

Rapport van de audit, uitgevoerd bij:

Stichting Gehandicaptenzorg

Sittard

rapport nummer: 50580-1

Corrective Action at Office
HKZ Zorg en welzijn:2018

Arnhem, 15 augustus 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	5
2.1	Afspraken voor het vervolgtraject.....	5
3	Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit.....	6
3.1	Bij de audit betrokken certificaten	6
3.2	Auditprogramma	6
Bijlage A	Auditprogramma.....	7
Bijlage B	Tekortkomingen	9
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	9
B.2	Openstaande tekortkomingen	9

1 SAMENVATTING

DEKRA Audit heeft een audit uitgevoerd bij Stichting Gehandicaptenzorg, Sittard op 15 augustus 2023.

Conclusie:

Tijdens de beoordeling zijn alle maatregelen goedgekeurd.

Hiermee is de effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Vastgesteld is dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in documenten die zijn opgenomen in het voorgaande rapport.

Hiermee zijn ook de doelstellingen van de audit gerealiseerd, zoals die in de aankondiging van de audit zijn genoemd.

Tijdens de volgende audit zullen wij de toepassing van genomen maatregelen beoordelen om de betreffende tekortkomingen af te kunnen sluiten.

Certificatie wordt aanbevolen.

Volgende audits worden volgens het afgesproken schema voortgezet.

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

2 AFSPRAKEN

2.1 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 zijn opgenomen in rapport 49163.

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.

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	Proceseigenaar																				
	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	x						x	x			x	x				x					x
Meten, analyseren en verbeteren		x																			
PRIMAIRE PROCESSEN																					
Proces behandeling							x	x													
Proces begeleiding (wonen)													x					x			
Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)												x					x				x
ONDERSTEUNENDE PROCESSEN																					
Personeelsprocessen			x					x													
Facilitaire processen, materialen en middelen				x		x												x			x
Proces begeleiding (thuis)													x								
Decentraal management													x				x	x			x

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: Communicatiebericht naar locatie met het volgende: we nemen géén noodmedicatie voor extramurale cliënten in beheer op de dagbestedingslocaties. De aftekenlijst is enkel een herinneringslijst en we maken geen gebruik van de medicatiekast.

Oorzaakanalyse: Bij extramurale cliënten in het zorgdossier wordt vastgelegd of de cliënt risicovolle medicatie gebruikt (epileptica, insuline, hartmedicatie of bloedverdunners). Een maal per half jaar krijgen extramurale cliënten een herinneringsbrief mee naar huis om een actueel medicatiepaspoort bij zich te hebben bij het bezoek aan het AC. De verantwoordelijkheid hiervan ligt bij de cliënt/familie. Het AC herinnert enkel de cliënt op medicatie-inname. Het herinneringsmoment wordt momenteel afgetekend op een aftekenlijst (let op enkel voor de herinnering).

Dit betekent dat we géén medicatie in beheer hebben. Echter zijn er nu enkele locaties die noodmedicatie bewaren, opdat de cliënt dit niet iedere keer zelf hoeft mee te nemen. Hierdoor is er ook een medicatiekast aanwezig. Echter is deze op de AC's niet van toepassing. Daarnaast vragen we om actuele medicatiepaspoorten (ook dit vragen we 2x per jaar uit). Echter is dit enkel zodat in geval van nood duidelijk is welke medicatie de cliënt gebruikt. Dit doen we als 'extra service' maar het is niet onze verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor de actualiteit van het paspoort. We horen deze dan ook niet te verzamelen en op te slaan in Pluriform. Echter kan het dat er verouderde lijsten in het systeem staan als gevolg van voorgaand beleid.

We hebben enkel de verantwoordelijkheid om de cliënt te herinneren en medicatie aan te reiken. Met aanreiken wordt bedoeld op het openmaken van de medicatie of het aanreiken van de medicatie vanuit de persoonlijke spullen van de cliënt.

Omvanganalyse: De bevindingen betreffen enkel AC Maastricht en AC Sittard.

Medicatieproces AC Swalmen, AC Weert, AC Heerlen, AC Brunssum, AC Kerkrade, AC De maashorst en AC Venray:

Er wordt geen medicatie in beheer genomen en/of bewaard in een medicatiekast. Tevens is er geen noodmedicatie aanwezig. De aftekenlijst wordt enkel gebruikt ter herinnering. Op de blisters van de cliënt wordt de hoeveelheid en de medicatie gecontroleerd, indien een medewerker moet helpen met toedienen/aanreiken. Indien er wijzigingen zijn in de medicatie, wordt altijd een lijst opgevraagd bij de apotheek/huisarts/diabetesverpleegkundige alvorens medicatie wordt aangereikt.

Corrigerende maatregelen: Het medicatiebeleid wordt aangepast en gecommuniceerd met de teams van dagbestedig. De aftekenlijst in het kwaliteitshandboek wordt gewijzigd naar een herinneringslijst.

Daarnaast wordt het gehele medicatiebeleid onder de loep genomen, en zo nodig aangepast. De basis hiervoor is het toetsingskader van de IGJ en veilige principes rondom medicatie. Uitgangspunt is en blijft dat de cliënt op de dagbesteding (WMO) zelf verantwoordelijk is voor zijn medicijngebruik en -beheer. Bij de instroom wordt een inschatting gemaakt t.a.v. wilsbekwaamheid van de cliënt m.b.t. het eigen beheer van de medicatie. Als een cliënt de verantwoordelijkheid voor het zelf beheren van de medicatie NIET kan waarmaken, maakt de zorgmedewerker met hem of met de wettelijk vertegenwoordiger duidelijke afspraken over het beheer en gebruik en leg je deze vast in het zorgdossier.

De komende tijd wordt tevens onderzocht of er mogelijke afspraken kunnen worden gemaakt met thuiszorg indien de WMO cliënten niet in staat zijn medicatie zelf te beheren en reeds thuiszorg betrokken is bij de toediening van medicatie.

Tot slot wordt teams verzocht om oude medicatielijsten uit het systeem te halen.

Beoordeling doeltreffendheid: Medicatieveiligheid wordt in het najaar van 2023 meegenomen in de interne auditcyclus.

Beoordeelde documenten:

Beoordeling: Op 15 augustus 2023 zijn bovenstaande maatregelen beoordeeld door DEKRA en akkoord bevonden. Implementatie zal worden getoetst tijdens de volgende audit. De tekortkoming blijft open staan.

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: Op de korte termijn is er met de verschillende afdelingen gebrainstormd over hoe we de veiligheidscultuur en het oordeel hiervan onder de aandacht kunnen brengen.

Oorzaakanalyse: Zoals ook beschreven in de tekortkoming. Zijn er binnen de organisatie een heel aantal aspecten geborgd op losse onderdelen; MIC/RAI, Arbo, RI&E. Echter ontbreekt het oordeel en de zachte kant van het verhaal. Ondanks dat we als organisatie van mening zijn dat veiligheid een vanzelfsprekend onderdeel van het werk vormt, en daarmee volgend actief

inzetten op melden, afwijkingen in processen en risico's, ontbreekt het in kaart brengen van de veiligheidscultuur.

Omvanganalyse: Bevinding betreft de gehele organisatie.

Corrigerende maatregelen: SGL wil de veiligheidscultuur beter in kaart brengen. Hiervoor is een plan van aanpak opgesteld. (Zie bijlage)

- Veiligheidsrondes
- Spiegelgesprekken
- Beleid

Beoordeling doeltreffendheid: Evaluatie naar eerste auditcyclus.

Beoordeelde documenten: Plan van aanpak Veiligheidscultuur

Beoordeling: Op 15 augustus 2023 zijn bovenstaande maatregelen beoordeeld door DEKRA en akkoord bevonden. Implementatie zal worden getoetst tijdens de volgende audit. De tekortkoming blijft open staan.

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: Z.s.m. organiseren ontruimingsoefening WBV Heerlen o.l.v. preventiemedewerker. Preventiemedewerker neemt contact op met CURA (organisatie die de ontruimingsoefeningen uitvoerd) om deze tekortkoming en bijpassende maatregelen te bespreken. Tevens wordt er een overzicht opgevraagd met de stand van zaken rondom de ontruimingsoefeningen (zie onderaan doc).

Oorzaakanalyse: Tot op heden was de verdeling van verantwoordelijkheden ten aanzien van de coördinatie mbt BHV op locatie onvoldoende geborgd. De uitvoerende organisatie CURA biedt met name trainingen aan op vraag die op een bepaald moment actueel zijn, denk hierbij bijv. na nieuwbouw. Trainingen met de evacchair zijn wel aangeboden, maar niet voor alle medewerkers binnen de locatie.

Omvanganalyse: Analyse overzicht ontruimingsoefeningen laatste jaren (zie onderaan doc).

Corrigerende maatregelen: Preventiemedewerker (sinds 1-7 in dienst) gaat een voorstel schrijven om de continuïteit en de flexibiliteit van de ontruimingsoefeningen te vergroten. In dit voorstel wordt in ieder geval opgenomen:

- Ergo coaches worden getraind om de evacchair te gebruiken. Zo kunnen we waarborgen dat iedere medewerker geïnstrueerd wordt in het omgaan met dit hulpmiddel.
- Kader wat betreft onderdelen die tijdens evacuatietrainingen moeten worden meegenomen, zodat locaties dit zelf kunnen meenemen tijdens de uitvoering.

22 augustus vindt er een afspraak plaats met uitvoerder CURA waarin wordt gekeken hoe het BHV organisatie stuk beter op orde kan worden gebracht. Tot slot zal er organisatiebreed gecommuniceerd worden over het gebruik van de evacchair door preventiemedewerker inclusief ondersteunend filmmateriaal.(instructiefilm).

Beoordeling doeltreffendheid: Jaarlijkse evaluatie uitvoering ontruimingsoefeningen door preventiemedewerker.

Beoordeelde documenten: Overzicht ontruimingsoefeningen

Beoordeling: Op 15 augustus 2023 zijn bovenstaande maatregelen beoordeeld door DEKRA en akkoord bevonden. Implementatie zal worden getoetst tijdens de volgende audit. De tekortkoming blijft open staan.
