

Rapport van de audit, uitgevoerd bij:

Stichting Gehandicaptenzorg

Sittard

rapport nummer: 57725-1

Surveillance audit

HKZ Zorg en welzijn:2018

Arnhem, 4 juli 2024

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	7
2.1	Afspraken voor het vervolgtraject.....	7
3	Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit.....	8
3.1	Bij de audit betrokken certificaten	8
3.2	Auditprogramma	8
4	Uitvoering van de audit	11
4.1	Deelnemers	11
4.2	Informatie per proces	12
Bijlage A	Auditprogramma.....	19
Bijlage B	Tekortkomingen	21
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	21
B.2	Openstaande tekortkomingen	26

1 SAMENVATTING

DEKRA Audit heeft een audit uitgevoerd bij Stichting Gehandicaptenzorg, Sittard op 25 juni 2024 en 26 juni 2024.

Voorafgaand en 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 geleid tot het vaststellen van de steekproef, overzicht locaties en vaststellen agenda op basis van het huidige locatie overzicht.

Als onderdeel van deze audit zijn ook maatregelen beoordeeld die voor de verbetering van tekortkomingen genomen zijn. Daarbij is aangetoond dat de tekortkomingen effectief zijn gecorrigeerd.

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 van de organisatie breed gedragen worden in de teams. Eigen regie is een thema wat veelvuldig wordt aangekaart in de auditgesprekken. Medewerkers onderstrepen het belang en de meerwaarde van eigen regie van cliënten met mooie voorbeelden uit de dagelijkse praktijk.
- De organisatie een goed beeld heeft ten aanzien van de systeembeoordeling en ontwikkelpunten, maar dat de verzamelde input nog niet is verwerkt tot een verslag. Begin dit jaar is een strategisch beleidsmedewerker langdurig uitgevallen, waardoor vertraging is opgelopen. De coördinatie en verslaglegging is hoofdzakelijk bij één medewerker belegd, wat dit proces kwetsbaar maakt in geval van onvoorziene afwezigheid van deze medewerker.
- Veiligheid een thema is binnen de organisatie. De organisatie heeft veiligheidsgebieden in kaart

gebracht en beleid omschreven. Hierbij is gestart met interne audits op gebied van de veiligheidscultuur. Verbetermogelijkheden liggen op gebied van awareness en de naleving van de WZD, zorgdragen voor een goede aanspreekcultuur binnen de teams en de inzichtelijkheid van bevoegd en bekwaamheden in het LMS.

- BI-tool Stuur biedt goede managementinformatie, al is gezien dat informatie niet altijd makkelijk gevonden wordt door medewerkers die tijdens de audit gesproken zijn. Locatie specifieke doelen en verbeteracties zijn niet in deze omgeving terug te vinden.
- De uitgevoerde interne audits geven de teams goede input over verbetermogelijkheden. In de auditgesprekken wordt regelmatig verwezen naar bevindingen en verbeteracties voortkomend uit de interne audits.
- De klanttevredenheidsmeting binnen de WBC's loopt goed. De organisatie heeft geconstateerd dat de werkwijze voor de AC's verbetering behoeft. Het instrument Zorgkaart Nederland sluit niet altijd goed aan bij de doelgroep en levert niet genoeg respons ten aanzien van de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten.

Er zijn geen openstaande tekortkomingen (voor details zie Bijlage B).

Conclusie:

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

Tijdens de audit is de conformiteit en effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Er is vastgesteld dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in het jaarplan (in BI-tool Stuur). Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits, het bestuursverslag 2023 en de input voor de systeembeoordeling.

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

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

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

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

Sterke punten:

- Teams WBC Geleen en de teams gedragsdeskundigen en vaktherapeuten maken gebruik van intervisie en vertellen over de meerwaarde die dit biedt.
- De organisatie weet medewerkers op een creatieve manier te informeren over strategie en beleid. Mooie voorbeelden zijn gezien in de vorm van posters, placemats en videomateriaal.
- Het team van AC De Haamen is door de teamleider al meegenomen in de nieuwe visie op dagbesteding en kan met voorbeelden onderbouwen hoe zij deze visie nu al hebben betrokken in hun dagelijkse werkwijze.

Mogelijkheden voor verbetering:

- In de dossiervoering t.a.v. de uit te voeren behandeling is geen vaste plek afgesproken om de informed consent vast te leggen. Het valt te overwegen om dit op eenduidige wijze inzichtelijk te maken voor alle groepen cliënten.
- De organisatie beschikt over een LMS om te borgen dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn en blijven, conform normeis 2.6.2 Een deel van de registraties vindt plaats binne het CURA (BHV) portaal. De BHV scholingen en trainingen zijn echter ter plaatse niet aantoonbaar terug te vinden, waardoor het overzicht van bevoegd en bekwaamheden niet volledig is en teamleiders hier moeilijk op kunnen sturen. Overweeg alle informatie omtrent bevoegd en bekwaamheden samen te brengen binnen één platform, dat tevens sturingsinformatie kan bieden voor de teamleiders.
- De organisatie heeft als beleid dat verslaglegging van jaargesprekken wordt opgenomen in het personeelsdossier in Youforce. Tijdens de audit is dit op meerdere locaties aantoonbaar. Op locatie De Haamen is gezien dat de verslaglegging van de jaargesprekken niet is opgenomen in het personeelsdossier. Het valt te overwegen de dossiers frequenter te checken op aanwezigheid van verslaglegging van jaargesprekken.

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

- Bestuur
- Kwaliteitsprocessen
- Manager cliëntenzorg extern
- WBC's, w.o. voortgang implementatie nieuwe woonvisie
- AC's, w.o. voortgang implementatie visie dagbesteding

Selectie van welke locaties bezocht worden wordt in overeenstemming tussen SGL en DEKRA gedaan.

Kaders: 3 of 4 woonlocaties bezocht, HQ + afhankelijk van plannen dagbesteding keuze 1 of 2 AC's.

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.

3.2 AUDITPROGRAMMA

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

Gebruik van certificaten en logo's

We hebben vastgesteld dat het certificaat en de van toepassing zijnde logo's op correcte wijze worden toegepast. Dit is gezien op de website van SGL en op de bezochte locaties.

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 een dienstenstructuur, bestaande uit intramurale en een extramurale zorg (aangestuurd door een manager cliëntenzorg intern en een manager cliëntenzorg extern). De intramurale zorg omvat met name wonen, logeren en deeltijd wonen. De externe zorg omvat dagbesteding, begeleiding thuis en zorgbemiddeling/ acquisitie. Daarnaast is er de dienst Expertise en innovatie. Deze omvat alle behandelingen, waaronder Hersenz, de REC's (in oprichting), E-health en Buddyzorg. Onderstaand een overzicht van de locaties waar zorg wordt geleverd:

Wonen:

Team WBC Het Vlinderhuis, Dichtershof 2, 5921 DC Venlo Blerick
Team WBC Kuukven; Herierhof 18, 5991 NJ Baarlo
Team WBC Kuyperhof; Dr. Kuyperstraat 12, 6004 AL Weert
Team WBC Velden (incl. Team Actief); Kloosterstraat 12, 5941 ET Velden
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
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
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
Team WBC Mundium: Prins Bernhardstraat 22, 6043 BG Roermond

Activiteitencentra:

Team Actief De Maashorst; Past. Geenenstraat 64, 5991 BJ Baarlo
Team Actief Venray; Dr. Poelsstraat 6, 5802 AX Venray

Team Actief Swalmen; Markt 3B, 6071 JD Swalmen
Team Actief Weert; Serviliusstraat 190A, 6006 KH Weert
Team Actief Brunssum; De Insel 18, 6442 AJ Brunssum
Team Actief Heerlen; Heldevierlaan 5, 6415 SB Heerlen
Team Actief Heerlen; Havikstraat 18, 6135 ED Sittard
Team Actief Kerkrade; Caspar Sprokelstraat 4, 6461 EA Kerkrade
Team Actief De Haamen; De Haamen 1, 6191 HV Beek
Team Actief Maastricht; Symphoniesingel 60, 6218 AA Maastricht
Team Actief Sittard; Wielewaalstraat 1, 6135 EN Sittard

Het kwaliteitshandboek is geldend voor de gehele organisatie. Er is een interne auditcyclus, waarvan alle vestigingen onderdeel zijn en een organisatie brede P&C / M&S cyclus.

Jaarlijks wordt organisatiebreed een kwaliteitsverslag en directiebeoordeling opgesteld. Er is sprake van een geïntegreerd KMS.

In de auditcyclus wordt conform calculatie een steekproef gezien van de verschillende locaties (mix HQ, WBC en AC's).

4 UITVOERING VAN DE AUDIT

4.1 DEELNEMERS

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

naam	functie	organisatie
S. Thoolen	Beleidsadviseur	Stichting Gehandicaptenzorg
M. Mols	Persoonlijk begeleider	Stichting Gehandicaptenzorg
S. Raven	Persoonlijk begeleider	Stichting Gehandicaptenzorg
N. Vigelandzoon	Persoonlijk Begeleider	Stichting Gehandicaptenzorg
D. Mulder	Teamleider	Stichting Gehandicaptenzorg
A. van Schijndel	Teamleider	Stichting Gehandicaptenzorg
M. van Klaveren	Coach client medezeggenschap/toehoorder	Stichting Gehandicaptenzorg
R. Sillekens	Regiebehandelaar	Stichting Gehandicaptenzorg
E. Janssen	Behandelaar	Stichting Gehandicaptenzorg
N. Janssen	Senior beleidsadviseur	Stichting Gehandicaptenzorg
P. Zonneveld	Manager clientenzorg intern	Stichting Gehandicaptenzorg
S. Raven	Waarnemend Teamleider	Stichting Gehandicaptenzorg
L. Evenhuis	Bestuurder	Stichting Gehandicaptenzorg
L. Evenhuis	Bestuurder	Stichting Gehandicaptenzorg
J. Lehnen	Persoonlijk begeleider	Stichting Gehandicaptenzorg
D. Moonen	Teamleider	Stichting Gehandicaptenzorg
D. Mulder	Teamleider	Stichting Gehandicaptenzorg
H. Rutten	Gedragskundige	Stichting Gehandicaptenzorg
M. Hoeben	Ergotherapeute	Stichting Gehandicaptenzorg
K. Faassen	Persoonlijk Begeleider	Stichting Gehandicaptenzorg
F. Fisette	Teamleider	Stichting Gehandicaptenzorg
S. Brendel	Auditor i.o.	DEKRA Audit
A. Kroesen	Auditor	DEKRA Audit
A. Hilgenga	Lead Auditor	DEKRA Audit

4.2 INFORMATIE PER PROCES

Beleid en KMS/Bestuurder/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard
Hoofdlocatie Havikstraat 18, Sittard

Besproken onderwerpen zijn:

- Ontwikkelingen
- Bestuursverslag
- Contextanalyse
- Stakeholders en ketenpartners
- Fusie met Relim
- Huisvesting: nieuwbouw vastgoed
- Implementatie openstaande NC's
- Kwaliteitsplan en kerncommissies kwaliteit
- Kompas: nieuw intranet portal met o.a. kwaliteitshandboek
- Risicomanagement
- Medezeggenschap medewerkers, cliënten en vrijwilligers
- Hygiëne en infectiepreventie
- Jaarplannen
- Zelforganisatie
- Systeembeoordeling

Meten, analyseren en verbeteren/Bestuursbureau/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

Hoofdlocatie Havikstraat 18, Sittard

Besproken onderwerpen zijn:

- Kwaliteitsbeeld
- Team beleid en onderlinge taakverdeling
- Rol projectleider herinrichting zorgproces
- Intern auditplan en werkwijze auditteam
- Rapportages interne audits en eindpresentatie MT veiligheidscultuur
- Omgeving BI-tool 'Stuur'
- MIC en RAI en Jaarrapportage MIC commissie
- Geen calamiteiten
- Cliëntervaringen (Dit vind ik ervan! en Zorgkaart NL)
- Onvrijwillige zorg en WZD

- Bestuursverslag
- Veiligheidsbeleid
- Jaarverslag klachtenfunctionaris

Decentraal management/Team Actief / Activiteitencentrum/Stichting

Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

AC de Haamen, de Haamen 1, Beek

Besproken onderwerpen zijn:

- Rondgang AC de Haamen
- Rol en taak teamleider
- Omvang en samenstelling team
- Activiteiten op locatie
- Ontwikkelingen
- Zelforganiserend team
- Cliëntveiligheid zwembad
- Taken vrijwilligers; vrijwilliger coördinator
- Sturingsinformatie en KPI's
- Aansturen van medewerkers en jaargesprekken
- Bevoegd en bekwaamheden; LMS
- Overlegstructuur
- Veiligheidscultuur: aanspreekcultuur
- Cliënttevredenheid
- Trots en tips

Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)/Team Actief / Activiteitencentrum/Stichting

Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

AC de Haamen, de Haamen 1, Beek

Besproken onderwerpen zijn:

- Rol en taak persoonlijk begeleider
- Inzage dossier
- Primair proces
- Eigen regie cliënten
- Medicatieveiligheid
- Brandveiligheid

- LMS: scholingen
- Overlegstructuur
- Veiligheidscultuur
- Inspraak en medezeggenschap cliënten

Proces begeleiding (wonen)/Woonbegeleidingscentrum (WBC)/Stichting
Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

WBC Geleen, Jos Klijnenlaan 63-65 Geleen

Besproken onderwerpen zijn:

- Locatie en dienstenstructuur
- Omvang en samenstelling team
- Ontwikkelingen
- Dagstructuur en activiteiten
- Brand in gebouw en evaluatie ontruiming
- Inzage dossier, inclusief medicatieveiligheid
- Werkwijze regiegesprek en MDO
- Primair proces
- Intervisie
- Zelforganisatie; zelf roosteren
- LMS
- Rondgang WBC Geleen

Beleid en KMS/Bestuurder/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

Hoofdlocatie Havikstraat 18, Sittard

DUBBEL KAN UIT RAPPORT

Besproken onderwerpen zijn:

- ontwikkelingen en context van de organisatie
- visie en koers
- organisatiestructuur
- veiligheidscultuur
- sturen op informatie
- risicomanagement
- stand van zaken NC's

Beleid en KMS/Manager/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard
WBC Hoogveld, Andersonstraat 39 Sittard

Besproken onderwerpen zijn:

- Ontwikkelingen en context organisatie
- Beleid, doelen en KPI's
- Communicatie en afstemming
- Kompas
- Risico's
- Leiderschap, cultuur en gedrag
- Veiligheid en veilige cultuur

Decentraal management/Woonbegeleidingscentrum (WBC)/Stichting
Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard
WBC Hoogveld, Andersonstraat 39 Sittard

Besproken onderwerpen zijn:

- Ontwikkelingen
- Taakverdeling
- Bezetting en continuïteit
- Risico's
- Eigen regie
- Jaarplan en KPI's: sturen en monitoring
- Afstemming in overleg
- Veiligheid, BHV en ontruimingsoefeningen
- Bevoegd en bekwaamheden
- Medicatiebeleid

Proces begeleiding (wonen)/Woonbegeleidingscentrum (WBC)/Stichting
Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard
WBC Hoogveld, Andersonstraat 39 Sittard

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijzen
- Uitsluitingen
- Samenwerking

- Eigen regie
- Dossiervoering
- Risicosignalering op clientniveau
- BEM
- Seksuele intimidatie en grensoverschrijdend gedrag
- Meldcode Huiselijk Geweld
- Veiligheid en veilig incident melden

Facilitaire processen, materialen en middelen/Woonbegeleidingscentrum (WBC)/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

Besproken onderwerpen zijn:

- Rondgang op locatie
- Tilmaterialen en - middelen

Decentraal management/Team Actief / Activiteitencentrum/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

AC de Maashorst, Past. Geenenstraat 64, Baarlo

Besproken onderwerpen zijn:

- Ontwikkelingen en context op locatie
- Proces en werkwijzen
- Beleid en doelen
- Vrijwilligers
- Veiligheid
- Medicatiebeleid

Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)/Team Actief / Activiteitencentrum/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

AC de Maashorst, Past. Geenenstraat 64, Baarlo

Besproken onderwerpen zijn:

- Dagindeling en werkwijzen
- Dossiervoering
- Veilige cultuur en incidentmeldingen
- Medicatiebeleid
- Dossiervoering

Proces behandeling/Hersenz/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard
AC de Maashorst, Past. Geenenstraat 64, Baarlo

Besproken onderwerpen zijn:

- Primair proces en werkwijzen
- Overleg en afstemming
- Ontwikkelingen
- Dossiervoering
- Informed Consent

Decentraal management/Woonbegeleidingscentrum (WBC)/Stichting
Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

WBC Mundium, Pr. Bernhardstraat 22 Roermond

Besproken onderwerpen zijn:

- Verhuizing locatie Mundium
- Zorgtechnologie op locatie
- Managementinformatie in Stuur
- Samenvoeging twee teams naar één
- Verbeterproces na interne audit en MIC-meldingen
- Wzd beleidsplan en onvrijwillige zorg cases op locatie
- Samenwerking met Novicare
- Jaargesprekken
- Inzage dossier medewerker
- Arbo RI&E en brandveiligheid
- Rondgang

Proces begeleiding (wonen)/Woonbegeleidingscentrum (WBC)/Stichting
Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

WBC Mundium, Pr. Bernhardstraat 22 Roermond

Besproken onderwerpen zijn:

- Rol en taak persoonlijk begeleider
- Samenstelling team
- Primair proces intramuaal

- Inzage dossiers
- Individuele risico-inventarisatie
- LMS
- Medicatieveiligheid
- Medezeggenschap bewoners
- BHV en ontruimen, waaronder EVAC Chair
- Rol van vrijwilligerscoördinatoren
- Vrijwilligersplein in Kompas

Proces behandeling/Woonbegeleidingscentrum (WBC)/Stichting Gehandicaptenzorg/Havikstraat 18/Sittard

WBC Mundium, Pr. Bernhardstraat 22 Roermond

Besproken onderwerpen zijn:

- Omvang en samenstelling team consultatie en behandeling
- Rol en taak gedragsdeskundige en ergotherapeut
- Regievoering
- Ontwikkelingen
- Onderscheid behandeling intern en eerste lijn
- Verbeterpunt interne audit en opvolging
- Overlegstructuur
- Inzage dossiers
- Samenwerking behandelaren en begeleiders
- Samenwerking extern betrokkenen
- Proces aanvraag hulpmiddelen
- Wzd
- Ontwikkelgesprek
- Werksfeer/ werkdruk

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	CLIENTENZORG INTERN	Manager	Woonbegeleidingscentrum (WBC)	CLIENTENZORG EXTERN	Manager	Team Actief / Activiteitencentrum	S1	S2	R	
MANAGEMENTPROCESSEN																			
Beleid en KMS	2 D						x	x			D			x		x	x	x	
Metten, analyseren en verbeteren		D														x	x	x	
PRIMAIRE PROCESSEN																			
Proces behandeling							x		D		D					x		x	
Proces begeleiding (wonen)											3 D					x	x	x	
Proces groepsbegeleiding (dagbesteding)														2 D	x	x	x		
ONDERSTEUNENDE PROCESSEN																			
Personeelsprocessen			x					x									x	x	
Facilitaire processen, materialen en middelen				x		x					D					x	x	x	
Proces begeleiding (thuis)											x						x	x	

Proces	Proceseigenaar																						
Decentraal management												2	D			2	D	x	x	x			
	Bestuurder	Bestuursbureau	HRM	Facilitair	F&C	I&A	Clïëntenzorg	Medezeggenschap	Hersenz	CLIENTENZORG INTERN	Manager	Woonbegeleidingscentrum (WBC)	CLIENTENZORG EXTERN	Manager	Team Actief / Activiteitencentrum	S1	S2	R					

Bijlage B Tekortkomingen

B.1 Afgesloten tekortkomingen

Tijdens deze of voorgaande audit van DEKRA Audit zijn tekortkomingen geconstateerd, die tijdens deze audit zijn afgesloten. Hieronder vindt u de resultaten van de beoordeling.

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 bloedverduuners). 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 (inclusief realistisch tijdspad van implementatie): 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 (in te vullen door DEKRA): Format audit medicatieveiligheid.

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): 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.

25-6-2024: Medicatieveiligheid is getoetst in de interne auditcyclus. Hieruit zijn geen auditbevindingen naar voren gekomen. De tekortkoming wordt afgesloten.

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 (inclusief realistisch tijdspad van implementatie): 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 (in te vullen door DEKRA): Plan van aanpak Veiligheidscultuur Eindpresentatie interne audits veiligheidscultuur 2024 MT

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): 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.

25-6-2024: De eerste auditcyclus is uitgevoerd en de bevindingen zijn teruggekoppeld aan het MT. Najaar 2024 vindt de tweede auditcyclus plaats. Naar aanleiding van de interne audits zijn de auditresultaten teruggekoppeld aan de deelnemende team middels verdiepende gesprekken. De tekortkoming wordt gesloten.

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 (inclusief realistisch tijdspad van implementatie):

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 (in te vullen door DEKRA): Overzicht ontruimingsoefeningen EVACchair (overzicht preventie medewerker welke locaties getraind zijn)

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): 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.

25-6-2024: Jaarlijkse evaluatie uitvoering ontruimingsoefeningen is uitgevoerd door de

preventiemedewerker. Teams zijn getraind in het gebruik van de evacchair en de evacchair wordt betrokken in de BHV-trainingen van CURA. De tekortkoming wordt gesloten.

B.2 **Openstaande tekortkomingen**

Er zijn geen openstaande tekortkomingen.
