

Rapport van de audit, uitgevoerd bij:

Stichting ijgenwys en Anders

ETTEN-LEUR

rapport nummer: 64592-1

Surveillance audit

HKZ Kleine Organisaties:2021

Arnhem, 25 januari 2026

DEKRA Audit

VERTROUWELIJK RAPPORT ©



Auteur: Peggy Hamelinck (Werkend in opdracht van DEKRA Audit)



© 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	Organisatiebeschrijving.....	8
3.3	Ploegendiensten	8
3.4	Gebruik van certificaten en logo's	9
3.5	Auditprogramma	9
4	Uitvoering van de audit	10
4.1	Deelnemers	10
4.2	Informatie per proces.....	10
Bijlage A	Auditprogramma.....	12
Bijlage B	Tekortkomingen	14
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	14
B.2	Openstaande tekortkomingen	27
Bijlage C	Agenda voor de volgende audit	28

1 SAMENVATTING

DEKRA Audit heeft een audit uitgevoerd bij Stichting ijgenwys en Anders, ETTEN-LEUR op 20 januari 2026.

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.
- klimaatverandering

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 2026 is opgevallen dat;

De organisatie ondanks de tegenslagen van de afgelopen jaren, de organisatie draaiende heeft weten te houden. Zonder daarbij te ingeboet hebben op de kwaliteit van dienstverlening en het plezier van de cliënten.

Er hing een prettige, informele sfeer binnen de locatie en cliënten voelden zich zichtbaar op hun gemak. De betrokkenheid van medewerkers en bestuur is erg zichtbaar in de begeleiding en omgang.

De missie en visie zie je duidelijk terug in het gedrag op de werkvloer.

- De organisatie heeft een dagbestedingslocatie aan Markenland 96 Etten-Leur en buitenactiviteiten zoals een perceel grond waar dieren worden verzorgd samen met de cliënten.
- De organisatie een uitgebreid netwerk heeft opgebouwd en dit erg positief uitpakt voor de inboedel en de uitvoering van de activiteiten en doelstellingen van de organisatie.

- De kwaliteitsdocumenten zijn op website beschikbaar voor iedereen;
- Het kwaliteitsmanagementsysteem ontwikkelt zich meer en meer tot een effectief en efficiënt managementsysteem dat de organisatie ondersteunt bij continue verbetering
- Ervaringen van deelnemers worden verzameld tijdens de reguliere contactmomenten, de periodieke evaluaties en een vragenlijst'. De deelnemers zijn tevreden over de geboden ondersteuning en veelal erg blij met hun plek binnen deze organisatie.
- Ervaringen van medewerkers en vrijwilligers worden verzameld tijdens de functioneringsgesprekken, er zijn korte informele lijnen binnen de organisatie.
- De organisatie heeft MIC/MIP meldformulieren op haar website en in het KMS. - De analyse van signalen, meldingen en klachten wordt jaarlijks uitgevoerd en is opgenomen in de kwaliteitsrapportage;
- De organisatie werkt met het cliëntvolgsysteem Zilliz. Hierin zijn de basisdocumenten aanwezig. Incident meldingen worden geregistreerd op een formulier dat beschikbaar is op de website.
- Medezeggenschap medewerkers en vrijwilligers is georganiseerd via periodieke gezamenlijke overlegmomenten met bestuur en de korte informele lijnen binnen de organisatie
- Intern toezicht is georganiseerd middels een actief betrokken raad van toezicht/advies die zich al meerdere jaren inzet voor de organisatie.
- De bestuurder toont betrokkenheid bij de cliënten en medewerkers

Er zijn geen openstaande tekortkomingen (voor details zie Bijlage B). Tijdens deze audit is er aandacht geweest voor de opvolging van de tekortkomingen van de vorige audit die al afgesloten waren. Gezien is dat deze goed zijn opgevolgd.

Conclusie:

Het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van HKZ Kleine Organisations:2021.

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 Beleidsplan Open ramen 2022-2026 . Dit is mede beoordeeld aan de hand van de organisatiebeoordeling.

Bewijsvoering voor deze constatering werd door de auditor 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.

2 AFSPRAKEN

2.1 AFSPRAKEN VOOR HET VERVOLGTRAJECT

De volgende audit zal volgens schema worden ingepland. De Auditor is aangegeven als gewenste auditor voor de volgende audit. Ons bedrijfsbureau neemt contact met u op om de datum(s) hiervoor af te spreken.

Wanneer voor de volgende audit al een agendavoorstel is gemaakt, dan is dat als bijlage in dit rapport bijgevoegd.

3 UITGANGSPUNTEN EN OMSTANDIGHEDEN BIJ DE AUDIT

3.1 BIJ DE AUDIT BETROKKEN CERTIFICATEN

Stichting ijgenwys en Anders - Markenland 96 ETTEN-LEUR

Certificaat: 2188869, HKZ Kleine Organisaties:2021

Toepassingsgebied:

- Dagbesteding voor mensen met een beperking.

Stichting ijgenwys en Anders Markenland 96 ETTEN-LEUR

3.2 ORGANISATIEBESCHRIJVING

KvK-nummer : 57386994

Naam instelling : Stichting ijgenwys en Anders

Rechtsvorm : Stichting

Adres hoofdvestiging: Markenland 96 4871 AV Etten-Leur

Actief vanaf : 04-03-2013

AGB-registratie : 73732659 - WLZ Gecombineerd

SBI-codes :

- Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten (87.20)
- Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn (88.99.9)

3.3 PLOEGEDIENSTEN

Bij de planning van deze audit is er rekening mee gehouden dat er werkzaamheden buiten de reguliere kantoortijden worden uitgevoerd.

De situatie is als volgt:

- De organisatie biedt arbeidsmatige, belevingsgerichte, overige dagbestedingsvormen, en drop-out-trajecten aan tijdens kantoortijden;
- Op zaterdag overdag en op woensdag na schooltijd verzorgt zij begeleiding groep/ dagbesteding voor kinderen;
- De verzorging van de dieren in het weekend gebeurt door de vrijwilligers.

Werkwijzen en rapportage is identiek op alle dagen en er is altijd een personeelslid aanwezig, de directie is hierbij bereikbaar. De audit kan uitgevoerd worden tijdens de reguliere werktijden, de activiteiten kunnen dan worden beoordeeld en registraties ingezien.

3.4 GEBRUIK VAN CERTIFICATEN EN LOGO'S

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

3.5 AUDITPROGRAMMA

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

4 UITVOERING VAN DE AUDIT

4.1 DEELNEMERS

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

naam	functie	organisatie
Jos Trouwborst	Voorzitter dagelijks bestuur	Stichting ijgenwys en Anders
Mike van der Velden	Groepsbegeleider	Stichting ijgenwys en Anders
Maaïke Wagemakers	Managementassistent / activiteitenbegeleider	Stichting ijgenwys en Anders
Peggy Hamelinck	Lead Auditor (extern)	Werkend in opdracht van DEKRA Audit

4.2 INFORMATIE PER PROCES

Beleid, jaarplan/Directie

Besproken onderwerpen zijn;

- Ontwikkelingen binnen de organisatie en interne issues
- Contextanalyse
- Missie en visie
- Doelen
- Houding, leiderschap en cultuur
- Risicoanalyse en kansen
- Uitsluitingscriteria
- Werkwijzen

Verbeterproces /Directie

Besproken onderwerpen zijn:

- Analyse en verbeteren, werkwijze
- Inspraak/medezeggenschap cliënten/belangenbehartigers
- Ervaringen deelnemers
- Inspraak en medezeggenschap medewerkers
- Ervaringen medewerkers

- Signalen over kansen/mogelijkheden/bedreigingen zorg/dienstverlening incl. evaluatie;
- Geen bezoek inspectie/GGD, geen meldingsplichtige incidenten;

Inkoop en uitbesteding/Directie

Besproken onderwerpen zijn:

- Afspraken hoofdaannemers incl. kwaliteitseisen en evaluatie en uitgevoerde controles;
- Inzet ZZP'ers en vrijwilligers en overeenkomsten
- Stand van zaken opstellen calamiteitenplan en actualiseren RI&E.
- Medewerkers dossier met o.a. functiebeschrijving, diploma, VOG, kopie ID;
- Vrijwilligersdossier incl. overeenkomst met gedragsregels, VOG en evaluatie;
- Afspraken bejegening en gedrag in vrijwilligersovereenkomst;
- Aangesloten bij Klachtenportaal Zorg

Rondleiding dagbesteding Markenland 96 / 4871 AV ETTEN-LEUR. /Directie

Uitgebreide rondleiding gehad door het hele pand, Electronisch systeem met druppels om deuren te openen. Garderobe volgens regels in gebruik. Medicatiekast en afspraken gezien. Ontruimingsplattegrond aanwezig in de ruimte bij binnenkomst. Nieuwe glazen pui geplaatst ivm gehorigheid en temperatuur. Wel last gehad van sneeuw, hierdoor wat lekkage gehad. Bezig met voorbereidingen voor het plaatsen van batterijen om zonne-energie in op te slaan.

Primair proces: Dagbesteding/Activiteitenbegeleider

Besproken onderwerpen zijn:

- Rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden groepsbegeleider;
- Werkwijze primair proces incl. risicoanalyse met vastgestelde werkwijze en evaluaties;
- Informatievoorziening en communicatie met cliënt en wettelijk vertegenwoordigers;
- Inzage cliëntendossier met toestemmingsverklaring;
- Risicoanalyse cliëntniveau incl. verwerking in zorgplan en evaluatie;
- Melden incidenten/afwijkingen en bespreken meldingen in medewerker overleg;
- Werkwijze verstrekken van medicatie.

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 MKem-54360-1

Norm:	HKZ Kleine Organisaties:2021: 4.6
Activiteit/Proces:	Verbeterproces
Geconstateerd bij:	Directie
Locatie:	Stichting ijgenwys en Anders Markenland 96 ETTEN-LEUR

Omschrijving: Conform norm 4.6 heeft de organisatie een organisatiebeoordeling uitgevoerd en dit vastgelegd in haar kwaliteitsrapportage.

In de kwaliteitsrapportage komen in volgende 2 onderwerpen niet aan de orde:

- 1) het effect van de genomen maatregelen om met risico's en kansen om te gaan (zie 1.5 Risicoanalyse en kansen);
- 2) het bereiken van de vastgestelde doelen (zie 1.3 Doelen).

Dit is in lijn met de tekortkomingen op de normen 1.5 en 1.3.

Correctie: Het oude format van de kwaliteitsrapportage zal worden aangepast aan de inrichting behorend bij de eisen van de norm en worden herschreven

Oorzaakanalyse: Sinds 20 september haperend tot geen werkend internet, verstoorde wifi waardoor sloten weigeren dit zou opgelost zijn medio kerst, helaas tot 20 februari is het nog steeds slecht, hierdoor zijn documenten in de map sorteren blijven staan en is de kwaliteitsrapportage telaar geschreven. Tijdens het schrijven was de auteur al op en af al weken ziek van de griep, waardoor er alleen een oud format gebreukt is en zelfs verkeerde antwoorden gevuld zijn. Na de brand was schoonmaken, opruimen en opbouwen belangrijker zodat clientveiligheid gegarandeerd kon blijven. Hierna moest er ingevallen worden om de uren van medewerkers op de werkvlower te compenseren. Door veel ziek zijn van de voorzitter kon hij ook niet op tijden dat er wel werkend internet was mappen opruimen.

Omvanganalyse: Kwaliteitsrapportage, mappenstructuur en zelfs clientmappen waren niet volledig gevuld waardoor informatie stond in de map sorteren. door de koorts tijdens de audit kon ik dit niet verzinnen.

Corrigerende maatregelen (inclusief realistisch tijdsplan van implementatie): Herschrijven van de kwaliteitsrapportage met de juiste informatie. Opruimen van de documenten en compleet maken van het archief. Starten op 24 februari en klaar op 10 april 2025. Via de vrijwilligerscentrale zal er actie worden ondernomen om iemand voor de HRM te vinden waardoor er ontlasting komt van werk.

Beoordeling doeltreffendheid: De overmacht na een brand en afhankelijk zijn van derde. Zodra griep geen rol meer speelt zijn documenten snel opgeruimd en de kwaliteits rapportage kan dan geschreven worden met de juiste informatie.

Beoordeelde documenten (in te vullen door DEKRA): Non Conformity MKem-54360-1-ingevuld-1-maart-2025

Systeembeoordeling en kwaliteitsrapportage 2024 versie 2025

® kwaliteits rapportage 2024 aan het werk versie 2-3

1® Markenland 96 ri&e

□ N1P859-6

® ontruimings instructie

® platte grond blusmiddelen route enz...

® Stichting ijgenwys en Anders calamiteitenplan

®beleidsplan openramen 2025-19 maart 2025

® klachtenportaal zorg

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): Op 21-03-2025 is de aangepaste systeembeoordeling ontvangen en op 22-03-2025 is de aangeleverde systeembeoordeling en kwaliteitsrapportage 2024 beoordeeld.

1) het effect van de genomen maatregelen om met risico's en kansen om te gaan is op onderdelen beschreven. Het betreft hier o.a. AVG ontwikkelingen, Zilliz, Enovation (zorgmail) en Zivver, de beveiliging van het gebouw en terrein, beveiliging computers en machines, medicatie, RI&E en deelnemersveiligheid, leveranciers, kennis en deskundigheid medewerkers.

2) Het bereiken van de vastgestelde doelen (zie 1.3 Doelen) is nu aantoonbaar in hoofdstuk 13 doelen en op onderdelen in de andere hoofdstukken.

In het document zijn tevens de verbeterpunten toegevoegd.

De effectiviteit van de corrigerende maatregelen is door de organisatie vastgesteld. Op basis van de meegeleverde documenten kan de effectiviteit van de getroffen maatregelen als voldoende worden beoordeeld, waarmee de tekortkoming wordt afgesloten. Tijdens de eerst volgende audit zal er hernieuwd aandacht zijn voor dit proces

Tekortkoming MKem-54360-2

Norm:	HKZ Kleine Organisations:2021: 1.3
Activiteit/Proces:	Beleid, jaarplan
Geconstateerd bij:	Directie
Locatie:	Stichting ijgenwys en Anders Markenland 96 ETTEN-LEUR

Omschrijving: Geconstateerd is dat de organisatie niet voldoet aan norm 1.3 Doelen. De organisatie heeft in 2024 in haar vergadernotulen opgenomen dat zij haar doelen gaat opnemen in haar beleidsdocument. In het Beleidsplan openramen zijn echter geen doelen zichtbaar.

Hierdoor kan de organisatie niet aantoonbaar maken op welke wijze zij voldoet aan de volgende eisen:

- a) De organisatie heeft vastgelegd welke doelen zij wil bereiken. Deze doelen zijn SMART geformuleerd.
- b) De organisatie analyseert of de bestaande doelen bijgesteld moeten worden of dat er nieuwe doelen vastgelegd moeten worden.
- c) De organisatie heeft vastgesteld hoe vaak, door wie en op welke manier deze analyses gedaan worden.
- d) Naar aanleiding van de uitkomsten van de analyses neemt de organisatie zo nodig verbetermaatregelen.

Correctie: Het beleidsplan was wel herschreven met de doelen erin opgenomen, alleen door dom ongelukkig handelen is het nieuwe beleidsplan in de prullebak beland en is het oude beleidsplan weer toegevoegd.

Oorzaakanalyse: Niet nauwkeurig werken in combinatie met ziekte.

Omvanganalyse: Kwaliteitsrapportage en beleids plan in de mappenstructuur onder verkeerd jaartal opgeslagen en verwerkt, waarna de aangepaste versie die in het jaar 2023 opgeslagen had moeten worden in de prullebak belande.

Corrigerende maatregelen (inclusief realistisch tijdsplan van implementatie): Beleidsplan is terug gevonden met hulp van de systeembeheerder en weer in de goede map geplaatst.

Beoordeling doeltreffendheid: Door de audit gevonden tekortkoming is door ziekte intern niet goed gecontroleerd, dit soort niet avg gebonden documenten belanden in een dubbelbeveiligde prullenbak waardoor door de systeembeheerder documenten terug te vinden zijn.
Doeltreffend systeem dus.

Beoordeelde documenten (in te vullen door DEKRA): ® kwaliteits rapportage 2024 aan het werk versie 2-3

1® Markenland 96 ri&e

□ N1P859-6

® Non Conformity MKem-54360-1-ingevuld-1-maart-2025

® ontruimings instructie

® platte grond blusmiddelen route enz...

® Stichting ijgenwys en Anders calamiteitenplan

®beleidsplan openramen 2025-19 maart 2025

® klachtenportaal zorg

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): Op 21-03-2025 is het aangepaste beleidsplan openramen ontvangen en op 22-03-2025 is het document beoordeeld.

In het plan zijn in hoofdstuk 2 de doelen voor 2025 opgenomen en is een indicator toegevoegd om het doel meetbaar te maken.

De effectiviteit van de corrigerende maatregelen is door de organisatie vastgesteld. Op basis van de meegeleverde documenten kan de effectiviteit van de getroffen maatregelen als voldoende worden beoordeeld, waarmee de tekortkoming wordt afgesloten. Tijdens de eerst volgende audit zal er hernieuwd aandacht zijn voor het SMART formuleren van doelen en het aantoonbaar evalueren op de voortgang.

Tekortkoming MKem-54360-3

Norm:	HKZ Kleine Organisaties:2021: 2.5
Activiteit/Proces:	Ondersteunend proces: Hoofd- onderaannemer, inkoop, PNIL, personeel, werkomgeving, materialen
Geconstateerd bij:	Directie
Locatie:	Stichting ijgenwys en Anders Markenland 96 ETTEN-LEUR

Omschrijving: Geconstateerd is dat de organisatie niet voldoet aan norm 2.5. De organisatie kan niet aantoonbaar maken welke diensten en producten zij inkoop en (voor zover relevant voor de geleverde zorg- en dienstverlening) aan welke eisen deze moeten voldoen. Tevens worden leveranciers niet aantoonbaar geëvalueerd.

In het verleden heeft zij een overzicht gehad van leveranciers. Deze is momenteel niet meer in gebruik.

Haar kwaliteitsrapportage kent een hoofdstuk 12 leveranciers. Het blijkt hier echter te gaan om hoofdaannemers (norm 2.4). En niet om leveranciers zoals de KPN, Zilliz, accountant, ICT beveiliging etc.

Derhalve voldoet de organisatie niet volledig aan de volgende eisen uit de norm:

- a) Er bestaan afspraken over inkoop van voor zorg- en dienstverlening relevante diensten en producten.
- b) Bij het formuleren van de afspraken zijn:
 - 1) de uitkomsten van de risicoanalyse betrokken;
 - 2) relevante wet- en regelgeving, beroepsstandaarden en -richtlijnen en kwaliteitskaders betrokken.
- c) De afspraken zijn bekend bij de leveranciers van de producten en diensten.
- d) De afspraken worden geëvalueerd en zo nodig aangepast.
- e) De organisatie heeft vastgesteld hoe vaak en op welke manier deze evaluaties gedaan worden.

Correctie: Het oude format van de kwaliteitsrapportage zal worden aangepast aan de inrichting behorend bij de eisen van de norm en worden herschreven

Oorzaakanalyse: Sinds 20 september haperend tot geen werkend internet, verstoorde wifi waardoor sloten weigeren dit zou opgelost zijn medio kerst, dit in combinatie met ziekte van

verwerker maakt dat er niet nauwkeurig is gewerkt. Waardoor sommige vraagstelling door cognitief blokkering verkeerd geïnterpreteerd zijn en verkeerd beantwoord.

Omvanganalyse: Kwaliteitsrapportage, beleidsplan. En een aantal protocollen

Corrigerende maatregelen (inclusief realistisch tijdspad van implementatie): Protocollen zijn inmiddels aangepast, fouten in het beleidsplan en kwaliteitsrapportage worden hetsteld voor 10 april 2025.

Beoordeling doeltreffendheid: Er gaat ondersteuning komen door inzet nieuwe vrijwilliger. Die gaat HRM op zich nemen waardoor er meer ruimte ontstaat om met het kwaliteitsteststroom bezig te zijn.

Beoordeelde documenten (in te vullen door DEKRA): ® kwaliteits rapportage 2024 aan het werk versie 2-3

1® Markenland 96 ri&e

□ N1P859-6

® Non Conformity MKem-54360-3-ingevuld-1-maart-2024

® ontruimings instructie

® platte grond blusmiddelen route enz...

® Stichting ijgenwys en Anders calamiteitenplan

® beleidsplan openramen 2025-19 maart 2025

® klachtenportaal zorg

® Spelregels zieke werknemer.docx

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): Op 21-03-2025 is het aangepaste beleidsplan openramen ontvangen en op 22-03-2025 is het document beoordeeld.

In de aangepaste systeembeoordeling is in hoofdstuk 12. Leveranciersbeoordeling toegevoegd De effectiviteit van de corrigerende maatregelen is door de organisatie vastgesteld. Op basis van de meegeleverde documenten kan de effectiviteit van de getroffen maatregelen als voldoende worden beoordeeld, waarmee de tekortkoming wordt afgesloten.

Tijdens de eerst volgende audit zal er hernieuwd aandacht zijn voor het evalueren van leveranciers aan de hand van de vastgestelde eisen.

Tekortkoming MKem-54360-4

Norm:	HKZ Kleine Organisaties:2021: 3.2 \ HKZ Kleine Organisaties:2021: 3.3
Activiteit/Proces:	Primair proces: Dagbesteding
Geconstateerd bij:	Activiteitenbegeleider
Locatie:	Stichting ijgenwys en Anders Markenland 96 ETTEN-LEUR

Omschrijving: Geconstateerd is dat de organisatie niet volledig voldoet aan wet- en regelgeving en de normen 3.2 Individuele risicoanalyse en 3.3 Zorgplan.

In de 2 getoonde dossiers is een zorgplan aanwezig en er zijn doelen waarop wordt gerapporteerd. Tevens is er een individuele risico analyse aanwezig.

In het format Begeleidings- en ontwikkelplan wordt een passende evaluatie frequentie genoemd. Beide dossier betroffen WLZ-PGB cliënten. Volgens de Wlz heeft de cliënt het recht om minimaal twee keer per jaar zijn ondersteuningsplan met de aanbieder te bespreken, te evalueren en zo nodig te wijzigen. Na het eerste gesprek en na de evaluatiegesprekken moeten gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan worden vastgelegd. In afstemming met cliënt en/of diens vertegenwoordiger mag de aanbieder van deze wettelijke eis afwijken.

Tijdens de audit is vastgesteld dat de meest recente begeleidings- en ontwikkelplannen en individuele risico-inventarisatie in beide getoonde dossiers dateren uit 2023.

Er heeft niet aantoonbaar een evaluatie met de cliënt plaatsgevonden aan de hand van de doelen en de ervaringen van de cliënt.

De uitkomsten van de evaluatie en de behaalde resultaten zijn niet vastgelegd.

Ook is de interne checklijst die helpt bij het aantonen dat de plannen en risico- inventarisatie geëvalueerd zijn niet beschikbaar in deze 2 dossiers.

Een deelnemer krijgt medicatie verstrekt. In dit dossier is een apotheek medicatieoverzicht uit 2023 aanwezig. De organisatie maakt geen gebruik van het BEM-VG formulier. Medicatie risico's kunnen worden vermeldt in het formulier individuele risico-inventarisatie. In het betreffende dossier was het verstrekken van medicatie niet aantoonbaar vastgelegd.

Correctie: Medicatie vragen gaan uit het evaluatie formulier en het BEM formulier gaat toegevoegd worden aan de standaard formulieren. Files uit de map sorteren worden opgeruimd. Er wordt een nieuw format voor de evaluaties gemaakt waarin o.a. aantoonbaar gemaakt kan worden dat de risico-inventarisatie actueel is.

Oorzaakanalyse: De meeste tekortkomingen in deze zijn opgelost als de map sorteren is gesorteert, Het BEM formulier wordt inderdaad niet gebruikt, echter de vragen stonden in onze evaluatie's die gewoon conform richtlijnen zijn gehouden.

De files stonden vanaf de zomervakantie 2024 in de map sorteren, eerste helft september zijn wij bezig geweest met het organiseren van de familie dag en op 20 september is veel infrastructuur verwoest door de brand waardoor beperkt digitaal werken mogelijk was.

Factureren was belangrijk, clienttevredenheid was belangrijk en met slechts 15 uur werken in de week is het jaar snel voorbij. Door ziekte van de directeur heeft hij weinig actief meegewerkt aan de administratie en vervanging is gericht geweest op client begeleiden.

Omvanganalyse: Client mappen, / client overeenkomsten en binnen evaluaties is heel het jaar gebruik gemaakt van eigen schriftelijke vraagstelling over medicatie.

Bij 9 client dossiers waren evaluaties niet op orde, waarvan 4 dossiers de evaluatie niet was gedaan en bij 5 was de evaluatie wel gedaan maar maar door ict storingen nog niet verwerkt.

Corrigerende maatregelen (inclusief realistisch tijdsplan van implementatie): Onze eigen formats zijn inmiddels aangepast en het Bem formulier is toegevoegd. Aangezien bekostiging afhankelijk is van evaluaties en de gemeente een verzoek tot indienen stuurt is het nooit aan de orde dat in die groep evaluaties niet gebeurd,

Ook bij de clienten met een WLZ indicatie zijn de verplichte minstens 1 keer per jaar evaluatie gehouden, hier ziet de cooperatie op toe. Waar het mis kan gaan is bij de pgb clienten. Hier is binnen zilliz de attendering op aan gezet.

Binnen 4 maanden zijn alle evaluaties gedaan en de mappen bijgerwekt uiterlijk 30 juli 2025.

Beoordeling doeltreffendheid: Door te zorgen dat we stabiel en werkend internet hebben kan er via VPN verbinding ook weer vanaf buiten af gesorteerd worden.

Ons zelf in de agenda verplichten dat maandelijks controle is of gesorteerde file's daadwerkelijk opgeruimd zijn op de juiste plek

Beoordeelde documenten (in te vullen door DEKRA): ® kwaliteits rapportage 2024 aan het werk versie 2-3

1® Markenland 96 ri&e

□ N1P859-6

® Non Conformity MKem-54360-4-ingevuld-1-maart-2025

® ontruimings instructie

- ® platte grond blusmiddelen route enz...
- ® Stichting ijgenwys en Anders calamiteitenplan
- ® beleidsplan openramen 2025-19 maart 2025
- ® klachtenportaal zorg

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): Op 21-03-2025 zijn de voorgestelde maatregelen/ PVA door DEKRA ontvangen en op 22-03-2025 is het PVA beoordeeld.

De effectiviteit van de corrigerende maatregelen is door de organisatie vastgesteld.

Toets op implementatie heeft plaats gevonden tijdens de remote correctieve action audit op 17-04-2025 middels inzage in 3 cliëntendossier. En het inzien van het nieuwe evaluatieformat.

Op basis van de meegeleverde documenten en de inzage in de 3 dossiers kan de effectiviteit van de getroffen maatregelen als voldoende worden beoordeeld.

Tijdens de eerst volgende audit zal er hernieuwd aandacht zijn voor de volledigheid en juistheid van het cliëntendossier.

Aangezien de laatste acties uit het plan van aanpak gepland zijn voor 30-07-2025 is nog niet vast te stellen of de voorgestelde maatregelen toereikend zijn om de tekortkoming volledig af te sluiten.

Toets op implementatie zal derhalve plaatsvinden tijdens de volgende audit.

Tekortkoming MKem-54360-5

Norm:	HKZ Kleine Organisaties:2021: 1.1 \ HKZ Kleine Organisaties:2021: 1.5
Activiteit/Proces:	Beleid, jaarplan
Geconstateerd bij:	Directie
Locatie:	Stichting ijgenwys en Anders Markenland 96 ETTEN-LEUR

Omschrijving: Geconstateerd is dat de organisatie niet voldoet aan norm 1.5 Risico's en Kansen:

Op onderdelen zijn er risico's in kaart gebracht. Zo is er gestart met het hernieuwd uitvoeren van een ARBO RI&E en is er aandacht voor de veiligheid van cliënten en medewerkers.

De organisatie kan niet aantoonbaar maken op welke wijze zij bij de risicoanalyse ten minste aandacht heeft besteedt alle in de norm genoemde eisen:

a) De risico's en kansen voor de organisatie worden geïnterpreteerd.

- b) De organisatie heeft vastgesteld hoe dit gebeurt.
- c) Dit gebeurt met vaste regelmaat.
- d) De organisatie besteedt bij de risicoanalyse ten minste aandacht aan de volgende onderwerpen:
 - 1) de risico's op het terrein van de cliëntveiligheid;
 - 2) de beschikbaarheid van deskundig personeel;
 - 3) de continuïteit van de zorg- en dienstverlening;
 - 4) de risico's voor de medewerkers en cliënten bij het invoeren van voor de organisatie nieuwe zorg- en dienstverlening;
 - 5) de risico's bij de inkoop en uitbesteding van diensten;
 - 6) de risico's op de thema's die in relevante toetsingskaders staan;
 - 7) de risico's ten aanzien van de privacy en informatiebeveiliging;
 - 8) de geschiktheid van de werkomgeving en de benodigde materialen voor de cliënten en medewerkers.
 - 9) de invloed van klimaatverandering op de organisatie
- e) De organisatie betreft het relevante personeel bij het uitvoeren van de risicoanalyse en het inventariseren van kansen.
- f) De organisatie treft indien nodig maatregelen om risico's te managen en kansen te benutten. De organisatie kan haar keuzes daarin onderbouwen.
- g) De effectiviteit van de genomen maatregelen zal worden geëvalueerd.

Correctie: Er is een aangepaste risico inventarisatie uitgevoerd conform de vereisten uit de norm.

Oorzaakanalyse: Sinds 20 september haperend tot geen werkend internet, verstoorde wifi waardoor sloten weigeren dit zou opgelost zijn medio kerst, helaas tot 20 februari is het nog steeds slecht, Alle gestelde tekortkomingen worden door de organisatie niet als tekortkoming ervaren maar als overmacht. Clienten begeleiden is de hoofdzaak en daar ging alle aandacht naar uit.

De tekortkoming komen voort uit tesnel willen voldoen aan de juiste informatie en daardoor fouten gemaakt en verkeerde informatie laten inzien of het niet kunnen vinden. Nieuwe apparatuur voor internet en opslag en haperend internet.

Omvanganalyse: Kwaliteitsrapportage, beleidsplan en Ri&e worden gangbaar regelmatig gecontroleerd en indien nodig bijgewerkt door de management assistente. Ook werkt zij de client informatie bij in het ECD helaas door brand en daarna werkzaamheden is er al maanden

geen tot slecht internet waardoor er grote achterstanden zijn in het digitaal archiveren, controleren en bijwerken

Corrigerende maatregelen (inclusief realistisch tijdspad van implementatie):

Kwaliteitsrapportage, beleidsplan en Ri&e worden gangbaar regelmatig gecontroleerd en indien nodig bijgewerkt door de management assistente. Ook werkt zij de client informatie bij in het ECD helaas door brand en daarna werkzaamheden is er al maanden geen tot slecht internet waardoor er grote achterstanden zijn in het digitaal archiveren, controleren en bijwerken. In het proces wordt geborgd dat er ondersteuning komt voor het actueelhouden van de gedocumenteerde informatie

Beoordeling doeltreffendheid: Vanaf maart 2025 werkt het internet weer naar behoren, er kan nog geen vpn verbinding opgezet worden. Achterstanden kunnen weggewerkt worden en er kan weer controle plaatsvinden. Vanaf 1 juni 2025 is de controle op de digitale omgeving weer optimaal

Beoordeelde documenten (in te vullen door DEKRA): HKZ KO risico inventarisatie.xlsx tabblad risico inventarisatie en tabblad leveranciersbeoordeling

® kwaliteits rapportage 2024 aan het werk versie 2-3

1® Markenland 96 ri&e

□ N1P859-6

® Non Conformity MKem-54360-5-ingevuld-1-maart-2025

® ontruimings instructie

® platte grond blusmiddelen route enz...

® Stichting ijgenwys en Anders calamiteitenplan

® beleidsplan openramen 2025-19 maart 2025

® klachtenportaal zorg

® Zorgrie 10-02-2025

2025 Verbeterplan 1 (VOG opvragen)

Verbeterplan nr. 02-2025 tekortkomingen externe audit oppakken

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): Op 21-03-2025 is het plan van aanpak met aanpalende documenten ontvangen en op 22-03-2025 zijn de documenten beoordeeld.

® De Zorgrie blijkt uitgevoerd te zijn op 10-02-2025. t.a.v. tekortkoming 3: De ARBO RI&E is akkoord.

® De datum van het privacy assessment is door de uitvoerder gecorrigeerd naar 2025. Hiermee

is dit document akkoord.

De risicodomeinen in het beleidsplan Openramen (De risico domeinen (kunnen) zijn continuïteit, imago en kwaliteit). De systeembeoordeling kijkt naar De bedrijfsrisico inventarisatie (RIE).

Op 04-04-2025 is een aanvullend document aangeleverd met de risico-inventarisatie conform eisen vanuit de HKZ KO norm. Hiermee zijn de risico's conform norm in kaart gebracht en voorzien van passende beheersmaatregelen.

De effectiviteit van de corrigerende maatregelen is door de organisatie vastgesteld. Op basis van de meegeleverde documenten kan de effectiviteit van de getroffen maatregelen als voldoende worden beoordeeld, waarmee de tekortkoming wordt afgesloten.

Tijdens de eerst volgende audit zal er hernieuwd aandacht zijn voor het vastleggen van de risico's en kansen en het aantoonbaar evalueren op de voortgang van de verbetermaatregelen.

Tekortkoming MKem-54360-6

Norm:	HKZ Kleine Organisations:2021: 1.1
Activiteit/Proces:	Beleid, jaarplan
Geconstateerd bij:	Directie
Locatie:	Stichting ijgenwys en Anders Markenland 96 ETTEN-LEUR

Omschrijving: Geconstateerd is dat de organisatie niet voldoet aan norm 1.1 contextanalyse:

De organisatie kan niet aantoonbaar maken op welke wijze zij voldoet aan de volgende eisen:

- a) De organisatie weet wie haar belangrijkste belanghebbenden zijn en wat hun behoeften en verwachtingen zijn;
- b) De organisatie is op de hoogte van de behoeften van haar cliënten;
- c) De organisatie blijft op de hoogte van de ontwikkelingen van de zorgvragen waarmee zij te maken krijgt;
- d) De organisatie is op de hoogte van de relevante wet- en regelgeving.

Correctie: Kwaliteitsrapportage gaat herschreven worden. Voor alle medewerkers zijn nieuwe VOG aangevraagd en bij de notaris is een afspraak gemaakt zodat in 2026 de statuten vernieuwd zijn.

Nu er weer fatsdoenlijk internet is zullen ook nieuwsbrieven weer gelezen worden en zal er geen herhaling plaatsvinden.

Oorzaakanalyse: De gecontateerde tekortkomingen a,b,c zijn in de ogen van de organisatie geen tekortkomingen, de tekortkoming zit hem wel in de verwerking van gegevens in de kwaliteitsrapportage. Deze is overhaast en onvolledig gemaakt.

De geconstateerde tekortkoming d, is een tekortkoming ontstaan door het al een jaar niet bijwonen van vergaderingen en niet actief lezen van nieuwsbrieven. Dit betreft een serieuze tekortkoming.

Omvanganalyse: Kwaliteitsrapportage, en vog verouderd van mensen die langer als 3 jaar betrokken/ werkzaam zijn.

Corrigerende maatregelen (inclusief realistisch tijdspad van implementatie): Herschrijven van de kwaliteitsrapportage met de juiste informatie. Klaar op 1 april.

Alle benodigde VOG's vernieuwd voor 1 april

Statuten aangepast klaar op 1 januari 2026

Beoordeling doeltreffendheid: Een juist geformuleerde kwaliteitsrapportage is noodzakelijk voor een goede organisatie beoordeling.

Alle vog's op orde zijn noodzakelijk voor een veilige dienstverlening

Statuten aanpassen is om te voldoen aan de wettelijke nieuwste eisen.

Beoordeelde documenten (in te vullen door DEKRA): ® kwaliteits rapportage 2024 aan het werk versie 2-3

1® Markenland 96 ri&e

□ N1P859-6

® Non Conformity MKem-54360-6-ingevuld-1- maart-2025

® ontruimings instructie

® platte grond blusmiddelen route enz...

® Stichting ijgenwys en Anders calamiteitenplan

® beleidsplan openramen 2025-19 maart 2025

® klachtenportaal zorg

Beoordeling (in te vullen door DEKRA): Op 21-03-2025 is het aangepaste beleidsplan openramen ontvangen en op 22-03-2025 is het document beoordeeld. In samenhang met de aangepaste systeembeoordeling en kwaliteitsrapportage 2024 en de op 4-4-2025 aangeleverde HKZ KO risico-inventarisatie is vastgesteld dat interne- en externe issues en risico's en kansen

voldoende in beeld zijn en worden beheerst.

Tijdens de eerst volgende audit zal er hernieuwd aandacht zijn voor het SMART formuleren van doelen en het aantoonbaar evalueren op de voortgang.

De effectiviteit van de corrigerende maatregelen is door de organisatie vastgesteld. Op basis van de meegeleverde documenten kan de effectiviteit van de getroffen maatregelen als voldoende worden beoordeeld, waarmee de tekortkoming wordt afgesloten. Tijdens de eerst volgende audit zal er hernieuwd aandacht zijn voor de contextanalyse.

B.2 Openstaande tekortkomingen

Er zijn geen openstaande tekortkomingen.

Bijlage C Agenda voor de volgende audit

In aanvulling op onderstaande informatie is in de aankondigingsemail die u van DEKRA Audit voorafgaande aan de audit ontvangt de overige informatie met betrekking tot de audit agenda opgenomen of wordt daar verder naar verwezen (auditplan volgens ISO17021-1 9.2.3.2).

Agenda voor audit nr. 73571

dag	tijd	duur	proces met proceseigenaar en locatie
1	9:00		Opening meeting
1	9:15		Verbeterproces /Directie
1	10:00		Beleid, jaarplan/Directie
1	10:30		Personeelsprocessen /Directie
1	10:45		Rondleiding dagbesteding Markenland 96 / 4871 AV ETTEN-LEUR. /Directie
1	11:15		Primair proces: Dagbesteding/Activiteitenbegeleider
1	12:15		Prepare Closing Meeting
1	12:30		Closing meeting