

# Auditrapport

## Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon

25 maart 2026

Qualicor Europe

## Inhoudsopgave

Inleiding .....	3
Registratieadvies .....	3
Behaalde prestaties.....	3
Advies .....	3
Vervolg .....	3
Samenvatting bevindingen .....	5
Algemene conclusie .....	5
Aandachtspunten.....	5
Toelichting per prestatie .....	7
Bijlage 1. Methodische verantwoording .....	12
Bijlage 2. Kerngegevens.....	13
Bijlage 3. Auditprogramma .....	16
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht .....	17

## Inleiding

Stichting Qualicor Europe heeft een tussentijdse audit uitgevoerd bij Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon. Met deze audit geeft Qualicor Europe een onafhankelijke beoordeling over kwaliteit van zorg en ondernemerschap aan de hand van de prestaties uit het kwaliteitssysteem PREZO VV&T keurmerkschema voor Verantwoorde zorg & Verantwoord ondernemerschap 2017 (01/07/17, versie 1).

Tijdens deze audit ligt de focus op de voortgang van de in het vorige rapport geformuleerde aandachtspunten, de drie prestaties vallend onder de Pijlers en het logo- en keurmerkgebruik. Het doel van de audit is om te beoordelen of uw PREZO VV&T 2017 keurmerk gecontinueerd kan worden zoals dit ten tijde van de initiële audit is getoetst.

Daarnaast geeft de audit ontwikkelgerichte informatie voor Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon en biedt waar nodig concrete handvatten voor verbetering.

## Registratieadvies

Op 25 maart 2026 heeft er een tussentijdse 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 3 van de 3 prestatie(s) behaald. Hiermee voldoet Stichting De Warme Huizen 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 CEO van Qualicor Europe om het PREZO VV&T keurmerk in de zorg voor Stichting De Warme Huizen, Huize Herfstzon te continueren.

### Vervolg

Na een positief registratiebesluit vindt er na 1 jaar een eindaudit plaats. Tijdens deze audits toetst Qualicor Europe de Pijlers en de genoemde aandachtspunten uit de voorgaande audits.



## Samenvatting bevindingen

### Algemene conclusie

Op 7 januari 2025 heeft een onverwacht bezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) plaatsgevonden. De verbeterpunten vanuit dit inspectiebezoek en de aanbevelingen vanuit een prisma onderzoek uit september hebben geleid tot het verbeterproject 'Vakmanschap versterkt' met vier verbeterdoelen:

1. Zorgdossier en de rapportage actueel en compleet
2. Stimuleren van zelfregie (Bewoner meer zelf laten doen en kiezen)
3. Onvrijwillige zorg kiezen en vastleggen (WZD)
4. Ken je procedures

Deze doelen zijn verder uitgewerkt in een praatplaat waarbij het visueel is gemaakt. Tevens is een praatplaat Samen groeien gemaakt. Voor beide platen geeft de auditor een compliment omdat het in een oogopslag duidelijk maakt waar de organisatie aan werkt. Medewerkers zijn op verschillende momenten geïnformeerd en betrokken bij het verbetertraject. Acties zijn verwerkt in een verbeterregister. Op 27 juni en 15 september 2025 heeft een tussentijdse evaluatie plaatsgevonden. Op 30 oktober 2025 heeft een vervolgbezoek plaatsgevonden door de inspectie. Conclusie van de inspectie is dat de organisatie actief aan de slag is gegaan met de verbeterpunten. Ze zien een groot lerend vermogen bij Huize Herfstzon en dat de bestuurder het traject in samenspraak en met samenwerking met medewerkers op een open en transparante manier heeft aangepakt. De herbeoordeling van de IGJ was positief en alle opnieuw beoordeelde normen hebben de status groen (voldoet in de basis aan de norm) of donkergroen (voldoet volledig aan de norm) gekregen.

Tijdens de tussentijdse audit is gebleken dat het keurmerk juist wordt gebruikt. Het tegeltje hangt op en het keurmerk staat vermeld op de website.

### Complimenten

- P1 De auditor geeft een compliment voor de wijze waarop de organisatie de stemming van de bewoners dagelijks meet. Dit geeft volgens de auditor inzicht en ze heeft gezien dat dit leidt tot kwaliteitsverbetering o.a. vroegsignalering van bijvoorbeeld een delier.
- P1 en P3 Een compliment voor de wijze waarop het project 'vakmanschap versterkt' visueel maar ook daadkrachtig is vorm gegeven en geïmplementeerd binnen de organisatie.

### Aandachtspunten

- P1 Het methodisch werken ten aanzien van het zorgplan en rapportage is nog niet gewaarborgd. Tijdens de tussentijdse audit heeft de auditor geconstateerd dat de doelen niet smart zijn geformuleerd en dat hierin verschil bestaat tussen de pg afdeling en somatiek. Het aandachtspunt blijft staan.
- P3 De implementatie van de Wet Zorg en Dwang (WZD) vraagt nog aandacht waaronder

het toepassen van het stappenplan en de schriftelijke rapportage. Tijdens de tussentijdse audit heeft de organisatie aangetoond dat het stappenplan wordt toegepast en in implementatie van de WZD in de zorgdossiers onder schriftelijke verslaglegging heeft plaatsgevonden. Het aandachtspunt is afgewerkt.

- 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. Tijdens de tussentijdse audit heeft de auditor gezien dat opvolging van acties plaatsvindt. Het aandachtspunt is afgewerkt.
- V1 Er is geen opvolging gegeven aan het uitgevoerde MedewerkersTevredenheidsOnderzoek (MTO) en de Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E). De resultaten van het MTO zijn geanalyseerd. De werklust onder medewerkers kwam als verbeterpunt naar voren maar op basis van de uitvraag was het niet duidelijk wat de beleving van de ervaren werklust is onder de medewerkers. Daarom heeft de organisatie besloten om in april 2026 een nieuwe MTO uit te vragen met aanvullende open vragen over de ervaren werkdruk. De auditor heeft de vragenlijst ingezien. Met betrekking tot de RI&E is een verbeterplan opgesteld. Zo is bijvoorbeeld aan de facilitaire medewerkers is de mogelijkheid geboden om gehoorbescherming te dragen vanwege geluidsoverlast en voor de zorg is het ergonomisch werken opgepakt, ergotherapeut geeft advies, scholing til- en transfer loopt, er zijn egocoaches aanwezig. Het aandachtspunt is afgewerkt.
- 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. De kwaliteitskalender is aangepast en de organisatie heeft nu goed in beeld wie, wat, wanneer doet. Tevens blijkt de monitoring uit de tussenevaluaties die de organisatie zelf uitvoert. Het aandachtspunt is afgewerkt.
- P2 Op de website is de klachtenregeling niet aangepast aan de WZD en bevinden zich niet de meest recente versies van documenten.
- P3 Niet bevoegde medewerkers hebben toegang tot de medicijnen(ruimtes).

## 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.

## Pijlers

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

### *Cliëntervaring*

In mei en juni 2025 heeft een cliënttevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. Op de vraag of de zorg past bij de manier waarop de bewoner zou willen leven wordt gemiddeld een 8,5 gescoord. Op Zorgkaart Nederland zijn onder andere de volgende opmerkingen te lezen: 'Er is veel oprechte en liefdevolle aandacht in Huize Herfstzon. Mijn naaste wordt zowel mentaal als fysiek lief verzorgd'. 'Het voelt voor mijn vrouw als thuis'. 'Er wordt veel georganiseerd en mijn naaste heeft veel vrijheid om te doen waar ze zin in heeft'. 'Het is hier kleinschalig en de zorgverleners kennen de bewoners goed'. 'Ik kan hier gewoon mijn eigen gang gaan'. Het volledige aantal punten wordt toegekend.

### *Praktijk en instrumenten*

Er zijn voorbeelden gedeeld door auditees hoe medewerkers inspelen op de persoonlijke behoeften van bewoners. Een bewoner die moeite heeft met communiceren, wordt ondersteund door haar ruimte te geven. Ze krijgt bijvoorbeeld een knuffel als ze dit toelaat, of mag rondlopen als ze dat prettig vindt. Wanneer ze niet aan tafel wil eten, krijgt ze een boterham in de hand, die ze lopend opeet. Een bewoner die vanwege gezondheidsredenen geen gewone koffie mag drinken, krijgt als alternatief cafeïnevrije koffie aangeboden. Een bewoner en diens familie geven de voorkeur aan actieve transfers. Dit wordt zoveel mogelijk uitgevoerd door twee medewerkers om aan hun wens te voldoen. In een zorgplan leest de auditor dat dat zorgplan dat een bewoner graag aangesproken wil worden met mevrouw en later als ze een band hebben opgebouwd, wil ze graag aangesproken worden met haar voornaam. Een bewoner die graag zelfstandig wil roken, bieden ze een rookschort aan zodat het ook mogelijk is. De zorgdossiers die zijn ingezien door de auditor bevatten allen een zorgplan waarin veel doelen zijn opgenomen op de vier domeinen, waarbij ook verschil is te zien tussen somatiek en pg. Bij somatiek zijn er eigenlijk geen doelen geformuleerd maar korte kopjes zoals 'medisch beleid', 'ADL zorg toiletgang' en vervolgens staan de acties verwoord. Auditee geeft aan dat ze hiervoor hebben gekozen in verband met de overzichtelijkheid. Een enkele keer is een doel geformuleerd zoals 'Mijn valgevaar is zoveel mogelijk beperkt' of 'Ik heb een zinvolle dagbesteding die bijdraagt aan mijn levensvreugde'. Auditee ziet ook dat er veel doelen zijn geformuleerd en vraagt zich af of alle doelen van toegevoegde waarde zijn. Bijvoorbeeld doel: geen ondergewicht een BMI van minimaal 20, actie: maandelijks meten. Dit ziet auditor ook terug in de rapportage. Bij een andere bewoner staat

alleen gewicht en bloeddruk als doel. In de actie staat dan waarom de bloeddruk moet worden gemeten maar niet waarom het gewicht moet worden gemeten, dan lijkt het op meten om te meten. Veel doelen maakt een zorgplan niet overzichtelijk en ook niet voor invalskrachten wat zij moeten doen bij een bewoner. MultiDisciplinairOverleg vindt plaats. Auditor heeft in een zorgdossier een verslag gezien van een bewoner die in december 2025 is komen wonen bij Huize Herfstzon en waarbij een MDO heeft plaatsgevonden op 27-01-2026. De klachtenregeling is laagdrempelig. Auditor heeft een overzicht gezien van 2025 waar zeven klachten zijn gemeld en waarbij een gesprek tot een oplossing/afroning van de klacht heeft gezorgd. Er vindt puntenaftrek plaats omdat in het zorgplan veel doelen zijn opgenomen en de doelen niet altijd smart zijn geformuleerd. Het risico voor de bewoner hierbij is een verminderde kwaliteit van leven omdat onduidelijk is wat er concreet moet gebeuren en het kan leiden tot versnippering van aandacht en focus (inefficiëntie) waardoor de bewoner niet de gerichte ondersteuning krijgt die nodig is.

### *Reflecteren en verbeteren*

Naar aanleiding van het inspectiebezoek wordt nu dagelijks de stemming van een bezoeker gemeten, een score van 0-6 van (paars (somber) naar rood (boos)). In diverse zorgdossiers heeft de auditor dit ook teruggezien met een overzicht. Een aandachtspunt is de toelichting bij de score. Bij somatiek heeft de auditor bij de steekproef van zorgdossiers gezien dat de stemming wordt toegelicht onder andere door aan te geven of de bewoner zwijgzaam was, boos, goed aanspreekbaar. Bij de pg bewoners is als toelichting aangegeven aan welke activiteit de bezoeker heeft deelgenomen. Auditees geven als voorbeeld aan dat ze ook met betrekking tot de score op stemming en het verloop kunnen zien of wellicht een depressie aan de orde is of een bewoner die gevoelig is voor een unrineweginfectie en daarom staat in het zorgplan ook opgenomen dat één keer per maand dat er dan gestikt wordt. Auditees geven aan dat kwaliteitsverpleegkundigen gaan kijken naar de opbouw van het zorgplan, welke doelen moeten er echt in staan en ook hoe een MDO eruit moet komen te zien, wat moet besproken worden. Op de somatische afdeling vindt intervisie op een afdeling plaats. Een ander punt van verbetering is dat er bewonersbesprekingen plaatsvinden. Op basis van deze bevindingen vindt volledige punten toekenning plaats.

<b>Waarde Transparantie</b>		<b>90</b>	<b>Behaald</b>
Prestatie P2 Communicatie en informatie			
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●

### *Cliëntervaring*

Op de informatieondersteuning scoort Huize Herfstzon gemiddeld een 8,6 bij het cliënttevredenheidsonderzoek. 'Ik heb als naaste goed contact met de medewerkers en ik kan altijd meelesen in de rapportage', is een reactie die te lezen is op Zorgkaart Nederland. De maximale score is van toepassing.

### *Praktijk en instrumenten*

Per 8-1-2026 is een nieuwe website. De auditor vindt de website er aantrekkelijk uitzien, toegankelijk en met sprekende foto's. De auditor vraagt de aandacht voor het publiceren van recente documenten op de website, zoals een auditrapport van 2024, een klachtenregeling van 2023 die niet aangepast is aan de WZD. Aspirant bewoners ontvangen van de cliëntadviseur een informatieboekje en diverse formulieren. Een auditee geeft aan dat er wel 18 formulieren zijn en dat een revisie gaat plaatsvinden zodat het praktische en efficiënter wordt omdat ook niet alle formulieren voor iedereen van toepassing zijn Twee keer per jaar vindt een familieavond plaats, eerst plenair een themabijeenkomst en vervolgens per afdeling waarbij ook evv-ers aanwezig zijn. Maandelijks wordt een nieuwsbrief uitgedeeld en die is ook te vinden is op de website. Er vindt puntenaftrek plaats aangezien de klachtenregeling die gepubliceerd staat op de website niet is aangepast aan de WZD en niet de meest recente versies van documenten op de website zijn gepubliceerd.

### *Reflecteren en verbeteren*

Naar aanleiding van een prisma analyse is besloten tot het opstellen van een formulier wanneer familie tussen 23.00-07.00 uur gebeld wil worden. De reflectie met betrekking tot de informatie en formulieren is aangegeven door auditee en dat een verbeteractie wordt uitgezet. De maximale score wordt toegekend.

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 geeft bij de auditor dat hij een veilig gevoel, liefdevolle zorg krijgt en geen enkele klacht heeft gehad in de vele jaren dat hij er al woont. Op Zorgkaart Nederland zijn de volgende opmerkingen te lezen: 'Mijn naaste heeft honderd procent vertrouwen in de kennis en ervaring van de zorgverleners'. 'Ze reageren snel en altijd als ik op de bel druk'. 'Het is fijn dat er een klein team werkt, waardoor mijn naaste vaak dezelfde gezichten ziet. Verder doen medewerkers ontzettend hun best en hebben ze oneindig geduld'. De maximale score wordt toegekend.

### *Praktijk en instrumenten*

De inzet van onvrijwillige zorg is besproken naar aanleiding van twee specifieke zorgdossiers; inzet van dwaaldetectie en een extra laag bed met valmatras. Bij beide dossiers is het stappenplan van de WZD ingevuld en goedgekeurd door de vertegenwoordigers van de bewoners. Alternatieve maatregelen zijn afgewogen en besproken. Zo is de Vilans alternatievenbundel bekend. Tevens zijn evaluatiedata bij de dwaaldetectie over een half jaar en bij de andere vond de inzet plaats op 18-02-2026 en is een evaluatie afgesproken op 22-04-2026. Scholing over de WZD heeft in

november 2025 plaatsgevonden, waarbij casussen zijn besproken. Dit draagt bij aan het leren van en met elkaar. Het overleg met de WZD-functionaris vindt vier keer per jaar plaats. Tijdens een recente familiebijeenkomst is het thema WZD besproken en is de vertrouwenspersoon voorgesteld. Er is een steekproef genomen ten aanzien van de aanwezige opiaten zowel op naam als van de werkvoorraad. Dit was in orde. Op één formulier stond wel de naam van de bewoner en wat eruit is gehaald, maar stond niet aan welke medicatie het betrof. Op een andere lijst stond dit wel goed dus het betrof een incident welke direct door de auditee is aangepast. Een aandachtspunt is de toegang tot de medicatie. Medewerkers die niet bevoegd en bekwaam zijn hebben een sleutel/toegang tot de dagelijkse medicatie van de bewoners. De opiaten en werkvoorraad staan in een aparte ruimte waar ook iedereen toegang tot heeft. Alleen de opiatenkluizself is nog voorzien van een code. Auditee geeft aan dat iedere medewerker BHV-er is. De laatste brandoefening heeft plaatsgevonden op 16-3-2026. In verband met het aandachtspunt van de toegang tot de medicatie(ruimte) door niet bevoegde medewerkers vindt puntenaftrek plaats.

### *Reflecteren en verbeteren*

In september 2025 heeft een bijeenkomst met medewerkers plaatsgevonden en daarbij is de volgende evaluatie aangegeven met betrekking tot de WZD zo heeft de auditor kunnen lezen: 'Nieuwe aandachtsvelders op de afdelingen, hernieuwde aandacht voor de WZD, waaronder verspreiden zakkaartjes met stappenplan, zorgdossiers zijn langsgelopen op WZD, waar van toepassing werden wijzigingen doorgevoerd en nieuwe stappenplannen worden mede gemonitord door het kwaliteitsteams en de EVV-er en per 1 oktober 2025 is een nieuwe WZD functionaris gestart'. Auditee geeft aan dat ze een nieuw oproepsysteem in gebruik hebben genomen, een systeem waar alarmeringen op binnen komen, maar waardoor bijvoorbeeld ook de bereikbaarheidsdienst direct gebeld kan worden of desbetreffende verantwoordelijke van de afdeling met als voordeel dat medewerkers niet zelf hoeven te zoeken. Een ander voorbeeld heeft de auditor gelezen in een verslag van een werkoverleg d.d. 3 maart jl. is dat er veel MIC meldingen te maken hebben dat medicatie wel wordt gegeven maar niet is afgetekend. Dit is besproken in de teamvergadering. Collega's spreken elkaar erop aan, bijvoorbeeld een bewoner zit in BEM 5 en een tablet wordt gevonden dat geeft desbetreffende medewerker dat door aan de de evv-er. 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 Qualicor Europe 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))

### Prestatieoverzicht

Onderwerpen	Wel/niet behaald
<b>Pijlers</b>	
P1 Persoonsgerichte zorg	Behaald
P2 Communicatie en informatie	Behaald
P3 Cliëntveiligheid	Behaald
<b>Totaal aantal prestaties getoetst en behaald</b>	<b>Getoetst: 3 prestaties Behaald: 3 prestaties</b>

## Bijlage 2. Kerngegevens

Peildatum	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	31 december 2025
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	30 oktober 2025
Leveringsvoorwaarden	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	Ja
	Toelichting: Actiz
Identiteit	
Identiteit	Algemeen
Samenwerkingsverbanden	
Relevante samenwerkingsverbanden	Novicare Viverion Tafel van Goor Gemeente Hof van Twente Lerend Netwerk, 't Dijkhuis in Bathmen en Den Bouw in Warnsveld
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 Ontslag / overig
Scope	Aantal cliënten
Individuele zorg ( <i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i> )	2
Ondersteuning en begeleiding ( <i>Wmo, hulp bij het huishouden</i> )	
Verblijf ( <i>Wlz</i> )	53
Verblijf inclusief behandeling ( <i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i> )	
Dagbesteding ( <i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i> )	1

Revalidatie  
(o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)

Informele zorg

#### Totaal aantal cliënten

Totaal: 56

Specifieke kenmerken doelgroepen

WLZ Somatiek en PG  
2 Wijkverpleging  
1 Dagbesteding WMO

#### Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening

Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?

Ja

Toelichting:

Lekker Ett'n maaltijden

#### Wzd-Registratie

Wzd-Registratie

Ja

Toelichting:

#### Personeel

Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum

Personen: 85

FTE: 45,0

Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen:

FTE:

Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar

Personen:

FTE:

Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof

7,0 %

Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar

Personen: 115

FTE:

#### Tussentijdse- of eindaudit

Om wijzigingen ten opzichte van de voorgaande audit inzichtelijk te maken voor het auditteam vragen wij u een aantal aanvullende gegevens:

#### Organisatiestructuur

Hebben zich, ten opzichte van de voorgaande audit, ingrijpende wijzigingen in de organisatiestructuur voorgedaan? Bijv. wijzigingen in leidinggevende posities of juridische structuur, is er sprake van een fusie?

Nee

Toelichting:

#### Producten en/of dienstverlening

Zijn er wijzigingen die van invloed zijn op de (deel)producten en diensten, het vervallen van (deel)producten/diensten of juist een aanvulling van (deel)producten/diensten?

Nee

Toelichting:

**Personeel**

Is de personele formatie ten opzichte van de voorgaande audit sterk uitgebreid en/of verminderd? Nee

Toelichting:

**Keurmerk- en logogebruik**

Zijn er aanvullende afspraken met Qualicor Europe over keurmerk- en logogebruik? Nee

Toelichting:

**Overige**

Is er andere informatie voor de tussentijdse audit van belang? Nee

Toelichting:

**Dit formulier is ingevuld door:**

Naam en functie: Mathieu Joppe, strategisch adviseur  
Kwaliteitsteam, Yvonne Moonen en Linda Kemna

## Bijlage 3. Auditprogramma

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
08:30	09:00	Kennismaking Bespreken ontwikkelingen afgelopen jaar Gebruik logo en keurmerkgebruik	Mw. A., directeur bestuurder Mw. I., leidinggevende zorg Mw. S., leidinggevende zorg Mw. Y., kwaliteitsfunctionaris Mw. L., beleidsadviseur zorg en kwaliteit	Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
09:00	12:00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P1. Unicité – Persoonsgerichte zorg P2. Transparantie – Communicatie en Informatie P3. Veiligheid – Cliëntveiligheid Aandachtspunten vorige audit(s)	Mw. A., kwaliteitsverpleegkundige Mw. S., leidinggevende zorg Mw. K., cliëntadviseur Mw. Y., kwaliteitsfunctionaris Mw. L., beleidsadviseur zorg en kwaliteit Mw. W., kwaliteitsmedewerker Mw. I., leidinggevende zorg	Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
12:00	12:15	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek	-	Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
12:15	12:30	Eindgesprek incl. terugkoppeling registratieadvies	Mw. A., directeur bestuurder Mw. I., leidinggevende zorg Mw. S., leidinggevende zorg Mw. Y., kwaliteitsfunctionaris Mw. L., beleidsadviseur zorg en kwaliteit	Voorzitter / Secretaris (Mariëlla Lemmens (LEAD))
12:30	12:30			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	Ja	Ja
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)	Ja	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/behoef ten/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

Overige instrumenten: Notulen teamoverleg d.d. 3-3-2026 - V-plan RI&E - praatplaat samen groeien - praatplaat vakmanschap versterkt - leidende coalitie kick off 6-6-2025 - Kick off DWH op 10 juli 2025 - 2e bijeenkomst DWH vakmanschap - planning doelen vakmanschap versterkt - projectplan IGJ 2025 - tussenevaluatie 27-06-2025 - tussenevaluatie 15-09-2025 - verbeterregister IGJ