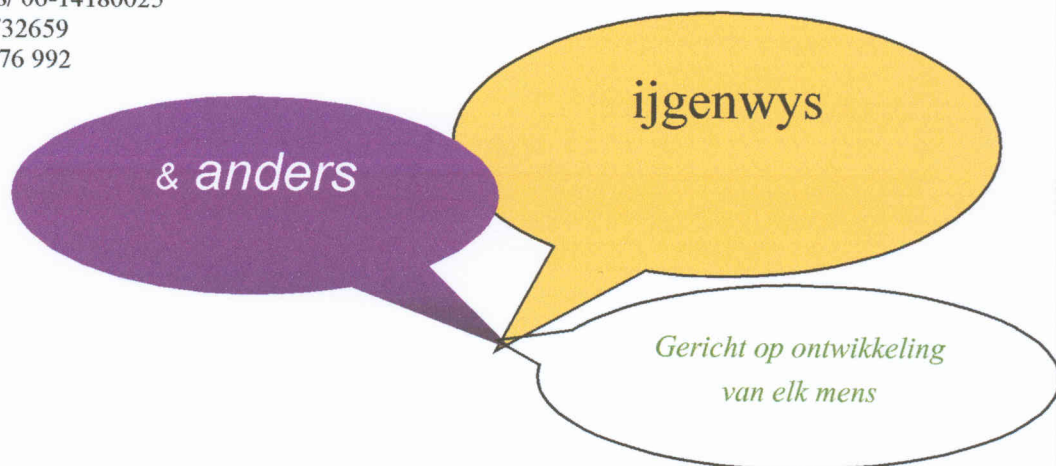


Dagactiviteiten boerderij ijgenwys en anders.  
Markenland 96  
4871 AV Etten-Leur 076-5962598/ 06-14180025  
KVK 57386994/ AGB code 73-732659  
Regiobank NL65 RBRB 082 79 76 992



## Stelsiem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2018

### Stichting ijgenwys en Anders.

Zorgboerderij  
activiteitencentrum

Stichting ijgenwys en anders  
stelsiembeoordeling en kwaliteitsrapportage 2018

# Inhoudsopgave

0. Inhoud
1. Inleiding
2. Interne Audits
3. Externe Audits
4. Overzicht meldingen
5. Cliënttevredenheid
6. Vrijwilligerstevredenheid
7. Scholing
8. Leveranciersbeoordeling
9. Cliëntenraad
10. Personeelsbeleid
11. Risico inventarisatie
12. Inspectie
13. Cliëntveiligheid
14. Conclusie

## 1. Inleiding.

2018 is een jaar van vernieuwing in organisatie en beleid geweest, Bij de audit HKZ kwamen er toch meer tekortkomingen in beeld als vooruit verwacht, door inkrimpen van de organisatie en het wegvallen door ziekte van Jos en Peter in 2017 zijn er toch grote gaten ontstaan in de door ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Om niet alle tekortkomingen afzonderlijk in een verbeterplan te hoeven gieten is er voor gekozen om een aanvullend rapport te maken. Dit "aanvullend systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2018" is gericht geweest op langere houdbaarheid zodat ook de HKZ beoordeling van 2019 in goede orde doorstaan zou kunnen worden.

Om als lezer en of beoordelaar een goed beeld te krijgen word het document "aanvullende systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2018" meegestuurd.

De systeembeoordeling en de doelstellingen zijn erop gericht om de kwaliteit van de dagbesteding voortduren te verhogen. Om de kwaliteit van de geleverde begeleiding vast te stellen, te beheersen en op basis van wensen en de behoeften van de deelnemers te verbeteren, zal o.a. gebruikt worden gemaakt van de volgende informatie stromen:

- Interne audits
- Externe Audits
- MIC en MIP analyse
- cliënttevredenheidsonderzoek
- Tevredenheidsonderzoek medewerkers en vrijwilligers
- Analyse Scholing
- Personeelsbeleid
- risico-inventarisatie
- Inspectie
- Adviezen en analyse rapporten veiligheidscommissie

Er wordt door middel van toetsingsmethodes (analyse en audits) gekeken aan de hand van de systeembeoordeling of het systeem voldoet aan de gestelde verwachtingen van het bestuur. Er zal een conclusie worden getrokken over het functioneren van het kwaliteitssysteem en de gestelde doelstellingen in 2018. Zo nodig wordt het systeem bijgesteld en/ of zullen doelstellingen gecontinueerd, waardoor verbetering en borging van de kwaliteit ontstaat.

## 2. Interne Audits

Er zijn in 2018 aan de hand van een vooropgesteld format regelmatig interne audits gehouden om de omgevingsveiligheid te vergroten. Maandelijks wordt door de opgeleide veiligheidscoördinator de BMI installatie aan de hand van een vast audit formulier getest. Door de leegstand van enkele jaren geleden komen er toch steeds een aantal noodzakelijke aanpassingen aan het gebruik van het pand naar boven gekomen omdat het huidige gebruik door niet meer veilig/ hygiënisch of van toepassing was, vervangen of aangepast aan de huidige tijd. Vanuit deze controles was er in 2015 al een verbeterplan voor de keuken, deze is nu in volle gang en zal medio 2019 klaar zijn en geëvalueerd worden.



Tevredenheidsonderzoeken bij cliënten en medewerkers/ vrijwilligers zijn gehouden maar niet in de maand september zoals afgesproken en gebruikelijk is.

Opleiding/ (bij)scholing van de verloopbare certificaten zijn in het opleidingsplan van surplus bijgehouden. Het eigen opleidingsplan word in schaduw bijgehouden voor de opleidingen die we zelf verzorgen zoals MISC, EHBO en basisopleidingen

Conclusie: Een jaar waar flink energie gestoken is in het kwaliteitsmanagement en vernieuwen van goederen binnen de organisatie.

Zo zijn er naast de investeringen gedaan zoals in de aanvullende systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage ook nog een nieuwe koelkast een nieuwe vriezer, nieuwe wifipoint, twee nieuwe computers en twee nieuwe cv ketels geplaatst. Ook is er via een sponsor een nieuwe gebruikte rolstoelbus gekomen.

### 3 Externe audit

Na de HKZ audit in februari hebben wij alleen van SDW en Stichting inzet voor zorg een audit gehad.

Door Sovak, Prisma, Amarant, Groenhuijzen, zijn er telefonisch vragen gesteld en of een formulier toegestuurd.

De audit van Stichting inzet voor zorg waar wij ons als onderaannemer aan hebben verbonden voor ongeveer 10 klanten uit de WMO is door de hoofdaannemer uitbesteed geweest aan het advies bureau Walvis.

Buiten het feit dat de auditor fors te laat was, was er herkenning. Stichting ijgenwys en anders is bewust uit de organisatie zorgboeren gestapt omdat onder andere het kwaliteitssysteem niet deugde, de benodigde certificaten waren gewoon tekoop. Dit was geen goede kennismaking voor het begin van een audit. De auditor had geen leidraad of protocol waar hij langs werkte. Een schrift met een potlood was alles. Al snel bleek dat de hele audit niet ging of wij voldeden aan de gestelde eisen, het verbetertraject waar we midden inzaten was niet belangrijk, deze auditor was op zoek naar daar waar onze vaste organisatie DEKRA fouten gemaakt zou kunnen hebben. Het commentaar was dat wij op geen enkel punt voldeden aan kwaliteit.

De focus ging helemaal op een aantal documenten die ik vanuit een eerdere tekortkoming nog niet kon overleggen. Na een aantal telefoontjes, natuurlijk naar de verkeerde medewerker op het verkeerde tijdstip bleek dat het documenten betroffen waar ik geen toegang toe had op dat moment, deze documenten stonden in pages en niet in word. Met drie woorden aantekeningen in zijn schriftje en veel commentaar dat alles ver beneden de maat was is deze man vertrokken, nooit een rapport van ontvangen en of enige vorm van verbeterpunten mogen ontvangen. Via de Dekra nog wel de vraag gesteld of er een klachtencommissie bestond of een bedrijfsvereniging waar een klacht achter te laten was op het handelen van deze auditor. Helaas is Walvis nergens bij aangesloten en word als organisatie ook niet gecontroleerd of getoetst zodat ze kunnen doen en roepen wat ze willen. Onder de noemer geen visite kaartje voor goede zorg hebben wij dit maar voorbij laten gaan.



De papieren versie van ons begeleidings- en ontwikkelingsplan gebruikten we sinds 2016 niet meer en wij verwezen hierop naar de doelen op het arrangement en de beschrijving binnen het verslagleggingssysteem. De hoofdaannemer voor WMO zorg was van mening dat wanneer het formulier ook gebruikt moest worden. Het werd te minimaal bevonden, Vanaf januari 2018 zijn dus alle begeleidings- en ontwikkelingsplannen weer geactualiseerd. Als punt 3 bij hoofdstuk 6.

Conclusie: Ondanks de afkeur HKZ en de hieruit voortgekomen verbeterplan na jaren een jaar geweest wat niet in een teken stond van kwaliteitscontroles en verbeterpunten. Nu zijn wij niet bang voor controles en reflectie. Maar het was de afgelopen jaren een beetje teveel.

#### 4. overzichten van meldingen

1 MIC	2018	aantal: 0	
2 MIP	2018	aantal: 0	
3 Schade	2018	aantal: 0	
4 verbetervoorstel	2018	aantal: 4	uitgevoerd: 3 in uitvoering: 1
5 reparatie verzoek	2018	aantal: 5	uitgevoerd: 5

#### Conclusie:

De oorzaak van de daling van MIC en MIP ligt bij een stabiel en duidelijk team van medewerkers. Door de geboden duidelijkheid en structuur word er veiligheid ervaren.

Het verbetervoorstel Aanvulling systeembeoordeling en kwaliteitsrapportage 2018 Tekortkomingen en verbeteren bevatte veel verbeterpunten op het gebied van het kwaliteitsmanagement maar ook veel praktische zaken in onderhoud. Dit document zal aanvullend onderdeel uitmaken van deze kwaliteitsrapportage en is in dit overzicht opgenomen als 1 document.

Omdat de verbeterpunten voortkomen uit de HKZ controle van de Dekra is de "de aanvulling systeembeoordeling en kwaliteitsrapportage 2018 geschreven" Hierin worden de tekortkomingen en verbeteren behandeld en beschreven, het verbeterregister is hierdoor niet volledig gebruikt. Alle beschreven tekortkomingen zijn als 1 punt opgenomen in het verbeter register.

#### Samenvatting bevindingen en verbeterpunten en conclusie cliënttevredenheid bij einde zorg.

Bij einde zorg moeten we constateren dat de zorgvrager vaak van afstand de zorg beëindigd (via mail, sms en WMO) waardoor er geen adequate beëindiging/ eind evaluatie gesprekken worden gevoerd. Dit punt is helaas niet verbeterd ten opzichte van 2017. Het blijft dus een aandachtspunt dat in elk geval daar waar de zorgvrager bekwaam genoeg is hier in een later stadium alsnog op terug te komen.

### Verbeterpunt.

Deelnemers meer stimuleren en na bellen en het formulier einde zorgverlening in te vullen en het cliënttevredenheid laten invullen. Een formulier ontwikkelen wat via de mail toegestuurd kan worden. Altijd de juiste formulieren gaan gebruiken en bewaken. Dit verbeterpunt is overgenomen uit de rapportage Van 2017 en blijft actueel.

### Conclusie:

Stichting ijgenwys en anders heeft wel op alle onderdelen bij einde zorg inzicht gekregen waarom de zorg is beëindigd. Er is geen zorg beëindigd omdat er slechte zorg ervaringen zijn. Beëindiging indicatie en doorstroming zijn de grootste reden. Via de overkoepelende organisatie Hart voor Zorg zijn ook geen klachten of negatieve reviews binnen gekomen.

## **5. Cliënttevredenheid**

Voor de tevredenheid onderzoeken zijn er 29 gesprekken gevoerd. De stichting kreeg gemiddeld een zeer goed. Er zijn geen verbeterpunten voortgekomen uit deze gesprekken. Sommige wensen van cliënten kunnen we niet meenemen in een verbetervoorstel omdat deze wensen niet thuishoren bij de activiteiten van een dagbesteding (Biljarten, uitstapjes naar workshops en thuis bereid voedsel meebrengen). 1 cliënt gaf aan het niet schoon te vinden binnen de dagbesteding, in een later gesprek zullen we hierop terug komen en proberen erachter te komen waarom deze ervaring zo is en wat we als organisatie kunnen doen om dit te verbeteren. Uit het onderzoek blijkt dat meer als de helft van de cliënten langer als 3 jaar al verbonden zijn aan de stichting. Cliënten geven aan het activiteiten aanbod voldoende vinden en dat de medewerkers voldoende aandacht hebben, benaderbaar zijn en zorgen voor een goede begeleiding.

### Verbeterpunt.

Tevredenheidsonderzoeken altijd doorgang laten vinden in de maanden september en oktober. Ons niet laten leiden door drukte en ziekte om onderzoeken uit te stellen. Hier gaat geen verbetervoorstel uitkomen, dit moet horen bij een goede bedrijfsvoering.

### Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat deelnemers tevreden zijn over de wijze van begeleiden en de inzet van activiteiten. Enkele deelnemers wilde uitbreiding van activiteiten die niet door de WMO ondersteund worden, dit soort activiteiten gaan we dan ook niet faciliteren (biljarten, workshops op locatie en uitstapjes) deze activiteiten zullen net als voorgaande jaren spontaan bij gelegenheid in de activiteitenkalender opgenomen worden.



## 6. Vrijwilligerstevredenheid.

Tevredenheid onderzoeken onder de vrijwilligers zijn dit jaar niet tegelijkertijd gedaan met functionerings-/voortgangs- gesprekken maar het formulier is zelfstandig ingevuld.

De stichting kreeg een algemene score van een 8.7 bedeed van de vrijwilligers.

Toch geven een aantal vrijwilligers aan meer begeleiding te willen en meer client informatie te willen.

Wel is duidelijk dat de vrijwilligers de vrijwilligersavonden gemist hebben in 2018. Ook miste veel vrijwilligers contact met de leden van de raad van advies.

Over het algemeen zijn de vrijwilligers zeer tevreden over de werkzaamheden en de taken binnen de stichting.

Bij de vraag of de vrijwilligers iets zou willen verbeteren aan de dienstverlening van Stichting ijgenwys en anders kwamen een aantal verzoeken binnen die betrekking hadden op eigen ontwikkeling van de vrijwilliger. Deze vrijwilligers zullen in een nader uit te nodigen gesprek geïnformeerd worden over de mogelijkheden tot scholing via de gemeente.

### Verbeterpunt.

Vrijwilligerstevredenheidsonderzoeken laten plaatsvinden in de jaarplanner afgesproken termijn.

De vrijwilligersavonden weer standaard elke 13 weken doorgang laten vinden. De interne trainingsavonden weer verplicht stellen (MISC en Veiligheid).

De vrijwilligers overeenkomst samen in vullen met de vrijwilliger, Er blijft ondanks herhaling op de werkvloer en in vrijwilligersavonden teveel geroepen worden "dat wist ik niet".

Beter plannen en uitvoeren van functioneringsgesprekken. Door de grote doorloopsnelheid zal er goed gekeken moeten gaan worden hoe we vrijwilligers trainingen en opleidingen gaan aanbieden.

In verband met de AVG en het door weinig cliënten toestemming gegeven voor gegevens overdracht hebben wij besloten dat vrijwilligers niet meer bij clientinformatie kunnen binnen het verslagleggings- programma. Alleen de berichten service en prikkertjes blijven toegankelijk op dit moment onderzoeken we hoe we aan de wens van vrijwilligers kunnen voldoen.

### Conclusie.

Stichting ijgenwys en anders scoort goed als het gaat om tevredenheid onder de vrijwilligers.

De communicatie over wat wel en niet mag moet verbeterd worden, op dit moment laten we die verantwoordelijkheid teveel liggen bij de vrijwilliger zelf onder de noemer "doe wat je mag en mag wat je doe" Dit is duidelijk onvoldoende. Waardoor vrijwilligers uit eigen initiatief heel goed bedoeld toch werkzaamheden en of activiteiten gaan uitvoeren waar ze niet voor bevoegd of bekwaam zijn. Wel is het steeds moeilijker om nieuwe vrijwilligers te binden aan de stichting, grote organisaties geven uurloon en kerstpakketten. Op dit ogenblik is er veel verloop door het aantrekken van de economie en de zuigende werking van grote organisaties.

## 7. Analyse scholing

De bijscholing is in 2018 uitgevoerd net als in voorgaande jaren via het opleidingscentrum van SurPlus, het opleidingsplan word ook daar bijgehouden. Alleen de BHV training, EHBO en MISC is in eigen beheer gedaan.

Op dit ogenblik is er 1 medewerker in dienst die een BBL opleiding volgt.

Veel vrijwilligers ervaren tekort aan training als een beperking in hun functioneren naar de deelnemers in 2017, via de vrijwilligers centrale doen alle vrijwilligers nu een EHBO training en de vrijwilligers gaan weer aansluiten bij de interne interventie avonden en MISC avonden.

### Conclusie

Stichting ijgenwys en anders kan garant staan voor het bevoegd en bekwaam zijn van haar medewerkers.

## 8. Leveranciersbeoordelingen

Stichting ijgenwys en anders heeft in 2018 voor de volgende organisaties als onderaannemer zorg geleverd.

Stichting inzet voor zorg/ SDW / Sovak/ Surplus  
Avoort/ GGZ /

Daarnaast werd er zorg geleverd aan:

Thomashuis Etten-Leur  
PGB  
Eigen bekostiging zorgvrager.

De geleverde zorg is naar volle tevredenheid uitgevoerd alle partijen hebben dan ook de overeenkomsten verlengd. Waarbij SDW wel heeft aangegeven geen kassiersfunctie meer te willen vervullen, dus alleen nog maar gezamenlijke zorg leveren.

### Analyse:

De ervaringen met bovengenoemde opdrachtgevers/ leveranciers zijn voldoende tot goed. Alleen de informatie uitwisseling met het GGZ is moeizaam waardoor optimale begeleiding van deze groep deelnemers later opgang komt dan wenselijk is.



Vanwege de vele vormen van kwaliteitssystemen gaat de voorkeur op dit moment nog steeds uit om zoveel mogelijk samen te werken en deelnemers onder te brengen bij de Stichting inzet voor zorg.

Conclusie:

Samenwerking met de verschillende partijen verloopt naar wens. aandachtspunt voor 2019 blijft de verscheidenheid aan formats van facturen.

## **9. Cliëntenraad:**

Er was in 2018 nog geen animo vanuit cliënten om zitting te nemen in een cliëntenraad.

## **10. Personeelsbeleid:**

In 2018 waren er 3 medewerkers in dienst op 2,5 FTE op de dagbesteding waarvan 1 bbl, 1 medewerker met 0,30 FTE op de thuisbegeleiding. Daarnaast is er gebruik gemaakt van meerdere zelfstandige die ingehuurd zijn. Om bestuurlijke ondersteuning te bieden is er 5 maanden lang 2 dagen in de week iemand ingehuurd geweest die vooral ondersteuning geboden heeft in het inrichten van de server en zorgen dat alle computers, printers en wifi werken en deze heeft ondersteuning geboden bij onderhoudswerkzaamheden.

Het verzuim is beperkt gebleven tot 0 verzuim dagen wegens ziekte.

Stichting ijgenwys en anders heeft in 2018 meerdere stagiaires mogen opleiden van niveau 1 tot 4. Maar volle tevredenheid vanuit onderwijs en stagiaires is dit gegaan. Er zijn er 2 stagiaires geweest die voortijdig gestopt zijn met hun opleiding.

Door het aanstellen van een vrijwilligerscoördinator, die zelf ook vrijwilliger is komt ook de relatie met UWV, gemeente kenniscentra en wijkvereniging weer opgang voor de instroom vrijwilligers.

Tijdelijk In dienst 2018 1 medewerker  
Uit dienst tijdelijke 2018 1 medewerker

Conclusie:

Met het meer uren gaan werken van een medewerker en het inzetten van ZZPers alsmede door het teruglopende aantal zorgvragers is de noodzaak verdwenen van een nieuwe geschikte

medewerker. De vacature blijft staan om straks vakantie en eventueel ziekte te kunnen opvangen zonder een uitzendbureau in te hoeven zetten.

Vanuit het verbeterplan 2017 is bekeken of er een beroepskracht kan komen voor bestuurlijke ondersteuning als KAM medewerker, Door het aanstellen van nieuwe bestuurders is deze behoefte minder geworden en voldoen we weer aan de statuten.

Wel is er een notaris aan het onderzoeken of de statuten kunnen gaan voldoen aan de wens vanuit het verbeterplan. Een volgende crisis van bestuursleden zou dan niet leiden tot een tekortkoming. Ook bestuursleden zijn vrijwilligers, een verplichting tot aanblijven tot er een opvolger gevonden is en aangesteld, is niet op te leggen. Wel wordt onderzocht om bestuursleden een vergoeding te kunnen uit te betalen waardoor het aantrekkelijker gemaakt wordt actieve bestuursleden te blijven binden aan de stichting. Ook hier is een wijziging van de statuten voor nodig.

## **11. Risico- inventarisatie**

Gebleken is bij de audit van de GGD in opdracht van uit de WMO dat de Ri&e op klant niveau niet geheel op orde was. Bij sommige instromers was een oud format gebruikt en bij andere ontbrak hij in zijn geheel. Normaal zal dit via een verbeter formulier in het verbeterregister ingeschreven moeten worden waaruit een verbeterplan geschreven wordt en vervolgens een nieuwe RI&e opgemaakt en getoetst. Door het verbeter traject is ervoor gekozen om dit vanuit punt 6 in de aanvulling systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage op te pakken.

De bedrijfs-Ri&e is inmiddels geïmplementeerd en voor 2018 in december geëvalueerd..

## **12. Inspectie**

Er zijn in 2018 zijn er geen onaangekondigde inspectie bezoeken meer geweest, deze bezoeken kwamen eerder altijd voort uit anonieme klachten die tijdens een inspectie ongegrond werden verklaard. De geleverde begeleiding bleek steeds van een hoger niveau te zijn dan verwacht wordt van een kleine zorginstelling.

Alle gevonden tekortkomingen zijn op bestuurlijk niveau geweest en binnen het kwaliteitssysteem.

Hier is veel aandacht voor geweest in 2018.



### 13. Cliëntveiligheid

Binnen de instelling van Stichting ijgenwys en anders staat de veiligheid centraal. Een veilige en schone omgeving maakt de eerste rust voor cliënt en begeleiding. Zo zijn er diverse akoestische signaleringsalarmen gemaakt, overzichtslampen voor aanwezigheid in ruimtes en nooddeuren toch voorzien van wegloopbeveiliging. Er is nieuw klimmateriaal aangeschaft(trappen) zijn de tillift en zak aangeboden voor keuring en zijn er deuropeners aangebracht. Op de wei rolstoelpaden gemaakt, nieuwe hekken voor de dieren en het achter gedeelte afsluitbaar gemaakt. Een toilet gerealiseerd en een waterput.

Op dit ogenblik is er een nieuw gereedschapshok in ontwikkeling waardoor alle gereedschappen opgeborgen kunnen worden in de techniek ruimte.

### 14. Conclusie

In 2018 heeft Stichting ijgenwys en anders zich bezig gehouden met veilige zorg leveren in de breedste zin van het woord, ziekte en tekort aan bestuurders maken dat alles ging om veiligheid op de werkvloer.

De tekortkomingen hebben voor veel werk gezorgd aan het kwaliteitssysteem, hoewel we nu een bijna jaar bezig zijn met het verbeterplan, hebben we het nog niet voor elkaar gekregen de statuten aan te passen zodat in geval van een tekort aan bestuurder de verantwoording en uitvoering verdeeld kunnen worden tussen 1 bestuurder en een speciaal daarvoor benoemde medewerker. Echter door het aantrekken van 2 bestuurder voldoen we op dit punt weer aan de statuten.

2018 heeft gestaan voor vernieuwing en veiligheid. Dit is allemaal voortgekomen uit het Aanvulling systeembeoordeling en kwaliteitsrapportage 2018, Tekortkomingen en verbeteren. Een aantal jaar de weg moeten zoeken in de overschakeling van zorgboerderij naar activiteitscentrum. Inmiddels is de juiste formule in activiteiten gevonden en is samen met Dekra de weg weer gevonden naar een goed kwaliteitsmanagement systeem.

Etten-Leur.

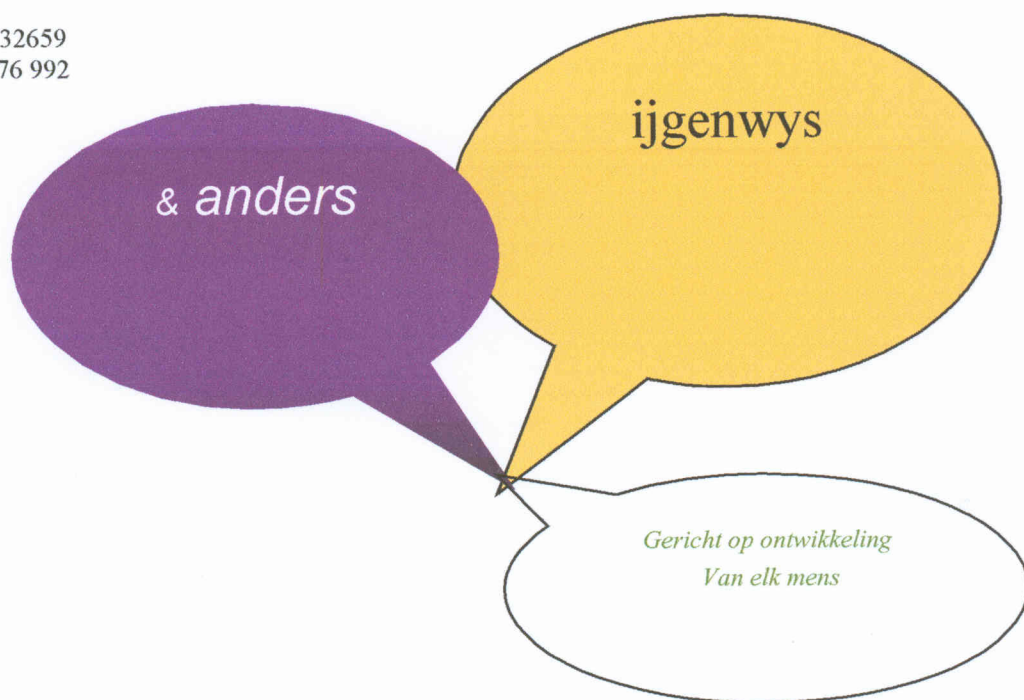
Namens het bestuur

Jos Trouwborst



Dag-activiteitenboerderij  
Markenland 96 4871AV Etten-Leur  
076-59625981 06-14180025  
ijgenwys en anders

Dagactiviteiten boerderij ijgenwys en anders.  
Markenland 96  
4871 AV Etten-Leur  
076-5962598/ 06-14180025  
KVK 57386994/ AGB code 73-732659  
Regiobank NL65 RBRB 082 79 76 992



Aanvulling systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2018  
Tekortkomingen en verbeteren

## **Stichting ijgenwys en Anders.**

activiteitencentrum  
Zorgboerderij

Stichting ijgenwys en anders  
systeembeoordeling en kwaliteitsrapportage 2017  
goedgekeurd 2018 Bestuur en Raad van toezicht



# Inhoudsopgave

0. Inhoud
1. Inleiding
2. Historie
3. In het activiteitencentrum
4. Op de Wei
5. Inspectie SZW
6. Audit uitgevoerd door de GGD in opdracht van de WMO
7. Audit van verschillende hoofdaannemers
8. Audit HKZ
9. Wat verder nog speelt
10. Nawoord

## 1. Inleiding.

Zoals in de systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2017 van Stichting ijgenwys en Anders beschreven staat was 2017 een jaar van bestuurlijke tekortkomingen waarbij voornamelijk ziekte een rode draad was.

Geprezen is ook hoe begeleiders en vrijwilligers de best hebben gedaan om de zorg volledig te blijven leveren.

Zoals elk jaar zijn er in 2017 verschillende interne en externe audits geweest op het gebied van zorg, veiligheid, arbo omstandigheden en hygiëne.

Vanuit de diverse audits zijn er tekortkomingen gesignaleerd. Deze tekortkomingen zijn met correctieve maatregelen opgelost.

Echter zijn hiervoor niet de benodigde formulieren ingevuld. Natuurlijk is er overleg geweest met het bestuur en zijn er afspraken gemaakt. Maar niet vastgelegd en geborgd.

Ten tijde van het maken van de kwaliteitsrapportage waren de tekortkomingen dan ook niet zichtbaar, waardoor ze niet vernoemd zijn in de desbetreffende rapportage.

Natuurlijk is de systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2017 met de grootste zorg samengesteld. Alleen ontbrekende informatie kan niet beoordeeld worden en dus meegenomen worden in een rapportage.

IK had als voorzitter en verantwoordelijk bestuurder meer onderzoek moeten doen en meer vragen moeten stellen, op dat moment waren de gebreken inzichtelijk geworden. Het nut van meerdere verantwoordelijke bestuursleden word op deze manier gelijk aangetoond.

Of door een tekortkoming aan administratieve handelingen de zorg een wezenlijke tekortkoming heeft opgelopen is nooit aan de orde geweest.

De levering zorg en de administratie van de zorg is constant conform alle richtlijnen geweest.

In de audit HKZ van 12-03-2018 werd door een vraagstelling van de auditor duidelijk dat ik in de kwaliteitsrapportage de uitkomsten van andere audits niet opgenomen had. Bij intern onderzoek bleek dat de tekortkomingen uit audits van andere partijen en interne audits niet administratief verwerkt waren.

In dit aanvullend document zullen alle tekortkomingen, correctieve maatregelen en voortgevloeide verbeteringen behandeld worden.

De niet administratief verwerkte audits waren: Twee interne audits.

Na controle inspectie SZW (arbeidsinspectie).

Audit GGD in opdracht WMO.

Audit Sovak als hoofdaannemer.

Audit SDW als hoofdaannemer.

Audit GGZ als hoofdaannemer.

Audit Inzet voor zorg als hoofdaannemer.



## 2. Interne Audits

Er zijn in 2017 aan de hand van een vooropgesteld format regelmatig interne audits gehouden om de omgevingsveiligheid te vergroten. Er was door de verhuizing sprake van een overgangssituatie van zorgboerderij naar activiteitscentrum en een nieuwe locatie met een aantal jaar leegstand, waar dus alle keuringen en voorzieningen opnieuw aangebracht moesten worden. Onderhoud, omgevingsveiligheid en voorgang van de organisatie waren de grootste controle punten. Maandelijks wordt door de opgeleide veiligheidscoördinator de BMI installatie aan de hand van een vast audit formulier getest.

### **Bovenstaand is de originele tekst uit het systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2017,**

Binnen de bovenstaande conclusie is al sprake dat onderhoud en omgevingsveiligheid de speerpunten waren waar een interne audit over gaat.

Hier had bijgesloten moeten zijn dat er tekortkomingen waren gesignaleerd en er correctieve maatregelen genomen waar om deze tekortkomingen op te lossen. Door gebrek aan bestuursleden en administratieve controle heeft het kunnen gebeuren dat alle tekortkomingen opgelost zijn en niet administratief verwerkt zijn.

De volgende tekortkomingen waren gesignaleerd vanuit een interne audit.

## 3. In het activiteiten centrum:

### **Kleuren hal en gang**

De hal was donkerblauw en oranje geschilderd, kleuren waardoor mensen met een visuele beperking een verminderde toegankelijkheid ervaren.

Met een huiselijke ervaring van de dagbesteding moet ook de toegankelijkheid van de locatie veilig en vertrouwd ervaren worden door de zorgvrager.

Met de bekostiging van het oranje fonds is door een georganiseerde vrijwilligersdag voor medewerkers van het regionale belastingkantoor alle muren die afweken, de kleur gebroken wit aangebracht.

### **Hang en sluitwerk**

Vanuit een eerder gebruik van de locatie waren handgrepen en deurklinken hoog geplaatst, kinderen konden daardoor zelfstandig geen deuren openen.

Het bestuur heeft de keuze gemaakt om deurklinken te plaatsen bij ruimtes waar gereedschap, schoonmaakmiddelen, machines met draaiende delen, opslag van goederen en andere ruimtes waar informatie voorziening of gegevens opslag plaats vind een codeslot te monteren in plaats van een sleutelslot.

Medewerkers lopen dan niet de hele dag met een sleutelbos, vrijwilligers kunnen binnen hun functie een code krijgen voor de voor hun toegankelijke ruimtes waardoor het gevoel van huiselijkheid en laagdrempeligheid gewaarborgd blijft.

Echter door de hoge plaatsing was het lastig om de code goed in te geven, de deurklinken zijn ook zwaarder als standaard, hierdoor functioneerde met grote regelmaat de intensief gebruikte deurklinken niet.

Als correctieve maatregel zijn de deurklinken van de meest gebruikte deuren verplaatst naar de voor de bouwnorm geldende hoogte.

Om de toegankelijkheid te vergroten van de rolstoelen zijn er op belangrijke doorgangdeuren deuropeners geplaatst, dit vergroot de zelfredzaamheid van gebruikers van een rolstoel. Hiervoor zijn bij enkele deuren verzwaarde scharnieren aangebracht.

### **Deuren naar en vanuit de keuken.**

Vanuit eerder gebruik van het pand zijn er twee toegangsdeuren naar de keuken en 2 deuren naar de bijkeuken. Aan elke kant van de ruimtes 1.

Voor het inkom gemak hebben wij de deuren aan de kant van de eetzaal verwijderd en de deuren naar de huiskamer vergrendelt. Deze vergrendeling is zo geconstrueerd dat in tijden van nood de deur wel als uitgang/ vluchtweg te gebruiken was. Maar wegens de warmtebronnen achter de deuren niet als toegangsdeur. Tijdens de zomermaanden van 2017 was er regelmatig de conclusie dat de deuren van beide ruimtes naar de huiskamer open of gedeeltelijk open stonden.

Dit is een onwenselijke situatie, bij beide ruimtes staat er een warmte bron achter de deur op het aanrecht.

Als correctieve maatregel is er voor gekozen om bij beide deuren de klinken te verwijderen.

## **4.Op de wei:**

### **Trap bij Keet**

De toegang tot de mobiele trap bij de keet op de wei werd gevormd door een stalen profiel trap die los tegen de keet geplaatst was, voor de aanhechting was er gebruik gemaakt van 2 gebogen pennen. Volgens geldende norm moet een afneembare trap van lichtgewicht materiaal zijn en deugdelijk bevestigd.

De keet wordt gebruikt als opslag, in het achterste gedeelte als voeropslag en het voorste gedeelte als verkleedruimte en schuilruimte bij extreem slecht weer.

Als correctieve maatregel is er gekozen om een vaste trap te bouwen met een ruim plateau, Dit plateau is in een later stadium rolstoel toegankelijk te maken waardoor ook mensen die gebruik maken van een rolstoel toegang hebben tot de keet.

Het plateau is met gaas overspannen, hierdoor wordt de zon gebroken en kan er op het plateau koffie gedronken worden.



Het geheel is deugdelijk gebouwd waardoor er een zware belasting mogelijk is. De toegang tot de keet is hierdoor gebruiksvriendelijker geworden, zeer veilig en voldoet aan de norm.

## **Trekker**

Stichting ijgenwys en anders beschikt over een minitrekker, deze trekker word ingezet bij diverse werkzaamheden. Uitgangspunt is dat deze inzet niet gebeurd in het bijzijn van cliënten. Echter dit is niet geborgd en vastgelegd, de mogelijkheid zou dus kunnen bestaan dat iemand goedbedoeld toch werkzaamheden opstart met de minitrekker wanneer er cliënten op de wei zijn.

De minitrekker voldoet niet aan de kwaliteits- eisen diverse afdekplaten zijn in de loop der tijden verdwenen door onderhouds- werkzaamheden. Hierdoor zou het mogelijk zijn om in contact te komen met draaiende onderdelen.

Als correctieve maatregel is de trekker verkocht en een nieuwer exemplaar aangeschaft die voldoet aan de regels van de verkeerswet.

## **Mesthoop**

Door verscherpte en veranderde wetgeving is er een andere manier nodig om mest te verwerken.

In een eerder stadium brachten wij het gebruikte stro uit de stal van de ezel en de pony met een aanhanger naar de gemeente werf. Door het beperkte aanbod mochten wij dit als tuinafval op de daarvoor bestemde plaats storten.

Volgens de nieuwe normen moeten wij nu de mest op eigen terrein opslaan en laten afvoeren door een speciaal daartoe aangewezen bedrijf.

Op ons terrein was geen gelegenheid om voor de opslag van gebruikt stal materiaal zorg te dragen.

Als correctieve maatregel is er met acht stelconplaten een vloer gecreëerd waarop de opslag van deze mest kan plaatsvinden. De vloer is met steenschotten omgeven waardoor de mesthoop uit het zicht onttrokken is en niet toch op de zand/klei ondergrond terecht kan komen.

## **Raam in stal**

Het stalletje waar de pony en de ezel staat is een houten u vormmig gebouw afgedekt met ijzeren golfplaten. Een laag midden schotje deelt de ruimte in tweeën waardoor de dieren de beleving van buiten en binnen kunnen ervaren.

Op het moment dat de zonkracht iets meer word, warmen de ijzeren dakplaten op en stijgt de temperatuur in het stalletje. Met het stijgen van de temperatuur ontstaat er een gasvorming in de mest, dit uit zich in de stank van ammoniak.

Deze lucht blijft hangen door onvoldoende ventilatie, door de vormgeving waar het stalletje mee gebouwd is.

Het schoonmaken van het stalletje, het uitmesten zoals het genoemd word, gebeurt door cliënten. Het is onwenselijk dat cliënten blootgesteld worden aan ammoniak dampen.

Als correctieve maatregel is er gekozen om aan de windkant van het stalletje een raam met dubbel glas te plaatsen wat kan scharnieren. Het kan van boven af naar beneden open klappen.

Op deze manier kan het stalletje goed door luchten waardoor dampen zich in de omgevingslucht met verse zuurstof vermengd en er geen sprake meer is van gasvorming.

Als bijkomend voordeel is er meer licht inval.

## **Container**

Voor de opslag van gereedschappen en materialen was er gekozen voor een schaftkeet van 4 meter lang. De gedachte was dat deze keet geplaatst zou kunnen worden waar werkzaamheden/ activiteiten waren. Tevens beschikte de stichting over een aggregaat voor de stroomvoorziening.

Diefstal heeft gemaakt dat deze keet leeggeroofd is en ook het aggregaat die verankerd stond op een aanhanger gestolen is.

Tevens bleek dat voor de opslag van bezems, schoppen en rieken deze keet te onhandig was en zijn vaste standplaats te ver van de activiteiten plekken is.

Als correctieve maatregel is er gekozen voor een gesplitste oplossing. Door een klein mazzeltje konden we een zware aggregaat aanschaffen die een vaste standplaats heeft gekregen in de opvang plek waar de eenden moeten verblijven tijdens ophokplicht. Voor de opslag van materiaal is er een zeecontainer met deugdelijke sloten achter op het terrein geplaatst. En voor de opslag van de bezems schoppen en rieken is een kalverhutje verhoogd en achter het toilet geplaatst met een aangebouwd windscherm. Ook het toilet staat nu uit de wind.

## **Toegangshek en tussen hekken**

Op aangeven van de professionals bleek het toegangshek te zwaar open te gaan. Een vrachtwagen had er ook schade aan gereden waardoor er kromme spijlen waren.

De tussen hekken die voor de scheiding van mens en dier moesten zorgen volgens de richtlijnen van de zoonosen werden vaak niet gebruikt omdat de hekken gewoon te zwaar waren.

De hekken rond het hondenweitje waar ook de peren bomen staan stonden los er tegen aan en met een touw zo vast geknoopt dat ze als toegangshek onbruikbaar waren..



Als correctieve maatregel is er voor gekozen alle hekken die langer zijn als 2 meter te voorzien van kruiwagen wielen. Deze hekken behoeven dus niet meer getild of heel zwaar geduwd. Verder zijn alle andere hekken voorzien van deugdelijke scharnieren en en sloten. Verder is de hondenwei voorzien van een deugdelijke omheining en zijn de looppoorten naar de eenden volledig vervangen door een vaste schutting en niet meer in gebruik als poort. De spijlen van het hoofdhek zijn weer recht gebogen en de trekstang van het hek deugdelijk bevestigd.

## 5. Inspectie SZW (arbeidsinspectie)

In 2015 is er bij de szw een anonieme klacht gekomen dat stichting ijgenwys en anders de arbeidsvoorwaarden van hun beroepskrachten zouden overtreden.

In 2016 is er een anonieme klacht binnen gekomen dat de regels tot betrekking van de rookruimtes zou overtreden.

Beide klachten waren ongegrond maar er zijn toch maatregelen uit voortgekomen, zo is er een duidelijke scheiding ontstaan tussen rokende medewerkers, vrijwilligers en cliënten. Dit is in overleg met de SZW beschreven.

Na aanleiding van de klachten heeft de SZW gemeend een volledige controle te moeten uitvoeren in 2017. Uit deze controle kwamen meerdere verbeter punten.

### Punt 1

Op mijn aangeven worden cliënten op het dames toilet geholpen met aan het aan en uit kleden. De minimale maat voor een toilet ruimte moet zijn 0,90x120 cm. Waarbij de 120 cm voor de toiletspot gesitueerd moet zijn. Onze toiletruimte op het dames toilet was daardoor te klein. De ruimte waar de handen gewassen werden was aan oppervlakte te klein.

Als correctieve maatregel is de toiletruimte naar de activiteiten ruimte toe vergroot en de ingang naar de toiletruimte zelf verplaatst met een nieuwe deurkozijn.

De wasbak is een kwartslag gedraaid waardoor er meer bewegingsruimte is gekomen.

De afwerking is nog niet klaar. Dat gaat op genomen worden in een verbeterplan en zal in de tweede helft van 2018 uitgevoerd worden.

### Punt 2

Op ons kantoor waren 3 werkplekken gesitueerd. 2 computers met een vaste opstelling en 1 flexibele opstelling door middel van een laptop.

Volgens bouwbesluit NEN 1824 dient er voor 1 werkplek 4 vierkante meter ruimte beschikbaar te zijn. De oppervlakte word verminderd met de ruimte die kasten in nemen.

Als correctieve maatregel is er gekozen na veel meten en passen om de vaste inloopkast met buitendeur af te breken. Een kleinere vaste kast terug te bouwen. De buitendeur die geen onderdeel uitmaakt van een vluchtroute af te grendelen.

De ontstane ruimte is van voldoende grote voor 3 werkplekken en 3 kasten.

#### Punt 3

Onze gereedschap kast was in een ruimte gevestigd grenzend aan de centrale hal. Wij vonden dit een prima plaats, centraal gelegen. De inspectie was van mening dat gereedschap en materialen door de gang heen vervoerd zouden worden naar de gebruikruimte/ werkplaatsruimte. Tijdens het vervoer van deze handgereedschappen maken ook andere en soms kwetsbare cliënten gebruik van dezelfde hal. Voor de omgevingsveiligheid werd het ons verplicht gesteld om het

werkplaatsruimte en tuingereedschappen in een aparte berging op te slaan die grenzend aan de tuin gesitueerd is.

Als correctieve maatregel is er in de werkplaatsruimte een afsluitbare ruimte gemaakt van ongeveer 10 vierkante meter waar de handgereedschappen en materialen opgeslagen liggen. In deze afsluitbare ruimte is er gekozen om meerdere afsluitbare kasten te plaatsen. Op deze manier is de toegang tot gereedschappen en materialen ook gereguleerd. Deze ruimte is nog niet afgebouwd, hier moet nog stroom aangelegd worden en een werkbank geplaatst worden waarvan af de onderhoud werkzaamheden voor de stichting kunnen plaats vinden. De afbouw daar zal zo spoedig mogelijk een verbeterplan voor geschreven worden waarna de bouw verder gaat en in de tweede helft van 2018 klaar zal zijn.

Het oude gereedschapshok was een voormalige slaapkamer van toen deze locatie nog in gebruik was als kinderdag verblijf. Ooit is er lekkage geweest, de plafondplaten waren flink beschimmeld. Na verwijdering van de platen bleek ook de muur aangetast te zijn door het vocht. Deze ruimte was gebouwd in de ruimte die wij nu in gebruik hebben als kinderlokaal. Gekozen is voor afbraak van het hok. Hierdoor is de ruimte van het kinderlokaal met 12 vierkante meter vergroot en overzichtelijker geworden.

#### Punt 4.

In ons dierenverblijf waar een hok met cavia's staat en schildpadden lag linoleum op de vloer. Door het vocht van de schildpadden was hier de lijm aan het loslaten.

Aangrenzend waren 2 voormalige toilet units en een verschoningsplek voor baby's. Ook hier was lekkage geweest met als gevolg een beschimmeld plafond.

Als correctieve maatregel is hier het linoleum verwijderd, de toiletruimtes uitgebroken, plafonds verwijderd. Blauwe muren wit geschilderd, geïsoleerd, gipsplaat plafond, elektra omgelegd een plavuizen vloer gelegd, degelijk gevoegd en de deur tussen beide ruimtes geheel verwijderd.

#### Punt 5.



De hal was voorzien van project vloerbedekking ouder als 15 jaar. Duidelijke slijtsporen en in de hal is ook de waterput gesitueerd. De vloerbedekking was op die plek losgesneden om bij de put te komen. Bij meting bleek er een te hoog vochtigheid gehalte in de hal aanwezig te zijn.

Als correctieve maatregel is er eerst onderzocht of er lekkage in het dak aanwezig was, dit bleek niet zo te zijn. De waterput was droog en goed afgesloten. Bij het verwijderen van de vloerbedekking kwam hier het vocht te voorschijn. De vloerbedekking is nu vervangen voor plavuizen.

## **6. Audit uitgevoerd door de GGD in opdracht van de WMO**

Zoals beschreven levert stichting ijgenwys en anders WMO zorg als onderaannemer van stichting inzet voor zorg.

Vanuit die positie waren er bij deze audit ook twee medewerkers van stichting inzet voor zorg bij aanwezig.

Deze audit is wel vernoemd in de systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2017 maar vind het belangrijk genoeg om het nogmaals te vernoemen. Zonder diep in te gaan op de conclusies uit systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage 2017.

Alleen vernoemen is niet voldoende is de mening in dit stadium, wat is er gebeurd met de bevindingen en conclusies.

### **Punt 1**

Ri&E Het ontbreken tijdens de audit van een recent risico inventarisatie en evaluatie was een pijnlijk punt. De oorzaak was/is bekend maar daar bleek dat dus de controle niet of nauwelijks uit gevoerd was. Niet alleen vraagstelling maar ook bewijslast moet in dat soort gevallen door een maker geleverd worden. Hier is gebleken dat antwoorden als "ik ben er mee bezig" niet vertrouwd mogen worden. Een duidelijk stappenplan en regelmatig overleg hadden kunnen voorkomen dat een belangrijk punt als dit volgens afspraak opgeleverd is.

Mede ook omdat deze tekortkoming al in de audit van 2015 gesignaleerd is.

Als voorzitter mag je hierin niet onder de noemer ziekte een tekortkoming van deze aard zonder evaluatie over laten aan derden.

Na reikwijdte bepaling is gebleken dat door de hele organisatie heen deze tekortkoming merkbaar was.

Als correctieve maatregel is het gesprek aangegaan met het bestuurslid wat verantwoordelijk was voor het ontstaan van de tekortkoming. Na uitleg van het betreffende bestuurslid heeft de raad van advies(toezicht) is besloten dat de uitleg van het bestuurslid waarom de tekortkoming niet volgens eerder verbeterplan opgelost was besloten om bestuurslid Ben van der Aa op non actief te stellen.

Vanuit deze situatie heeft het bestuurslid besloten om zijn functie neer te leggen.

Overgebleven bestuur en raad van advies(toezicht) beseften de ernst van de situatie. Het schrijven en toetsen van een Ri&E doe je niet in een week en vooral de raad van advies/toezicht was van mening dat door de tekortkoming cliënten ernstig in gevaar werden gebracht.

De voorzitter heeft in goed overleg een dagcursus gevolgd bij een externe partij waarbij de cursus afgesloten werd met een gecontroleerde en werkbare Ri&E.



Hiermee was de tekortkoming binnen 6 weken weggewerkt.

#### Punt 2

Vrijwilligersbeleid, tijdens de audit werd duidelijk dat er tekortkomingen waren binnen het vrijwilligersbeleid. Te weten, niet alle vrijwilligers beschikten over de juiste VOG, de vrijwilligers coördinator zelf beschikte over een VOG voor scouting en een VOG voor politieke activiteiten, de auditor was van mening dat hier alsnog een VOG bij moest op naam van Stichting ijgenwys en anders. Ondanks dat deze van mindere klasse is in aanvraag als een politiek VOG. Daarnaast waren de functie profielen van de vrijwilligers te open.

Bij de reikwijdte bepaling is gebleken dat dit meerdere vrijwilligers betrof. Dit zijn dan vrijwilligers die niet met cliënten te maken hebben maar hand en span diensten of ondersteunende diensten verrichten voor de stichting.

Correctieve maatregel is hierover het gesprek aangegaan met de vrijwilligers coördinator. Zij is de mening toegedaan dat het onzin is om een vrijwilliger die op woensdagavond komt om 2 uur te helpen bij schoonmaak of onderhoud, niet op kantoor komt en geen toegang heeft tot dossiers en cliëntgegevens een VOG van meer als 30 euro te laten aanvragen. Tevens gaf zij aan dat in tijden dat er niet aan geschikte vrijwilligers te komen is we blij moeten zijn met elk uur hulp. Als voorzitter ben ik het met haar eens. Afgesproken is dat we een verbeterplan gaan schrijven na 1 september.

#### Punt 3

Het begeleidingsplan wat wij tot 2016 in papieren versie hebben gebruikt vullen wij nu niet meer in, dit doen wij nu digitaal binnen het programma ZILLIZ, Hier worden de doelen omschreven en de manieren hoe doelen te behalen. Aan de hand van smilies word op cliënt niveau aanvullende verslaglegging gedaan. Met de audit van 2016 mochten wij de papieren versie niet meer gebruiken en met de audit van 2017 moeten we de papieren weer gebruiken. Zowel auditor van de GGD als de bij aangesloten vertegenwoordiger van de hoofdaannemer waren hier heel fel op, beide zagen dit als een ernstige tekortkoming.

Bij de reikwijdte bepaling is geconstateerd dat dit om alle nieuw ingestroomde cliënten gaat vanaf juni 2016.

Als correctieve maatregel gaat hier na 1 augustus 2018 een verbeterplan op geschreven worden. Waan in opgenomen word dat er een nieuw formulier ontwikkeld gaat worden wat aansluit bij de vraagstelling van de digitale wereld en wat de uitstraling van de andere in gebruik zijnde formulieren krijgt.

## **7. Audit van verschillende hoofdaannemers.**

Zoals vermeld hebben hoofdaannemers geen tekortkomingen gevonden in de door hun getoetste en belangrijke punten. Hierin lag de focus vooral op protocollen en formulieren. Gezien de paniek overal over de wet bescherming persoonsgegevens die vervangen werd door de algemene verordening gegevensbescherming kortweg AVG waren de meeste hoofdaannemers vooral geïnteresseerd in het protocol privacy reglement en hoe de digitale beveiliging is geregeld.



Hierbij zijn dus ook geen verdere acties ingezet of verbeteringen te melden.

## 8. Audit HKZ

Tijdens de HKZ audit zijn er diverse punten van verbeteren naar boven gekomen. Deze punten worden hieronder behandeld. In de slotconclusie ga ik dieper in om de tekortkomingen voor de toekomst uit te sluiten.

### Punt 1.

De speerpunten uit de missie en visie zijn onvoldoende vertaald in concrete doelen en acties.

Als correctieve maatregel is er een nieuw beleidsplan geschreven. De missie en visie maken onderdeel uit van het beleidsplan. Op dit ogenblik ligt dit beleidsplan wat als titel "ijgenwys vooruit" heeft meegekregen voor beoordeling.

Wanneer blijkt dat dit nieuwe beleidsplan nog niet helemaal voldoet zal hier een verbeterformulier worden ingevuld.

### Punt 2.

De feitelijke toewijzing en verdeling van verantwoordelijkheden is niet meer overeenkomstig met het bestuursreglement.

Beslissingsbevoegdheid en financiële bevoegdheden stonden op naam van alle bestuursleden, het bestuursreglement voorzag niet in een situatie dat er maar 1 bestuurslid zou zijn.

Als correctieve maatregel zijn de volgende acties uitgevoerd.

2.1 Hypotheek is op nieuw afgesloten en op naam van bestuurslid Jos Trouwborst gezet en op de Stichting.

2.2 Verzekeringen zijn op naam van bestuurslid Jos Trouwborst gezet en op naam van de stichting.

2.3 Er is een nieuw bestuursreglement opgesteld wat voorziet in handelen met 1 bestuurder.

2.4 Er is een nieuw beleidsplan geschreven.

Als verbeterpunt gaat nog opgenomen worden na 1 augustus in het verbeterregister:

2.5 Statuten aanpassen naar de mogelijkheid tot tijdelijk de stichting besturen met 1 bestuurder of de verwijzing aanbrengen naar het bestuursreglement.

2.6 In de statuten opnemen dat wij een stichting met algemeen nut beoogde instelling zijn en dat bij ontbinding de liquide middelen ook ten goede komen aan een organisatie met de ANBI status.

### Punt 3.

De huidige marktpositie en daaruit voortvloeiende risico's zijn niet of onvoldoende in het strategisch beleidsplan opgenomen.

Als correctieve maatregel is er een nieuw beleidsplan geschreven.

Punt 4.

Het verbeter register is niet aantoonbaar gebruikt.

Als correctieve maatregel gaat een medewerker verantwoordelijk worden voor het verbeter register en alle formulieren.

Punt 5.

In het verbeterregister zijn uitkomsten van indicatoren niet aantoonbaar opgenomen.

Tijdens de reikwijdte bepaling mag de conclusie getrokken worden dat uitkomsten van audits niet geregistreerd zijn in 2017. Echter alle aangegeven punten zijn verbeterd en opgelost. Voor 2018 geldt dat na 1 augustus een medewerker verantwoordelijk gaat worden voor alle registers en formulieren.

## 9. Wat verder nog speelt

Ondanks dat door afwezigheid van bestuursleden ben ik als voorzitter me ervan bewust dat op het gebied van onderhoud en reparatie ook voortvloeiend uit meerdere audits het verbeterregister ingevuld hand moeten worden. Reparatie formulieren zijn niet gebruikt, verbetervoorstellen werden niet op papier gemeld en verbeterplannen zijn niet geschreven.

Toch prijs ik de vrijwilligers en beroepskrachten die ondanks dit alles toch maar ervoor gezorgd hebben dat zonder aanwezige of verantwoordelijke bestuursleden alle reparaties gedaan zijn alle punten uit de diverse audits aangepakt zijn.

Laten we niet vergeten dat het normale onderhoud ook door gaat, er is bijna 6000 vierkante meter grond verdeeld over twee locaties waar veel struiken bomen en gras is wat ook gewoon onderhouden moet worden. Organisatie van de open dag, schrijven van arrangementen, voeren van evaluatie gesprekken. Het gaat allemaal gewoon door.

Hoewel prijzenswaardig betreft het een situatie die niet voor mag komen bij een situatie waarin een organisatie streeft naar administratieve transparantie, veiligheid en kwaliteit op dit gebied, waardoor de administratieve last op de zorg zou moeten afnemen.



We zijn het gelukkig allemaal met elkaar eens dat de zorg door de professionals die dat leveren uitmuntend gedaan is. Het aan de organisatie blijven binden van mensen met vertrouwensproblematiek blijft constant werken aan de relatie tussen mensen. Dit is geslaagd.

Vanaf het moment dat de secretaris door de raad van advies(toezicht) op non actief is gesteld en uiteindelijk is ontheven van zijn functie zijn we met elkaar in gesprek en is er over nagedacht. Gekeken hoe doen andere organisaties dit?

Nogmaals goed geëvalueerd en naar het verleden terug gekeken.

Hieruit hebben we de conclusie moeten trekken dat veel mensen die solliciteren op de vrijwilligersfunctie van bestuurslid deze betrekking graag willen als status functie om binnen andere betrekkingen te kunnen aangeven hoe goed ze wel niet maatschappelijk bezig zijn. Terwijl wij als organisatie juist mensen nodig hebben die verantwoording durven te dragen, beslissingen kunnen nemen, adviserend, sturend en vooral tijd willen investering in controle en verbetering.

Dit is vooral nodig om de zorgprofessionals te ontlasten in hun administratieve taken en die mensen te laten doen waar ze specialist in zijn. Begeleiden en verzorgen van mensen.

Toch is de wens om te voldoen aan de administratieve criteria groot. Niet elke keer verzanden in verbeterplannen om de kwaliteit op pijl te houden.

Gebleken is dat kwaliteit uit vroegere omgeving van mindere kwaliteit was, De HKZ normen zoals de zorgboerderijen organisaties hanteren hebben wij jaren aan voldaan.

Toen wij ons losmaakte van de organisatie van zorgboeren en ons aansloten bij stichting inzet voor zorg hebben we een nieuwe partij gezocht voor de HKZ certificering. Vanuit het verleden heb ik DEKRA experts mogen trainen op hun vak inhoudelijke kennis vanuit de automotive industrie. Voor mij was DEKRA dan ook de party om bij stichting ijgenwys en anders de audit uit te voeren.

Vol vertrouwen zijn we als organisatie deze audit aan gegaan, we voldeden toch aan de normen, we waren tenslotte een gecertificeerde zorgboerderij.

Echter bleek dat de normen toch iets heel anders waren dan als waar we als zorgboerderij aan moesten voldoen.

Inmiddels van zorgboerderij naar activiteitencentrum waar het zorgboeren een activiteit is geworden. zonder prestatie dwang in een veilige omgeving voor mens en dier.

Wat kijk ik nu anders naar zorgboeren. In elk geval naar het kwaliteitssysteem.

Voor bestuurders waren we het snel over eens. Bestuur, raad van advies en activiteiten coördinator, een nieuw bestuurslid moet betrokken zijn en actief zijn.

Hoe bereiken we deze norm. Een bestuurslid moet gewoon eerst een poos vrijwilliger zijn en gevraagd worden te solliciteren op de functie als bestuurslid.

Goed idee.

Maar dan is gelijk het volgende probleem geboren. Op dit ogenblik is er 1 bestuurder. Dit is gevaarlijk voor een organisatie. De continuïteit is afhankelijk van 1 persoon.



Niet goed, moeten we niet willen ook niet voor tijdelijk.

De organisatie is net aangepast aan de nieuwe HKZ, en door het niet functioneren van een bestuurslid en ziekte van het andere bestuurslid en ziekte van de adviseur/administrateur heeft het dus kunnen gebeuren dat het systeemmanagement ernstig verstoord werd.

Dit is gebeurd, prima. We kunnen gaan repareren, formulieren invullen, huisregels aanpassen en zo nog wat punten. Dan voldoen we voor dit jaar weer aan de richtlijnen.

Mooi..... En volgend jaar.

Sommige tekortkomingen volgens ons al een aantal jaar. Om een aantal redenen.

Dit is een situatie die niet meer voor mag komen.

Als de SZW zich meld omdat er tips zijn over ons rookbeleid, moeten ze niet zonder de zoeken 5 verbeterpunten vinden.

Bij een audit HKZ mag nooit meer gebeuren dat de algemeen gangbare formulieren niet gebruikt zijn.

Met de inwerking treden van de AVG is er nog een behoorlijk controle en volg punt bij gekomen.

Al dit bij elkaar opgeteld is het tijd voor een stevige besluit.

Vrijwilligers als bestuursleden willen de verantwoording, nemen het niet vervolgens niet en op het moment dat ze hierover verantwoording moeten afleggen verschuilen ze zich achter vele ontsnappings- clausules.

Bestuurlijk vrijwilliger is vrijwilliger zijn. Vrijwillig maar niet vrijblijvend .

De bestuursleden bevorderen in overleg met de raad van advies de implementatie van het kwaliteitscriteria bij stichting ijgenwys en anders. De bestuursleden hebben deze coördinerende procesrol op grond van onze wens zorg professionals ter ontlasten in hun administratieve werkzaamheden.

Dit betekent dat het bestuur de implementatie en borging van de kwaliteitscriteria coördineren.

Niet alleen dit jaar, elk jaar.

Inmiddels in de bovenliggende pagina's heb ik al de datum van 1 augustus genoemd. Sommige verbeterplannen gaan pas actief worden of geschreven worden na 1 september. In sommige stukken benoem ik een medewerker.

Dit heeft een oorzaak.

Op dit ogenblik ben ik alleen bestuurder, huishoudelijk reglement is hierop aangepast, hypotheek en verzekeringen zijn aangepast. Echter is de hoeveelheid werk teveel voor 1 persoon die als vrijwilliger betrokken is en loopt de continuïteit van de stichting gevaar op het moment dat de verantwoordelijk bestuurder uitvalt.

Als correctieve maatregel is er het volgende uitgekomen.

Kwaliteit vinden wij bij stichting ijgenwys en anders net zo belangrijk als veiligheid. Daarom is het van groot belang om beiden te blijven monitoren en audits uit te voeren. De adviezen van deze audits dienen over genomen te worden en of uitgevoerd te worden op de juiste wijze.



Ook een overleg en een vergadering moet plaats vinden volgens het bepaalde schema en zoals ingepland in de jaarplanner.

Bijscholing moet ingepland en georganiseerd worden.

Onderhoud aan gebouwen, materiaal en wagenpark moet uitgevoerd worden, gepland en gevolgd.

Personeel en vrijwilligers beleid moet bepaald worden.

Al deze overwegingen maken dat we de keuze hebben gemaakt om daar een functie van de maken.

Iemand die kan uitvoeren, controleren en delegeren. Het bestuur ondersteunen en mede verantwoordelijk is voor de de borging van het kwaliteitssysteem.

Een K.A.M Medewerker voor 16 uur per week.

Deze persoon is inmiddels gevonden. Het exacte functie profiel moet nog geschreven worden. Vandaar dat de werkzaamheden en verantwoordingen pas opgepakt worden na 1 augustus.

Met deze maatregel is er een beroepsmatig aanspreekpunt die het bestuur ondersteund. Mede verantwoordelijk is voor de continuïteit van de organisatie.

## 10. Nawoord

De aanvulling systeem beoordeling en kwaliteitsrapportage met de tekortkomingen en verbeteringen is een behoorlijke rapportage geworden.

Op het moment dat je er als bestuurder er alleen voorstaat zonder feedback en reflectie ontstaan er tekortkomingen die je zelf niet ziet.

Dit rapport bewijst maar weer hoe belangrijk audits zijn. Niet alleen de interne maar ook de externe. We kunnen de conclusie trekken dat op bij elke audit aangetroffen tekortkomingen goed ingespeeld is en oplossingsgericht gewerkt is.

Daar bij is de borging van kwaliteitscriteria vergeten. Op het moment van het maken van een kwaliteitsrapportage ben je als alleen zijnde verantwoordelijk bestuurder zeer gericht en aan het beoordelen van administratieve stukken.

Op het moment dat dus een borging niet gedaan is of onvoldoende gedaan is vergeet je als opsteller van de rapportage dan ook deze punten te benoemen.  
Toen tijdens een audit HKZ de punten ter sprake kwamen dacht ik nog "dat valt best mee".  
Tijdens het maken van deze herstel rapportage ben ik erachter gekomen dat het helemaal niet mee valt.

Het behalen van een HKZ certificaat en het behouden hiervan is een vrijwillige keuze van de organisatie.  
De resultaten van de uitkomst hiervan zijn belangrijk voor het functioneren in de toekomst van een organisatie.  
Naar mijn mening als bestuurder zou een kwaliteitstoetsing als de HKZ een verplicht onderdeel mogen zijn voor elke kleine organisatie.

Ondanks de pittige klus ben ik als bestuurder blij het te hebben kunnen mogen doen.  
Hopelijk met een positief resultaat.

Hoogachtend.

Jos Trouwborst.  
Bestuurder/ voorzitter Stichting ijgenwys en Anders