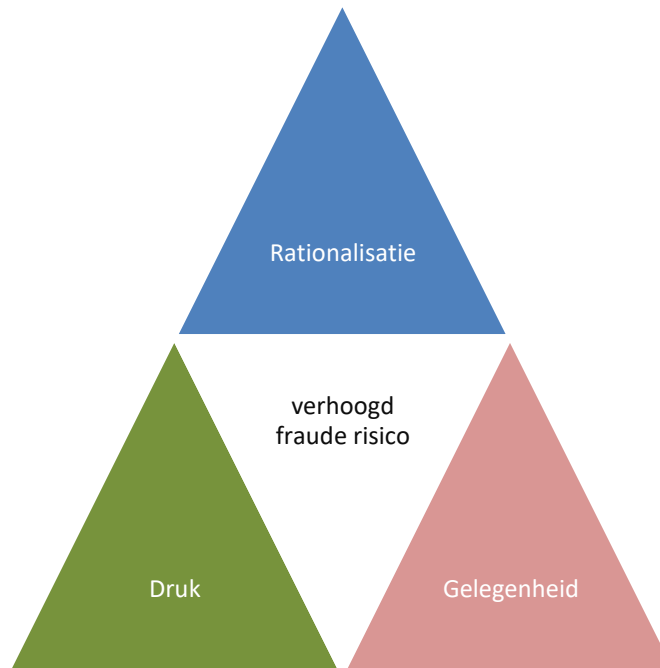
- Personeel/HR
- Financiën
- Inkoop
- Verkoop



3.1 Wie fraudeert?

Diverse factoren kunnen mensen ertoe aanzetten zich onethisch te gedragen en fraude te plegen. Met behulp van de fraudedriehoek (figuur 1) krijg je meer inzicht.

Figuur1: Fraudedriehoek



- **Druk:** Oplopende druk kan tot fraude leiden. Druk kan zowel door werk gerelateerde zaken (werkdruk, prestige, etc.) als door problemen binnen de privésfeer (overlijden, verslaving, etc.) veroorzaakt worden.
- **Rationalisatie:** Hiermee wordt bedoeld het begrijpen en het willen nakomen van normen. Mensen gaan maar al te graag op zoek naar argumenten om hun wangedrag te rechtvaardigen. Voor deze rechtvaardiging speelt o.m. het voorbeeldgedrag van de leiding van de RAV (zgn. tone at the top) een belangrijke rol. Ook de organisatie cultuur bepaalt mede het gedrag van mensen. Medewerkers spiegelen hun eigen gedrag immers aan dit van hun collega's (tone of the peers). 'Als anderen het doen, mag ik dit toch ook?'
- **Gelegenheid:** Een fraudepleger maakt vakkundig gebruik van de gebreken in het interne controlesysteem om fraude te plegen. Gebreken kunnen bestaan doordat bepaalde procedures leemtes bevatten of niet worden nageleefd, of er kan een gebrek aan toezicht zijn. Allemaal gelegenheden voor de fraudepleger.

Om de bovengenoemde factoren zoveel mogelijk voor te zijn is de regeling "Integriteit RAV Brabant Midden-West-Noord" vastgesteld. (Zie bijlage I). Hierin is gedrag een heel belangrijke factor: "*Gedrag schrijf je niet geduldig op papier, maar laat je zien, elke dag weer. Elke medewerker kan, zonder een eigenwijs vingertje op te steken, het goede voorbeeld geven.*"

Om te zorgen dat iedereen zicht vrij en veilig voelt om misstanden te melden, hebben wij een regeling "melding vermoeden misstand" en is er een interne vertrouwenspersoon aangesteld. Zie bijlage II. Deze regeling is in zijn geheel terug te vinden op onze interne Sharepoint omgeving en zo voor eenieder toegankelijk.

Om inzicht te krijgen in de integriteitsbeleving van de medewerkers zal er dit jaar gestart worden met het hierover bevragen van een selecte groep medewerkers tijdens de interne audit. Deze uitvraag zal na dit jaar periodiek elke 3 jaar plaatsvinden. De uitkomsten van dit onderzoek zullen gebruikt worden om, waar nodig, onze frauderisico aan te passen en de soft controls te versterken.

3.2 Frauderisico Personeel/HR

Dit is het proces met de grootste financiële omvang en daarmee mogelijk een van de grootste risico's.

nr	Proces	Risico-omschrijving	Kans	Impact	Risico	Beheersmaatregelen
1	HR	Fictieve personen aannemen. Uitbetaling voor persoonlijk gewin.	L	H	M	Elke aanname gebeurt op basis van vacature. Gesprek met 2 personen. Invoering in systeem alleen door HR en pas na goedkeuring door manager kan aanstelling door.
2	HR	Onterechte uitbetaling van declaraties.	M	L	L	Goedkeuring door manager. Bewijsstukken verplicht. Controle (niet inhoudelijk) bij verwerking. Steekproefsgewijs periodieke controle.
3	HR	Meer uren opvoeren dan daadwerkelijk gewerkt.	L	M	L	Bij het nieuwe roostersysteem moeten extra opgevoerde uren altijd goedgekeurd worden door manager.
4	HR	Voorschotten aan personeel worden niet terugbetaald.	L	L	L	Voorschotten worden op tussenrekening geboekt die periodiek geanalyseerd wordt.
5	HR	Overige onrechtmatige mutaties in het HR-systeem.	L	M	L	4-ogen principe: wijziging wordt ingevoerd door HR en goedgekeurd door manager.

3.3 Financiën

nr	Proces	Risico-omschrijving	Kans	Impact	Risico	Beheersmaatregelen
1	Fin	Aanmaken niet bestaande crediteur waardoor onrechtmatige betalingen plaats kunnen vinden.	L	M	L	Functiescheiding binnen HSC tussen personen die crediteuren aanmaken en zij die de betalingen doen. Daarnaast wordt elke nieuw aangemaakte crediteur

						gecontroleerd door de administrateur.
2	Fin	Betalingen van onrechtmatige facturen (van niet geleverde goederen en/of diensten) > € 500,-.	L	M	L	Inkopen en autorisatie vinden plaats via het inkoopstelsel Inconto. Functiescheiding conform autorisatietabel Inconto. Ook hier geldt het 4-ogen principe.
3	Fin	Betalingen van onrechtmatige facturen (van niet geleverde goederen en/of diensten) < € 500,-.	M	L	L	Besteller kan alleen via de catalogus bestellen. Besteller keurt ook zelf de facturen goed. Hier is behalve de besteller geen extra controle of de goederen geleverd zijn.
4	Fin	Onrechtmatig gebruik van de tankpassen.	H	L	M	Elke tankpas wordt gecontroleerd op tanken > € 100,-; tanken buiten verzorgingsgebied; tanken > 3x per dag.
5	Fin	Privé betaling met creditcard.	L	L	L	Bepikt in gebruik, 1 card die vooral gebruikt wordt voor internetaankopen. De verantwoording wordt gecheckt door de controller.
6	Fin	Diefstal van kasgeld	L	L	L	Kasgeld is beperkt aanwezig. Periodieke controle door financiën ahv kasstaat. Kasgeld ligt in afgesloten ruimte.
7	Fin	Verslaggevingsfraude, extra kosten opvoeren bij een subsidieverantwoording	L	M	L	Binnen de RAV wordt weinig gewerkt met subsidies. De verantwoording wordt altijd door een 2 ^e persoon gecheckt; 4-ogen principe
8	Fin	Verslaggevingsfraude, opvoeren van verplichtingen om budget op te maken	L	M	L	Dit kan alleen als er buiten Inconto om verplichtingen handmatig opgenomen worden. Ook hier geldt het 4-ogen principe.

3.4 Inkoop

nr	Proces	Risico-omschrijving	Kans	Impact	Risico	Beheersmaatregelen
1	Ink	Medewerkers genieten persoonlijk voordeel in ruil voor inkoop/aanbesteding uit naam van de RAV.	L	M	M	Sinds alle inkopen via Inconto verlopen is er altijd sprake van het 4-ogen principe. De bestelling wordt geautoriseerd conform de procuratieregeling zoals deze is ingeregeld in Inconto. Indien er sprake is van een aanbesteding is er altijd

						sprake van een team waaraan ook HSC medewerkers deelnemen.
2	Ink	Opiaten worden ontvreemd voor privégebruik of om door te verkopen.	M	M	M	Er is een sluitende controle procedure conform opiatenwet. Interne controle door teammanagers en managers.
3	Ink	ICT-hulpmiddelen worden ontvreemd door eigen personeel.	L	L	L	Het aantal niet-op-naam gestelde devices is beperkt en liggen in een afgesloten ruimte.
4	Ink	Ontvreemding medische artikelen door eigen personeel	M	L	L	De voorraden op de ambulances zijn beperkt. Financieel risico is beperkt en geaccepteerd.
5	Ink	Ontvreemding van auto-onderdelen door eigen personeel.	L	M	M	Beperkte toegang.
6	Ink	Inkopen worden bewust te vroeg of te laat (afgrenzing boekjaar) verantwoord in de financiële administratie met als doel beïnvloeding van financieel resultaat.	L	M	L	Periodiek controle van alle inkoopfacturen >€15.000, welke geboekt zijn in Q4 (t) en Q1 (t+1) op juiste afgrenzing boekjaar.

3.5 Verkoop

nr	Proces	Risico-omschrijving	Kans	Impact	Risico	Beheersmaatregelen
1	Verk	Onterecht crediteren uitgaande factuur of afboeken openstaande vordering om een privé relatie te bevoordelen.	L	M	L	Funciescheiding tussen budgethouder en financiën. Daarbij is Overige Verkopen zo'n kleine post dat een eventuele onterechte creditering direct naar voren komt bij de financiële analyse.
2	Verk	Geen ambulancerit declareren bij vervoer van bekenden.	L	M	L	Funciescheiding tussen meldkamer, ambulancepersoneel en administratie

Bijlage I REGELING INTEGRITEIT RAV BRABANT MIDDEN-WEST-NOORD

Integriteit is

1. Openheid en discussie:

Organisatie, regels en wetten kunnen risico's nooit helemaal afdekken. Belangrijker nog is een algemeen besef van normen en waarden waardoor de weerbaarheid toeneemt. Openheid is het beste middel om een aantasting van de integriteit tegen te gaan. Integriteitsregels worden breed onder de aandacht van de medewerkers gebracht; ondermeer opgenomen in de gedragsregels. Integriteit is een terugkerend agendapunt in het werkoverleg.

2. Goed voorbeeld:

Gedrag schrijf je niet op geduldig papier, maar je laat het zien, elke dag weer. Elke medewerker kan, zonder een eigenwijs vingertje op te steken, het goede voorbeeld geven.

3. Huisregels:

Naast de wettelijke kaders is er een grijs gebied waarin niet meteen duidelijk is wat acceptabel is of niet. Dit grijze gebied kan voor een belangrijk deel worden ingevuld door de ontwikkeling en de verduidelijking van huisregels. Het doel van deze regels is: voor vaak voorkomende situaties aangeven wat de gewenste houding of het gewenste gedrag is; het voortdurend bespreekbaar maken van situaties die de integriteit kunnen bedreigen. De huisregels worden zo een hulpmiddel voor de medewerkers om te bepalen hoe zij zich binnen de cultuur van de RAV horen te gedragen. Centraal in onze visie staat dat elke handelwijze zonder probleem in de openbaarheid moet kunnen komen.

Integriteit RAV-organisatie

De RAV maakt geen misbruik van de privégegevens van de klant en de RAV-organisatie maakt geen misbruik van (overheids-)voorzieningen door het leveren van onjuiste informatie. Medewerkers dienen zich te allen tijde te onthouden van activiteiten die dit tot gevolg kunnen hebben.

Informatie

De regels voor gebruik van digitale informatiesystemen zijn opgenomen in de reglement e-mail en intranetgebruik.

Middelen

Medewerkers gaan zorgvuldig en integer om met de hun beschikbaar gestelde middelen en geld.

- declaraties worden uitsluitend ingediend voor werkelijk gemaakte kosten;
- creditcards, pinpassen en tankpassen worden uitsluitend gebruikt voor het daartoe bestemde en goedgekeurde gebruik binnen de RAV;
- de algemeen beschikbare telefonie en op functie toegekende mobiele telefoons van de RAV worden gebruikt binnen en ten behoeve van de RAV, privé-gebruik kan – mits beperkt in omvang en kosten – incidenteel voorkomen;
- materialen van de RAV worden gebruikt binnen en ten behoeve van de RAV, privé-gebruik (privé-zakelijk) kan incidenteel voorkomen, maar uitsluitend met uitdrukkelijke toestemming van het management.

Functiescheiding

In het kader van de Administratieve Organisatie en van het kwaliteitssysteem beheerst niemand alleen de hele keten: advies, besluit en controle.

Het inkoopproces is beschreven in de kwaliteitshandboeken. Bij aanbestedingen met een waarde boven € 20.000,- zijn twee handtekeningen van geautoriseerde functionarissen nodig. Organisaties die zaken hebben gedaan of hebben willen doen met de RAV en daarbij gebruik hebben gemaakt van onoirbare beïnvloedingsmethoden worden uitgesloten van opdrachten.

Relatiegeschenken

Relatiegeschenken zijn alle materiele geschenken, maar ook uitnodiging voor etentje, evenementen, of aangeklede studiedagen of bedrijfsbezoeken. Dit betreft ook geschenken naar aanleiding van een verleende dienst (bijvoorbeeld een lezing verzorgd). Geld als compensatie van een verleende dienst is nooit een relatiegeschenk, maar dient aan de RAV te worden overgemaakt.

Alle relatiegeschenken worden per e-mail aangemeld voor registratie bij het algemeen secretariaat RAV, in kopie naar de betreffende leidinggevende. De registratie mag door alle medewerkers van de RAV ingezien worden bij het algemeen secretariaat.

Sponsoring

Sponsors mogen nooit conflicteren met de missie, visie en doelstellingen van de RAV en de RAV mag zich hierdoor niet in een afhankelijke positie plaatsen ten opzichte van de betreffende sponsor. Er is altijd toestemming nodig van de leidinggevende (clustermanager, manager RAV of directeur). De sponsoring mag nooit zodanig zijn dat hieruit de sponsor kan concluderen als zou de RAV een voorkeur hebben voor het bedrijf en/of producten van de sponsor (c.q. een kwaliteitsoordeel geven over het bedrijf en zijn producten.)

Nevenfuncties

Er zijn afspraken voor het melden van nevenfuncties, neveninkomsten, nevenwerkzaamheden en het krijgen van toestemming daarvoor.

Werving en selectie

Bij werving en selectie van nieuwe medewerkers stelt het management het gewenste integer handelen van de kandidaat aan de orde. Daarnaast krijgt de manager een beeld van de integriteit van de kandidaat door de Verklaring omtrent het gedrag; deze maakt duidelijk of iemand in aanraking is geweest met justitie, voor zover dat relevant is voor de functie.

Beheersen van financiële middelen

De regels voor het zorgvuldig beheren van het kapitaal van de RAV zijn opgenomen in het treasurystatuut.

Sancties

Als eerste is het belangrijk om probleemsituaties of situaties die dat kunnen worden bespreekbaar te maken. Voor de gevallen waarin de wettelijke voorschriften worden overtreden, zijn er het rechtspositionele traject en het traject met justitie met uiteindelijk het laatste woord aan de rechter. Het management neemt hierbij zijn verantwoordelijkheid als werkgever.

Bijlage II Een misstand melden

Het dagelijks bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord,

gelezen het voorstel, d.d. 14 december 2016;

gelet op de Wet Huis voor klokkenluiders en het bepaalde in artikel 2.1 lid 7 sectorcao Ambulancezorg.

gelet op de door de ondernemingsraad verleende instemming d.d. 1 mei 2017;

besluit vast te stellen de navolgende regeling:

Regeling melden vermoeden misstand

RAV Brabant Midden-West-Noord

(Interne klokkenluidersregeling RAV)

Artikel 1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- werknemer: de persoon die werkt of heeft gewerkt voor de RAV, zoals bedoeld in artikel 1, onderdeel h, van de Wet Huis voor klokkenluiders.
- werkgever: het dagelijks bestuur of directeur van de RAV Brabant Midden-West-Noord die handelen zoals bedoeld in artikel 1, onderdeel g, van de Wet Huis voor klokkenluiders.
- directeur: de directeur van de RAV Brabant Midden-West-Noord.
- vermoeden van een misstand: het vermoeden van een werknemer, dat binnen de organisatie waarin hij werkt of bij een andere organisatie indien hij door zijn werkzaamheden met die organisatie in aanraking is gekomen, sprake is van een misstand voor zover:
 - a. het vermoeden gebaseerd is op redelijke gronden, die voortvloeien uit de kennis die de werknemer bij zijn werkgever heeft opgedaan of voortvloeien uit de kennis die de werknemer heeft gekregen door zijn werkzaamheden bij een ander bedrijf of een andere organisatie, en
 - b. het maatschappelijk belang in het geding is bij:
 - 1°. de (dreigende) schending van een wettelijk voorschrift, waaronder een (dreigend) strafbaar feit,
 - 2°. een (dreigend) gevaar voor de volksgezondheid,
 - 3°. een (dreigend) gevaar voor de veiligheid van personen,
 - 4°. een (dreigend) gevaar voor de aantasting van het milieu,
 - 5°. een (dreigend) gevaar voor het goed functioneren van de organisatie als gevolg van een onbehoorlijke wijze van handelen of nalaten,
- adviseur: een persoon die door zijn functie een geheimhoudingsplicht heeft en die door een werknemer in vertrouwen wordt geraadpleegd over een vermoeden van een misstand;
- vertrouwenspersoon: de persoon die is aangewezen om als vertrouwenspersoon voor de RAV Brabant Midden-West-Noord te fungeren;

- afdeling advies van het Huis voor klokkenluiders: de afdeling advies van het Huis voor klokkenluiders, bedoeld in artikel 3a, tweede lid, van de Wet Huis voor klokkenluiders;
- afdeling onderzoek van het Huis voor klokkenluiders: de afdeling onderzoek van het Huis voor klokkenluiders, bedoeld in artikel 3a, derde lid, van de Wet Huis voor klokkenluiders.
- melding: de melding van een vermoeden van een misstand op grond van deze regeling;
- melder: de werknemer die een vermoeden van een misstand heeft gemeld op grond van deze regeling;
- onderzoekers: de persoon of personen aan wie de directeur het onderzoek naar de misstand opdraagt;
- externe instantie: de instantie die naar het redelijk oordeel van de melder het meest in aanmerking komt om de externe melding van het vermoeden van een misstand te onderzoeken.

Artikel 2. Informatie, advies en ondersteuning voor de werknemer

Een werknemer kan bij een vermoeden van een misstand:

- a. een adviseur in vertrouwen raadplegen¹;
- b. de vertrouwenspersoon als adviseur in vertrouwen raadplegen;
- c. de afdeling advies van het Huis voor Klokkenluiders in vertrouwen raadplegen.

Artikel 3. Interne melding

1. Een werknemer met een vermoeden van een misstand binnen de organisatie van de werkgever kan daarvan melding doen:
 - a. bij iedere leidinggevende² die binnen de organisatie hiërarchisch een hogere positie bekleedt dan hij;
 - b. bij de vertrouwenspersoon.
2. De leidinggevende of vertrouwenspersoon stuurt de melding, in overleg met de werknemer, door naar de directeur of het dagelijks bestuur als de werknemer een vermoeden heeft dat de directeur bij de vermoede misstand betrokken is.
3. Een werknemer van een andere organisatie die door zijn werkzaamheden met de organisatie van de werkgever in aanraking is gekomen, en een vermoeden heeft van een misstand binnen de organisatie van de werkgever kan ook een interne melding doen.
4. Als de werknemer een vermoeden heeft dat de directeur bij de vermoede misstand betrokken is, moet in deze regeling voor "directeur", "het dagelijks bestuur" worden gelezen.
5. De melder kan direct een externe melding doen van een vermoeden van een misstand op grond van artikel 14 als het eerst doen van een interne melding in redelijkheid niet van hem kan worden gevraagd.

¹ Onder adviseur wordt verstaan een functionaris die een werknemer/melder intern (bijvoorbeeld de vertrouwenspersoon) en extern (bijvoorbeeld juridisch adviseur of bedrijfsarts) in vertrouwen kan raadplegen. De adviseur hoeft niet in dienst van de RAV te zijn.

² In deze regeling kan onder "leidinggevende" tevens worden verstaan "manager".

6. Een melding laat de wettelijke verplichting tot het doen van aangifte van een strafbaar feit onverlet.

Artikel 4. Bescherming van de melder tegen benadeling

1. De werknemer die te goeder trouw en naar behoren een vermoeden van een misstand meldt, zal in verband daarmee geen nadelige gevolgen voor zijn rechtspositie ondervinden tijdens en na de behandeling van deze melding bij de werkgever, een andere organisatie of een externe instantie.
2. Onder nadelige gevolgen wordt in ieder geval verstaan het nemen van een benadelende maatregel, zoals:
 - a. het verlenen van ontslag, anders dan op eigen verzoek;
 - b. het tussentijds beëindigen of het niet verlengen van een aanstelling voor bepaalde tijd;
 - c. het niet omzetten van een aanstelling voor bepaalde tijd in een aanstelling voor onbepaalde tijd;
 - d. het treffen van een disciplinaire maatregel;
 - e. de opgelegde benoeming in een andere functie;
 - f. het onthouden van salarisverhoging, incidentele beloning of toekenning van vergoedingen;
 - g. het onthouden van promotiekansen;
 - h. het afwijzen van een verlofaanvraag.
3. De werkgever zorgt ervoor dat de melder ook niet op andere wijze bij zijn werk nadelige gevolgen ondervindt van de melding.
4. Als de werkgever na het doen van een melding een benadelende maatregel neemt, motiveert de werkgever waarom hij deze maatregel nodig acht en dat deze maatregel geen verband houdt met het te goeder trouw en naar behoren melden van een vermoeden van een misstand.
5. De werkgever spreekt werknemers die zich schuldig maken aan benadeling van de melder daarop aan en kan hen een waarschuwing of een disciplinaire maatregel opleggen.
6. De werknemer heeft recht op juridische bijstand wanneer hij als gevolg van het te goede trouw melden van een vermoeden van een misstand nadelige gevolgen ondervindt in zijn rechtspositie, tijdens en/of na het volgen van deze regeling. Deze juridische bijstand wordt gefinancierd door de werkgever³

Artikel 5. Het tegengaan van benadeling van de melder

1. De vertrouwenspersoon bespreekt samen met de melder welke risico's op benadeling aanwezig zijn, op welke wijze die risico's kunnen worden verminderd en wat de werknemer kan doen als hij van mening is dat sprake is van benadeling.
2. Als de melder vindt dat er daadwerkelijk sprake is van benadeling, kan hij dat bespreken met de vertrouwenspersoon. De vertrouwenspersoon en de melder bespreken welke maatregelen genomen kunnen worden om benadeling tegen te gaan. De vertrouwenspersoon maakt een verslag van deze bespreking en stuurt dit na goedkeuring door de melder naar de directeur.

³ Bepaling toegevoegd op advies van de VNG.

3. De directeur zorgt ervoor dat maatregelen die nodig zijn om benadeling tegen te gaan worden genomen.

Artikel 6. Bescherming van andere betrokkenen tegen benadeling

De werkgever zal:

- a. de adviseur in dienst van de werkgever niet benadelen vanwege het fungeren als adviseur van de melder;
- b. de vertrouwenspersoon niet benadelen vanwege het uitoefenen van de in deze regeling beschreven taken;
- c. de onderzoekers die in dienst zijn van de werkgever niet benadelen vanwege het uitoefenen van de in deze regeling beschreven taken;
- d. een werknemer die wordt gehoord door, documenten verstrekt aan of anderszins medewerking verleent aan de onderzoekers niet benadelen in verband met het te goeder trouw afleggen van een verklaring.

Artikel 7. Intern en extern onderzoek naar benadeling van de melder

1. De melder die meent dat sprake is van benadeling in verband met het doen van een melding van een vermoeden van een misstand, kan de directeur verzoeken om onderzoek te doen naar de wijze waarop er binnen de organisatie met hem wordt omgegaan.
2. Ook de personen bedoeld in artikel 6 kunnen de directeur verzoeken om onderzoek te doen naar de wijze waarop er binnen de organisatie met hen wordt omgegaan.
3. De melder kan ook de afdeling onderzoek van het Huis voor klokkenluiders verzoeken om een onderzoek in te stellen naar de wijze waarop de werkgever zich jegens hem heeft gedragen in verband met het doen van een melding van een vermoeden van een misstand.

Artikel 8. Vertrouwelijke omgang met de melding en de identiteit van de melder

1. De werkgever zorgt ervoor dat de informatie over de melding zodanig wordt bewaard dat deze fysiek en digitaal alleen toegankelijk is voor de personen die bij de behandeling van de melding betrokken zijn.
2. De personen die bij de behandeling van een melding betrokken zijn maken de identiteit van de melder niet bekend zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de melder en gaan vertrouwelijk om met de informatie over de melding.
3. Als het vermoeden van een misstand is gemeld via de vertrouwenspersoon en de melder geen toestemming heeft gegeven zijn identiteit bekend te maken, wordt alle correspondentie over de melding verstuurd aan de vertrouwenspersoon. De vertrouwenspersoon stuurt dit onverwijld door aan de melder.
4. De personen die bij de behandeling van een melding betrokken zijn maken de identiteit van de adviseur niet bekend zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de melder en de adviseur.

Artikel 9. Vastlegging, doorsturen en ontvangstbevestiging van de interne melding

1. De leidinggevende of de vertrouwenspersoon die de melding ontvangt, stuurt de melding met instemming van de melder door aan de directeur.
2. Een mondelinge melding of mondelinge toelichting wordt schriftelijk vastgelegd en ter goedkeuring voorgelegd aan de melder.
3. De directeur stuurt de melder onverwijld een ontvangstbevestiging van de melding.
4. De ontvangstbevestiging bevat minimaal een zakelijke beschrijving van de melding, de datum waarop deze is ontvangen en een afschrift van de melding.

Artikel 10. Behandeling van de interne melding door de werkgever

1. De directeur stelt onverwijld een onderzoek in naar het gemelde vermoeden van een misstand, tenzij:
 - a. het vermoeden niet gebaseerd is op redelijke gronden of
 - b. op voorhand duidelijk is dat het gemelde geen betrekking heeft op een vermoeden van een misstand.
2. Als de directeur besluit geen onderzoek in te stellen, informeert hij de melder schriftelijk binnen twee weken na de interne melding. Daarbij wordt aangegeven waarom geen onderzoek wordt ingesteld.
3. De directeur beoordeelt of een externe instantie van de interne melding van een vermoeden van een misstand op de hoogte moet worden gebracht. Indien de directeur een externe instantie op de hoogte stelt, stuurt hij de melder hiervan een afschrift tenzij het onderzoeksbelang of het handhavingsbelang daardoor kunnen worden geschaad.
4. De directeur draagt het onderzoek op aan onderzoekers die onafhankelijk en onpartijdig zijn.
5. Als de directeur een externe instantie op de hoogte gesteld heeft van de interne melding, kan hij voor het onderzoek aansluiten bij het onderzoek dat deze externe instantie (mogelijk) laat verrichten.
6. De directeur informeert de melder onverwijld en schriftelijk dat een onderzoek is ingesteld en door wie het onderzoek wordt uitgevoerd.
7. De directeur informeert de personen op wie een melding betrekking heeft over de melding, tenzij het onderzoeksbelang of het handhavingsbelang daardoor kunnen worden geschaad.

Artikel 11. De uitvoering van het interne onderzoek

1. De onderzoekers stellen de melder in de gelegenheid te worden gehoord. De onderzoekers zorgen voor een verslag, en leggen dit verslag ter goedkeuring en ondertekening voor aan de melder. De melder ontvangt het vastgestelde verslag.
2. De onderzoekers kunnen ook anderen horen. De onderzoekers zorgen voor een verslag, en leggen dit verslag ter goedkeuring en ondertekening voor aan de persoon die gehoord is. De persoon die gehoord is ontvangt het vastgestelde verslag.

3. De onderzoekers kunnen binnen de organisatie van de werkgever alle documenten inzien en opvragen die zij voor het doen van het onderzoek redelijkerwijs nodig achten.
4. Werknemers mogen de onderzoekers alle documenten verstrekken waarvan zij het redelijkerwijs nodig achten dat de onderzoekers daar in het kader van het onderzoek kennis van nemen.
5. De onderzoekers stellen een concept onderzoeksrapport op en stellen de melder in de gelegenheid daar opmerkingen bij te maken, tenzij hiertegen ernstige bezwaren bestaan. De melder is tot geheimhouding van het conceptrapport verplicht.
6. De onderzoekers stellen vervolgens het onderzoeksrapport vast. Zij sturen de melder hiervan een afschrift, tenzij hiertegen ernstige bezwaren bestaan.

Artikel 12. Standpunt van de werkgever

1. De werkgever informeert de melder binnen acht weken na de melding schriftelijk over het standpunt met betrekking tot het gemelde vermoeden van een misstand en tot welke stappen de melding heeft geleid.
2. Als duidelijk is dat het standpunt niet binnen acht weken kan worden gegeven, dan informeert de werkgever de melder daar schriftelijk over. Daarbij wordt aangegeven binnen welke termijn de melder het standpunt tegemoet kan zien. Als de totale termijn daardoor meer dan twaalf weken is, wordt dit gemotiveerd.
3. Na afronding van het onderzoek beoordeelt de werkgever of een externe instantie van de interne melding, van het onderzoeksrapport en/of van het standpunt van de werkgever op de hoogte moet worden gebracht. Indien de werkgever een externe instantie op de hoogte stelt, stuurt hij de melder hiervan een afschrift, tenzij het onderzoeksbelang of het handhavingsbelang daardoor kunnen worden geschaad.
4. De personen op wie de melding betrekking heeft, worden op dezelfde manier geïnformeerd als de melder, tenzij het onderzoeksbelang of het handhavingsbelang daardoor kunnen worden geschaad.

Artikel 13. Hoor en wederhoor ten aanzien van onderzoeksrapport en standpunt werkgever

1. De werkgever stelt de melder in de gelegenheid op het onderzoeksrapport en het standpunt van de werkgever te reageren.
2. Als de melder in reactie op het onderzoeksrapport of het standpunt van de werkgever onderbouwd aangeeft dat het vermoeden van een misstand niet daadwerkelijk of niet deugdelijk is onderzocht of dat in het onderzoeksrapport of het standpunt van de werkgever sprake is van wezenlijke onjuistheden, reageert de werkgever hier op en stelt hij zo nodig een nieuw of aanvullend onderzoek in. Op dit nieuwe of aanvullende onderzoek gelden dezelfde regels als voor het eerste onderzoek.
3. Als de werkgever een externe instantie op de hoogte brengt of heeft gebracht, stuurt hij ook de hiervoor bedoelde reactie van de melder op het onderzoeksrapport en het standpunt van de werkgever aan die externe instantie toe. De melder ontvangt hiervan een kopie.

Artikel 14. Externe melding

1. Een werknemer kan een vermoeden van een misstand extern melden bij de afdeling onderzoek van het Huis voor klokkenluiders of een andere daartoe bevoegde instantie, indien hij:
 - a. het niet eens is met het standpunt van werkgever of van oordeel is dat het vermoeden ten onrechte terzijde is gelegd;
 - b. niet tijdig een standpunt heeft ontvangen over zijn interne melding.
2. De werknemer kan direct een externe melding doen van een vermoeden van een misstand als het eerst doen van een interne melding in redelijkheid niet van hem kan worden gevraagd. Dat is in ieder geval aan de orde indien dit uit enig wettelijk voorschrift voortvloeit of sprake is van:
 - a. acuut gevaar, waarbij een zwaarwegend en spoedeisend maatschappelijk belang onmiddellijke externe melding noodzakelijk maakt;
 - b. een vermoeden dat de werkgever bij de vermoede misstand betrokken is;
 - c. een situatie waarin de melder in redelijkheid kan vrezen voor tegenmaatregelen in verband met het doen van een interne melding;
 - d. een duidelijk aanwijsbare dreiging van verduistering of vernietiging van bewijsmateriaal;
 - e. een eerdere melding overeenkomstig de procedure van dezelfde misstand of onregelmatigheid, die de misstand niet heeft weggenomen;
 - f. een plicht tot directe externe melding.
3. In paragraaf 4 van de Wet voor Huis voor Klokkenluiders is de onderzoeksprocedure neergelegd voor het onderzoeken van een vermoeden van een misstand door de afdeling onderzoek.

Artikel 15. Rapportage en evaluatie

1. De directeur stelt jaarlijks een rapportage op over de uitvoering van deze regeling. Deze rapportage bevat in ieder geval:
 - a. informatie over het aantal meldingen en een indicatie van de aard van de meldingen, de uitkomsten van de onderzoeken en de standpunten van de werkgever;
 - b. algemene informatie over eventuele ervaringen met het tegengaan van benadeling van de melder;
 - c. informatie over het aantal verzoeken om onderzoek naar benadeling in verband met het doen van een melding van een vermoeden van een misstanden een indicatie van de uitkomsten van de onderzoeken en de standpunten van de werkgever.
2. De directeur stuurt de rapportage ter bespreking aan de ondernemingsraad.

Artikel 16. Vervallenverklaring oude regelingen en inwerkingtreding nieuwe regeling

1. Alle eerder vastgestelde regelingen op het gebied van melden van een vermoeden van een misstand komen met de vaststelling van deze regeling te vervallen.
2. Deze regeling treedt in werking op de dag na de op de voorgeschreven wijze van publicatie en werkt terug tot en met 1 juli 2016.

Aldus besloten door het dagelijks bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord, d.d. 11 juli 2017,
namens deze,



.....

G.T.B. Jacobs MPM

Directeur RAV Brabant Midden-West-Noord



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.007

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Aanpassing Gemeenschappelijke Regeling

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Hierbij bieden wij u ter vaststelling aan Versie 7 van de GR van de RAV Brabant Midden-West-Noord. De aanpassing is het gevolg van twee gemeentelijke samenvoegingen per 1 januari 2022:

- Landerd en Uden werden samengevoegd in de nieuwe gemeente Maashorst;
- Boxmeer, Cuijk, Grave, Mill en St. Hubert en St. Anthonis werden samengevoegd in de nieuwe gemeente Land van Cuijk. De GR RAV Brabant MWN is verder ongewijzigd gebleven ten opzichte van Versie 6 uit 2021

Beslispunten Het AB RAV stelt ter vergadering de Gemeenschappelijke Regeling versie 7 vast, indien van 2/3 van de deelnemende gemeenten (die tezamen 2/3 van het totaal aantal inwoners van het werkgebied van de RAV vertegenwoordigen) een akkoord is ontvangen.

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen De GR RAV Brabant MWN versie 6 is op 15 april reeds aan de gemeenteraden aangeboden.



Brabant Midden-West-Noord

AB 22.008

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 6 juli 2022

Onderwerp Voortgang Archief- en informatiebeheer

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en Archiefverordening

advies DB De Archiefverordening RAV 2022 versie 2.1 is geactualiseerd naar aanleiding van het instellen van het SIO. (In dit Strategisch Informatie Overleg werken GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en RAV Brabant MWN samen met Hét Servicecentrum (HSC) en de toezichthoudende gemeentearchivarissen, met als doel het verstrekken van advies aan de beheerder/zorgdrager op het gebied van archief- en informatiebeheer.)

Toezichtsverslag en plan van aanpak

Eén keer in de twee jaar sturen de toezichthouders rond het informatie- en archiefbeheer een verslag met daarin hun bevindingen, adviezen en verbeterpunten, op basis van de ongeveer 80 kritische prestatie-indicatoren (kpi's) van de VNG. Bijgesloten het Toezichtsverslag van 2021 en het daaruit voortvloeiende plan van aanpak met de verbeterpunten voor 2022.

Na vaststelling door het AB RAV op 6 juli 2022 wordt, conform wetgeving, de Provincie op de hoogte gebracht.

Beslispunten Vaststellen Archiefverordening 2022 versie 2.1, toezichtsverslag archief- en informatiebeheer 2021 en plan van aanpak 2022.

Gevolgen voor de n.v.t.
gemeenten

Beslissing Algemeen Aldus wordt besloten,

Bestuur

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen

- a. Archiefverordening 2022 versie 2.1
- b. Toezichtsverslag archief- en informatiebeheer 2021
- c. Plan van Aanpak 2022



Brabant Midden-West-Noord

Archiefverordening van de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord 2022

Het algemeen bestuur van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord;

- gelezen het voorstel van het dagelijks bestuur d.d. 6 juli 2022;
- gelet op artikel 40 van de Archiefwet 1995 en artikel art 17 van de gemeenschappelijke regeling van de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord;

besluit vast te stellen de Archiefverordening van de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord 2022:

Artikel 1. Zorgplicht dagelijks bestuur

1. Het dagelijks bestuur draagt zorg voor het ontwikkelen en uitvoeren van het beleid ter zake van de wettelijke taken en verantwoordelijkheden op grond van de Archiefwet 1995 en de interne regels ten behoeve van het beheer van archiefbescheiden.
2. Het dagelijks bestuur draagt hierbij zorg voor de onderlinge samenhang met andere onderdelen van het informatiebeleid en treft daartoe de nodige maatregelen.
3. Het dagelijks bestuur mandateert de directeur voor besluitvorming op het gebied van de zorgplicht van het dagelijks bestuur.

Artikel 2. Taken gemeentearchivaris

1. Onder de bevelen van het dagelijks bestuur, is de gemeentearchivaris van de gemeente 's-Hertogenbosch belast met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Archiefwet 1995 ten aanzien van het beheer van de archiefbescheiden van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord voor zover deze archiefbescheiden niet zijn overgebracht naar een archiefbewaarplaats.
2. De gemeentearchivaris van de gemeente 's-Hertogenbosch brengt jaarlijks aan het dagelijks bestuur verslag uit over het beheer van de archiefbewaarplaats en de archiefbescheiden die hiernaartoe zijn overgebracht (als archiefbewaarplaats van de gemeenschappelijke regeling is aangewezen het gemeente archief in 's-Hertogenbosch) en over het toezicht op het beheer van de archiefbescheiden van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord die niet zijn overgebracht naar de archiefbewaarplaats.
3. De gemeentearchivaris van de gemeente 's-Hertogenbosch kan daarnaast op verzoek of op eigen initiatief advies uitbrengen aan de directeur over het beheer van de archiefbewaarplaats en de archiefbescheiden van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord die niet zijn overgebracht naar de archiefbewaarplaats.

Artikel 3. Verantwoording door dagelijks bestuur

Het dagelijks bestuur informeert het algemeen bestuur jaarlijks over de uitoefening van de aan hen opgedragen zorg voor de archiefbescheiden van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord Zij voegen daarbij in ieder geval:

- a. het verslag van de gemeentearchivaris, bedoeld in artikel 2, eerste lid;
- b. voor zover van toepassing, de gedurende de betreffende periode door de gemeentearchivaris aan hem uitgebrachte adviezen, bedoeld in artikel 2, tweede lid, en
- c. een voorstel voor de in het kader van de zorgplicht voor de archiefbescheiden te treffen maatregelen, zo nodig voorzien van een kostenraming.

Artikel 4. Inwerkingtreding en citeertitel

1. De Archiefverordening van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord 2016 vervalt op de dag dat Archiefverordening van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord 2022 is vastgesteld.
2. De Archiefverordening van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord 2022 treedt in werking op 6 juli 2022.
3. Deze verordening wordt aangehaald als: Archiefverordening van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord 2022.

Aldus vastgesteld in de vergadering van het algemeen bestuur van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord op 6 juli 2022,

Voorzitter

Secretaris

Toelichting

Algemeen

De Archiefwet 1995 (hierna: Archiefwet) legt de zorg voor de archiefbescheiden van onder andere gemeenschappelijke regelingen bij het dagelijks bestuur. Artikel 17 van de gemeenschappelijke regeling van de Regionale Ambulance Voorziening Midden-West-Noord bevat bovendien de opdracht voor het algemeen bestuur om een verordening vast te stellen, die aan gedeputeerde staten moet worden medegedeeld. Uiteraard tevens met inachtneming van de specifieke kaders die de Archiefwet, het Archiefbesluit 1995 en de Archiefregeling daarvoor stellen.

Aspecten die al in deze 'hogere regelgeving' zijn geregeld en die (automatisch) doorwerken, worden uit het oogpunt van goede regelgeving niet 'herhaald' in deze verordening.

Begrippen

Deze verordening bevat geen begripsbepalingen, aangezien deze hier overbodig zijn. Dit geldt in de eerste plaats voor die begrippen die al in de Archiefwet gedefinieerd zijn (zoals 'archiefbescheiden'). Deze gelden onverminderd ook voor deze verordening, afwijken is niet mogelijk.

Voor de goede orde, het begrip 'archiefbescheiden' kan ten onrechte de suggestie wekken dat het slechts om oudere, papieren documenten zou gaan. Dit is echter niet het geval, zoals ook blijkt uit een nauwkeurige lezing van het begrip. Onder archiefbescheiden wordt overeenkomstig artikel 1, onder c, van de Archiefwet verstaan:

- 1) bescheiden, ongeacht hun vorm, door de overheidsorganen ontvangen of opgemaakt en naar hun aard bestemd daaronder te berusten;
- 2) bescheiden, ongeacht hun vorm, met overeenkomstige bestemming, ontvangen of opgemaakt door instellingen of personen, wier rechten of functies op enig overheidsorgaan zijn overgegaan;
- 3) bescheiden, ongeacht hun vorm, welke ingevolge overeenkomsten met of beschikkingen van instellingen of personen dan wel uit anderen hoofde in een archiefbewaarplaats zijn opgenomen om daar te berusten;
- 4) reproducties, ongeacht hun vorm, welke bij of krachtens de wet in de plaats zijn gesteld van de onder 1°, 2° of 3° bedoelde archiefbescheiden of welke op grond van het bepaalde in artikel 7 zijn vervaardigd.

Het gaat dus niet alleen om papieren, maar ook digitale archiefbescheiden waaronder databases, websites, agenda's en berichten via sociale media. Om misverstanden te voorkomen wordt in de praktijk ook vaak de meer neutrale term 'informatie' gehanteerd als er over 'archiefbescheiden' wordt gesproken of geschreven.

Zorg en beheer

Het begrip 'zorg' is niet gedefinieerd in de wet. In het algemeen – en in artikel 1 van deze verordening – wordt hieronder verstaan de (kader stellende) bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het ontvangen, vervaardigen, bewaren en uiteindelijk vernietigen van de archiefbescheiden (die daarvoor in aanmerking komen) op een wijze waarmee de goede, geordende en toegankelijke staat gedurende de wettelijk voorgeschreven bewaartermijn is gewaarborgd en waarbij de authenticiteit van deze archiefbescheiden op ieder moment kan worden vastgesteld. Dit ter onderscheiding van het 'beheer' van de archiefbescheiden: de ambtelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de beheerwerkzaamheden, te weten het behouden, bewerken, benutten en ter raadpleging of gebruik ter beschikking stellen aan de ambtelijke organisatie en het publiek.

Door het informatiebeheer op orde te hebben wordt een efficiënte en effectieve bedrijfsvoering mogelijk gemaakt, kent de gemeenschappelijke regeling haar eigen rechtspositie en die van anderen, is het mogelijk verantwoording af te leggen voor het handelen en kan de blijvende bewaring van cultuurhistorische informatie worden gegarandeerd.

Raadplegen archiefbescheiden, opmaken afschriften, bewerkingen e.d.

De archiefbescheiden die in een archiefbewaarplaats berusten zijn openbaar, behoudens enkele uitzonderingsgevallen (zie de artikelen 15, 16 en 17 van de Archiefwet).

Iedereen is, behoudens die uitzonderingsgevallen, bevoegd die archiefbescheiden kosteloos te raadplegen en daarvan of daaruit afbeeldingen, afschriften, uittreksels en bewerkingen te maken of op zijn kosten te doen maken.

Artikelsgewijs

Enkel die bepalingen die verdere toelichting behoeven, worden hieronder nader behandeld.

Artikel 1. Zorgplicht dagelijks bestuur

Dit artikel vormt een uitwerking van de zorgplicht van het dagelijks bestuur. Naast de algemene bepalingen van de Archiefwet zijn verder in hoofdstuk 3 van de Archiefregeling voorschriften gesteld ten aanzien van de geordende en toegankelijke staat van archiefbescheiden. De Archiefregeling bevat tevens de verplichting voor het dagelijks bestuur om ervoor zorg te dragen dat het beheer van archiefbescheiden voldoet aan toetsbare eisen van een toe te passen kwaliteitssysteem.

Eerste lid

Dit onderdeel verplicht het dagelijks bestuur ervoor zorg te dragen dat beleid wordt geformuleerd en dat interne regels (zoals 'beheersregels' of een 'werkstructuur') worden opgesteld, beide ten behoeve van het beheer van archiefbescheiden van de gemeenschappelijk regeling.

Tweede lid

De zorg voor archiefbescheiden staat niet op zichzelf; deze zorg maakt onderdeel uit van het informatiebeleid in brede zin. Het dagelijks bestuur dient de zorg voor archiefbescheiden dan ook in samenhang te bezien en af te stemmen op domeinen als informatiemanagement, informatiearchitectuur, informatiebeveiliging, openbaarheid en persoonsgegevensbescherming en zo nodig daartoe maatregelen te treffen. Hierop ziet het tweede lid.

Derde lid

De mandatering van de directeur door het dagelijks bestuur houdt in, dat de directeur ondertekent, waarbij het dagelijks bestuur verantwoordelijk blijft. Bij de ondertekening van de stukken dient te staan **namens het dagelijks bestuur**. (zie AWB art. 10.1.1)

Artikel 2. Taken gemeentearchivaris

Uit de Archiefwet volgt dat als er een gediplomeerde gemeentearchivaris is benoemd, deze de gemeentelijke archiefbewaarplaats beheert en dat deze tevens – voor zover het betreft de archiefbescheiden van de gemeenschappelijke regeling die niet zijn overgebracht naar de archiefbewaarplaats – belast is met toezicht op de naleving van het bij of krachtens de wet bepaalde (artikel 32, eerste en tweede lid).

Het tweede lid regelt de verplichting voor de gemeentearchivaris om periodiek verslag uit te brengen aan het dagelijks bestuur over enerzijds het beheer van de archiefbescheiden van de gemeenschappelijke regeling die zijn overgebracht naar de archiefbewaarplaats en anderzijds het toezicht op het beheer van de archiefbescheiden van de gemeenschappelijke regeling die niet zijn overgebracht naar de archiefbewaarplaats.

Zo nodig kan het dagelijks bestuur (mede) op basis van dit verslag besluiten voorzieningen te treffen ter uitoefening van de aan hen opgedragen zorg. Het verslag wordt door het dagelijks bestuur overeenkomstig artikel 3 ter beschikking gesteld aan het algemeen bestuur.

Het opstellen van het verslag over het toezicht op het beheer van de niet-overgebrachte archiefbescheiden vraagt om een samenspel tussen de gemeentearchivaris en de feitelijk beheerders van de niet-overgebrachte archiefbescheiden. Deze laatsten beschikken immers over informatie over de prestaties in het kader van de uitvoering van de Archiefwet.

Op grond van het derde lid kan de gemeentearchivaris ook op verzoek of eigen initiatief advies uitbrengen aan het dagelijks bestuur over het beheer van de archiefbewaarplaats (en de daarheen overgebrachte archiefbescheiden) en het beheer van de archiefbescheiden van de gemeenschappelijke regeling die (nog) niet daarheen zijn overgebracht. Een dergelijk advies zal in veel gevallen gepaard gaan met een voorstel om – in het belang van een goed beheer of toezicht – bepaalde voorzieningen te treffen.

Artikel 3. Verantwoording door dagelijks bestuur

Het dagelijks bestuur informeert het algemeen bestuur jaarlijks over de uitoefening van hun zorgplicht voor de archiefbescheiden van de gemeenschappelijke regeling.

Zij voegen daarbij in ieder geval:

- a. het verslag van de gemeentearchivaris (of de verslagen, als de verslaglegging neerslag krijgt in meerdere, afzonderlijke verslagen),
- b. de op verzoek of eigen initiatief van de gemeentearchivaris aan hen uitgebrachte adviezen (zo die er zijn geweest in de periode waarop ook de verslaglegging betrekking heeft) en
- c. een voorstel voor de in het kader van de zorgplicht voor de archiefbescheiden te treffen maatregelen, zo nodig voorzien van een kostenraming. Als er op te lossen knelpunten zijn, zal het onder c bedoelde voorstel neerkomen op een verbeterplan, dat gepaard kan gaan met een plan van aanpak. Als er aan de te treffen maatregelen extra kosten zijn verboden, dan zullen deze meegenomen moeten worden in de begrotingscyclus.

Hierdoor wordt het algemeen bestuur in de gelegenheid gesteld het dagelijks bestuur te controleren ten aanzien van hun wettelijke zorgplicht. Ook wordt op deze wijze een cyclisch proces van beleidsvorming, begroting en financiering, uitvoering, controle en (financiële) verantwoording en bijstelling geborgd.

De informatie kan tevens gebruikt worden om in het kader van interbestuurlijk toezicht gedeputeerde staten te informeren.

Verslag van het archieftoezicht
GGD Hart voor Brabant,
GGD West-Brabant
en
Regionale Ambulance Voorziening Brabant
Midden-West-Noord
2021

Stellers:

V.C. Sleebe, wnd. archiefinspecteur 's-Hertogenbosch

F.C.M. van Meir, gemeentearchivaris Breda

Datum: 4 februari 2022

Status: Definitief

Inhoudsopgave

1. Samenvatting en beoordeling
2. Werkwijze en verantwoording
3. Archief KPI's
 - a. Opvolging verbeterpunten uit het verslag over 2019
 - b. Actiepunten / verbeterpunten voor 2022
4. Thematische verdieping

1. Samenvatting en beoordeling

Voor u ligt het verslag van het toezicht op het archief- en informatiebeheer van de GGD Hart voor Brabant en GGD West-Brabant over 2021. Dit verslag is opgemaakt op basis van de nieuw vastgestelde KPI's. Deze wijken af van de KPI's die gebruikt zijn in 2019. Dit is terug te vinden in het beoordelingsoverzicht hieronder.

KPI	Beoordeling 2019	Beoordeling 2021
1 Lokale regelingen (KPI 1 oud)	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet</i>
2 Middelen en mensen (KPI 10 oud)	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>
3 Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots (KPI 7 en 9 oud)	<i>Voldoet deels / voldoet niet (oude KPI (9))</i>	<i>Voldoet deels</i>
4 Interne kwaliteitszorg en toezicht (KPI 2)	<i>Voldoet niet</i>	<i>Voldoet deels</i>
5 Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden (KPI 3 en 4 oud)	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>
6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden. (KPI 4 en 5 oud)	<i>Voldoet niet</i>	<i>Voldoet</i>
7 Overbrenging van archieven (KPI 6 oud)	<i>Voldoet niet</i>	<i>Voldoet</i>
8 Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden. (KPI 8 oud)	<i>Nvt</i>	<i>NvT</i>

In het afgelopen jaar (en ook in 2020) heeft de organisatie van het Service Centrum (team HSC DIV) laten zien inventief en innovatief om te gaan met de informatiehuishouding door de veranderende omstandigheden als gevolg van de Corona pandemie. Hierdoor is het noodzakelijk om het digitale informatie- en archiefbeheer versneld door te ontwikkelen en vooral de digitale archivering als een constante factor te borgen. De afgelopen twee jaar zijn hier grote stappen gezet om het archief- en informatiebeheer op orde te brengen en te houden zowel in papieren als in digitale vorm. Om dit te bewerkstelligen zijn er verschillende trajecten opgestart. Bij de thematische verdieping wordt hier nader op ingegaan.

Naast de stappen die gezet zijn is er voor 2022 nog genoeg uitdaging op het gebied van het archief- en informatiebeheer. De verdere afwikkeling van het afsluiten en toegankelijk maken van het huidige papieren archief en dit overdragen aan de archiefinstellingen. Ook het verder implementeren en continueren van het kwaliteitsmanagement bij het team HSC DIV is voor 2022 een grote uitdaging. Belangrijk is om er voor te zorgen dat alle informatie 'in control' blijft en komt.

Deze en nieuwe actiepunten dienen opgepakt te worden om de kwaliteit van de informatie continue te borgen. Tekortkomingen in het archief- en informatiebeheer vormen risico's voor de verantwoordings- en bewijsfunctie van de GGD Hart voor Brabant en GGD West-Brabant en het niet voldoen aan de eisen die gesteld worden vanuit de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

2. Werkwijze en verantwoording

Inleiding werkwijze

Dit is het toezichtsverslag 2021 in het kader van het 'horizontaal' toezicht op de wijze waarop wetgeving wordt nageleefd binnen de organisaties voor wat betreft het Archief- en Informatiebeheer. De archivaris maakt als 'horizontale' toezichthouder een toezicht verslag aan.

Voor de GGD Hart voor Brabant en de Regionale Ambulance Voorziening BMWN is dat de gemeentearchivaris van 's-Hertogenbosch en voor GGD West-Brabant de gemeentearchivaris van Breda. Hij rapporteert aan directie en Dagelijks Bestuur. Team DIV van HSC stelt hierop een verbeterplan op dat door de GGD-en en RAV vervolgens voor 15 juli 2022 naar het AB en Interbestuurlijk Toezicht (IBT) wordt gestuurd. Vervolgens reageert de provincie op de ontvangen stukken. Het proces tussen directie/DB en Provincie maakt deel uit van het 'verticale' toezicht. De 'horizontale' toezichthouder blijft daarbuiten.

Doel van het toezicht is om te bezien of de vele wettelijke en andere regelingen voor Informatiebeheer voldoende worden nageleefd. Informatiebeheer is een complex geheel van vakkennis, wetgeving en digitalisering en cruciaal voor het goed functioneren van een organisatie, en zeker een overheidsorgaan.

De werkzaamheden voor het Informatiebeheer van de GGD West-Brabant, GGD HvB en de RAV worden uitgevoerd door Het Service Centrum. Dit verslag richt zich op het werk van HSC, voor de GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord.

Verantwoording

De toetsingscriteria voor die bevindingen zijn gebaseerd op de acht groepen van kritische prestatie-indicatoren (kpi's) van de VNG. Voor het toezicht over 2021 is gebruik gemaakt van de aangepast KPI's. Dat waren er tien en zijn nu 8 groepen KPI's. De KPI's zijn gebaseerd op wet- en regelgeving. Bij de behandeling van de KPI's is omwille van de leesbaarheid niet steeds gewezen op allerlei regels en wetten. Voorts is gekeken naar het verbeterplan 2019 e.v. en de voortgangsrapportage 2020 die door de GGD HvB, RAV en GGD WB zijn opgesteld. De voortgangsrapportages zijn gebruikt voor de thematische verdieping. Gekeken is in hoeverre de daarin gestelde doelen zijn gerealiseerd. Het verslag gaat over 2021 en eindigt dus op 31 december 2021.

De bevindingen van beide archivariissen zijn verder gebaseerd op gesprekken met diverse medewerkers, op eigen waarneming, op toegezonden stukken, op de eigen regelgeving van de GGD-en en RAV, zoals de Archiefverordening en Besluit Informatiebeheer.

Per groep kpi's wordt geciteerd wat er in het verslag over 2019 aan aanbevelingen is geformuleerd. Vervolgens wordt aangegeven wat er ultimo 2021 met de aanbevelingen is gedaan en wat de bevindingen zijn. Dat wordt aangegeven bij de paragraaf "opvolging verbeterpunten uit het verslag 2019". Bij de paragraaf "actiepunten en verbeterpunten" worden de verbeterpunten voor 2022 aangegeven.

3. Archief KPI's

a. Opvolging verbeterpunten uit het verslag over 2019

In 2020 is tussentijds verslag uitgebracht van de verbeterpunten over 2019. Hieronder wordt de huidige stand van zaken aangegeven op basis van de vernieuwde KPI's met een verwijzing naar de oude.

KPI 1 Lokale regelingen

Verbeterpunten:

- Bereid aanpassing van het besluit Informatiebeheer of de archiefverordening voor, zie de nieuwe modellen die de VNG heeft opgesteld.
 - In verband met de latere inwerkingtreding van de Archiefwet is voor de MO's een generieke Archiefverordening en Besluit Informatiebeheer opgesteld. Deze zijn vastgesteld door het SIO. Vaststelling door de zorgdragers zal eind 2021 of begin 2022 plaatsvinden. Daarna wordt het IBT in kennis gesteld. In 2023, na de inwerkingtreding van de nieuwe Archiefwet, worden de Generieke Archiefverordening en Besluit Informatiebeheer aangepast per MO op basis van de nieuwe wetgeving.
- Richt het SIO in en bepaal de relatie met het portefeuilleoverleg.
 - In 2021 is het SIO overleg geformaliseerd en heeft een eerste overleg plaatsgevonden. De toezicht-houders hebben hieraan deelgenomen.
 - Het portefeuilleoverleg wordt periodiek als SIO overleg gebruikt. Hier zijn de toezichthouders en IBT mee akkoord.

KPI 2 (KPI 10 oud) Middelen en mensen

Verbeterpunten:

- Overweeg het voorzien in kennis en expertise van digitaal informatiebeheer op Hbo-niveau.
 - Afgelopen twee jaar zijn er diverse trainingen gevolgd door team DIV, o.a. Informatiebeveiliging en privacy, Hotspot training, Office365 compliance, veiligheid en archivering.
 - Het kennisniveau van team DIV wordt geüpdatet door middel van het volgen van trainingen, webinars en ontwikkelingen binnen vakgebied via de bekende netwerken en platformen (bijv. BREED netwerk en KIA/Pleio platform).
- Maak een overzicht van de gelden die nu aan informatiebeheer zijn te koppelen en beredeneer of dat voldoende is om wettelijke taken uit te voeren.
 - De afgelopen twee jaar is er flink wat veranderd in de taken en de samenstelling van team DIV. Zo veranderen de taken steeds meer van uitvoerend naar adviserend. En ook het document management systeem Decos waarover team DIV het functioneel beheer had, is uit gefaseerd. Op dit moment worden de taken meer inzichtelijk gemaakt om helder te krijgen welke middelen hiervoor nodig zijn.
- Ga door met tijdelijke inhuur voor het opzetten van onderdelen van het informatiebeheer
 - In 2021 en 2022 wordt verder inzichtelijk gemaakt wat er nodig is voor overbrenging van digitale archiefbescheiden naar het e-depot. Hiervoor gaat team DIV in overleg met de e-depotbeheerders.

KPI 3 Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots (KPI 7 en 9 oud)

Verbeterpunten:

- Oriënteer op hoe digitale bestanden die na langere tijd vernietigd moeten worden of overgebracht naar het e-depot daartoe gereed gemaakt moeten worden, denk aan metadata en implementeer standaarden (o.a. Metagegevens Duurzaam Toegankelijke Overheidsinformatie (MDTO)) om een goede overdracht voor te bereiden en plan hier een procedure voor.
 - Gepland: in 2022 / 2023 wordt een start gemaakt met het opstellen van een procedure en plan van aanpak voor de overbrenging naar het e-depot, inclusief metadata en standaarden. Dit wordt ingepland met de beheerders van het e-depot Stadsarchief gemeente Breda en 's-Hertogenbosch.
- Zorg ervoor dat bekend is welke applicaties 'eeuwig' te bewaren digitale bescheiden bevatten en beheer die vanuit dat oogpunt.
 - Gepland: in 2022 / 2023 wordt een overbrengingsoverzicht opgesteld per MO, wat er aan te bewaren archief is, fysiek zowel als digitaal en per wanneer overgebracht dient te worden.
- Werk het Vernietigingsplan verder uit voor het bewaren van op langere termijn te vernietigen digitale bescheiden.
 - Dit is meegenomen in het Vernietigingsplan.
- Pak ook deze taken op in het kader van de algehele verbetering van het informatiebeheer en laat hierover het SIO zich op beleidsniveau buigen.
 - In dit kader is het Corona archief MO's in kaart gebracht en is inzichtelijk gemaakt wat te archiveren op basis van het Verkenningsdocument door de extern archivaris.
- Stel een calamiteitenplan op.

- In verband met de uitplaatsing van het fysieke archief is een calamiteitenplan voor de archieven niet meer nodig. Het is wel van belang om nog even bij View in Doetinchem een check te doen op hun calamiteitenplan.

KPI 4 Interne kwaliteitszorg en toezicht (KPI 2)

Verbeterpunt:

- Ga in de komende jaren het kwaliteitssysteem inrichten, wanneer de opbouwfase zijn voltooiing nadert
 - De inrichting van het kwaliteitssysteem wordt opgezet zo gauw de realisatie van de digitale omgeving van het Informatiebeheer met de specifieke eisen en voorwaarden is opgezet. Het oppakken van het Kwaliteitssysteem is gepland voor 2021/2022 in samenspraak met MO's en archivariissen. Een eerste aanzet is al gemaakt met het verbeterplan naar aanleiding van het toezicht verslag van 2019. Hiervoor is de PDCA cyclus al aan het rollen. Op basis van de vernieuwde KPI's wordt in 2022 het kwaliteitssysteem verder ingericht. Hierbij is het goed om de ontwikkelingen rondom Kido Ligt (kwaliteitssysteem te blijven volgen).

KPI 5 Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden (KPI 3 en 4 oud)

Verbeterpunten:

- Zet de informatiebeheer kaart breed in en gebruik die bij het verkrijgen van overzicht.
 - Breed inzetten van de informatiebeheerkaart en input wordt verwerkt in het Informatie Structuurplan (ISP) van de MO's. De Informatiebeheerkaart is opgesteld en getest bij enkele processen. Ivm Corona en de daardoor mindere beschikbaarheid van medewerkers is de verdere implementatie on hold gezet. Het traject wordt weer opgepakt en meegenomen met de periodieke gesprekken met de teams.
- Zorg voor een verdere uitbouw van een awareness programma .
 - De awareness is structureel opgepakt. Dat gebeurt tijdens projecten (o.a. Duurzame Document Opslag Zonder Decos) via mail, intranet en bijeenkomsten. Tevens is een communicatiesite ingericht m.b.t. beleid digitaal bewaren, spelregels en werkinstructies. Ook worden tips en nieuwtjes m.b.t. het archief- en informatiebeheer gepubliceerd. Voor nieuwe medewerkers wordt een awareness programma opgesteld m.b.t. Archief- en informatiebeheer.
- Stel het metadata schema op
 - In 2020 is de metadata basisset vastgesteld die gebruikt wordt bij de opslag en archivering van documenten in SharePoint.
 - Voor de overdracht aan het e-depot zijn door de toezichthouders de concept overzichten van de metadata opgestuurd (TMLO, Toepassingsprofiel Metagegevens Lokale Overheden). Dit wordt in 2022 verder opgepakt in overleg met de e-depotbeheerders en hiervoor wordt een plan van aanpak opgesteld.
- Maak het overzicht van werkprocessen af en vermeldt welke stukken daarbij horen. Het zogenaamde Informatiestructuurplan.
 - Dit wordt in kaart gebracht aan de hand van de ingevulde informatiebeheerkaarten. Dit is on hold gezet en wordt weer opgepakt in 2022.
- Geef aan welke processen vanuit informatiebeheer oopunt risicovol zijn, benoem de criteria daarvoor
 - Dit wordt in kaart gebracht aan de hand van de ingevulde informatiebeheerkaarten. Dit is on hold gezet en wordt weer opgepakt in 2022.
- Digitale archiefbescheiden.
 - In 2020/2021 zijn er verschillende contacten geweest met de toezichthouders met betrekking tot de digitale archiefbescheiden en de projecten die in dit kader zijn opgestart. Bij de thematische verdieping wordt hier verder op ingegaan.
 - Wat voor 2022 belangrijk is om te starten het overzicht van applicaties waar archiefwaardige informatie in is opgenomen. Waar de te bewaren informatie is opgeborgen en waar de te vernietigen. Tijdig vernietigen is noodzakelijk om te voldoen aan AVG.
 - De bovenstaande zaken zoals metadata schema, processen en de documenten die daarin worden gecreëerd zijn tevens van belang bij een duurzame archivering.
 - Het archiveringsproces in SharePoint vraagt om een consequente begeleiding en bewaking en tevens kan nog bekeken worden waar tijdelijk opslag van de digitale informatie kan plaatsvinden.

KPI 6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden. (KPI 4 en 5 oud)

Verbeterpunten:

- Generiek Handboek Vervanging verder opstellen en afronden in 2020. Aansluitend ter besluitvorming voorleggen aan de besturen en Vervangingsbesluiten laten vaststellen per taakgebied.
 - Handboek vervanging is afgelopen jaar opgesteld, vastgesteld in de DB en AB's en gepubliceerd op Overheid.nl. Het vaststellingsbesluit Handboek Vervanging moet nog getekend worden, is vergeten

vanuit MO's en er moet nog gecommuniceerd worden naar medewerkers MO's over het Handboek Vervanging.

- Een aandachtspunt voor de komende jaren is om van conversie of migratietrajecten een verklaring op te stellen.
 - Vernietigingsplan: in 2020 is het Vernietigingsplan en de procedure opgesteld en is ter besluitvorming voorgelegd aan de besturen. Het plan is tevens aangevuld met een lijst van applicaties van de MO's. In 2022 wordt de vernietiging opgepakt conform de actielijst voor de moederorganisaties.
- De afgelopen jaren is de reguliere vernietiging periodiek uitgevoerd.
- Besluit opstellen voor directie of Dagelijks Bestuur voor het benoemen en behandelen van Hotspots
 - Hotspotmonitor opstellen en Hotspots benoemen in SIO overleg. Dit is in 2021 geregeld.
 - Lijst van hotspots moet nog formeel worden opgesteld. Vooruitlopend hierop is al wel de hotspot Corona benoemd en heeft al een analyse plaatsgevonden om zo de omgevingen te benoemen waar vernietiging tijdelijk wordt opgeheven totdat nader is bepaald wat definitief bewaard moet worden.

KPI 7 Overbrenging van archieven (KPI 6 oud)

Verbeterpunten

- Breng in kaart welke bescheiden, zowel analoog als digitaal, wanneer moeten worden overgebracht; stel een model voor de Verklaring van Overbrenging op.
- In 2020 is het project archiefbewerking afgerond. In dit project is al het fysieke archiefmateriaal geïnventariseerd. Bij deze inventarisatie is het archiefmateriaal van rechtsvoorgangers klaargemaakt voor overbrenging. Archiefmateriaal dat vernietigd kon worden, is vernietigd. Het overige archiefmateriaal is overgebracht naar een externe partij, ivm verhuizing van de GGD naar kantoor zonder archiefruimte.
- Gepland voor 2021/2022: Vanwege tweede golf Corona is in november 2020 de Overbrenging van supplementen archiefbescheiden van rechtsvoorgangers on hold gezet. Zo gauw de archiefinstanties weer open zijn, contact leggen voor afronding overbrenging. Na vaststelling overbrengingsprocedure overbrenging regelen.
- Stel een overbrengingsprocedure op, rekening houdend met de AVG en andere openbaarheidsbeperkingen
 - De concept Overbrengingsprocedure is opgesteld en doorgenomen door toezichthouders. De opmerkingen van de toezichthouders zijn verwerkt. Tevens is een concept verklaring van overbrenging opgesteld.
 - Planning 2021 / 2022: vaststellen overbrengingsprocedure en concept verklaring van overbrenging.

KPI 8 Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarpplaats overgebrachte archiefbescheiden. (KPI 8 oud)

In het vorige verslag archieftoezicht is de ter beschikkingstelling niet meegenomen. Ook dit keer niet. Voor volgend jaar is het goed naar de beschikbaarstelling te kijken van de overgebrachte archieven. Dit is dan een actiepuntpunt voor de toezichthouder.

b. Actiepunten / verbeterpunten voor 2022

KPI 1 Lokale regelingen

- 1.1 Beheerregeling informatiebeheer en de Archiefverordening: Laat het Beheerregeling informatiebeheer en de Archiefverordening vaststellen en stuur deze ter informatie naar het IBT.
- 1.2 In 2023, na de inwerkingtreding van de nieuwe Archiefwet, worden de Generieke Archiefverordening en Beheerregeling informatiebeheer aangepast per MO op basis nieuwe wetgeving.

KPI 2 (KPI 10 oud) Middelen en mensen

Verbeterpunten:

- 2.1 Kennis en expertise van digitaal informatiebeheer:
 - Zet de structureel opgepakte kennisverbreding de komende jaren door, zodat het kennisniveau van team DIV wordt geüpdatet door middel van het volgen van trainingen, Webinars en het volgen van ontwikkelingen op het vakgebied.
- 2.2 Maak een overzicht van de gelden die nu aan informatiebeheer zijn te koppelen en beredeneer of dat voldoende is om wettelijke taken uit te voeren. Ga door met het inzichtelijk maken van de taken en helder te krijgen welke middelen nodig zijn.
- 2.3 Ga door met tijdelijke inhuur voor het opzetten van onderdelen van het informatiebeheer en maak tevens inzichtelijk welke taken nodig zijn voor de overbrenging van digitale archiefbescheiden naar het e-depot. Ga hierover in overleg met de e-depotbeheerders.

KPI 3 Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots (KPI 7 en 9 oud)

Verbeterpunten:

- 3.1 Procedure en plan van aanpak overbrenging digitale bestanden (incl. metadata en standaarden) naar het e-depot:
 - Pak dit op met de beheerders van het e-depot Stadsarchief gemeente Breda en 's-Hertogenbosch.
- 3.2 Zorg ervoor dat bekend is welke applicaties 'eeuwig' te bewaren digitale bescheiden bevatten en beheer die vanuit dat oogpunt:
 - Maak hiervoor, zoals gepland, een overbrengingsoverzicht per MO, wat er aan te bewaren archief is, fysiek zowel als digitaal en per wanneer overgebracht dient te worden.

KPI 4 Interne kwaliteitszorg en toezicht (KPI 2)

Verbeterpunt:

- 4.1 Ga in de komende jaren het kwaliteitssysteem inrichten, wanneer de opbouwfase zijn voltooiing nadert
 - Ga door met het opzetten van het Kwaliteitssysteem (op basis van de vernieuwde KPI's) zoals gepland voor 2021/2022 in samenspraak met MO's en archivariissen en borg de PDCA cyclus.

KPI 5 Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden (KPI 3 en 4 oud)

Verbeterpunten:

- 5.1 Zet de informatiebeheer kaart breed in en gebruik die bij het verkrijgen van overzicht in het informatiebeheer, de werkprocessen en de risico's.
 - Start, zodra het weer kan, met het breed inzetten van de informatiebeheerkaart en het vastleggen ervan in het Informatie Structuurplan (ISP) van de MO's.
 - 5.2 Continueer de awareness activiteiten en pak dit ook op voor nieuwe medewerkers zoals m.b.t. Archief- en informatiebeheer zoals aangegeven.
- Digitale archiefbescheiden.
 - 5.3 Evalueer en beheer de vastgestelde basisset metadata die gebruikt wordt bij de opslag en archivering van documenten in SharePoint.
 - 5.4 Maak in overleg met de e-depotbeheerders van het e-depot een plan van aanpak voor overdracht en afstemming / mapping van de metadata.
 - 5.5 Het archiveringsproces in SharePoint vraagt om een consequente begeleiding en bewaking en tevens kan nog bekeken worden waar tijdelijk opslag van de digitale informatie kan plaatsvinden.

KPI 6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden. (KPI 4 en 5 oud)

Verbeterpunten:

- 6.1 Laat het vaststellingsbesluit Handboek Vervanging nog formeel ondertekenen. En communiceer dit naar de medewerkers van de MO's.
- 6.2 Een aandachtspunt voor de komende jaren is om van conversie of migratietrajecten een verklaring op te stellen.

- 6.3 Vernietigingsplan: in 2020 is het Vernietigingsplan en de procedure opgesteld en is ter besluitvorming voorgelegd aan de besturen. Het plan is tevens aangevuld met een lijst van applicaties van de MO's. Pak in 2022 de vernietiging conform de actielijst voor de moederorganisaties.
- 6.4 Laat door het SIO de concept lijst van mogelijke hotspots vaststellen.

KPI 7 Overbrenging van archieven (KPI 6 oud)

Verbeterpunten

- 7.1 Breng in kaart welke bescheiden, zowel analoog als digitaal, wanneer moeten worden overgebracht; stel een model voor de Verklaring van Overbrenging op.
- 7.2 Rond de overbrenging van de fysieke archieven af in 2022 zodra dat weer mogelijk is.
- 7.3 Laat in 2022 de overbrengingsprocedure en concept verklaring van overbrenging formeel vaststellen.
- 7.4 Neem bij het invullen van de informatiekaart het jaar van overbrenging mee, waardoor er inzicht komt in de hoeveelheid.

KPI 8 Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden. (KPI 8 oud)

De ter beschikkingstelling is niet meegenomen. Voor volgend jaar is het goed naar de beschikbaarstelling te kijken van de overgebrachte archieven. Dit is dan een actiepoint voor de toezichthouder.

4. Thematische verdieping

In het afgelopen jaar (en ook in 2020) heeft de organisatie van het Service Centrum (team HSC DIV) laten zien inventief en innovatief om te gaan met de informatiehuishouding door de veranderende omstandigheden als gevolg van de Corona pandemie. Hierdoor is het noodzakelijk om het digitale informatie- en archiefbeheer versneld door te ontwikkelen en vooral de digitale archivering als een constante factor te borgen. De afgelopen twee jaar zijn hier grote stappen gezet om het archief- en informatiebeheer op orde te brengen en te houden zowel in papieren als in digitale vorm. Om dit te bewerkstelligen zijn er verschillende trajecten opgestart. Hierna wordt ingegaan op: overleg en communicatie, plan van aanpak informatiebeheer / kwaliteitssysteem, de grote projecten, hotspots en Personeel en middelen.

Overleg en communicatie

De afgelopen twee jaar is er veel en gestructureerd overlegd en gecommuniceerd tussen team HSC DIV en de toezichthouders. Dat is als zeer positief ervaren en hierdoor konden grote stappen gezet worden in het realiseren van de aanbevelingen en verbeterpunten die waren gedaan in het verslag archieftoezicht van 2019. Daarnaast is ook het formeel overleg gerealiseerd waar de meer beleidsmatige zaken behandeld moeten worden. Het Strategisch Informatieoverleg (SIO) is in 2021 voor het eerst bij elkaar gekomen en in het overleg zijn al direct formele zaken besproken en besloten.

Als in 2022 en de volgende jaren zo doorgedaan wordt dan kunnen de gerealiseerde en ingezette verbeteringen het archief- en informatiebeheer verder optimaliseren.

Plan van aanpak informatiebeheer / kwaliteitssysteem

Het plan van aanpak informatiebeheer is opgesteld op basis van de aanbevelingen en verbeterpunten. Daarbij is al zoveel mogelijk de koppeling gelegd met de KPI's en de eventuele risico's. Het is een duidelijk overzicht met inzicht in de voortgang van de verschillende trajecten. Nu met de vernieuwde KPI's moet e.e.a. wat aangepast worden. Dat vraagt een extra inspanning. Als dit gerealiseerd is dan is het plan van aanpak een goede basis om het kwaliteitssysteem verder op te zetten en vorm te geven.

De grote projecten

Mede ingegeven door de aanbevelingen uit 2019 is team HSC DIV gestart met een projectmatige aanpak om achterstanden weg te werken en om ordening en duurzame toegankelijkheid te borgen voor zowel papier als digitaal archiefmateriaal. Resultaat hiervan is dat KPI's waar eerst nog niet aan voldaan werd nu omgezet zijn naar voldoet deels (omdat zaken nog lopen) of voldoet. Globaal worden de besproken: project archiefbewerking archiefdepot, Project Duurzaam Digitale Opslag zonder Decos (DDOZD), Project uitfasen van Citrix en de netwerkschijven, Project opschonen netwerkschijven en Project Informatiebeheer.

Project archiefbewerking archiefdepot

Vanaf 2019 tot medio november 2020 zijn alle daarvoor in aanmerking komende series en archiefdozen inhoudelijk beoordeeld op bewaren of vernietigen. Voorlopig is er 409 m¹ archief uit huis geplaatst bij View in Doetinchem. Dit betreft zowel bewaararchief van de MO's als op termijn te vernietigen serie archief. Op basis van de inventarislijsten wordt er jaarlijks de vernietigingsopdracht uitgezet bij View na toestemming voor vernietiging conform Vernietigingsprocedure. Zodra de Stadsarchieven weer te bereiken zijn kan ook het te bewaren fysieke archief van de MO's gekoppeld aan het digitale archief in een 20-jaren blok worden overgebracht. Door middel van dit project is een enorme inhaalslag gemaakt om fysiek archief over te brengen naar de archiefbewaarplaats. Hierdoor scoort KPI 7 een voldoet.

Project Duurzaam Digitale Opslag zonder Decos (DDOZD)

Het project DDOZD had als doel om zorg te dragen voor een duurzame, toekomst bestendige inrichting van documentopslag zonder Decos. Decos was een verouderde versie, die niet meer ondersteund werd waardoor er risico gelopen werd. Het project is onder te verdelen in 3 fasen, waarbij de laatste fase nog loopt. Fase 1 betrof het inventariseren van de huidige situatie, het in kaart brengen van de gewenste situatie en een plan opstellen hoe, wanneer, en met de nieuwe inrichting van Office365 werd gebouwd, Decos content werd gekopieerd, medewerkers geïnformeerd, werkprocessen aangepast en wat dat aan capaciteit kost voor fase 2. Fase 2 bevatte het uitvoeren van het plan, d.w.z. inrichten nieuwe opslaglocatie, bestanden overzetten, gebruikers informeren en Decos uitzetten. Fase 3 betreft de fase van doorontwikkeling en verbetering van de nieuwe situatie en is een doorlopend geheel na afronding van het project DDOZD. Deze fase behelst het finetunen en verbeteren van de inrichting. Het gaat dan om: de beheerorganisatie verder opzetten voor onderhoud en doorontwikkeling van O365 archief, implementatie recordmanagement, opzetten changemanagement, archivering van gehele sites.

Het project heeft de volgende resultaten opgeleverd:

- Beleid voor opslaan en bewaren van digitale documenten, ofwel 'Spelregels Digitaal opslaan en bewaren' en gebruiksinstructies waarin alle afspraken zijn vastgelegd, zodat een uniforme werkwijze gewaarborgd wordt.
- inventarisatie processen en functionaliteiten van Decos die in gebruik waren
- metadata basis set
- requirements voor opslag en archiveren
- Een ingerichte O365 (ongeveer 665 sites) omgeving voor opslag, archivering en samenwerkingsomgeving. De archiefomgeving is ingericht in een MS Azure Blobstorage en voor de 'speciale' processen: verkoop, aanbestedingen, klachten, GMV, adresboekbeheer en sjablonen een maatwerksite opgeleverd
- De uitfasering van Decos (en opzegging licenties) is gerealiseerd en documenten die daar niet in hoorden zijn opgenomen in de desbetreffende functionele applicaties
- een projectsite als centraal communicatiepunt voor alle gebruikersondersteuning en -informatie, voor zowel tijdens als na het project

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat door dit project grote stappen gezet zijn en dat daardoor verschillende aanbevelingen en verbeterpunten zijn gerealiseerd voor de KPI's 4, 5 en 6.

Project uitfaseren van Citrix en de netwerkschijven

Doel van het project is te zorgen dat tijd- en plaatsafhankelijk (samen)werken toekomstvast wordt ingericht zonder Citrix en zonder gebruikersdocumenten op netwerkschijven, zodat Citrix uiterlijk 31-12-2021 kan worden uitgezet en de gebruikersdocumenten conform opslag- en bewaarbeleid in de cloud zijn opgeslagen. Bij het projectdeel uitfaseren netwerkschijven (voor opslag en archivering) is team DIV nauw betrokken.

Ook dit project is in fasen opgedeeld met eigen tussenresultaten en een afzonderlijke investering. Daardoor kan de kennis die gedurende het project wordt opgebouwd benut worden voor bijsturing en go / no-go besluitvorming per fase.

Het project loopt nog en de volgende zaken staan nog te gebeuren: migratie van netwerkschijven naar de nieuwe locaties (team-, projectsite en archieflocatie), nieuwe alternatieve toegang tot applicaties, informatiebijeenkomsten voor de medewerkers en nazorg voor medewerkers die een document niet terug kunnen vinden of vragen hebben over gebruik van de nieuwe inrichting.

Het project heeft nu al de volgende resultaten opgeleverd:

- Huidig en beoogd applicatieoverzicht.
- Netwerkschijven beoordeeld door contactpersonen op gebruik of archiveren.
- Ontwerp technische alternatieven.
- Uit de eerste inventarisatie van de netwerkschijven is de grootte nu duidelijk: ongeveer 525.000 mappen en circa 4 miljoen documenten! Verdeelt over verschillende afdelings- en projectschijven.
- De diverse contactpersonen van alle moederorganisaties hebben recentelijk een overzicht ontvangen van de eerste twee map niveaus van 'hun' bestanden. Zij hebben daarbij het verzoek gekregen om aan te geven (per map) of ze deze nog gebruiken of dat dit naar het archief mag.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat door dit project grote stappen gezet zijn en dat daardoor verschillende aanbevelingen en verbeterpunten zijn gerealiseerd voor de KPI's 4, 5 en 6.

Project opschonen netwerkschijven

Door het project uitfaseren Citrix en netwerkschijven is geconstateerd dat er een hoop 'achterstallig onderhoud' plaats moet vinden op de bestanden die daar opgeslagen zijn. Het gaat dan om: migreren van medische en personeelsdocumenten naar de juiste vakapplicaties, documenten met persoonsgegevens traceren en vernietigen conform AVG, archiefwet toepassen en ontdebelen van bestanden.

De realisatie van dit project draagt bij aan het verder op orde brengen van de archief- en informatiehuishouding en borgen van KPI's 4, 5 en 6.

Project Informatiebeheer

Het project Informatiebeheer heeft als doel om het Informatiebeheer van alle MO's volledig in kaart te brengen. Met als eindresultaat een overzicht van de werkprocessen, bijbehorende digitale data en documenten en de mogelijke aanwezige risico's. Het project staat op dit moment on hold en wordt in 2022 weer opgepakt.

De hotspots

'Hotspots' zijn gebeurtenissen waar het handelen van de overheid en de samenleving elkaar intens raken. Het gaat om gebeurtenissen die maatschappelijke beroering veroorzaken, van bijzondere betekenis zijn voor de inwoners en in de media veel aandacht hebben getrokken. Vanuit cultuur-historisch perspectief is het van belang om de archieven over hotspots veilig te stellen en te bewaren. Voor de GGD Hart voor Brabant en GGD West-Brabant is het van belang om een zogenaamde hotspotlijst op te stellen. Vooruitlopend hierop is de Coronapandemie benoemd als Hotspot door het SIO.

Met het benoemen van een hotspot wordt invulling gegeven aan artikel 5, lid 1 onder e van het Archiefbesluit: het uitzonderingscriterium. Er wordt meer bewaard dan op grond van de selectielijst zou moeten. Door het vaststellen van de hotspot, wordt juridische basis gegeven om informatie te bewaren. Daarmee wordt ook een grondslag gegeven voor het bewaren van persoonsgegevens: het betreft archivering in het algemeen belang.

Om een hotspot juist te duiden moet een zogenaamde hotspotanalyse worden uitgevoerd. Voor de hotspot Corona is zo'n analyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in de bijzondere gebeurtenis, met als doel het in beeld hebben en veilig stellen van informatie. Het is een aanvulling op de selectielijst die voor overheden geldt. Voor de GGD is dat de intergemeentelijke selectielijst, waarmee bepaald is welke informatie blijvend te bewaren is (en overgebracht wordt op termijn naar het stadsarchief 's-Hertogenbosch en stadsarchief Breda) en welke informatie wanneer vernietigd moet worden.

Het resultaat van de hotspotanalyse geeft een goed inzicht waar welke informatie aanwezig is binnen de GGD. Het is nu zaak om daar de komende periode een plan van aanpak voor op te stellen. Hoe hiermee aan de slag te gaan en hoeveel inzicht te krijgen hoeveel fte hiervoor nodig is.

Personeel en middelen

Het team HSC DIV bestaat uit 4 medewerkers die bij elkaar een formatie vormen van 116 uur. Gezien de reguliere werkzaamheden is dat een bezetting die krap is. Met het oog op de digitale ontwikkelingen en de inhaalslag die de afgelopen twee jaar heeft plaatsgevonden was het goed dat er externe ondersteuning ingezet kon worden. Denk aan:

- De 2 uitzendkrachten die het fysieke archief hebben bewerkt.
- De externe projectmanager voor het project Duurzame Opslag Zonder Decos om dit project te begeleiden.
- De overeenkomst met DIOR/BECIS voor een bepaald aantal uren kennis op juridisch niveau als wel inhoudelijk advies.
- De externe archivaris voor advisering over archivering bij de programma's Corona bij GGD West-Brabant en GGD Hart voor Brabant met als resultaat het verkenningsdocument en de hotspotanalyse.

Voor komend jaar en de jaren daarna zijn er nog verschillende trajecten die moeten worden opgepakt naast de reguliere werkzaamheden om de wettelijke taken uit te voeren. Het is belangrijk om op basis van een zorgvuldige inventarisatie van extra werkzaamheden middelen te reserveren voor externe inhuur. De werkzaamheden waar het om gaat zijn o.a.:

- Het Project Informatiebeheer (volledig in kaart brengen van het Informatiebeheer van alle MO's) dat weer opgepakt gaat worden.
- Restwerkzaamheden die voortkomen uit de projecten Duurzame opslag zonder Decos en uitfaseren Citrix en netwerkschijven (uitfaseren mappen en legacy applicaties)
- De werkzaamheden die opgepakt moeten worden om de archivering van de hotspot Corona zorgvuldig te realiseren
- En de formatieberekening die gemaakt wordt op basis van de huidige (nieuwe extra taken) wettelijke taken van Team DIV om te kijken of de huidige formatie nog voldoet. Denk hierbij aan de bovengenoemde activiteiten en vooral de adviserende rol die steeds uitgebreider wordt voor O365 en de awareness.

Op basis van de zorgvuldig in kaart gebrachte noodzakelijke uren kan met behulp van externe inhuur de wettelijke taak worden uitgevoerd, de inhaalslag kan dan worden voltooid en de opzet en borging van het archief en informatiebeheer structureel gerealiseerd.

Nr.	KPI nr	KPI naam	Beoordeling 2021	Verbeteraanpak	Verbeteraanpak uit toezichtverslag
			groen = voldoet oranje = voldoet deels rood = voldoet niet		
	1	Lokale regelingen: Voldoen de regelingen voor het Archief- en Informatiebeheer aan de wettelijke eisen?	voldoet	1.1	Laat de nieuw opgestelde Archiefverordening en Beheerregeling Informatiebeheer vaststellen en stuur de vastgestelde versie van iedere MO naar het IBT ter informatie.
		Archiefverordening Beheerregeling informatiebeheer Strategisch informatieoverleg (SIO) Wijziging overheidstaken Gemeenschappelijke regelingen en andere samenwerkingsverbanden Mandaatregeling archiefzorg Uitbesteden archiefbeheer(staken) Publicatie en bekendmaking		1.2	Na inwerkingtreding van nieuwe Archiefwet: pas de Archiefverordening en Beheerregeling Informatiebeheer aan per MO aan de nieuwe wetgeving.
	2	Middelen en mensen: Kan er, gelet op haar wettelijke taken voor de archiefzorg en het archiefbeheer, beredeneerd aangegeven worden hoeveel middelen en mensen zij hiervoor ter beschikking stellen alsmede hun kwaliteitsniveau?	voldoet deels	2.1	Kennis en expertise van digitaal informatiebeheer: Zet de structureel opgepakte kennisverbreding de komende jaren door, zodat het kennisniveau van team DIV wordt geüpdate door middel van het volgen van trainingen, webinars en het volgen van ontwikkelingen op het vakgebied.
				2.2	Maak een overzicht van de gelden die nu aan informatiebeheer zijn te koppelen en beredeneer of dat voldoende is om wettelijke taken uit te voeren. Ga door met het inzichtelijk maken van de taken en helder te krijgen welke middelen nodig zijn.
				2.3	Ga door met tijdelijke inhuur voor het opzetten van onderdelen van het informatiebeheer en maak tevens inzichtelijk welke taken nodig zijn voor de overbrenging van digitale archiefbescheiden naar het e-depot. Ga hierover in overleg met de e-depotbeheerders.
	3	Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots: Zijn de fysieke en digitale bewaaromstandigheden op orde?	voldoet deels	3.1	Procedure en plan van aanpak overbrenging digitale bestanden (incl. metadata en standaarden) naar het e-depot: Pak dit op met de beheerders van het e-depot Stadsarchief gemeente Breda en 's-Hertogenbosch.
				3.2	Zorg ervoor dat bekend is welke applicaties 'eeuwig' te bewaren digitale bescheiden bevatten en beheer die vanuit dat oogpunt: Maak hiervoor, zoals gepland, een overbrengingsoverzicht per MO, wat er aan te bewaren archief is, fysiek zowel als digitaal en per wanneer overgebracht dient te worden.
	4	Interne kwaliteitszorg en toezicht: Wordt er structureel gewerkt aan de kwaliteit(verbetering) van de informatiehuishouding?	voldoet deels	4.1	Ga in de komende jaren het kwaliteitssysteem inrichten, wanneer de opbouwfase zijn voltooiing nadert. Ga door met het opzetten van het Kwaliteitssysteem (op basis van de vernieuwde KPI's) zoals gepland voor 2021/2022 in samenspraak met MO's en archivarissen en borg de PDCA cyclus.
	5	Ordering, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden Geschiedt de ordering planmatig, waarborgen het systeem en de materialen de authenticiteit, context en toegankelijkheid en de duurzaamheid van de archiefbescheiden?	voldoet deels	5.1	Zet de informatiebeheer kaart breed in en gebruik die bij het verkrijgen van overzicht in het informatiebeheer, de werkprocessen en de risico's. Start, zodra het weer kan, met het breed inzetten van de informatiebeheerkaart en het vastleggen er-van in het Informatie Structuurplan (ISP) van de MO's.
				5.2	Continueer de awareness activiteiten en pak dit ook op voor nieuwe medewerkers zoals m.b.t. Ar-chief- en informatiebeheer zoals aangegeven.
				5.3	Digitale archiefbescheiden: evalueer en beheer de vastgestelde basisset metadata die gebruikt wordt bij de opslag en archivering van documenten in SharePoint.
				5.4	Maak in overleg met de e-depotbeheerders van het e-depot een plan van aanpak voor overdracht en afstemming / mapping van de metadata.
				5.5	Het archiveringsproces in SharePoint vraagt om een consequente begeleiding en bewaking en tevens kan nog bekeken worden waar tijdelijk opslag van de digitale informatie kan plaatsvinden.
	6	Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden Weegt de GGD zorgvuldig af of vorm, inhoud en/of context van bescheiden van belang is voor bedrijfsvoering, democratische controle en cultuurhistorie?	voldoet	6.1	Laat het vaststellingsbesluit Handboek Vervanging nog formeel ondertekenen. En communiceer dit naar de medewerkers van de MO's.
				6.2	Een aandachtspunt voor de komende jaren is om van conversie of migratietrajecten een verklaring op te stellen.
				6.3	Vernietigingsplan: in 2020 is het vernietigingsplan en de procedure opgesteld en is ter besluitvorming voorgelegd aan de besturen. Het plan is tevens aangevuld met een lijst van applicaties van de MO's. Pak in 2022 de vernietiging conform de actielijst voor de moederorganisaties.
				6.4	Laat door het SIO de concept lijst van mogelijke hotspots vaststellen.
	7	Overbrenging van archieven Brengt de GGD het principe van de Archiefwet 'te bewaren archiefbescheiden na bij wet vastgestelde termijn overbrengen, tenzij met redenen omkleed'correct in de praktijk?	voldoet	7.1	Breng in kaart welke bescheiden, zowel analoog als digitaal, wanneer moeten worden overgebracht; stel een model voor de Verklaring van Overbrenging op.
				7.2	Rond de overbrenging van de fysieke archieven af in 2022 zodra dat weer mogelijk is.
				7.3	Laat in 2022 de overbrengingsprocedure en concept verklaring van overbrenging formeel vaststellen.
				7.4	Neem bij het in invullen van de informatiekaart het jaar van overbrenging mee, waardoor er inzicht komt in de hoeveelheid.
	8	Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden	Niet meegenomen in dit toezicht verslag		Voor volgend jaar is het goed naar de beschikbaarstelling te kijken van de overgebrachte archieven. Dit is dan een actiepoint voor de toezichthouder.

UITLEG PLAN VAN AANPAK

Dit plan van aanpak is opgesteld ter verbetering van het informatiebeheer bij de GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en de RAV Brabant Midden-West-Noord. Dit naar aanleiding van de verbeterpunten uit het toezichtverslag, waarnaar een directe verwijzing is gemaakt aan de hand van het KPI-nr. Nieuwe (verbeter)punten die door nieuwe ontwikkelingen en/of wetgeving of inzichten ontstaan worden toegevoegd, het is dus een document dat continue in beweging is. In 2019 is dit plan van aanpak 'geboren', waarbij een risicoanalyse is gemaakt op alle verbeterpunten, en waarbij we een pragmatische aanpak om stap voor stap te verbeteren, gericht op de belangrijkste risico's die genoemd zijn door de toezichthouders, en waarbij gestreefd wordt om 1 a 2 risico's per jaar op te pakken. In 2022 is het overzicht geheel vernieuwd doordat de KPI's van VNG vernieuwd zijn. Voor dit nieuwe overzicht zijn de verbeterpunten uit het toezichtverslag 2021 de basis.

Historie:

Door de hoge personele DIV inzet op project DDOZD (uitfaseren Decos, looptijd eind 2019 tot en met december 2020) en de mindere beschikbaarheid van de MO's door de COVID-19 uitbraak in februari 2020, is dit in 2020 geresulteerd tot

Samenvatting plan van aanpak verbeterpunten informatiebeheer vanaf 2019

	Toelichting
Schrijven informatiebeheer beleid.	2019 opgeleverd
Informatiebeheer onderbrengen in bestaand kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).	
Informatiebeheerplan opstellen.	2019: start gemaakt met de informatiebeheerkaart, in 2020 on hold gezet. 2020: start gemaakt met inventarisatie applicatie
Het inzichtelijk maken van welke processen risicovol zijn en hiervoor passend beheer inrichten.	2019: start gemaakt met de informatiebeheerkaart
Een vernietigingsplan opstellen.	2020: selectielijsten 1996 en 2017 aangepast, vastgesteld en gepubliceerd. Gepland voor 2021: Vernietigingsplan opstellen
Een metadata-schema opstellen.	2020: basisset opgeleverd
Een Bewustzijn(programma) voor medewerkers opstellen.	2020: communicatieplan onderdeel van DDOZD project
Opschonen fysiek en digitaal archief	2020: Fysiek archief compleet opgeschoond. Handboek vervanging opgesteld
Hotspots inventariseren Lokale regelingen	2020: concept hotspotlijst opgesteld voor 2021 gepland

Aangezien dit plan van aanpak niet aan de verwachtingen voldeed, willen we in dit bijgestelde beleidsplan een concrete (duidelijker) koers en prioritering van bepalen speerpunten gericht op de (aller)belangrijkste risico's voor de komende 3 jaar, rekening houdend met actuele ontwikkelingen als het gaat om integraal informatiebeleid.

Het Plan van Aanpak is gebaseerd op de risicoanalyse HSC, GGD en RAV. We stelden daarbij een pragmatische aanpak voor om stap voor stap te verbeteren, gericht op alleen de (aller)belangrijkste risico's die genoemd door de toezichthouder.

De eerste stap is het opstellen van een Beleidsplan Informatiebeheer en een Plan van Aanpak om het kwaliteitsproces, o

Het Plan van Aanpak beschrijft de vijf risico's die we de komende drie jaren willen gaan oppakken. We willen voor 2019 één à twee risico's oppakken.

Horizontale verantwoording Archiefwet 1995 via KPI's	Horizontale beoordeling
1 Lokale regelingen	Voldoen deels
2 Kwaliteitszorg	Voldoen niet
3 Ordening, authenticiteit	Voldoen deels
4 Digitale bescheiden	Niet onderzocht
5 Vernietiging en vervreemding	Voldoen niet
6 Overbrenging	Voldoen niet
7 Opslag analoge en digitale bescheiden	Voldoen deels
8 Beschikbaarstelling	Nvt
9 Rampen/calamiteiten	Voldoen niet
10 Middelen en mensen	Voldoen deels

KPI	Beoordeling 2019	Beoordeling 2021
1 Lokale regelingen (KPI 1 oud)	Voldoet deels	Voldoet
2 Middelen en mensen (KPI 10 oud)	Voldoet deels	Voldoet deels
3 Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots (KPI 7 en 9 oud)	Voldoet deels / voldoet niet (oude KPI (9))	Voldoet deels
4 Interne kwaliteitszorg en toezicht (KPI 2)	Voldoet niet	Voldoet deels
5 Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden (KPI 3 en 4 oud)	Voldoet deels	Voldoet deels
6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden. (KPI 4 en 5 oud)	Voldoet niet	Voldoet
7 Overbrenging van archieven (KPI 6 oud)	Voldoet niet	Voldoet
8 Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden. (KPI 8 oud)	Nvt	Nvt