

Dolfijnenhuis

KAMPEN

rapport nummer: 18839-1

Surveillance audit

HKZ Kleine Organisaties:2010

Arnhem, 5 oktober 2019

DEKRA Certification B.V.

VERTROUWELIJK RAPPORT

Auditor / Teamleader: Chris Vande Putte

© DEKRA Certification B.V., Arnhem, Nederland. Alle rechten voorbehouden.

Het is verboden om dit document op enige manier te wijzigen, het opsplitsen in delen daarbij inbegrepen. In geval van afwijkingen tussen een elektronische versie (bijv. een PDF bestand) en een originele door Dekra verstrekte papieren versie, prevaleert laatstgenoemde.

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	10
4.1	Deelnemers	10
4.2	Informatie per proces	10
Bijlage A	Auditprogramma.....	12
Bijlage B	Tekortkomingen	13
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	13
B.2	Openstaande tekortkomingen	13

1 Samenvatting

DEKRA Certification B.V. heeft een audit uitgevoerd bij dolfijnenhuis, KAMPEN op 2 oktober 2019.

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.

Dolfijnenhuis heeft een dynamische periode achter de rug met belangrijke strategische keuzes. Dolfijnenhuis heeft de samenwerking met de zorginkoop organisatie "Klaver4you" verminderd en is lid geworden van de Coöperatie Zorg en Boer. Dat brengt met zich mee dat een nieuw elektronisch cliëntendossier (Nedap Ons) moest geïntroduceerd worden, dat de coöperatie dossierhouder is en dat de zorgtoeleiding via Boer en Zorg loopt. Dolfijnenhuis heeft een driejarig contract met de Coöperatie. PGB financiering wordt afgebouwd; Volledig Pakket Thuis (WLZ ZZZ 3 en 6) wordt uitgebreid in samenwerking met de Coöperatie.

Er is sterk geïnvesteerd in professionalisering zowel in zorg als in sturing. Een orthopedagoog is aan de organisatie verbonden en de methodiek "Op eigen benen" en Triple C worden uitgebreid. Om enkele hiaten in het management op te vullen is een interimmanager aan het werk. Van de vorige zorg manager zorg en van twee door hem aangestelde Hbo'ers is afscheid genomen. Het team is ondertussen weer aangevuld. Samen met de ZZZ'ers die aan Dolfijnenhuis verbonden zijn is het aantal FTE's boven de tien gegroeid. De organisatie stapt om die reden over op het HKZ VG schema.

Dolfijnenhuis heeft de intentie om de huidige eenmanszaak te zetten in een B.V. Van de gunning door het zorgkantoor is nog geen gebruik gemaakt.

In de afgelopen periode is een klacht ingediend bij het klachtenportaal. De klacht is niet ontvankelijk verklaard. Er zijn geen ernstige incidenten gemeld. IGJ heeft een niet aangekondigd inspectiebezoek uitgevoerd. Het Dolfijnenhuis voldoet -met uitzondering van een - aan alle normen.

Aan het verbeterpunt wordt gewerkt.

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

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 zorgvuldig strategische keuzes worden gemaakt en dat die consequent doorgevoerd worden binnen de organisatie. Er is goede aandacht voor beheersing van wijzigingen in de externe en interne context.

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

Tekortkoming: CVDP-12106-1

De voorliggende organisatiebeoordeling is op belangrijke onderdelen (indicatoren, professioneel handelen) niet norm conform.

Conclusie:

Het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van HKZ Kleine Organisaties:2010.

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 Beleidsplan Dolfijnenhuis. Dit is mede beoordeeld aan de hand van de management review.

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

Documenten, registraties en waarnemingen zijn alle opgenomen in de rapportage van DEKRA Certification B.V. 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.

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:

- Goede fundament voor bedrijfsvoering op basis van professionele ondersteuning.

2 Afspraken

2.1 Afspraken voor het vervolgtraject

De volgende audit zal in afspraak met de accountmanager van DEKRA worden ingepland. Omdat het aantal FTE's groter is dan tien, is het HKZ KO schema niet meer van toepassing. De organisatie stapt over op HKZ GZ.

Er is voor de volgende audit nog geen agendavoorstel gemaakt.

3 Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit

3.1 Bij de audit betrokken certificaten

dolfijnenhuis - KAMPEN

Certificaat: 2218876, HKZ Kleine Organisaties:2010

Toepassingsgebied:

- Bieden van dagbesteding, ambulante begeleiding en woonbegeleiding aan mensen met een licht verstandelijke beperking.

dolfijnenhuis Bregittenstraat 2 KAMPEN

3.2 Auditprogramma

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

Ploegendiensten

Er is geen sprake van diensten bij ambulante begeleiding en dagbesteding. Er is een bereikbare dienst voor buiten kantoortijden door 4 vaste mensen. Bij het wonen is er sprake van vier rondes: ochtend, tussen de middag, eten en 's avonds. Indien het nodig is (afhankelijk van de cliënten) kan er een slaapwacht worden ingezet.

De continuïteit en kwaliteit van de zorg is verzekerd door het werken met het elektronisch cliënt dossier.

Bij de planning van deze audit is er rekening mee gehouden dat er buiten kantoortijden wordt gewerkt. Er is gesproken met een begeleider die ook buiten kantoortijd bereikbaarheidsdienst draait. Tijdens de uitvoering van de audit is gebleken dat er geen afwijkende processen plaatsvinden derhalve is uitvoering van de audit tijdens de dag toereikend.

Past Performance Review

Een beoordeling van de klantorganisatie is door de auditor gemaakt. Hierbij is geconcludeerd dat, in vergelijking met de voorgaande certificatieperiode, geen significante wijzigingen zijn vastgesteld in het aantal FTE en in de reikwijdte van het certificaat. De prestaties van het managementsysteem zijn in verhouding met de vereisten uit de gehanteerde norm. Audittijd onsite zal daarom voor de komende certificatieperiode ongewijzigd zijn.

Bij deze beoordeling is gebruik gemaakt van de vorige rapporten met nummers 12019 en 12106.

Omdat het aantal FTE's groter is dan tien, is het HKZ KO schema niet meer van toepassing. De organisatie stapt over op HKZ GZ.

Gebruik van certificaten en logo's

We hebben vastgesteld dat het certificaat en de van toepassing zijnde logo's op correcte wijze worden toegepast.

4 Uitvoering van de audit

4.1 Deelnemers

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

naam	functie	organisatie
J. van de Hoven	Extern Adviseur	Hovade Care Management
C. Vande Putte	Lead Auditor	DEKRA Certification
L. Ypelaar	Eigenaar - directeur	Dolfijnenhuis
M. Ypelaar	Persoonlijk begeleider	Dolfijnenhuis
J. Boerman	Coördinerend Begeleider	Dolfijnenhuis

4.2 Informatie per proces

Besturingsprocessen (beleid/jaarplan) /Directie

Besproken is:

- missie en visie
- beleidscyclus
- organisatie ontwikkeling
- privacy bewaking AVG
- interne communicatie
- overlegstructuur

Samenwerking met externe partijen /S1

Besproken is:

- samenwerkingsrelaties

Verbeterproces /Directie

Besproken is:

- verbetercyclus
- organisatiebeoordeling
- indicatoren
- klachten
- inspectiebezoek
- incidentmeldingen

Primair proces ambulante begeleiding/Begeleider

Besproken is:

- begeleidingsproces: intake, doorloop, afronding

- werkwijzen
- professioneel handelen
- cliënt dossier
- evaluatie

Primair proces woonbegeleiding/Begeleider

Besproken is:

- begeleidingsproces: intake, doorloop, afronding
- werkwijzen
- professioneel handelen
- cliënt dossier
- evaluatie

Bijlage B Tekortkomingen

B.1 Afgesloten tekortkomingen

Tijdens deze of voorgaande Dekra audits is een tekortkoming geconstateerd, die tijdens deze audit is afgesloten. Hieronder vindt u het resultaat van de beoordeling.

Tekortkoming CVDP-12106-1

Norm:	HKZ Kleine Organisaties:2010, § 1.3
Activiteit/Proces:	Verbeterproces
Geconstateerd bij:	Directie
Locatie:	dolfijnenhuis

Omschrijving: De voorliggende organisatiebeoordeling is op belangrijke onderdelen (indicatoren, professioneel handlen) niet norm conform.

Correctie: De organisatiebeoordeling wordt aangevuld overeenkomstig de norm.

Oorzaakanalyse: De verantwoordelijkheid voor het bijhouden van indicatoren en uitkomsten van monitoren waren niet voldoende scherp toegewezen.

Corrigerende maatregelen: Inmiddels is er een organogram gemaakt, samen met een beschrijving per functie. Het is nu voor iedere medewerker duidelijk waar zijn of haar verantwoordelijkheid ligt naar de organisatie en naar de cliënten. Op deze wijze kan de organisatie werken aan een PDCA-cyclus. Er kan nu planmatige gewerkt worden aan kwaliteit van zorg, medewerkerstevredenheid en ook aan de organisatie van werkzaamheden voor onze cliënten.

Beoordeelde documenten: Organisatiebeoordeling 2018. Versie januari 2019.

Beoordeling: Op 13 december 2018 heeft DEKRA Certification B.V. de oorzaakanalyse en de corrigerende maatregel beoordeeld en akkoord bevonden. Op 26 maart 2019 is de implementatie van de maatregel beoordeeld. Vastgesteld is dat deze volledig en afdoende is. De tekortkoming is afgesloten

B.2 Openstaande tekortkomingen

Er zijn geen openstaande tekortkomingen.

