

Auditrapport

Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon

16 april 2025

Stichting Perspekt



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Registratieadvies	3
Behaalde prestaties.....	3
Advies	3
Vervolg	3
Samenvatting bevindingen	4
Algemene conclusie	4
Aandachtspunten.....	4
Toelichting per prestatie	5
Bijlage 1. Methodische verantwoording	19
Bijlage 2. Kerngegevens.....	20
Bijlage 3. Auditprogramma	22
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht	25

Inleiding

Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon heeft een initiële audit aangevraagd bij Stichting Perspekt. Met deze audit geeft Perspekt een onafhankelijke beoordeling over kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties uit het kwaliteitssysteem PREZO VVT '17 v1.

De audit verschaft ontwikkelingsgerichte informatie voor Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon en biedt waar nodig concrete handvatten voor verbetering. Bij een positief resultaat leidt de audit tot de toekenning van een keurmerk en opname in het keurmerkregister van Perspekt.

Registratieadvies

Op 16 april 2025 heeft er een initiële audit plaatsgevonden binnen Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon op basis van het keurmerkschema PREZO VVT '17 v1. De scope van de audit is Verblijf inclusief behandeling. De kerngegevens van dit organisatieonderdeel staan in bijlage 2.

Behaalde prestaties

Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon heeft 11 van de 11 prestatie(s) behaald. Hiermee voldoet Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon aan het wegingskader van PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap 2017 (01/07/17, versie 1).

Advies

De voorzitter verklaart namens het auditteam dat op basis van de genomen steekproef met voldoende diepgang is getoetst. Daarom adviseert het auditteam de directeur/bestuurder van Perspekt om Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon te voorzien van het PREZO VV&T keurmerk in de zorg.

Vervolg

Na een positief registratiebesluit vindt er na 1 jaar een tussentijdse audit en na 2 jaar een eindaudit plaats. Tijdens deze audits toetst Perspekt de Pijlers en de genoemde aandachtspunten uit de voorgaande audits.

Samenvatting bevindingen

Algemene conclusie

Huize Herfstzon hanteert de missie: laten zien hoe huiselijk en persoonlijk kleinschalige verpleeghuiszorg kan zijn en dat heeft het auditteam tijdens de auditdag dan ook ervaren. Het is warm en huiselijk. De locatie heeft 52 plaatsen voor verblijf inclusief behandeling. De organisatie werkt in de regio samen met diverse andere organisaties, zoals met Stichting Franje Hof van Twente, de tafel van Goor en de gemeente Hof van Twente. Op 14 januari 2025 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een bezoek gebracht aan Huize Herfstzon en ten tijde van de audit was het rapport nog niet beschikbaar.

Complimenten

- P2 Het auditteam geeft een compliment voor de website en de gepubliceerde filmpjes waar de ervaringen van bewoners en medewerkers worden gedeeld.
- D2 De participatie van familieleden, vrijwilligers en medewerkers is enorm groot, Huize Herfstzon is/kent een kleine betrokken gemeenschap.

Aandachtspunten

- P1 Het methodisch werken t.a.v. zorgplan en rapportage is nog niet gewaarborgd.
- P3 De implementatie van de Wet Zorg en Dwang (WZD) vraagt nog aandacht waaronder het toepassen van het stappenplan en de schriftelijke rapportage.
- P3 Een aantal MIC meldingen stond ten tijde van de audit nog op concept waardoor onvoldoende duidelijk is of de PDCA cyclus rond is en opvolging en borging gewaarborgd zijn met betrekking tot incidenten
- V1 Er is geen opvolging gegeven aan het uitgevoerde MedewerkersTevredenheidsOnderzoek en de Risico Inventarisatie & Evaluatie.
- V3 De PDCA cyclus is niet rond, de organisatie is zich bewust van kwaliteitsverbeteringen maar maakt het niet concreet in actie, wanneer en door wie, planning en monitoring ontbreken

Toelichting per prestatie

Hieronder ziet u per prestatie de beoordeling inclusief het aantal toegekende punten. Onder elke tabel vindt u een toelichting. Deze toelichting is gebaseerd op:

- uitkomsten van cliëntervaring;
- observatie van praktijk en instrumenten;
- het inzien van registraties;
- het reflecterend en verbetervermogen van medewerker en organisatie;
- het hanteren van wet- en regelgeving.

Per beoordelingscriterium worden punten toegekend. De verdeling is als volgt:

Puntenverdeling	Beoordelingscriteria		
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
	Voldoende	20	●
	Matig	10	●
	Onvoldoende	5	●
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●
	Voldoende	25	●
	Matig	15	●
	Onvoldoende	5	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●
	Voldoende	25	●
	Matig	15	●
	Onvoldoende	5	●

De bevindingen en conclusies in dit rapport zijn tot stand gekomen conform het vigerende wegingskader.

Domeinen

Waarde Comfort		100	Behaald
Prestatie D1 Woon- en leefsituatie			
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Cliëntervaring

Volgens de cliëntenraadpleging van februari 2024 vinden bewoners dat ze prettig met elkaar omgaan, dat zij zelf kunnen bepalen hoe zij hun woonruimte inrichten en dat wanneer zij bezoek ontvangen er de mogelijkheid is om zich terug te kunnen trekken op een rustige plek. Het gemiddelde cijfer voor het gebouw, de voorzieningen en de omgeving is een 7,5 bij de vertegenwoordigers en 8,2 bij de bewoners. Een bewoner geeft bij de auditor aan blij te zijn met zijn appartement. Via de achterdeur kan de bewoner zo de tuin inlopen en hij vindt dit erg prettig. Een andere bewoner vertelt dat het eten goed is en vindt het fijn dat er dagelijks vers gekookt wordt. Andere reacties die de auditor heeft gehoord zijn "het mooie is dat je er thuis bent", "wat mooi heb ik het hier of niet dan", "het eten wordt netjes geserveerd op tafel", "echt huiselijk, niet zo afgemeten". Het volledige aantal punten wordt toegekend.

Praktijk en instrumenten

Tijdens de rondleiding treft de auditor een gesloten binnentuin aan waar ook enkele beweegapparaten staan zoals fietstrappers. Bloembakken staan op ooghoogte die in de lente weer gevuld worden met planten geeft auditee aan. Iedere afdeling heeft een huiskamer. De auditor heeft gehoord en gelezen dat de inrichting bij de pg afdelingen gebaseerd is op de uitgangspunten van Anneke van der Plaats. Zo zijn de toegangsdeuren en trappen aan het zicht onttrokken van de bewoners door bv. een afbeelding van een boekenkast of een uitzicht. In de huiskamer liggen Perzische tapijten op de tafel en behang is zoals het vroeger was. Er staat een oude grijze draaitelefoon, een radio van vroeger, schemerlampen en klokken die je moet opdraaien. Auditee geeft aan dat de commissie huisstijl zorgt voor de inrichting zoals het vroeger was voor deze doelgroep. Het auditteam treft in de huiskamers en afdelingen rust aan en een warme huiselijke sfeer. De auditor ziet dat bewoners een pols of halsalarm dragen en auditee geeft aan dat ze via de dect de bewoner te woord kunnen staan bij een alarmering. In verband met het stoppen van de huidige leverancier van de personenalarmering worden voorbereidingen getroffen door de nieuwe leverancier bij het gebouw Kapellengarden. Vernieuwing gaat ook plaatsvinden bij de andere afdelingen en het systeem kan mee verhuizen naar de toekomstige nieuwbouw. Dagelijks wordt er vers gekookt en bewoners kunnen eten op het eigen appartement, in de huiskamer of in het restaurant. De auditor treft een ruime schone keuken en magazijn aan waar naast de interne maaltijden ook verse maaltijden voor omliggende inwoners van Goor wordt

bereid. Het auditteam kent de maximale score toe.

Reflecteren en verbeteren

Er heeft een pilot huiskamerbegeleiding plaatsgevonden op een afdeling, welke in oktober 2024 is geëvalueerd en waarbij toepassing heeft plaatsgevonden voor alle pg afdelingen. Dit houdt in dat de diensttijden van de medewerkers leefomgeving zijn aangepast voor een betere bezetting cq afstemming van de huiskamer. Het volledige aantal punten is gescoord.

Waarde Samen Prestatie D2 Participatie		100	●	Behaald
Clïëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Clïëntervaring

Zowel vertegenwoordigers als bewoners geven aan dat Huize Herfstzon gezelligheid en contact met anderen biedt, is te lezen in de laatste clïëntenraadpleging. Er worden genoeg activiteiten georganiseerd en volgens driekwart van de bewoners en vertegenwoordigers sluiten de activiteiten aan op wat iemand leuk vindt. 82% van de bewoners en 70% van de geraadpleegde vertegenwoordigers ervaren mee te kunnen beslissen over de zorg. "Je kan gewoon meepraten en zeggen wat je vindt of niet vindt" heeft de auditor een bewoner horen zeggen. De maximale score wordt toegekend.

Praktijk en instrumenten

Auditees geven aan dat er verschillende activiteiten voor de bewoners worden georganiseerd. Zo is er op maandag een knutselactiviteit, komt er op dinsdag een vrijwilliger die de kamers langs gaat om gitaar te spelen, op woensdag komt iemand accordeon spelen, er komt een contactclown langs, naast de reguliere wekelijkse spelletjes, bingo, gymnastiek en (rolstoel)wandelingen. In de gesprekken hoort de auditor dat auditees het belangrijk vinden dat bewoners zoveel als mogelijk hun eigen regie kunnen behouden en bij die activiteiten aansluiten waar zij plezier aan beleven. Tijdens de rondgang in de locatie wordt dit bij de auditor bevestigd. In de huiskamer ziet de auditor de accordeonist spelen. Auditee geeft aan dat ze een bewoonster van een andere afdeling gaat ophalen om aan te sluiten omdat ze zo kan genieten van deze muziek. Even later ziet de auditor dat deze bewoonster meezingt met de muziek. Een andere auditee nodigt een bewoner uit voor deze activiteit maar de bewoner gaf aan daar nu geen zin in te hebben en dit wordt geaccepteerd door de auditee. De organisatie werkt in de regio samen met diverse andere organisaties, zoals Stichting Franje Hof van Twente, de tafel van Goor en de gemeente Hof van Twente. Met regelmaat wordt er ook gezamenlijk een activiteit georganiseerd. Naast de activiteiten worden diverse uitstapjes gemaakt zoals schaatsen in Enschede, naar een pianist in Diepenheim, met de stoomtrein in Boekelo. Het activiteitenprogramma hangt o.a. in de lift ziet auditor. Er is ook aandacht voor individuele activiteiten. In de zorgdossiers heeft het auditteam teuggezien dat bewoners bij het komen wonen gevraagd wordt naar hun interesses, zodat daar rekening mee

gehouden wordt bij (individuele) activiteiten. Wanneer een bewoner voor het komen wonen bijv. lid is van een koor dan wordt gekeken welke mogelijkheden er zijn om dit ook na bewoning door te kunnen laten gaan. Hetzelfde geldt voor bv. kerkbezoek. Er zijn meer dan 100 vrijwilligers actief binnen Huize Herfstzon. Ook vindt inzet van medewerkers plaats, buiten werktijd bij bv. de vakantieweek of een playback show, "het is nooit teveel" geeft een auditee aan. De familie avonden die twee keer jaar worden georganiseerd, worden goed bezocht door familie, geeft auditee aan. Auditees geven aan dat familieparticipatie en informele zorg belangrijk zijn binnen de organisatie. Wat betreft het meehelpen van een mantelzorger bij bv. douchen of andere ADL activiteiten geven de medewerkers aan dat hier nog meer aandacht aan kan worden besteed en aan de vastlegging hiervan in het zorgdossier. Een kleine, betrokken gemeenschap verdient een compliment volgens het auditteam. Het maximale aantal punten wordt toegekend.

Reflecteren en verbeteren

Rondom de bewoner vormen familie en naasten gezamenlijk een netwerk, zij worden betrokken bij de georganiseerde activiteiten, net zoals vrijwilligers. Samen met het professionele netwerk vormen zij een geheel. In het kwaliteitsbeeld van maart 2025 is te lezen dat de organisatie het goedlopende informele netwerk rondom de bewoner wil blijven behouden. Zo zijn zij een grote kartrekker bij de adventstocht en de zomercamping. Vorig jaar heeft de zomercamping twee weken plaatsgevonden maar na evaluatie bleek dit te lang en is besloten om de camping één week te laten plaatsvinden. De vrijwilligers hebben deelgenomen aan de scholing onbegrepen gedrag. In 2025 zal worden gestart met een regionale samenwerking met andere zorgorganisaties om de transitiegelden gezamenlijk te besteden voor scholing rondom onbegrepen gedrag. De maximale score is toegekend.

Waarde Genieten		100	●	Behaald
Prestatie D3 Mentaal welbevinden				
Clïëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Clïëntervaring

In een gesprek met een bewoner hoort de auditor dat hij aan kan geven wat voor hem belangrijk is wat betreft zorg en welzijn en dat er naar hem wordt geluisterd. Van een andere bewoner hoort de auditor dat wanneer zij een vraag of ongenoegen heeft, er naar haar wordt geluisterd en er adequaat op wordt gereageerd. Op Zorgkaart Nederland is de volgende reactie geplaatst: "Mijn moeder wordt hier met heel veel zorg en aandacht behandeld. Ze gaan vriendelijk en respectvol om met mijn moeder". De maximale score is toegekend.

Praktijk en instrumenten

Een auditee vertelt dat wanneer er signalen zijn van bv. eenzaamheid, depressie of onbegrepen gedrag, dit bespreekbaar wordt gemaakt met bewoner en/of eerste contactpersoon en dat er wordt gekeken naar een passende interventie zoals rust bieden, bepalen in welke fase van

dementie iemand zit, het inschakelen van een psycholoog of een bewonersbespreking. Eén keer per week vindt een spreekuur plaats met de psycholoog. De auditor ziet dat de wens tot wel of niet reanimeren is vastgelegd in het zorgdossier en dit wordt ook ieder MultiDisciplinairOverleg (MDO) besproken. Indien van toepassing is ook vast gelegd wie de wettelijk vertegenwoordiger is. Medewerkers hebben een scholing belevingsgerichte zorg gevolgd. Een auditee vertelt dat bij het aanbieden van activiteiten wordt gezocht naar een goede balans tussen bewegen en rust. Een auditee geeft aan zich ervan bewust te zijn dat het niet nodig is om de hele dag door activiteiten aan te bieden en dat bewoners het soms ook fijn vinden dat er rust is. Het volledige aantal punten is van toepassing.

Reflecteren en verbeteren

Als voorbeeld wordt genoemd dat een bewoner medewerkers tegen elkaar uitspeelt. Er heeft een teamoverleg plaatsgevonden in aanwezigheid van een psycholoog om ervoor te zorgen dat alle neuzen dezelfde kant opstaan. De psycholoog heeft een Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) uitgewerkt en benaderingsadviezen opgesteld, die in het zorgdossier zijn aangetroffen door de auditor. De volledige punten zijn toegekend.

Waarde Vitaliteit		100	●	Behaald
Prestatie D4 Lichamelijk welbevinden				
Clïëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Clïëntervaring

Het clïëntervaringsonderzoek laat zien dat bewoners en hun naasten vinden dat medewerkers en overige disciplines serieus omgaan met hun gezondheidsklachten. Ook hebben ze vertrouwen in de deskundigheid van medewerkers. Van een bewoner hoort de auditor dat de medewerkers lief en zorgzaam zijn. "De verzorging is erg goed. Ik word netjes geschoren en heb altijd schone kleren aan", is een reactie van een bewoner die de auditor heeft gelezen in de rapportage van de clïëntenraadpleging. Het volledige aantal punten is toegekend.

Praktijk en instrumenten

De auditor ziet dat in de zorgleefplannen is vastgelegd welke ondersteuning de bewoner nodig heeft bij bijvoorbeeld zelfverzorging, eten en drinken. Er is vastgelegd welke disciplines betrokken zijn bij de zorgverlening. Voorafgaand aan een MDO wordt de risicosignalering ingevuld. Wanneer er sprake is van een verhoogd risico dan wordt er een zorgdoel gemaakt, inclusief het inzetten van eventuele interventies. De organisatie werkt samen met de behandeldienst van Novicare. Mondzorg wordt gedaan door een vast behandelteam van Pro-Da mondzorg. In een gesprek met auditees komt naar voren dat ingezet wordt op sensorische informatieverwerking, PDL zorg, mobiliteitsplan op aanvraag maar ook preventief door de inzet van snoezelmateriaal zoals verzwarringsdeken, honden, poezen, geur diffusers. De inzet en aanschaf van til- en hulpmiddelen als investering vindt plaats, geven auditees aan. Tijdens de rondgang heeft de auditor ook gezien

dat bv. gebruik wordt gemaakt van aangepaste drinkbekers.

Reflecteren en verbeteren

Een voorbeeld van reflecteren en verbeteren is het projectplan 'Coördinatie van zorg en behandeling'. Hoofddoel is om de visie op zorg en behandeling af te stemmen en een eenduidige werkwijze te implementeren en meerdere subdoelen, o.a. eenduidige voorbereiding en triage, deskundigheidsbevordering, verbeterde en meer uniforme rapportagemethode, taak en rolverdeling in zorg, behandelaren en bestuur/management. In het plan is per doel aangegeven: omschreven verbeterpunt, gewenste resultaat, korte oorzaak analyse, acties en een tijdpad en een verantwoordelijke. De auditor merkt wel op dat alleen voor één subdoel een tijdpad is ingevuld, bij de andere doelen is het tijdpad open. Tijdens de audit is het document 'Werkafspraken en uitgangspunten De Warme Huizen en Novicare' overhandigd met als ingangsdatum 1e kwartaal 2025. De behandelaren worden ingehuurd maar voelen zich wel onderdeel van het team. Het is een warme locatie om te werken. De signaleringsfunctie is verbeterd en medewerkers vragen vaker om advies aan de paramedici geven auditees aan.

Pijlers

Waarde Uniceit		90	Behaald
Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg			
Clïëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Clïëntervaring

De auditor heeft een tweetal bewoners gesproken die aangeven dat er veel contact is met medewerkers. Een bewoner vertelt: "Ze zijn allemaal heel lief en goed voor mij". Een andere bewoner vertelt dat er veel aandacht is voor het behouden van eigen regie. Uit de cliëntenraadpleging 2024 geeft 70% van de geraadpleegde vertegenwoordigers van de bewoners aan mee te kunnen beslissen over de zorg die de bewoner krijgt, bij de geraadpleegde bewoners is dit 82%. In de gesprekken hoort auditor dat bewoners worden gestimuleerd bij het deelnemen aan een activiteit maar dat de bewoners zelf kiezen of ze wel of geen gebruik maken van een activiteit. Voor kwaliteit van leven geven vertegenwoordigers gemiddeld een 8,3 en bewoners een 8,6. De volledige punten worden toegekend.

Praktijk en instrumenten

Uit de gesprekken met auditees komt naar voren dat ze trots zijn op de huiselijkheid en de warmte die er heerst binnen de locatie. Ze vertellen dat persoonsgericht werken en het stimuleren van eigen regie hoog in het vaandel staan bij de medewerkers en dat ze graag de bewoners zo goed mogelijk willen leren kennen. In 2024 heeft een training belevingsgerichte zorg plaatsgevonden voor medewerkers. Een auditee geeft aan dat ze er trots op is dat de locatie echt het huis van de bewoners is. Het auditteam heeft in ONS/Nedap verschillende zorgdossiers ingezien. Het

zorgdossier wordt opgesteld met behulp van een checklist dossiercontrole die door de organisatie zelf is ontworpen. De zorgvraag en doelen in het zorgleefplan zijn geformuleerd vanuit de ik vorm. Het zorgleefplan is gekoppeld aan de vier domeinen. Er wordt gerapporteerd op doel maar niet volgens een methodiek. Het auditteam heeft geconstateerd dat het rapporteren op de eigenheid van de bewoner niet voldoende is. Zo bevat het formulier 'dit ben ik' specifieke informatie over de bewoner maar dit is niet terug te vinden in het zorgplan en met name op het gebied van welzijn. Het methodisch werken rondom het zorgdossier is nog niet gewaarborgd. Vandaar dat puntenaftrek plaatsvindt. Afspraken ter aanzien van wensen en behoeften van de bewoner staan beschreven zo heeft het auditteam geconstateerd in de zorgdossiers die zijn ingezien. Zes weken na opname is een definitief zorgleefplan en er vindt tweemaal per jaar een MDO plaats. Hier zijn naast de eerst verantwoordelijke verzorgende, leidinggevende zorgteam, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en overige betrokken disciplines ook de eerste contactpersoon en zo mogelijk de bewoner bij aanwezig. Er is een klachtenregeling. Deze staat beschreven in het informatieboekje cliënten en het klachtenreglement is te vinden op de website. Er zijn in 2024 vijf klachten gemeld maar geen van deze klachten heeft geleid tot een formele klacht. Een auditee vertelt dat de medewerkers laagdrempelig te benaderen zijn voor het bespreken van een ongenoegen of een klacht en spelen waar mogelijk daar meteen op in om tot een oplossing te komen.

Reflecteren en verbeteren

In het document kwaliteitsbeeld staat o.a. verwoord dat uit de evaluatie van 2024 naar voren is gekomen dat het rapporteren op het gedrag van de bewoner uitgebreider kan plaatsvinden. Het rapporteren is momenteel onder de aandacht. Er wordt wel gerapporteerd op doel maar er wordt geen gebruik gemaakt van een methodiek. Medewerkers zullen worden geschoold in het rapporteren via de SOEP methode, met ook aandacht voor het rapporteren op onbegrepen gedrag. Na de scholing zal de implementatie en begeleiding voor medewerkers plaats vinden. Het formulier 'dit ben ik' wordt aangepast aangezien het voor familie veel blijkt te zijn om in te vullen en er zitten dubbelingen in het formulier. De volledige punten worden toegekend.

Waarde Transparantie		100	Behaald
Prestatie P2 Communicatie en informatie			
Clïëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Clïëntervaring

Uit de cliëntenraadpleging van bewoners en die van hun naasten wordt aangegeven dat leidinggevend en contactpersonen goed te bereiken zijn. 95% Van de geraadpleegde vertegenwoordigers van de bewoners en 100% van de geraadpleegde bewoners zegt dat gemaakte afspraken over zorg en behandeling goed worden nagekomen. In een gesprek met een bewoner hoort de auditor dat deze tevreden is over de wijze waarop medewerkers communiceren. Deze bewoner geeft aan goed op de hoogte te worden gehouden en wanneer de bewoner een

vraag heeft er goed door de medewerkers wordt geluisterd. Bewoners en vertegenwoordigers geven gemiddeld een 8,3 voor de afspraken. Het maximale aantal punten wordt toegekend.

Praktijk en instrumenten

De auditor hoort tijdens de audit dat er gepast en met respect wordt gecommuniceerd met bewoners. Een auditee geeft aan dat veel mensen die hier wonen elkaar kennen. Bewoners en eerste contactpersonen kunnen meekijken in het zorgdossier via Caren Zorgt. Communicatie over ontwikkelingen binnen de organisatie zoals bijvoorbeeld de vorderingen van de nieuwbouw, vindt plaats via een nieuwsbrief, die eenmaal per zes weken uitgereikt wordt aan bewoners en eerste contactpersonen. De eerste contactpersonen ontvangen de nieuwsbrief vaak per e-mail. In de jaarkalender activiteiten, de liften en op diverse borden in de locatie staan vermeld welke activiteiten er plaats vinden. Ook ziet de auditor op borden in de gang van de afdeling vermeld staan welke medewerkers er op dat moment aanwezig zijn. Met betrekking tot de nieuwe personenalarmering hebben bewoners een brief ontvangen. Er staat ook altijd een contactpersoon vermeld bij wie bewoner of eerste contactpersoon terecht kan voor vragen. De lijntjes zijn kort, geven auditees aan. Het auditteam geeft complimenten voor de website en filmpjes, o.a. omdat de ervaringen van bewoners, familieleden en medewerkers mooi worden weergegeven. Het auditteam ervaart een open en transparante organisatie. In de nieuwsbrief van maart 2025 staat vermeld dat een inspectiebezoek heeft plaatsgevonden op 14 januari jl. en de positieve en verbeterpunten staan vermeld. Daarnaast staat in de nieuwsbrief dat er per 1 april een tweede leidinggevende zorg is gestart en de stand van zaken rondom de nieuwbouwplannen. De maximale score is van toepassing.

Reflecteren en verbeteren

Een auditee vertelt dat er binnen het zorgteam aandacht is voor communicatie en het geven en ontvangen van feedback. Wanneer er iets speelt in het team dan probeert men met elkaar een oplossing te vinden. De auditee geeft aan dat er een goede aanspreekcultuur binnen het team is. Een auditee geeft aan dat er ook veel aandacht is voor het opvangen van signalen van verbale en non-verbale communicatie bij bewoners, en er wordt gekeken naar passende interventies. Het volledige aantal punten is gescoord.

Waarde Veiligheid		90	Behaald
Prestatie P3 Cliëntveiligheid			
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

Cliëntervaring

Een bewoner vertelt tijdens de audit "Ik vind het fijn om hier te wonen. Ik voel me hier prettig". Deze bewoner heeft een goed contact met medewerkers en medebewoners. Er zijn vaak vertrouwde gezichten. De maximale score is van toepassing.

Praktijk en instrumenten

De locatie heeft een open deuren beleid en maakt gebruik van een "ontmoediging en verleidingsconcept". Zo zijn voor het ontmoedigen van het "dwalen" o.a. open deuren, liften en trappen aan het zicht onttrokken door optisch bedrog. De locatie beschikt over een besloten binnentuin waar bewoners zich vrij kunnen bewegen. Auditees geven aan dat 24 uur per dag een bedrijfshulpverlener (BHV) aanwezig is. Degene die de brandpieper draagt, heeft ook de leiding wanneer er een calamiteit ontstaat. Bij het meldsysteem hangt een stappenplan. De medewerkers kunnen, indien zij dat wensen, deelnemen aan de multibel app. Wanneer er sprake is van een calamiteit op de locatie wordt dit zichtbaar op de app en medewerkers die vrij zijn maar in de buurt wonen kunnen dan naar de locatie om hulp te gaan verlenen. Jaarlijks vindt een BHV scholing plaats. De auditor heeft een evaluatieverslag van een ontruimingsoefening van november 2023 ingezien. Bij navraag over 2024 blijkt dat deze niet heeft plaatsgevonden i.v.m. problemen met de organisator maar voor 2025 staat een oefening gepland. Installaties en hulpmiddelen worden periodiek gecontroleerd heeft het auditteam gezien. De tilhulpmiddelen en medische hulpmiddelen zoals de zuurstofconcentrator zijn voorzien van een recente keursticker. De auditor heeft de werkvoorraad bekeken. De medicatie wordt overzichtelijk in aparte bakjes voorzien van medicatiennaam in een afgesloten kast bewaard. De opiaten worden in een kluis in een afgesloten kast bewaard. Wanneer er medicatie uit de kast wordt gehaald dan wordt dit geregistreerd d.m.v. Medimo. Ook het (dubbel) aftekenen gebeurt via Medimo. Artsen schrijven recepten voor vanuit Medimo. De koelkast wordt wekelijks gecontroleerd en geregistreerd op een aftekenlijst, heeft auditor gezien. De apotheek houdt overzicht op de voorraad medicatie en houdbaarheidsdatum. Psychofarmaca wordt besproken tussen specialist ouderengeneeskunde en de apotheek. Er is een infectiepreventiecommissie aanwezig die twee keer per jaar bij elkaar komt, wordt verteld in een gesprek. Voor de protocollen maakt de organisatie gebruik van zipnet.nl, en volgens de auditee kan de deskundige infectie preventie altijd worden gebeld. De medewerkers die auditor heeft gesproken zijn bekend met de Wet Zorg en Dwang (WZD), het stappenplan en de alternatievenbundel. Auditees geven aan dat onvrijwillige zorg staat opgenomen in het zorgdossier maar naar aanleiding van het inspectiebezoek is onduidelijkheid ontstaan t.a.v. het gehanteerde stappenplan en dit is verwerkt als een verbeterpunt. De organisatie maakt gebruik van een externe WZD functionaris en een cliëntvertrouwenspersoon. De Melding Incidenten Cliënten (MIC) worden gedaan in ONS/Nedap. De meldingen worden besproken en behandeld door de MIC commissie. MIC meldingen worden tevens besproken met een terugkerend agendapunt tijdens het teamoverleg heeft auditor gezien. Bij inzage in de zorgdossiers heeft de auditor bij drie MIC meldingen gezien dat deze nog op concept stonden. Twee MIC meldingen waren van december 2024 en één MIC melding van februari 2025. De auditee gaf aan dat deze wel mee genomen zijn in het proces maar nog niet door de leidinggevende zijn afgehandeld. Hierdoor is onvoldoende duidelijk of de PDCA cyclus rond is en opvolging en borging gewaarborgd zijn, vandaar dat puntenaftrek plaatsvindt. De Melding Incidenten Medewerkers (MIM) worden op papier ingevuld en ingeleverd bij de leidinggevende. In het kader van legionella geeft een auditee aan dat als bv. een bewoner verzorgend wordt gewassen, de douche door de huismeester wordt doorgespoeld. Tijdens de rondgang is aangetoond dat stickers in het kader van HACCP plaatsvindt, het first in first out principe wordt gehanteerd en voor medewerkers is een aparte koelkast beschikbaar. Bij inzage van een zorgdossier in combinatie van inzage Medimo zag auditor bij een bewoner dat er een verschil was tussen beide systemen wat betreft het medicatiebeleid die

voor deze bewoner van toepassing is. In Medimo staat dat er een BEM score 5 van toepassing is terwijl deze bewoner zelf haar medicatie inneemt. Dit is echter bij één bewoner geconstateerd en het auditteam gaat uit van een toevalstreffer.

Reflecteren en verbeteren

In kader van de WZD had een bewoonster wegloopdrag, mevrouw heeft een gps gekregen en de gps wordt door mevrouw een stappenteller genoemd. Tevens is als actie een plant voor de klink van de nooddeur geplaatst. Tijdens de rondgang zag een auditee in de huiskamer een tabletje op de grond liggen. Ze gaf aan dat ze eerst naging van wie het tabletjes was, daarna zou ze contact opnemen met de arts of het als nog gegeven moest worden en een MIC invullen en indien nodig contact opnemen met de apotheek. Uit de MIC meldingen is gebleken dat vaak vergeten wordt af te tekenen. Uit de evaluatie is gebleken, dat medicatie na de hele ronde wordt afgetekend. Daarom is besloten om met een ipad af te tekenen zodat dit direct uitgevoerd kan worden en tevens is als verbeteractie het dragen van een hesje met daarop 'niet storen' geïntroduceerd. De maximale score is van toepassing.

Voorwaarden

Waarde Vakkundigheid		90 ● Behaald
Prestatie V1 Kwaliteit medewerkers		
Cliëntervaring	Goed op orde	30 ●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25 ●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35 ●

Cliëntervaring

De vraag of medewerkers de bewoners met aandacht behandelen en of medewerkers op een goede manier met bewoners omgaan, scoort bij vertegenwoordigers gemiddeld een 8,2 en bij de bewoners een 7,7. Voor de kwaliteit en het effect van de verpleging, verzorging en behandeling geven zowel bewoners als vertegenwoordigers gemiddeld een 8,2. In de cliëntenraadplegingrapportage is te lezen dat de verzorgers vriendelijk, aardig en behulpzaam zijn. De maximale punten zijn toegekend.

Praktijk en instrumenten

In oktober 2024 heeft een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) plaatsgevonden. Een document met een samenvatting en advies hiervan is overhandigd aan het auditteam. Het document is niet voorzien van een datum en het is niet duidelijk wat de stand van zaken op dit moment is. Ditzelfde geldt voor de Risico Inventarisatie & Evaluatie (RIE), welke ook in 2024 is uitgevoerd. Ook hier heeft een auditteam een samenvatting en advies van ontvangen maar de stand van zaken ontbreekt c.q. de concrete acties. Een A4 met het concept Leerhuis heeft de auditor ingezien waarin o.a. de visie op leren en ontwikkelen is opgenomen. Er wordt hard gewerkt aan een overzicht welke opleidingen/cursussen medewerkers hebben gevolgd en welke

scholingswensen een medewerker heeft, geeft auditee aan. Een overzicht voor welke handelingen een medewerker bekwaam en bevoegd is, is ingezien. De inzet van de formatie wordt berekend met behulp van een formatie-instrument in combinatie met de begroting en voldoet aan de inzetnorm van de NZA. Wanneer tussentijds aanpassingen nodig zijn zoals bij toenemende zorgzwaarte wordt daarop meteen geanticipeerd en kan extra personeel worden ingezet. Personeelsdossiers zijn ingezien en o.a. arbeidscontracten, VOG's en verslagen van jaargesprekken zijn aangetroffen. Gezien het ontbreken van concrete opvolging, acties en tijdplanning n.a.v. MTO en RIE vindt puntenaftrek plaats.

Reflecteren en verbeteren

Een verpleegkundige expertgroep (bestaande uit 7 verpleegkundigen niveau 4) gaat zich in 2025 verder ontwikkelen in het meedenken op thema's en het fungeren als klankbordgroep. Er loopt een pilot m.b.t. een vast dienstrooster. Een ander voorbeeld van verbeteren is dat besloten is om iedereen bijscholing werkbegeleiders te laten volgen omdat alle medewerkers stagiaires begeleiden. Het volledige aantal punten is toegekend.

Waarde Ontwikkelen		100	●	Behaald
Prestatie V2 Management en Governance				
Clïëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Clïëntervaring

Het auditteam spreekt met vertegenwoordigers van de Raad van Toezicht (RvT), de Ondernemings- en zorgraad (OZR) en cliëntenraad (CR) en hoort dat het contact met de bestuurder goed is en laagdrempelig aanspreekbaar. Er worden geen drempels ervaren en er wordt een grote betrokkenheid gevoeld. Er is veel aandacht voor de bewoners en medewerkers. De medezeggenschap wordt als goed ervaren. De organen ervaren dat wanneer zij een advies uitbrengen aan de bestuurder deze dat ter harte neemt. Ook wordt door auditees aangegeven dat de bestuurder zelf ook advies vraagt aan de raden. De maximale score is toegekend.

Praktijk en instrumenten

Huize Herfstzon heeft haar missie, visie en kernwaarden duidelijk verwoord in het document kwaliteitsbeeld 2024/2025 en op de website. Ten aanzien van kwaliteit en veiligheid zijn er klantbeloften geformuleerd. Het tot stand komen van beleidsplannen gebeurt in samenspraak met bewoners, medewerkers en externe betrokkenen. Huize Herfstzon volgt de Governance code voor de zorg. Er is een RvT bestaande uit 4 personen. Een vertegenwoordiger van de RvT vertelt dat er naast de reguliere overleggen die ongeveer 6 à 7 keer per jaar plaats vinden er tussendoor ook contacten zijn met de bestuurder. In verband met efficiëntie worden voorgenomen besluiten met de RvT gedeeld via een daarvoor bestemde app zodat dit in de overleggen minder tijd in beslag neemt en er over gegaan kan worden tot een directiebesluit. Het contact tussen RvT en bestuurder

wordt als goed en transparant ervaren. Huize Herfstzon heeft een functionerende cliëntenraad. De ondernemingsraad en zorgraad is verenigd in één commissie: de OZR. De organisatie kent geen managementteam. Er zijn formele en informele vergaderingen/bijeenkomsten met RvT, kwaliteitscommissie, CR, financiële commissie etc. Jaarlijks is er een themadag met één thema, waar de diverse commissies bij aansluiten. Afgelopen jaar was het onderwerp de nieuwbouw. De leiderschap die wordt gehanteerd, is gericht op service, is ondersteunend, coachend, inspirerend en flexibiliteit. Auditees geven aan dat de bestuurder zichtbaar is voor bewoners, contactpersonen en medewerkers. Het totaal aantal punten is gescoord.

Reflecteren en verbeteren

De organisatie houdt zich volop bezig met bewoners in de omgeving/regio. Veelal ook in samenwerking met organisaties uit de regio. In de week van de audit gaan er twee campagnes van start: 'Midden in de samenleving en samen zorgen voor'. In het gesprek met de bestuurder hoort auditor dat de organisatie het belangrijk vindt dat ouderen zo lang mogelijk thuis moeten kunnen blijven wonen. Hierin heeft men een belangrijke signaalfunctie. De organisatie heeft in de regio een Alzheimercafé opgezet wat goed wordt bezocht. De organisatie kookt niet alleen dagelijks vers voor de bewoners in de locatie maar ook voor de omgeving. Dagelijks worden door vele vrijwilligers verse maaltijden thuis bezorgd voor mensen die daar behoefte aan hebben. Op deze wijze kan de organisatie tevens een belangrijke signaalfunctie bekleden voor ouderen in de omgeving. De RvT heeft jaarlijks een zelfevaluatie waarvan eenmaal per twee jaar met externe begeleiding. Bij de vorige zelfevaluatie die plaats vond met externe begeleiding is op verzoek de bestuurder het laatste deel van de bijeenkomst aangesloten, wat als positief is ervaren. De maximale score is van toepassing.

Waarde Kwaliteit		80	Behaald
Prestatie V3 Sturen op kwaliteit			
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●
Reflecteren en verbeteren	Voldoende	25	●

Cliëntervaring

De tevredenheid van bewoners wordt jaarlijks extern uitgevraagd. Daarnaast kunnen bewoners en familieleden hun ervaringen delen op Zorgkaart Nederland. De maximale score wordt toegekend.

Praktijk en instrumenten

De organisatie werkt met een kwaliteitsplan 2019-2025 en met een kwaliteitskalender. Diverse functionarissen zijn actief op het gebied van kwaliteit (beleidsadviseur, kwaliteitsfunctionaris, kwaliteitsmedewerker, kwaliteitsverpleegkundigen niveau 5, aandachtsvelders) maar het is de auditor niet duidelijk geworden c.q. gemaakt wie wat doet en hoe de afstemming plaatsvindt. Een overleg kwaliteit en veiligheid vindt plaats, waarvan notulen van 22 oktober 2024 zijn ingezien, waar adviezen en voorgenomen besluiten worden aangegeven en waarvan auditees aangeven dat de bestuurder uiteindelijk het besluit neemt. Daarnaast is ook een kwaliteitscommissie actief die

maandelijks bij elkaar komt. Notulen van 17 december 2024 zijn ingezien waarin geen besluiten en acties staan vermeld. Diverse instrumenten zoals CTO, MTO, RIE, interne audits geven kwaliteitsinformatie echter vindt opvolging en monitoring niet plaats, althans dit is niet aangetoond. De kwaliteitskalender is daarbij wel helpend maar niet duidelijk is de actie heeft plaatsgevonden/is afgewerkt en wie ervoor verantwoordelijk is. Auditees geven aan dat er twee grote verbeterplannen komen, een voor de medewerkers en een voor zorg en bewoners. Een format is hiervoor onlangs ontwikkeld met de onderdelen probleem/tekortkoming/constatering, (oorzaak) analyse, te bereiken resultaat, verbeteracties, wie, gereed, monitoring. Ten tijde van de audit was dit format nog niet ingevuld. Bij de PDCA cyclus ontbreekt het ten tijde van de audit aan planning en monitoring. Vandaar dat puntenaftrek plaatsvindt. Er wordt wel gewerkt met prestatiekaarten, deze zijn duidelijk met de onderwerpen kijkpunten, methodiek, ijkpunten resultaten en toelichting.

Reflecteren en verbeteren

Een voorbeeld van reflecteren en verbeteren is het document 'Kwaliteitsbeeld, reflectie op 2024 en kwaliteitsdoelen voor 2025', aan de hand van de vijf bouwsteen van het generiek kompas. Het auditteam geeft hiervoor een compliment voor de openheid en transparantie. De auditor heeft een document 'Actiepunten n.a.v. interne audits Herfstzon van mei, juni 2024' gezien waarbij constatering zijn opgesomd die veelal in vragende vorm als vervolgspraak staan bv. 'uitkomsten delen met de teams en laten bespreken in het werkoverleg?'. Het is niet concreet gemaakt. Algemeen geldt dat de organisatie weet waar de aandachtspunten liggen echter zijn deze niet concreet uitgewerkt in acties, verantwoordelijke en een tijdpad. Vandaar dat het auditteam heeft besloten om hiervoor punten af te trekken.

Waarde Betrouwbaarheid		100	●	Behaald
Prestatie V4 Bedrijfsresultaten				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

Cliëntervaring

Er zijn bij het auditteam geen klachten bekend over een incorrecte afhandeling van administratie of onveilig omgaan met persoonlijke gegevens. De auditor ziet dat in het informatieboekje Verpleeghuis Huize Herfstzon uitgebreide informatie staat over het dienstenaanbod, bewoning, klachtenregeling, cliëntenraad, financiën etc. Op de website van de organisatie is informatie over tarieven van diensten vermeld. Van ieder zorgdossier wat door het auditteam is ingezien, is vooraf toestemming gevraagd aan de bewoners. Dit geldt tevens voor inzien van de personeelsdossiers. De maximale score is toegekend.

Praktijk en instrumenten

Huize Herfstzon is financieel gezond. De jaarrekeningen laten ieder jaar een positief resultaat zien. Er is een hoge solvabiliteit van ruim 50%. Als overige redenen voor een gezonde bedrijfsvoering

wordt genoemd dat de organisatie efficiënt is georganiseerd aldus auditees. De organisatie maakt deel uit van Stichting Lucrum. Dit is een samenwerkingsverband van diverse organisaties die hun krachten hebben gebundeld. Als één van de voordelen wordt aangegeven dat men door het samen inkopen met meerdere organisaties maximaal kan profiteren van kortingen bij inkoop van producten. Bij diverse innovatieve ontwikkelingen wordt gebruik gemaakt van subsidies, zoals bijvoorbeeld het aanschaffen van een elektrische auto en laadpaal en het duurzaamheidsproject C23. Duurzaamheid staat hoog in het vaandel bij Huize Herfstzon en dit uit zich o.a. door deelname aan de Green deal 3.0, het scheiden van afval en plastic, de aanschaf van een elektrische auto en led verlichting. In een gesprek wordt aangegeven dat er jaarlijks een risicoanalyse plaatsvindt aan de hand van KPI's verzuim, kwaliteit, veiligheid en financiën en monitoring hierop vindt jaarlijks plaats. De kwaliteitsfunctionaris is verantwoordelijk voor de gegevensbescherming. De auditor hoort dat er geen datalekken bekend zijn. Onlangs heeft een overstap plaatsgevonden naar een nieuw systeem AFAS voor de personele en financiële administratie. Het volledige aantal punten wordt toegekend.

Reflecteren en verbeteren

Huize herfstzon reflecteert continu op de bedrijfsvoering, zo blijkt uit het document kwaliteitsbeeld en uit de gesprekken. Uit een gesprek komt naar voren dat de intensieve samenwerking met organisaties uit de regio op het gebied van o.a. efficiëntie, duurzaamheid en kwaliteit, door de organisatie als kans wordt gezien om ook in de toekomst als organisatie de bewoners een veilige en ware woonomgeving te kunnen bieden en de medewerkers een fijne en veilige plek om te werken. Wat betreft duurzame inzetbaarheid van medewerkers hoort de auditor mooie voorbeelden zoals de verstelbare hoog-laag bureaus, beeldschermbrillen en het up-to-date houden van de juiste hulpmiddelen die nodig zijn bij de zorg aan de bewoners. De maximale score is van toepassing.

Bijlage 1. Methodische verantwoording

Audits vinden plaats onder toezicht van het College van Belanghebbenden. Dit college bestaat uit vertegenwoordigers van partijen uit de sector. Zij bewaken de kwaliteit van alle audits die Perspekt uitvoert.

De datum, scope en het soort audit vindt u in hoofdstuk Registratieadvies van dit rapport. Er waren geen bijzonderheden voor deze audit van toepassing.

Het auditteam bestond uit:

- Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
- Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn)
- Boventallige Auditor (Carolina Bartelds)

Prestatieoverzicht

Onderwerpen	Wel/niet behaald
Domeinen	
D1 Woon- en leefsituatie	Behaald
D2 Participatie	Behaald
D3 Mentaal welbevinden	Behaald
D4 Lichamelijk welbevinden	Behaald
Pijlers	
P1 Persoonsgerichte zorg	Behaald
P2 Communicatie en informatie	Behaald
P3 Cliëntveiligheid	Behaald
Voorwaarden	
V1 Kwaliteit medewerkers	Behaald
V2 Management en Governance	Behaald
V3 Sturen op kwaliteit	Behaald
V4 Bedrijfsresultaten	Behaald

Totaal aantal prestaties getoetst en behaald

**Getoetst: 11 prestaties
Behaald: 11 prestaties**

Bijlage 2. Kerngegevens

Peildatum	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	31 december 2024
Bestuursstructuur	
Bestuursstructuur	Eenhoofdig bestuur met Raad van Toezicht (en Advies)
Zorgbrede Governance Code	Ja
Toelichting:	
Verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	
Onder verscherpt toezicht IGJ	Nee
Toelichting:	
Datum laatste inspectieverslag	01 januari 2019
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	Ja
Toelichting:	
	Actiz
Identiteit	
Identiteit	Algemeen
Samenwerkingsverbanden	
Relevante samenwerkingsverbanden	Novicare Interzorg Ouderen Twente Viverion Tafel van Goor Gemeente Hof van Twente
Diensten die zijn uitbesteed	Administratieve diensten
Lokatie Huize Herfstzon	
In zorg	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	55
Uit zorg	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	
	Overlijden 0
	Ontslag / overig 0
Scope	Aantal cliënten
Individuele zorg (<i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i>)	3
Ondersteuning en begeleiding (<i>Wmo, hulp bij het huishouden</i>)	0
Verblijf (<i>Wlz</i>)	0
Verblijf inclusief behandeling (<i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i>)	52
Dagbesteding (<i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i>)	0

Revalidatie (o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)	0
Informele zorg	0
Totaal aantal cliënten	Totaal: 55
Specifieke kenmerken doelgroepen	
Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening	
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Ja
Toelichting:	Verhuur woningen en leveren maaltijden
Wzd-Registratie	
Wzd-Registratie	Ja
Toelichting:	
Personeel	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	
	Personen: 81
	FTE: 33,3
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	
	Personen: 25
	FTE: 6,3
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	
	Personen: 17
	FTE: 6,8
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	7,9 %
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	
	Personen: 118
	FTE: 0,0
Dit formulier is ingevuld door:	
Naam en functie:	Mathieu Joppe, strategisch adviseur

Bijlage 3. Auditprogramma

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
08:30	09:00	Voorbespreking auditteam		Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn) Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
09:00	09:15	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	A., bestuurder L., adviseur strategie en beleid Y. kwaliteitsfunctionaris M en I, leidinggevenden zorgteams S., leidinggevende facilitair	Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn) Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
09:15	11:30	Observaties en gesprekken over: D1. Comfort - Woon- en leefsituatie D2. Samen - Participatie D3. Genieten - Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit - Lichamelijk welbevinden	9.15 - 10.30 uur M. VIG-er W., kwaliteitsmedewerker M., medewerker leefomgeving 10.30- 11.30 uur M., Specialist ouderengeneeskunde B., fysiotherapeut M., ergotherapeut	Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
09:15	11:30	Observaties en gesprekken over: P1. Uniceit - Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en Informatie P3. Veiligheid - Cliëntveiligheid	D., EVVer M., leidinggevende zorgteam Y., kwaliteitsfunctionaris L., adviseur strategie en beleid	Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn)
11:30	12:15	Registraties/instrumenten en gesprekken over: D1. Comfort -Woon- en leefsituatie D2. Samen - Participatie D3. Genieten - Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit - Lichamelijk welbevinden	M. en I. , leidinggevenden zorgteams Y., kwaliteitsfunctionaris E., aandachtsvelder incontinentie W., kwaliteitsmedewerker	Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn)

11:30	12:15	Registraties/instrumenten en gesprekken over: P1. Uniciteit - Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie - Communicatie en Informatie P3. Veiligheid - Cliëntveiligheid	S. leidinggevende facilitair M., aandachtsvelder hygiëne infectiepreventie L., lid Cliëntenraad	Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
12:15	13:15	Bespreking bevindingen auditteam/werklunch		Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn) Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
13:15	15:00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V1. Vakkundigheid - Kwaliteit medewerkers V3. Kwaliteit - Sturen op kwaliteit	W., kwaliteitsmedewerker en OR lid A., leidinggevende facilitair L., adviseur strategie en beleid	Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
13:15	15:00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V2. Ontwikkelen - Management en Governance V4. Betrouwbaarheid - Bedrijfsresultaten	A., bestuurder M., voorzitter Raad van Toezicht	Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn)
15:00	16:30	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn) Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
16:30	16:45	Eindgesprek incl. registratieadvies	A., bestuurder L., adviseur strategie en beleid Y. kwaliteitsfunctionaris M en I, leidinggevenden zorgteams S., leidinggevende facilitair	Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn) Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
16:45	17:00	Evaluatie auditteam		Auditor (Margreet van Dijk-Apeldoorn) Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))

Bijlage 4. Instrumentenoverzicht

Algemeen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Ingevuld formulier kerngegevens	Ja	Ja
Inge vulde ARI (instrumentenoverzicht)	Ja	Ja
Organogram	Ja	Ja
(Strategisch) Jaarplan/activiteitenplan & begroting	Ja	Ja
Kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag	Ja	Ja
Strategische personeelsplanning	Nee	Nee
Maatschappelijke verantwoording (conform vigerende eisen) inclusief jaarrekening, accountantsverklaring	Ja	Ja
Informatiemateriaal (flyers, brochures e.d.) voor (potentiële) cliënten	Ja	Ja
Registratie en opvolging van uitkomsten (valide) cliëntervaringsonderzoek	Ja	Ja
Inzicht in de wijze van reflecteren en verbeteren m.b.t. de prestaties	Ja	Ja
Registratie en opvolging van klachten/complimenten en ongenoegens cliënten	Ja	Ja
Registratie en opvolging van incidenten (cliënten en medewerkers)	Ja	Ja
Inspectierapport en opvolging (actueel = niet ouder dan 3 jaar)	Nee	Nee

Domeinen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten over de woon- en leefsituatie, tenminste tav wooncomfort, gezamenlijke (binnen en buiten)ruimten, maaltijden en privacy	Ja	
Registratie en opvolging van privacy/privacyafspraken	Ja	
Inbraakpreventie, waaronder legitimatie en sleutelbeleid	Ja	

Huur-/zorgovereenkomsten	Ja
Inzet van passende technologische hulpmiddelen	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. participatie, tenminste ten aanzien van geboden ondersteuning bij het onderhouden van sociale contacten en deelname aan de samenleving, betrokkenheid bij hun zorg, inzet van vrijwilligers en de mate van inspraak	Ja
Ouderenmishandeling (signaleren, melden, opvolgen)	Ja
Afspraken met sociaal netwerk (w.o. mantelzorgers en vrijwilligers)	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. mentaal welbevinden, tenminste ten aanzien van zinvolle tijdsbesteding en geestelijke ondersteuning	Ja
Risicosignalering en –opvolging m.b.t. mentaal welbevinden: depressie/sociaal isolement/vergeetachtigheid/onbegrepen gedrag	Ja
Afspraken en opvolging m.b.t. ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken: onder andere reanimeren/geestelijke zorg	Ja
Psychosociale of gedragsinterventie (tenminste voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca)	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. lichamelijk welbevinden	Ja
Periodieke risicosignalering en –opvolging: medicijnen (inclusief polyfarmacie)/mobiliteit/voeding/incontinentie/huidletsel/mondzorg	Ja
Passende ondersteuning bij (zelf)verzorging, eten en drinken, mondzorg, toiletgang, rust en slaap, pijn, mobiliteit en beweging, seksualiteit en levenseinde	Ja
Relevante betrokkenheid disciplines/deskundigen (zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, pedicure, verpleegkundige, aandachtsvelders)	Ja

Pijlers

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. persoonsgerichte zorg	Ja	Ja
10% van de Zorgleefplannen (ZLP) met een minimum van 10 dossiers met relevante informatie over de 4 domeinen (inventarisatie van wensen, afgestemd op waarden/behoefte/afspraken en doelen/evaluatie/rapportage/bijstelling)	Ja	Ja
Structurele en periodieke ZLP besprekingen/cliëntbesprekingen/MDO	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. communicatie en informatie	Ja	Ja

Informatie(materiaal) voor cliënten (in brochures en/of digitaal via website) zoals informatie over zorgleefplan, zorg-/dienstverleningsovereenkomst, kosten, bescherming persoonsgegevens, inrichting appartement/huisregels (o.a. over veiligheid), procedure indicatie, toegang appartement/sleutelbeheer, wachtlijst/wachtlijstbegeleiding, bereikbaarheid, klachten, levensbeschouwelijke zaken en inspraak en medezeggenschap	Ja	Ja
Informatie voor en afspraken met cliënten m.b.t. rechten en plichten van cliënten zoals zorgplannen opstellen en evalueren, inzagerecht, wettelijke vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid	Ja	Ja
Blijk van tevredenheid van cliënten m.b.t. veiligheid	Ja	Ja
Systematiek waarbij alle risico's (basisveiligheid) van cliënten in kaart zijn gebracht, reflectie hierop en waar relevant preventieve en corrigerende maatregelen	Ja	Ja
Aandacht voor fysieke veiligheid: brandveiligheid inclusief BHV, hulpmiddelen, voedsel-/drinkwaterveiligheid, infectiepreventie	Ja	Ja
Aandacht voor sociale veiligheid: eenzaamheid, ouderenmishandeling, huiselijk geweld, grensoverschrijdend gedrag, vrijheidsbeperking	Ja	Ja
Bescherming persoonsgegevens	Ja	Ja

Voorwaarden

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Blijk van tevredenheid van cliënten over deskundigheid, voldoende beschikbaarheid en bejegening van medewerkers	Ja	Ja
Bekwaam en bevoegdheid t.a.v. risicovolle en voorbehouden handelingen op basis van vigerende protocollen	Ja	Ja
Strategische personeelsplanning	Ja	Ja
Scholing, deskundigheidsbevordering en reflecteren of intervisie van medewerkers	Ja	Ja
Periodieke gesprekken over competenties en loopbaanontwikkeling	Ja	Ja
Beschikbaar- en/of oproepbaarheid van interne en externe deskundigen (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig team, psycholoog en andere paramedici) en samenwerkingsafspraken	Ja	Ja
Arbo, RI&E en verzuimbeleid en uitvoering	Ja	Ja
Medewerkerstevredenheidsonderzoek en opvolging daarvan	Ja	Ja
Ervaren inspraak van cliënten en medewerkers	Ja	Ja
Besproken en onderschreven visie en missie	Ja	Ja
Periodieke managementreviews	Ja	Ja

Hanteren en reflecteren op Governance Code inclusief de klokkenluidersregeling	Ja	Ja
Inspraak en medezeggenschap van OR en CR, beschikbaarheid vertrouwenspersoon, klachtencommissie	Ja	Ja
Leiderschapsstijl en overlegstructuur	Ja	Ja
Samenwerking sociaal netwerk, buurt, gemeente, woningbouw, andere zorginstellingen (waaronder ziekenhuizen)	Ja	Ja
Ervaren kwaliteit van leven	Ja	Ja
Net promotorscore/aanbevelingsvraag Zorgkaart Nederland	Ja	Ja
Sturinginstrumenten kwaliteit voor cliënten en medewerkers, waaronder registratie en opvolging van incidenten, registratie en opvolging van klachten, inzicht in persoonsgerichte zorg, tevredenheidsmetingen en sturen op prestaties, interne audits, open houding t.o.v. reflecteren en verbeteren.	Ja	Ja
Reflecteren en verbeteren met betrokkenheid van medewerkers, lerend netwerk	Ja	Ja
Periodieke toetsing van kwaliteitssysteem	Ja	Ja
Administratieve processen en controles, waaronder geldig indicatiebesluit en eigen bijdrage cliënten	Ja	Ja
Financiële bedrijfsvoering, sturingsinformatie en risicoanalyse	Ja	Ja
Databeveiliging, waaronder persoonlijke gegevens	Ja	Ja
Gebouwenbeheer, huisvesting en duurzame investeringen	Ja	Ja

Overige instrumenten: Projectplan verbetering van coördinatie en registratie van zorg en behandeling Werkafspraken en uitgangspunten De Warme Huizen en Novicare Nieuwsbrief maart 2025 Prestatiekaart Voorwaarde 1: medicatie Concept plan van aanpak MTO Kwaliteitskalender De Warme Huizen 2025 Notulen werkoverleg 10-04-2025 Samenvatting en advies nav RI&E 2024 Samenvatting en advies nav MTO 2024 Evaluatie ontruimingsoefening Concept Leerhuis

Het auditteam heeft 10 cliëntendossiers ingezien.

Het auditteam heeft 3 personeelsdossiers ingezien.

Het auditteam heeft 5 cliënten/naasten gesproken.

Het auditteam heeft 6 medewerkers geobserveerd.