

Rapport van de audit, uitgevoerd bij:

Stichting Gehandicaptenzorg

Sittard

rapport nummer: 49163-1

Initial audit stage 2

HKZ Zorg en welzijn:2018

Arnhem, 20 juni 2023

DEKRA Audit

VERTROUWELIJK RAPPORT ©



Auditor / Teamleider: Anne-Minke Hilgenga



© DEKRA Audit is een handelsnaam van DEKRA Certification B.V. Alle rechten voorbehouden.

Het is verboden om dit document op enige manier te wijzigen, het opsplitsen in delen daarbij inbegrepen.

DEKRA Certification B.V. en/of de met haar gelieerde maatschappijen zijn niet aansprakelijk voor enige directe, indirecte, bijkomstige of gevolgschade ontstaan door of bij het gebruik van de informatie of gegevens uit dit document, of door de onmogelijkheid die informatie of gegevens te gebruiken.

De inhoud van dit rapport mag slechts als één geheel aan derden kenbaar worden gemaakt, voorzien van bovengenoemde aanduidingen met betrekking tot auteursrechten, aansprakelijkheid, aanpassingen en rechtsgeldigheid.

Inhoudsopgave

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | Samenvatting..... | 4 |
| 2 | Afspraken | 8 |
| 2.1 | Afspraken over corrigerende maatregelen | 8 |
| 2.2 | Afspraken voor het vervolgtraject..... | 9 |
| 3 | Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit..... | 10 |
| 3.1 | Bij de audit betrokken certificaten | 10 |
| 3.2 | Auditprogramma | 10 |
| 4 | Uitvoering van de audit | 13 |
| 4.1 | Deelnemers | 13 |
| 4.2 | Informatie per proces | 16 |
| Bijlage A | Auditprogramma..... | 27 |
| Bijlage B | Tekortkomingen | 29 |
| B.1 | Afgesloten tekortkomingen..... | 29 |
| B.2 | Openstaande tekortkomingen | 29 |

1 SAMENVATTING

DEKRA Audit heeft een audit uitgevoerd bij Stichting Gehandicaptenzorg, Sittard op 31 mei 2023, 5 juni 2023, 5 juni 2023, 6 juni 2023 en 7 juni 2023.

Bij aanvang van de audit hebben wij gesproken over wijzigingen met betrekking tot:

- de marktsituatie en klanten
- wet- en regelgeving
- de organisatiestructuur
- locatie(s) binnen het certificaat en het aantal medewerkers
- processen en de processtructuur
- het beschreven managementsysteem
- de geldigheid van de huidige scope.

Het bespreken van deze onderwerpen heeft geen aanleiding gegeven tot opmerkingen of wijzigingen in het auditprogramma of de auditagenda.

Tijdens de audit is de beschikbare informatie op basis van een steekproef beoordeeld. Van de organisatie wordt verwacht dat zij zelf afweegt in hoeverre de genoemde conclusies en verbetermogelijkheden ook voor niet beoordeelde onderwerpen van toepassing zijn.

Tijdens de audit is opgevallen dat:

- de missie en visie en thema's als gelijkwaardigheid en eigen regie herkenbaar door de organisatie zijn waargenomen
- eigen regie onderwerp van reflectie is in alle onderdelen van de organisatie. Dit blijkt uit de observaties en gesprekken die tijdens de audit zijn gedaan en gevoerd. Het leidt soms ook tot gevoel van dilemma tussen wensen/behoefte van cliënten versus wensen van naasten en mogelijkheden vanuit financiële indicatie.
- speerpunten vanuit het jaarplan levend zijn binnen de organisatie (zoals zorgtechnologie, doorontwikkeling BI tool, WMO/WLZ differentiatie, visie op dagbesteding. Het jaarplan wordt binnen de organisatie op verschillende manieren ingevuld (verschillende formats), waarbij de opvolging zichtbaar is. Het SMART formuleren van doelen kan op onderdelen nog meer.
- processen op hoofd niveau in het KMS zijn opgenomen. Afdelingen gebruiken ook nog eigen werkwijzen/instructies (verfijning van hoofdproces).
- medezeggenschap en cliëntenvertegenwoordiging op de locaties goed is geregeld. Dit geven de gesproken cliënten ook terug. Er wordt creatief gebruik gemaakt van stellingen om alle

cliënten over thema's kritisch te laten meedenken.

- risico's en kansen binnen SGL zijn onderkend en worden opgevolgd.
- locaties er verzorgd, schoon en gezellig uitzien en er een gemoedelijke en rustige sfeer is ervaren.
- SGL in vele ontwikkelingen zit inzake het verder professionaliseren en versterken van haar expertrol. Hierbij wordt een uitdaging om de balans tussen expertrol naar buiten, maar ook versteviging en inzet van experts binnen de organisatie te behouden.

Samenvatting van tekortkomingen (zie bijlage voor details):

Tekortkoming: AHi-49163-1

Op het gebied van medicatieveiligheid zijn een aantal punten geconstateerd:

- sleutel van medicatiekast ligt in onafgesloten kast (AC Maastricht)
- onbekende losse strip medicatie in medicatiekast (AC Maastricht)
- AC Sittard: medicatie wordt niet in beheer genomen, maar er wordt wel medicatie aangereikt zonder dat er een actueel medicatieoverzicht aanwezig is (laatste medicatieoverzicht is van 2021). Medicatie wordt afgetekend op eigen gemaakte lijst (alleen naam/tijdstip).

Tekortkoming: AHi-49163-2

Verschillende aspecten van veiligheid zijn binnen de organisatie geregeld en geborgd. Op verschillende onderdelen zijn er uitkomsten binnen locaties en organisatie bekend (zoals o.a. MIC/RAI, RI&E, MTO) en hierop worden maatregelen getroffen. Het ontbreekt echter aan een oordeel over de veiligheidscultuur binnen locaties en organisatie en derhalve aan concrete maatregelen om de veiligheidscultuur te bevorderen.

Tekortkoming: AP-49163-3

WBC Heerlen: auditee heeft nooit geoefend met het gebruik van evacchair.

Conclusie:

Het systeem voldoet niet geheel aan de eisen van HKZ Zorg en welzijn:2018.

Op grond van de auditresultaten kan (her)certificatie voor HKZ Zorg en welzijn:2018 nog niet aanbevolen worden.

Tijdens de audit is de effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Er is vastgesteld dat het systeem gedeeltelijk in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in het jaarplan. Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de directiebeoordeling.

Bewijsvoering voor deze constatering werd door het auditteam gevonden uit de combinatie van documenten, registraties en waarnemingen.

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

Daar tijdens de audit tekortkomingen zijn geconstateerd wordt van de organisatie gevraagd om corrigerende maatregelen aan te leveren. Na beoordeling van de corrigerende maatregelen kan worden geconcludeerd of het systeem sluitend is.

In hoeverre de doelstellingen van de audit zijn gerealiseerd, zoals die in de aankondiging van de audit zijn genoemd, kan pas worden geconcludeerd wanneer de beoordeling van corrigerende maatregelen door de lead auditor heeft plaatsgevonden.

In een separaat rapport zal dit aan de organisatie kenbaar worden gemaakt.

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

Sterke punten:

- SGL vindt opleiden belangrijk. Op locaties waar dit veel gebeurt wordt periodiek een leerklimaat meting houding. Cliënten worden goed meegenomen in het waarom van het opleiden en worden actief betrokken in de introductie van nieuwe leerlingen/stagiaires op de locaties om hun verhaal te vertellen.
- Cliëntenraadpleging wordt door het jaar heen op verschillende dagen gepland (ma/vrij) zodat alle cliënten deel kunnen nemen.
- AC Sittard: Op de locatie wordt de week van de veiligheid georganiseerd, waarbij diverse thema's rondom veiligheid voor cliënten en medewerkers aan bod komen.

Mogelijkheden voor verbetering:

- Evaluaties in de vorm van eigen regiegesprekken worden gevoerd. Hiernaast worden DVIE (cliënttevredenheid) gesprekken gevoerd. Het aantoonbaar vastleggen van de evaluaties op doelen via de methodiek die geïntegreerd is binnen het ECD wordt niet altijd gevolgd. Dit is bekend binnen de organisatie en er is een project lopend om de inrichting van het ECD meer passend aan te laten sluiten.
- Op organisatieniveau zijn processen in het KMS vastgelegd met bijbehorende evaluatiecyclus. Op afdelingsniveau worden ook nog uitgewerkte werkinstructies gebruikt. Het valt te overwegen eenduidige afspraken te maken over opslag van deze documentatie.

2 AFSPRAKEN

2.1 AFSPRAKEN OVER CORRIGERENDE MAATREGELEN

Voor het tijdig afhandelen van de openstaande tekortkomingen moet een verbeterplan aan DEKRA Audit worden gestuurd, met daarin informatie over correcties, oorzaakanalyses, omvanganalyse, corrigerende maatregelen en de beoordeling van doeltreffendheid . We hebben afgesproken dat deze informatie wordt gestuurd voor uiterlijk 07-09-2023.

Per tekortkoming wordt de volgende schriftelijke weergave verwacht.

- Oorzaakanalyse (achterhalen van een keten van oorzaken)
- Reikwijdte (komt dit of een soortgelijk probleem verder in de organisatie nog voor?)
- Correctieve maatregel (korte termijn oplossing, vaak het aanvullen van het ontbrekende)
- Documentatie correctieve maatregel (bewijslast dat laat zien dat tekortkoming niet meer bestaat)
- Corrigerende maatregel (structurele oplossing waardoor je weet dat ook in de toekomst het probleem zich niet meer voordoet, heft de oorzaak op)
- Documentatie corrigerende maatregel (bewijslast dat laat zien dat het structureel geregeld is)
- Check op de effectiviteit van de maatregelen (Hoe checkt de organisatie zelf dat bovengenoemde maatregelen hun doel bereiken?)

Na deze datum hebben wij tijd in onze planning gereserveerd om de informatie op ons kantoor te beoordelen.

2.2 AFSPRAKEN VOOR HET VERVOLGTRAJECT

De volgende audit zal volgens schema worden ingepland. Ons bedrijfsbureau neemt contact met u op om de datum(s) hiervoor af te spreken.

Kaders voor de agenda van de komende audit, invulling zal in nader overleg tussen SGL en DEKRA plaatsvinden:

- Bestuur
- Kwaliteitsprocessen
- WBC's aansturing en uitvoering
- AC's aansturing en uitvoering
- Gedragsdeskundigen/behandeling

3 UITGANGSPUNTEN EN OMSTANDIGHEDEN BIJ DE AUDIT

3.1 BIJ DE AUDIT BETROKKEN CERTIFICATEN

Stichting Gehandicaptenzorg - Havikstraat 18 Sittard

Certificaat: 2269462, HKZ Zorg en welzijn:2018

Toepassingsgebied:

- Het bieden van behandeling, individuele begeleiding, groepsbegeleiding en wonen voor volwassenen met een lichamelijke, zintuigelijke of meervoudige beperking en/of niet aangeboren hersenletsel.

Stichting Gehandicaptenzorg Havikstraat 18 Sittard

3.2 AUDITPROGRAMMA

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

Ploegendiensten

De hoofdlocatie en AC's zijn geopend tijdens kantoortijden. Op de WBC's wordt in verschillende diensten gewerkt. Invulling van de dienstenstructuur is vastgesteld per locatie. Medewerkers draaien verschillende diensten, waar onder (indien van toepassing) de nacht. Ook zijn er op locaties medewerkers die alleen nachtdiensten draaien. Risico's op cliëntniveau zijn vastgesteld en inzichtelijk in het elektronisch cliëntendossier. Medewerkers zijn op de hoogte hoe te handelen en worden afhankelijk van wat nodig is op de locatie bijgeschoold. Binnen de audit is situatie over omstandigheden buiten de dagdienst besproken en zijn afspraken en registraties ingezien. Hierin is aangetoond dat die een beheerst proces is. Derhalve volstaat uitvoering van de audit tijdens de dag.

Organisatiebeschrijving

SGL is een organisatie bestaande uit meerdere vestigingen.

Hoofdvestiging: Havikstraat 18, 6135 ED Sittard. Hier is bestuur, ondersteunende diensten en behandeling gevestigd.

De organisatie is verdeeld in drie regio's (aangestuurd door regiomanagers) waarin de activiteitencentra (AC) en woonbegeleidingscentra (WBC) gehuisvest zijn.

Regio Noord/Midden:

Team Actief De Maashorst; Past. Geenenstraat 64, 5991 BJ Baarlo
Team Actief Venray; Dr. Poelsstraat 6, 5802 AX Venray
Team WBC Het Vlinderhuis, Dichtershof 2, 5921 DC Venlo Blerick
Team WBC Kuukven; Herierhof 18, 5991 NJ Baarlo
Team Actief Swalmen; Markt 3B, 6071 JD Swalmen
Team Actief Weert; Serviliusstraat 190A, 6006 KH Weert
Team WBC Echt; Thaalweg West 70, 6102 EA Pey Echt
Team WBC Kuyperhof; Dr. Kuyperstraat 12, 6004 AL Weert
Team WBC Roermond; Goedsweetersingel 16, 6041 GL Roermond
Team WBC Velden (incl. Team Actief); Kloosterstraat 12, 5941 ET Velden

Regio Zuid/Oost:

Team Actief Brunssum; De Insel 18, 6442 AJ Brunssum
Team Actief Heerlen; Heldevierlaan 5, 6415 SB Heerlen
Team Actief Kerkrade; Caspar Sprokelstraat 4, 6461 EA Kerkrade
Team Actief Parc Imstenrade; Parc Imstenrade 237A, 6418 PP Heerlen
Team WBC Heerlen, leon Biessenstraat 73, 6418 TL Heerlen
Team WBC Kerkrade (incl. Team Actief); Lupinestraat 80, 6466 SK Kerkrade
Team WBC Schaesberg; Melchersstraat 60, 6372 KZ Landgraaf

Regio Zuid/West:

Team Actief De Haamen; De Haamen 1, 6191 HV Beek
Team Actief Maastricht; Symphoniesingel 60, 6218 AA Maastricht
Team WBC Aan de Pas (incl Team Actief); Pasweg 9, 6241 CT Bunde
Team WBC Langendaal, Langendaal 216C, 6228 JV Maastricht
Team WBC LMJ-hof; Louis Marie Jaminhof 1, 6241 CN Bunde



49163-1

12 van 31

Team Actief Havikstraat; Havikstraat 18, 6135 ED Sittard
Team Actief Sittard; Wielewaalstraat 1, 6135 EN Sittard
Team WBC Broeksittard; Kerstraat 33, 6137 SL Sittard
Team WBC De Baandert, Sportcentrumlaan 70, 6136 KX Sittard
Team WBC Doenrade; Kerkstraat 20, 6439 AS Doenrade
Team WBC Geleen; Jos Klijnenlaan 63-65, 6164 AC Geleen
Team WBC Hoogveld; Andersonstraat 39, 6135 JE Sittard
Team WBC Overhoven; Sportcentrumlaan 40, 6136 KX Sittard

Het kwaliteitshandboek is geldend voor de gehele organisatie. Er is een interne auditcyclus, waarvan alle vestigingen onderdeel zijn en een organisatiebrede P&C / M&S cyclus. Jaarlijks wordt organisatiebreed een kwaliteitsverslag en directiebeoordeling opgesteld. Er is sprake van een geïntegreerd KMS.

4 UITVOERING VAN DE AUDIT

4.1 DEELNEMERS

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

| naam | functie | organisatie |
|---------------|--|--------------------------------|
| L. Evenhuis | Bestuurder | Stichting Gehandicaptenzorg |
| S. Thoolen | Beleidsadviseur | Stichting Gehandicaptenzorg |
| Y. Hellegers | Strategisch beleidsadviseur | Stichting Gehandicaptenzorg |
| T, Jansen | Voorzitter cliëntenraad | Stichting Gehandicaptenzorg |
| H. Verkuylen | Secretaris cliëntenraad | Stichting Gehandicaptenzorg |
| S. Sniekers | Ondersteuner cliëntenraad | Stichting Gehandicaptenzorg |
| A. Lemmens | Gedragdeskundige | Stichting Gehandicaptenzorg |
| R. Sillekens | Regiebehandelaar | Stichting Gehandicaptenzorg |
| E. Jansens | Behandelaar | Stichting Gehandicaptenzorg |
| P. Zonneveld | Regiomanager | Stichting Gehandicaptenzorg |
| V. van Lumich | Adviseur Vrijwilligerswerk | Stichting Gehandicaptenzorg |
| W. Hoebe | Medewerker Informatiebeveiliging & Privacy | Stichting Gehandicaptenzorg |
| P. Franssen | Manager I&A | Stichting Gehandicaptenzorg |
| C. Bisschop | Manager vastgoed en facilitair | Stichting Gehandicaptenzorg |
| E. Lindelauf | Adviseur | Stichting |

| | | |
|---------------|---|--------------------------------|
| E. de Haan | Adviseur | Gehandicaptenzorg Stichting |
| R. Houben | Inkoper | Gehandicaptenzorg Stichting |
| N. Janssen | Senior beleidsadviseur | Gehandicaptenzorg Stichting |
| C. Teeuwissen | Teamleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| A. Smeets | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| S. Nulus | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| U. v.d. Boorn | Praktijkopleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| F. Fisette | Teamleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| K. Tops | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| B. Gerits | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| I. Vluggen | Teamleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| R. Bulles | Regiomanager | Gehandicaptenzorg Stichting |
| E. Sleijpen | Teamleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| J. Knapen | Praktijkopleider/opleidingscoördinator/toehoorder | Gehandicaptenzorg Stichting |
| E. Henssen | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| S. Orbons | Begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| R. Smeets | Teamleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| W. van Gennip | Medewerker facilitair | Gehandicaptenzorg Stichting |

| | | |
|------------------------|-----------------------------------|--|
| R. Peltzer | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| R. van Schouwbroeck | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| J. Deplano-Foppen | Teamleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| R. Lustermans | Manager stafdiensten cliëntenzorg | Gehandicaptenzorg Stichting |
| A. Degenaar | Regiomanager | Gehandicaptenzorg Stichting |
| D. Massa | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| K. Roelofs | Persoonlijk begeleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| F. v.d. Leest | Voorzitter OR | Gehandicaptenzorg Stichting |
| S. Bus | Lid OR | Gehandicaptenzorg Stichting |
| M. Janssen | Manager HRM | Gehandicaptenzorg Stichting |
| P. v. Helden | HR adviseur | Gehandicaptenzorg Stichting |
| F. Chermin | Teamleider | Gehandicaptenzorg Stichting |
| A. Hilgenga | Lead Auditor | Gehandicaptenzorg DEKRA Certification B.V. |
| A. Kroesen | Auditor | DEKRA Certification B.V. |

4.2 INFORMATIE PER PROCES

Beleid en KMS/Regiomanager

Besproken onderwerpen zijn:

- Organisatiestructuur
- Taken regiomanager
- Rol van teamleider
- Vakmanschap
- Aandachtsgebieden binnen teams
- Binnenste Buiten bezoeken
- Samenwerking teamleider - gedragsdeskundige
- Locatiejaarplannen
- BI Tool
- Resultaten Fan Scan
- Ontwikkelingen BI Dashboard
- Veiligheidscultuur

Beleid en KMS/Bestuurder

Besproken onderwerpen zijn:

- Overstap van norm en CI
- Ontwikkelingen en context van de organisatie, netwerk en keten
- Organisatiestructuur
- Beleid en doelstellingen, jaarplan
- Zelforganisatie
- Leiderschap
- P&C / M&S cyclus
- Overlegstructuur
- Medezeggenschap: cliënten / medewerkers en vrijwilligers
- Communicatie
- Risico's en kansen
- Systeembeoordeling
- Veiligheidscultuur
- Eigen regie

Personeelsprocessen/HRM

Besproken onderwerpen zijn:

- Vrijwilligers

- Ontwikkelingen
- Visie en beleid
- Inspraak en medezeggenschap
- Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden
- Dossiervoering
- Overleg/afstemming en informatieoverdracht

Facilitaire processen, materialen en middelen/I&A

Besproken onderwerpen zijn:

- Ontwikkelingen en plannen
- Samenwerkingspartners -/ partijen
- Teamsamenstelling en taak en rol in de organisatie
- Privacy, informatiebeveiliging en datalekken
- Zorginnovatie
- Bewustzijn rondom privacy

Decentraal management/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

WBC a/d Pas, Bunde

Besproken onderwerpen zijn:

- Locatie a/d Pas, specialisatie beademing
- Dienstenstructuur, w.o. nachtdienst
- Maandelijks overleg
- Samenwerking Centrum voor Thuisbeademing Maastricht
- Wensen/behoefte, eigen regie cliënten, eigen regie gesprekken
- Samenwerking multidisciplinair team
- Inwerken nieuwe collega's
- Zorgoproepsysteem, uitstel implementatie nieuw systeem
- Betrokkenheid van mantelzorgers
- Bewonersvergadering
- Spanningsveld invulling eigen regie versus ZZP
- Leerklimaat, opleiden binnen a.d. Pas
- Jaarplan
- Opvolging Binnenste Buiten Gesprekken, RI&E

Proces begeleiding (wonen)/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

WBC a/d Pas, Bunde

Besproken onderwerpen zijn:

- Ontwikkelingen binnen locatie a/d Pas
- Eigen regie en zelfstandigheid cliënten
- Primair proces, inzage dossiers
- Intakelijst
- Persoonlijke risico inventarisatie beademing
- Evalueren van het primaire proces, eigen regie gesprekken
- Hooi op je vork methodiek, doelen en ondersteuningspunten
- DVIE
- Evaluatiecyclus
- Rondleiding locatie, w.o. gezien medicatieveiligheid, onderhoud materiaal, inzet technologie eigen regie

Personeelsprocessen/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

WBC a/d Pas, Bunde

Besproken onderwerpen zijn:

- Opleiden binnen a.d. Pas
- Werkbegeleiding
- Vakmanschap
- Toetsen binnen de locatie
- Systeem Calibris Competent
- Verhaal cliënten voor nieuwe stagiaires en leerlingen
- Evaluatiecyclus
- Leerklimaat

Decentraal management/Team Actief/Activiteitencentrum

AC Maastricht

Besproken onderwerpen zijn:

- Rol teamleider
- Gelijkwaardigheid
- Ontwikkelingen visie dagbesteding

- Eigen regie
- Cliënttevredenheid, Zorgkaart Nederland, lage respons
- Cliëntvertegenwoordiging
- Medewerkerstevredenheid
- Veiligheidscultuur
- Overlegstructuur

Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)/Team Actief/Activiteitencentrum

AC Maastricht

Besproken onderwerpen zijn:

- Rondgang en observatie locatie
- Medicatiebeheer
- Veiligheid
- Registratie bevoegd/bekwaam
- Verzorgingsruimten
- Rustruimte
- Hygiëne, HACCP
- Activiteitenruimte
- Gesprek met cliënt

Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)/Team Actief/Activiteitencentrum

AC Maastricht

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces
- Eigen regie
- Inzage dossiers
- Evaluatiecyclus

Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)/Team Actief / Activiteitencentrum
AC Heerlen

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijzen
- Eigen regie
- Samenwerking
- Afstemming en overleg
- Veilige cultuur
- Ethische commissie, moreel beraad
- Dossiervoering
- TVB
- Vervoer
- Uitval internet
- VIM, leren van incidenten

Decentraal management/Team Actief / Activiteitencentrum
AC Heerlen

Besproken onderwerpen zijn:

- Werkzaamheden
- Leiderschap, cultuur en gedrag
- Jaarplan
- Risico's
- Overleg en afstemming
- Eigen regie

Beleid en KMS/Regiomanager

Besproken onderwerpen zijn:

- Taken en werkzaamheden
- Ontwikkelingen
- Jaarplan en monitoring
- Leiderschap, cultuur en gedrag
- Overleg en afstemming
- Risico's

Decentraal management/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

WBC Heerlen

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijzen
- Jaarplan
- Leiderschap en zelforganisatie
- Indicatoren
- Teamreflectie
- Eigen regie
- Ontwikkelingen

Proces begeleiding (wonen)/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

WBC Heerlen

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijzen
- Afstemming zorgvraag en eigen regie
- Coördinatie van zorg
- Oriëntatie en aanmelding
- Zorg-/ondersteuningsplan
- Evaluatie van zorg
- Dossiervoering
- Medicatieveiligheid
- Incidentmeldingen
- Agressie en onveiligheid
- Wet Zorg en Dwang/onvrijwillige zorg

Facilitaire processen, materialen en middelen/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

WBC Heerlen

Besproken onderwerpen:

- Rondleiding locatie
- Onderhoud tilhulpmiddelen en opslag materialen
- Brandveiligheid

Beleid en KMS/Team Actief / Activiteitencentrum

AC Weert

Besproken onderwerpen zijn:

- Rondgang locatie, veiligheid
- Resultaten FanScan / MTO
- Inwerken nieuwe medewerkers
- Samenwerking tussen AC en BT
- Jaarplan 2023 en opvolging
- Managementinformatie
- Inzet vrijwilligers

Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)/Team Actief / Activiteitencentrum

AC Weert

Besproken onderwerpen zijn:

- Splitsing WMO/WLZ doelgroep
- Instroom nieuwe cliënten
- Bijscholing en toetsing handelingen
- Primair proces, inzage dossiers
- Inzage in LMS en personeelsdossier
- Ontwikkelgesprek

Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)/Team Actief / Activiteitencentrum

AC Sittard

Besproken onderwerpen zijn:

- Rondgang locatie
- Gesprek met cliënten, ervaringen
- Veiligheid, w.o. hygiëne, HACCP en medicatie
- Deskundigheidsbevordering
- Primair proces, inzage dossiers
- Samenwerking met wonen

Decentraal management/Team Actief/Activiteitencentrum
AC Sittard

Besproken onderwerpen zijn:

- Ontwikkelingen
- Jaarplan
- Managementinformatie
- WLZ/WMO zorg
- Cliëntenraadpleging, stellingen
- MIC en opvolging
- Meldingscultuur
- Vrijwilligers
- Binnenste buiten bezoeken
- Naasten en betrokkenen

Beleid en KMS/Cliëntenzorg

Besproken onderwerpen zijn:

- Ontwikkelingen behandeling
- Vakmanschap
- Betrokkenheid van gedragsdeskundigen binnen SGL
- Paramedici
- Ontwikkelingen REC

Beleid en KMS/Regiomanager

Besproken onderwerpen zijn:

- Verzuim
- MTO / Fanscan resultaten
- WMOWLZ
- Nieuwbouw Roermond
- Jaarplan
- Zorgtechnologie
- Risico's
- Ontwikkeling visie dagbesteding

Decentraal management/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

WBC Kuukven, Baarlo

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces
- Ontwikkelingen op de locatie
- Inzet gedragsdeskundige en arts
- Eigen regie
- Leiderschap
- Risico's
- Jaarplan
- Overleg en afstemming
- Veiligheid, RI&E

Proces begeleiding (wonen)/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

WBC Kuukven

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijzen
- Intake en aanmelding
- Dienstenstructuur, slapende wacht
- Zorg/ondersteuningsplan
- Coördinatie van zorg en samenwerking
- Dossiervoering
- Medicatiebeleid

Proces begeleiding (thuis)/Woonbegeleidingscentrum (WBC)

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijze
- Dossiervoering
- Meldcode Huiselijk geweld
- Afstemming en overleg
- Eigen regie

Personeelsprocessen/Medezeggenschap

Besproken onderwerpen:

- Samenstelling OR en werkwijze
- Reglement en TVB
- Ontwikkelingen en onderwerpen
- Afstemming en overleg
- Jaarplan

Personeelsprocessen/HRM

Besproken onderwerpen:

- Personele processen en werkwijzen
- Ontwikkelingen
- Werving en selectie
- Opleiding en ontwikkeling
- Medewerkstevredenheidsonderzoek
- Afstemming en overleg
- Dossiervoering
- Arbobeleid en RIE
- Ontwikkelgesprekken
- Functiehuis

Proces behandeling/Hersenz

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijzen
- Programma Hersenz
- Ontwikkelingen
- Oriëntatie en aanmelding
- Dossiervoering

Proces behandeling/Cliëntenzorg

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijzen
- Rol van gedragsdeskundige
- Samenwerking
- TVB
- Eigen regie

- Dossiervoering
- Coördinatie en afstemming

Facilitaire processen, materialen en middelen/Facilitair

Besproken onderwerpen zijn:

- Strategisch vastgoedplan
- Project vervoer
- Topdesk, meldingen Self Service Desk
- Inkoop
- Evaluatie leveranciers
- Afhandeling meldingen
- Kennisitems
- Evaluatie van vastgoed en facilitair

Beleid en KMS/Medezeggenschap

Besproken onderwerpen zijn:

- Samenstelling cliëntenraad
- Zichtbaarheid op de locaties, locatiebezoeken
- Lokale cliëntenvertegenwoordiging
- Samenwerking
- Adviesaanvragen
- Gelijkwaardigheid
- Medezeggenschap

Bijlage A Auditprogramma

x = interview mogelijk voor volgende audits
 D = het interview is in deze audit uitgevoerd

Audit programma voor locatie Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

| Proces | Bestuurder | Bestuursbureau | HRM | Facilitair | F&C | I&A | Clïëntenzorg | Medezeggenschap | Hersenz | REGIO NOORD/MIDDEN | Regiomanager | Team Actief / Activiteitencentrum | Woonbegeleidingscentrum (WBC) | REGIO ZUID/OOST | Regiomanager | Team Actief / Activiteitencentrum | Woonbegeleidingscentrum (WBC) | REGIO ZUID/WEST | Regiomanager | Team Actief/Activiteitencentrum |
|---|------------|----------------|--------|------------|-----|-----|--------------|-----------------|---------|--------------------|--------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------|---------------------------------|
| MANAGEMENTPROCESSEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beleid en KMS | D | | | | | | D | D | | | D | D | | | D | | | | | D |
| Meten, analyseren en verbeteren | | u | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMAIRE PROCESSEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proces behandeling | | | | | | | D | D | | | | | | | | | | | | |
| Proces begeleiding (wonen) | | | | | | | | | | | | | D | | | | D | | | |
| Proces groepsbegeleiding (dagbesteding) | | | | | | | | | | | | 2 D | | | | D | | | | 2 D |
| ONDERSTEUNENDE PROCESSEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personeelsprocessen | | | 2 D | | | | | D | | | | | | | | | | | | |
| Facilitaire processen, materialen en middelen | | | | D | | D | | | | | | | | | | | D | | | D |
| Proces begeleiding (thuis) | | | | | | | | | | | | | D | | | | | | | |
| Decentraal management | | | | | | | | | | | | | D | | D | D | | | | 2 D |

Bijlage B Tekortkomingen

B.1 Afgesloten tekortkomingen

Er zijn geen tekortkomingen afgesloten.

B.2 Openstaande tekortkomingen

Tijdens deze of voorgaande audit van DEKRA Audit zijn de volgende tekortkomingen geconstateerd, die nog niet zijn afgesloten.

Tekortkoming AHi-49163-1

| | |
|--------------------|--|
| Norm: | HKZ Zorg en welzijn:2018: 1.3 |
| Activiteit/Proces: | Proces groepsbegeleiding (dagbesteding) |
| Geconstateerd bij: | Team Actief / Activiteitencentrum |
| Locatie: | Stichting Gehandicaptenzorg Havikstraat 18 Sittard |

Omschrijving: Op het gebied van medicatieveiligheid zijn een aantal punten geconstateerd:

- sleutel van medicatiekast ligt in onafgesloten kast (AC Maastricht)
- onbekende losse strip medicatie in medicatiekast (AC Maastricht)
- AC Sittard: medicatie wordt niet in beheer genomen, maar er wordt wel medicatie aangereikt zonder dat er een actueel medicatieoverzicht aanwezig is (laatste medicatieoverzicht is van 2021). Medicatie wordt afgetekend op eigen gemaakte lijst (alleen naam/tijdstip).

Correctie:

Oorzaakanalyse:

Omvanganalyse:

Corrigerende maatregelen:

Beoordeling doeltreffendheid:

Beoordeelde documenten:

Beoordeling:

Tekortkoming AHi-49163-2

Norm: HKZ Zorg en welzijn:2018: 2.4
Activiteit/Proces: Beleid en KMS
Geconstateerd bij: Bestuurder
Locatie: Stichting Gehandicaptenzorg
Havikstraat 18
Sittard

Omschrijving: Verschillende aspecten van veiligheid zijn binnen de organisatie geregeld en geborgd. Op verschillende onderdelen zijn er uitkomsten binnen locaties en organisatie bekend (zoals o.a. MIC/RAI, RI&E, MTO) en hierop worden maatregelen getroffen. Het ontbreekt echter aan een oordeel over de veiligheidscultuur binnen locaties en organisatie en derhalve aan concrete maatregelen om de veiligheidscultuur te bevorderen.

Correctie:

Oorzaakanalyse:

Omvanganalyse:

Corrigerende maatregelen:

Beoordeling doeltreffendheid:

Beoordeelde documenten:

Beoordeling:

Tekortkoming AP-49163-3

| | |
|--------------------|--|
| Norm: | HKZ Zorg en welzijn:2018: 2.3 |
| Activiteit/Proces: | Facilitaire processen, materialen en middelen |
| Geconstateerd bij: | Woonbegeleidingscentrum (WBC) |
| Locatie: | Stichting Gehandicaptenzorg Havikstraat 18 Sittard |

Omschrijving: WBC Heerlen: auditee heeft nooit geoefend met het gebruik van evacchair.

Correctie:

Oorzaakanalyse:

Omvanganalyse:

Corrigerende maatregelen:

Beoordeling doeltreffendheid:

Beoordeelde documenten:

Beoordeling:
