

Auditrapport  
Stichting Maria Dommer, Woonzorgcentrum  
Maria Dommer, Wijkverpleging Maria  
Dommer

19 mei 2022 en 7 juni 2023

Stichting Perspekt



# Inhoudsopgave

Inleiding .....	3
Aanleiding .....	3
Registratieadvies .....	3
Behaalde prestaties .....	3
Advies.....	3
Vervolg .....	3
Samenvatting bevindingen .....	4
Algemene conclusie .....	4
Complimenten.....	4
Aandachtspunten.....	5
Toelichting per prestatie .....	9
Bijlage 1. Methodische verantwoording .....	25
Bijlage 2. Kerngegevens .....	26
Bijlage 3. Auditprogramma.....	29
Bijlage 4. Instrumentenoverzicht .....	35

# Inleiding

Stichting Maria Dommer, Woonzorgcentrum Maria Dommer, Wijkverpleging Maria Dommer 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 Maria Dommer, Woonzorgcentrum Maria Dommer, Wijkverpleging Maria Dommer 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.

## Aanleiding

Maria Dommer streeft naar een warm en respectvol werk-, leef- en woonklimaat waarin de vraag van cliënten centraal staat. Maria Dommer houdt nadrukkelijk rekening met de autonomie en privacy van cliënten, met respect voor ieders achtergrond en overtuiging. In de kernwaarden van Maria Dommer staat de pelikaan centraal, het symbool voor naastenliefde. De pelikaan staat voor persoonlijk, empathie (inlevingsvermogen), luisteren, integriteit, kleinschalig, autonomie, actief (initiatief) en nabijheid.

Uw organisatie wil graag blijvend werken aan kwaliteit. Een PREZO VV&T audit helpt u om te reflecteren op de dagelijkse zorg en ondersteuning die u aan cliënten biedt. Momenteel bent u in het bezit van PREZO VV&T keurmerken voor uw Woonzorgcentrum en de wijkverpleging. U wilt graag opgaan voor één keurmerk voor de gehele organisatie.

# Registratieadvies

Op 19 mei 2022 heeft een initiële audit en op 7 juni 2023 heeft een heraudit plaatsgevonden binnen meerdere organisatieonderdelen van Stichting Maria Dommer, op basis van het keurmerkschema PREZO VVT '17 v1. De scope van de audit is Verblijf inclusief behandeling, Verblijf, Individuele zorg. De kerngegevens van deze organisatieonderdelen staan in bijlage 2.

## Behaalde prestaties

Stichting Maria Dommer heeft 11 van de 11 prestatie(s) behaald. Hiermee voldoet Stichting Maria Dommer 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 Maria Dommer te voorzien van het PREZO VV&T gouden keurmerk in de zorg.

## Vervolg

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

# Samenvatting bevindingen

## Algemene conclusie

### Initiële audit

Maria Dommer heeft een positief financieel bedrijfsresultaat. Uit de gesprekken en de gevoerde risicoanalyse van de interim bestuurder en managers blijkt dat er zicht is op de koers. In de praktijk ziet het auditteam dat cliënten zeer tevreden zijn. De zorg in de praktijk is persoonsgericht en heel liefdevol. Het reflecteren en verbeteren is in het team thuiszorg een normaal onderdeel van het werk, in het woonzorgcentrum is dit nog zeer in de kinderschoenen. Een voorbeeld hiervan is de PDCA bij de MIC en de uitkomsten cliënttevredenheid. Deze zijn in de team thuiszorg geborgd. Maria Dommer heeft in 2022 te maken met een bezetting die op sleutelposities bestaat uit interimmanagers en externe inhuurkrachten. Ook is er sprake van een hoog ziekteverzuim. Daarnaast is volgens de analyse van de interim bestuurder en het MT sprake van een onduidelijke taak, rol en verantwoordelijkheidsverdeling waardoor de kwaliteit van medewerkers niet tot hun recht komt. Functies zoals GVP-ers en kwaliteitsfunctionarissen worden nog onvoldoende in positie gezet, volgens de leiding. Het auditteam ziet een verschil in de mate waarin de teams zelf verantwoordelijkheid en ruimte nemen, tussen de thuiszorg en het woonzorgcentrum. Het team thuiszorg is taakvolwassen, innovatief en zelfsturend. In het woonzorgcentrum is de houding meer reactief en werken de zorgteams taakgericht. In het woonzorgcentrum is er weinig inzicht in de uitkomsten en de opvolging.

De organisatie heeft aangegeven de audit te willen gebruiken om de punten van aandacht helder te verwoorden door een externe toetsing. Dit maakt dat het auditteam vertrouwen heeft dat Maria Dommer op de goede weg zit en de komende periode een kwaliteitsslag gaat maken.

### Heraudit

Tijdens de heraudit 2023 laat Maria Dommer zien dat de organisatie in het afgelopen jaar een grote kwaliteitsslag heeft gemaakt. Per 1 januari 2023 is de nieuwe bestuurder in functie. In het startgesprek van de heraudit hecht zij er aan te benadrukken dat zij geen interim functie bekleedt maar zich voor langere tijd wil verbinden. De continuïteit van de leiding is een van de pijlers om de basis op orde te krijgen. De basis op orde is het doel geweest van dit afgelopen jaar. IGJ heeft in juli 2022 een bezoek gebracht. Op 4 mei 2023 is de IGJ opnieuw op bezoek geweest. Het rapport is nog niet beschikbaar maar de bestuurder geeft aan dat zij het bezoek als positief en constructief heeft ervaren. Er is voor Maria Dommer een verbeterregister opgesteld. In dit register staan alle uitkomsten van interne en externe audits en de IGJ. De meeste punten zijn aangepakt, staan al op groen of zijn in behandeling. De auditees die de auditor spreekt vertellen dat de situatie bij Maria Dommer in vergelijking met vorig jaar ten goede is gekeerd. 'Een wereld van verschil' zeggen ze. De auditees zijn zeer enthousiast over de verbindingen die intern zijn belegd en gegroeid. De auditor ziet dat dit ook geleid heeft tot resultaten. De aandachtspunten zijn gedegen opgepakt. Waardoor er nu een mooi positief resultaat is behaald.

## Complimenten

### Initiële audit

V3. Het team thuiszorg maakt actief deel uit van de zorg- en welzijnsnetwerken in de lokale gemeenschap. Een groot compliment hiervoor is op zijn plaats.

V3. In de thuiszorg is een heldere PDCA wat betreft meting van cliëntervaring. Jaarlijks wordt de PREM uitgevoerd en de opvolging is zichtbaar.

V1 Kwaliteit van medewerkers. Het team thuiszorg is een krachtig zelfsturend team gericht op reflectie en innovatie. Zij zijn in staat hun vakbekwaamheid te versterken door middel van

cyclische feedback, intervisie met aandacht voor dilemma's. Het team maakt hiervoor veel ruimte onder meer in de teamoverleggen.

P1 De zorg in de praktijk is in het woonzorgcentrum en in de thuiszorg persoongericht en liefdevol. De cliënten zijn zeer tevreden.

Heraudit

Algemeen

De auditor geeft een compliment voor de wijze waarop Maria Dommer het afgelopen jaar gewerkt heeft aan de aandachtspunten uit de initiële audit.

De auditor geeft een compliment voor de wijze waarop maria Dommer is gestart met het thema informele zorg en familieparticipatie.

V3.

Het verbeterregister geeft een compleet en saemhangend beeld van alle verbeterpunten. De voortgang is hierin goed te volgen. De verbeterpunten zijn en worden voortvarend opgepakt.

Een compliment voor de methode kwaliteitsdialoog als instrument om het methodisch werken te verbeteren.

V1.

De Leer Academie is een mooi initiatief dat bijdraagt aan de kennis en – naar eigen zeggen- gvoel van eigen verantwoordelijkheid van medewerkers.

Medewerkers zijn enthousiast en hebben zin om met elkaar verder te bouwen aan de kwaliteit. Zij zijn zeer te spreken over de teambuilding.

Er is een stabiel team van zorg en behandeling dat goed met elkaar samen werkt. Dit is een groot compliment waard.

### **Aandachtspunten Initiële audit**

V3. Sturen op kwaliteit. Maria Dommer beschikt niet over een werkend klachtensysteem.

Heraudit

Tijdens de heraudit vertellen de auditees dat ze deze bevindingen niet herkennen. Er is een klachtenfunctionaris en een klachtenprocedure. Voorafgaand aan de audit heeft Maria Dommer het jaarverslag van de klachtenfunctionaris gestuurd. Dit jaarverslag gaat in op cijfers, analyses en trends. In dit verslag leest de auditor dat er in 2022 in totaal 34 klachten zijn geformuleerd door 12 klagers, 2 cliënten en 10 vertegenwoordigers (meestal familie). De klachten zijn samen met de klagers besproken en (indien van toepassing) met medewerkers van de afdeling of leidinggevend. De klagers waren meestal tevreden over de klachtbehandeling, zij voelden zich gehoord. Het aandachtspunt is opgelost.

V3. Sturen op kwaliteit. De organisatie heeft zicht op wat er moet gebeuren. In de toekomst zal een verbeterplan gemaakt kunnen worden. Het moment van de audit is te vroeg om al concrete plannen hierop te laten zien.

Heraudit

Maria Dommer heeft een verbeterregister gemaakt. In dit verbeterregister worden de verbeterpunten meegenomen o.a. uit IGJ rapportages, in- en externe audits, prisma analyses, tevredenheidsonderzoeken etc. De verbeterpunten worden door het kwaliteitsteam en de betrokken commissies (WZD, IPC, MIC etc) ingedeeld naar risico en prioritering en verbetervoorstellen worden uitgezet. Dit register wordt periodiek besproken in de

kwaliteitswerkgroep, bestaande uit kwaliteit verpleegkundigen, Manager Zorg en teamleiders/verpleegkundigen. De manager zorg bespreekt de hoge risico's (rood) in het MT. Dit verbeterregister registreert de voortgang van de interventies, gerelateerd aan de kwaliteit opdracht voor Maria Dommer, zoals beschreven in het project plan; "Basis op Orde". Daarnaast heeft de auditor diverse projectplannen gezien op de auditdag. Het aandachtspunt is opgelost.

V3. Sturen op kwaliteit. Maria Dommer maakt geen deel uit van een lerend netwerk.

Heraudit

Tijdens de heraudit vertellen de auditees dat zij deel uitmaken van diverse regionale netwerken. In het kwaliteitsplan Maria Dommer 2023 is een paragraaf opgenomen over de lerende netwerken. Hierin leest de auditor: "Voor Maria Dommer is het belangrijk onderdeel te zijn van lerende netwerken in het kader van de ambitie om een lerende organisatie te zijn. Op bestuurlijk niveau, op managementniveau, en ook op operationeel niveau is Maria Dommer actief in regionale netwerken. In de netwerken vindt onderlinge uitwisseling in openheid plaats door bijvoorbeeld bezoek, consultatie, benchmarking en intervisie. Dat geldt zowel voor de netwerken waar medewerkers als managers en de bestuurder actief in zijn. Maria Dommer participeert in de lerende netwerken georganiseerd vanuit Actiz in het kader van kennisdeling en -ontwikkeling ter verbetering van de kwaliteit van zorg in de praktijk (Platform kleine vnl intramurale) zorgorganisaties e.d.). Op bestuurlijk niveau is daarnaast een lerend netwerk/intervisiegroep van kleine zorgaanbieders in de regio opgestart met Bartholomeus Gasthuis, De Wulverhorst, Huis ter Leede en Sint Pieters en Blokland Gasthuis. Ook neemt Maria Dommer deel aan het lerende netwerk van zorgaanbieders in Utrecht Noord-West (De Wulverhorst, Zorggroep de Vechtstreek alsmede. Vecht en IJssel). Dit jaar wordt verkend of deze netwerken kunnen worden geïntegreerd tot een groter lerend netwerk." Het aandachtspunt is opgelost.

V3. Sturen op kwaliteit. De kritische - en succesfactoren ontbreken.

Heraudit

De uitkomsten die verbetering behoeven worden opgenomen in het verbeterregister. In het document 'Kwaliteitsambitie en methodisch cyclisch werken staat beschreven dat de kwaliteitsindicatoren zijn benoemd en op welke wijze deze worden geregistreerd. "Om zicht te hebben op de kwaliteit van zorg heeft Maria Dommer een aantal kwaliteitsindicatoren vastgesteld (bv zoals aangegeven in het stoplichtmodel, Prisma analyses, audits, enz.). Deze geven richting aan de organisatie. Het zijn de signalen van goede of onvoldoende kwaliteit van zorg. Ze geven aan waar Maria Dommer staat en waar verbeteringen mogelijk zijn. Deze indicatoren kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden; voor interne sturing, voor benchmarking of voor het afleggen van externe verantwoording. Voor Maria Dommer zijn dit de belangrijkste kwaliteitsindicatoren: Beschikbaarheid vakbekwaam personeel, Basis(zorg) en dossier op orde, Veiligheid, Cliënt-, medewerker- en vrijwilligerswaardering. Om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van zorg is informatie nodig. Periodiek voert Maria Dommer metingen uit om informatie over de indicatoren te verkrijgen. In het document 'Kwaliteitsambitie en methodisch cyclisch werken' is een bijlage opgenomen die laat zien welke registraties aan de kwaliteitsindicatoren hangen. Het aandachtspunt is hiermee opgelost.

V3. Sturen op kwaliteit. De PDCA in het kwaliteitssysteem ontbreekt.

Heraudit

Binnen Maria Dommer fungeert een stuurgroep kwaliteits en een commissie kwaliteit en veiligheid. In het document kwaliteitsambitie en methodisch werken is de PDCA-cyclus van het kwaliteitssysteem beschreven. Er is nu een PDCA-cyclus ingericht op het kwaliteits-jaarplan en kwaliteitsverslag. Uitkomsten van het CTO, MTO, audits, basis indicatoren veiligheid, verbeterpunten vanuit de teams worden in onderlinge samenhang in de stuurgroep besproken. Het aandachtspunt is opgelost.

V3. Sturen op kwaliteit. Maria Dommer analyseert de uitkomsten van kwaliteit en veiligheid voor het woonzorgcentrum niet in onderlinge samenhang.

Heraudit

Dit punt blijft staan voor de tussentijdse audit. Maria Dommer maakt voor de analyse van klachten, MIC, CTO gebruik van verschillende registraties. Daarnaast zijn er uitkomsten van interne en externe audits, deze worden opgenomen in het verbeterregister. De uitkomsten van de zorginhoudelijke indicatoren worden zichtbaar in ONS via het stoplichtenmodel. Maria Dommer beschikt nog niet over een samenbindend geheel (dashboard, digitaal overzicht) waarin de uitkomsten in onderlinge samenhang worden gepresenteerd en dus kan hier nog geen analyse en reflectie op plaats vinden. Dit is een verbeterpunt voor de komende periode.

V3. Sturen op kwaliteit. ZorgKaart Nederland wordt niet actief ingezet. Het cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) PG en VPT van 2021 én de opvolging zijn niet bekend.

Heraudit

Als verbeterpunt is in het verbeterregister opgenomen: 'Resultaten nieuwe CTO (uitvoering nov/dec 2022) breed bespreken in de organisatie (CR, MT, Werkoverleg). In gezamenlijkheid verbeteracties vaststellen'. Auditees vertellen, en dit is ook terug te lezen in het verbeterregister, dat in maart 2023 de resultaten zijn besproken met de CR en in een deel van de teams. De overige teams staan al ingepland, vertellen de auditees. Na de bespreking met de teams worden de verbetervoorstellen weer opgenomen in het verbeterregister. In Q3 van 2023 staat een nieuw CTO gepland, vertelle de auditees. Ook dit staat opgenomen in het verbeterregister. De PDCA voor de lange termijn is nu ook geborgd. De jaarlijkse bespreking, analyse en opvolging is opgenomen in het verbeterregister, zo ziet de auditor. ZorgKaart Nederland is een prioriteit voor de komende jaren.

Het aandachtspunt is opgelost.

V2. Management en Governance moet nog een ontwikkeling doormaken om de basis te verstevigen. Functies, taken verantwoordelijkheden zijn onduidelijk belegd.

V2. Management en Governance. Met de komst van de interim managers zijn goede aanzetten gedaan en is de inspraak al verbeterd en daarin kan nog een verbetering gemaakt.

V1. Kwaliteit medewerkers. Management en staf hebben zicht op de risico's en zij hebben een idee over de in te zetten maatregelen. Er ligt geen plan van aanpak. Deze reflectie zit vooral in de hoofden van het interim management.

Heraudit:

Auditees laten zien dat zij zicht hebben op risico's. De organisatie heeft een verbeterregister ingericht. Het aandachtspunt is opgelost.

V1. Kwaliteit medewerkers. Er is geen medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO).

Heraudit:

In het verbeterregister staat opgenomen dat er in het voorjaar van 2023 een kort MTO zal worden gehouden. Het verslag van de uitkomsten van een verkort MTO is beschikbaar gesteld. De auditees vertellen dat de Bestuurder bij haar aantreden is gestart met gesprekken met personeel en in teamverband. Hieruit zijn wensen en verbetervoorstellen gekomen. Deze zijn opgenomen in het verbeterregister. Het lijkt niet zinvol om dit jaar een MTO te houden. Het aandachtspunt blijft staan voor de tussentijdse audit.

V1. Kwaliteit medewerkers. Maria Dommer houdt geen periodieke gesprekken over loopbaanbegeleiding.

Heraudit

Auditees vertellen dat er een HR Business Partner is aangesteld. Deze heeft een systematiek voor de jaar- en loopbaangesprekken ontwikkeld. Met de teamleiders vinden er kwartaalgesprekken plaats. De jaargesprekken starten in Q3 2023. Deze planning is opgenomen



in het verbeterregister. Het aandachtspunt blijft staan en kan worden getoetst in de tussentijdse audit.

V1. Kwaliteit medewerkers. Auditees vertellen dat zij voor wat betreft het woonzorgcentrum niet voldoen aan de norm dat zij hun vakbekwaamheid versterken door middel van cyclische feedback, intervisie met aandacht voor dilemma's.

Heraudit

Auditees vertellen dat ze dit jaar zijn gestart met een leeracademie. De organisatie is gestart met een opleidingscarroussel. Iedereen- alle niveaus door de gehele organisatie- is getoetst. Inmiddels zijn diverse overlegstructuren ingericht voor reflectie en feedback. De teamscaans - onderdeel van REIN- worden hierbij ingezet. Elke teamleider presenteert de uitkomsten van deze scan, met een plan van aanpak voor verdere teamontwikkeling, in het MT. De organisatie is hier dit jaar mee gestart en auditees zijn hier zeer enthousiast over. In juli 2023 zal een nieuw leermanagementsysteem live gaan. Auditees kijken hier zeer naar uit. De bestuurder is lid van een lerend netwerk. Het idee is om gezamenlijk praktijkopleidingen te starten en om elkaar te helpen bij de toetsing van verpleegtechnische vaardigheden.

Het aandachtspunt is opgelost.

V1. Kwaliteit medewerkers. Medewerkers die zijn opgeleid worden onvoldoende in positie gezet. De zogeheten GVP-commissie ligt stil.

Heraudit

Auditees vertellen dat GVP-ers nog bezig zijn met het inrichten van de voorwaarden om hun vaardigheden toe te kunnen passen. Positionering van dit aandachtsveld is in ontwikkeling. Wel is nu al ingericht dat de GVP-ers de gedragsvisites doen op alle afdelingen. Het aandachtspunt is deels opgelost omdat de GVP-ers nu al gedragsvisites doen en zelf al bezig zijn met hun positionering. Voor de tussentijdse audit blijft staan de toetsing van de borging van de positionering van de GVP-ers.

V1. Kwaliteit medewerkers. Het ontbreken van een HR functionaris wordt ervaren als een omissie.

Heraudit

De organisatie heeft dit jaar een HR Businesspartner aangesteld.

Het aandachtspunt is opgelost.

V1. Kwaliteit medewerkers. Maria Dommer beschikt niet over een strategische personeelsplanning. Ten aanzien van het personeel in het woonzorgcentrum voldoet Maria Dommer niet aan de norm dat de personeelssamenstelling passend is bij de toekomstige doelgroep. Er is te weinig zicht op wat er nodig is aan inzet en deskundigheden.

Heraudit

De organisatie is gestart met het inzetten van de bestaande rekentools (Vilans/NZa). De HR business partner is gestart met een werving plus het binden van medewerkers op basis van een strategische personeelsplanning. Ook is er een strategisch opleidingsplan. Inmiddels is er een aanwas van zorgmedewerkers niveau 3/4/5. Maria Dommer heeft sinds kort ook een vast behandelteam in dienst van artsen in dienst (waaronder een SOG), overige behandelaren/paramedici worden extern ingehuurd. Hierdoor kan Maria Dommer beter voldoen aan de zwaardere zorgvraag.

Het aandachtspunt is opgelost.



## 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

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

### *Cliëntervaring*

Volgens het cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) PG en VPT van 2021 is het gemiddelde oordeel over Maria Dommer een 7.4. Het gemiddelde cijfer voor verzorgende en verpleegkundigen ligt op een 7.9. Op Zorgkaart Nederland zijn er uitschieters in de beoordelingen zowel in positieve als negatieve zin. Er zijn in totaal 22 waarderingen. In het CTO krijgen de maaltijdvoorziening en de woon- en leefomstandigheden een goede waardering. Tijdens de audit vertelt een bewoner dat zij zich bijzondere prettig voelt in haar appartement met eigen sanitair. Zij ervaart een ruime mate van privacy. Zij is lovend over de vriendelijke bejegening door het personeel en vooral de rust die zij hier vindt. Een mevrouw vertelt dat ook tijdens de coronaperiode veel aandacht is geschonken aan de bewoners door het personeel. De auditor heeft tijdens de audit een warme en gezellige sfeer ervaren. Tijdens de rondgang waren verschillende bewoners aan het eten. Aan een aantal bewoners is gevraagd of het smaakte, zij gaven een bevestigend antwoord. Het volledige aantal punten wordt toegekend.

### *Praktijk en instrumenten*

Tijdens de interviews vertellen de auditees dat er voldoende mogelijkheden zijn om familie en vrijwilligers te betrekken. Dit contact heeft de afgelopen coronaperiode op een laag pitje gestaan. Bij de intake komt aan de orde wat de familie kan doen. Maria Dommer heeft volgens de auditees betrokken vrijwilligers. Bij de intake vraagt de organisatie wat de cliënten graag lusten, vertellen de auditees en ze laten dit zien in de dossiers. Voor een bewoner die nog graag een biertje drinkt, wordt dit uit het winkeltje gehaald. Het belevingsplein en de belevingstuin maken een erg gezellige indruk en weerspiegelen de visie op wonen en zorg binnen de organisatie. Er is een winkeltje, kapsalon, bioscoop en een spoorwegemplacement. Er zijn zithoekjes en er is een aquarium. In het dossier zijn afspraken vastgelegd over privacy. In de registraties van incidenten zijn ook aspecten van veiligheid in het appartement vastgelegd en gereflecteerd. Gerelateerde doelen en acties komen terug in verbeteroverzichten en kunnen toegelicht worden door de medewerkers. De maaltijden sluiten aan bij gewoonten en gebruiken: niet alleen het eten zelf, ook de servering draagt bij aan het thuis voelen, zo bevestigen ook cliënten en verwanten. Maria Dommer maakt gebruik van leefcirkels. Binnen de leefcirkels kunnen de bewoners zich maximaal en vrij bewegen. De leefcirkels zijn beveiligd door een codeslot en elektronische tag. Domotica en GPS worden ter ondersteuning van de vrijheid ingezet. Tijdens de rondgang heeft het auditteam een appartement op de afdeling Endelhoven bezichtigd, hier wonen 14 bewoners met dementie. Het valt op dat de appartementen hoewel niet groot bemeten en niet in bezit van eigen sanitaire unit, verzorgd en schoon zijn en ingericht met persoonlijke spullen. De EVV'er vertelt dat zij bij de intake adviezen geven over de inrichting van het appartement zoals "zorg voor persoonlijke, herkenbare spullen" en "koop niet alles nieuw, ook al bedoelt u dat goed". Deze uitstraling in het huis past in de ogen van het auditteam bij de kernwaarden van de organisatie waaronder persoonlijk, kleinschalig, in de nabijheid. Elke voordeur is voorzien van een naambordje, de bewoners worden met hun voornaam aangesproken, vanuit de visie dat ze die (nog) herkennen. Op sommige voordeuren is een foto te zien. Het valt het auditteam op dat de huiskamers zijn

ingericht met veel huiselijke details zoals schilderijen, planten en kleuraccenten. Tijdens de rondgang vertelt de verpleegkundige dat huisdieren welkom zijn, mits de bewoner er zelf voor kan zorgen of de familie, omdat dit belangrijk is voor het welzijn van de bewoner. Er zijn verschillende zitjes gecreëerd, waar zowel bewoners, familie en medewerkers kunnen zitten en waar gebruik van wordt gemaakt zowel binnen als buiten. De tuin is zowel binnen als buiten uitnodigend en er wordt veel gebruik van gemaakt. Tijdens de rondgang, vertelt een auditee dat bewoners zich terug kunnen trekken in hun woning als zij daar behoefte aan hebben. Bewoners van deze afdeling hebben sinds de renovatie in 2021 meer bewegingsvrijheid en kunnen naar een andere huiskamer lopen. De auditor ziet dat er diverse hulpmiddelen beschikbaar zijn zoals een robotkat, robothond, robot Sarah en de tovertafel. Robot Sarah rouleert door het huis en ook de tovertafel. De auditee geeft in een paar voorbeelden aan dat het gebruik per individu kan verschillen. Een bewoner vindt Sarah interessant en komt er regelmatig vragen over stellen. Bij een andere bewoner wordt Sarah ingezet om zijn lievelingsmuziek af te spelen namelijk blues. Bij een volgende bewoner valt de keuze op een luidsprekertje omdat de bewoner Sarah als onprettig ervaart. In de dossiers van het woonzorgcentrum en de thuiszorg ziet het auditteam bij alle cliënten een zorg-(huur)overeenkomst. Zowel in de thuiszorg als in het woonzorgcentrum is de inbraakpreventie en toegang tot de woning adequaat geregeld. Het auditteam ziet sleutelbeheer, sleutelkastjes, toestemmingsformulieren en legitimatie. Ook is gezien dat cliënten gebruik maken van passende technologische hulpmiddelen in o.a. alarmering. Op basis van de bevindingen luidt de conclusie: goed op orde. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Reflecteren en verbeteren*

Maria Dommer heeft vanaf 1 januari 2022 nieuw beleid vastgesteld met betrekking tot de valincidenten van cliënten met een geaccepteerd valrisico. Ook is duidelijk of/hoe in deze gevallen een MIC moet worden gedaan. Het MIC beleid is hierop aangepast, zo laten de auditees zien. In de risico-inventarisatie 2021-2022 heeft Maria Dommer verbeteracties en beheersmaatregelen opgenomen zoals de afnemen van het risicoformulier valanamnese in resident web, informatie opnemen in het informatieboekje bewoners en het aanbieden van scholing aan medewerkers m.b.t. fysieke belasting. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

<b>Waarde Samen</b>		<b>100</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie D2 Participatie</b>				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

In de rapportage over het CTO leest het auditteam een aantal kritische opmerkingen over de hoeveelheid activiteiten. Dit werd tijdens de audit niet bevestigd door cliënten of verwanten. Zij tonen zich tevreden over de mate waarin bewoners in staat worden gesteld om door hen gewenste bezigheden uit te voeren, te delen en elkaar te ontmoeten. Tijdens de rondgang spreken cliënten en naasten zich tevreden uit over de activiteiten en de mate waarin medewerkers luisteren naar hun persoonlijke wensen. Zij voelen zich ondersteund bij het onderhouden van hun sociale contacten. Een voorbeeld hiervan is de bewoner die vertelt over de mogelijkheden voor bewoners om elkaar te ontmoeten ook buiten de eigen groep om. De cliënten die het auditteam heeft gesproken, tonen zich tevreden over de inzet van vrijwilligers. Vrijwilligers zijn beschikbaar voor de 1 op 1 activiteiten, waar medewerkers niet altijd aan toekomen. Dat vinden de cliënten heel fijn, vertellen ze. Er is veel bewegingsvrijheid binnen de

instelling. Dit komt de interactie van bewoners ten goede. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Praktijk en instrumenten*

Er is een uitgebreid activiteitenprogramma te vinden binnen de organisatie. Cliënten en hun verwanten hebben inspraak in het zorgleefplan. Desgevraagd vertellen auditees dat zij het protocol ouderenmishandeling kennen. Gesproken medewerkers - zowel in de thuiszorg als in het woonzorgcentrum - kennen de signalen en handelen ernaar. Zowel in de thuissituatie als in het woonzorgcentrum is het beleid om familieparticipatie te steunen en te stimuleren. Al bij de intake is onderwerp van gesprek wat de familie kan doen. In het woonzorgcentrum is onderwerp van gesprek op welke wijze de betrokkenheid van familie verder kan worden verstevigd. Daarbij is onder meer het nieuwe ECD met de module Caren Zorgt een hulpmiddel, vertellen de auditees. Ook zullen de gespreksgroepen met familie weer worden opgestart, vertellen de auditees. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Reflecteren en verbeteren*

Tijdens Corona, konden de gespreksgroepen geen doorgang vinden, door middel van telefonisch contact konden gesprekken toch worden gecontinueerd. Medewerkers en organisatie onderkennen het enorme belang voor cliënten om zoveel mogelijk in contact te kunnen blijven met anderen. De organisatie heeft deze aanpak nu geborgd. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

<b>Waarde Genieten</b>		<b>100</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
Prestatie D3 Mentaal welbevinden				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

De cliënten van Maria Dommer ervaren voldoende ondersteuning bij de invulling van levensvragen en zij hebben een zinvolle tijdsbesteding. In het CTO en in de (beperkte) reviews op Zorgkaart uiten bewoners en familieleden van bewoners zich wisselend tevreden over de mogelijkheden voor een zinvolle tijdsbesteding. Men is expliciet tevreden over de geestelijke ondersteuning. Dit is zichtbaar in het CTO en de cliënten in het woonzorgcentrum hebben dit ook benoemd in de gesprekken. Zij vertellen dat zij tevreden zijn met de mogelijkheden die er zijn om activiteiten af te stemmen op eigen wensen en behoeften. In de thuiszorg bezoekt de auditor een mijnheer die vertelt dat hij graag in de ochtend om 10.00 uur een wandeling maakt, zodat hij zijn gevoelens van verlies kan overdenken en verwerken. De medewerker zegt dat ze dat in het dossier zal op nemen dat mijnheer om deze tijd wil wandelen zodat zij de zorg hierop kunnen afstemmen. Mijnheer is hier heel blij mee. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe voor de ervaren cliënttevredenheid mentaal welbevinden.

### *Praktijk en instrumenten*

In de dossiers ziet het auditteam dat (potentiële) risico's zoals vergeetachtigheid, depressie, sociaal isolement, roepgedrag, ontremd gedrag zowel in de thuiszorg als in het wooncentrum in beeld zijn en adequaat worden opgevolgd. Auditees in het wooncentrum geven voorbeelden van benaderingsplannen, inzet agressietraining en inzet van hulpmiddelen om onrustig gedrag proberen te verminderen zodat cliënten zich meer op hun gemak voelen. Ook vertellen ze dat ze aandacht hebben voor onderprikkeling. 'Als iemand apathisch in een hoekje zit, kan het zijn dat iemand onderprikkeld is, hier hebben we veel aandacht voor', vertelt een auditee. 'Wij letten

goed op wat dan heet onbegrepen gedrag, maar in feite is het onrust die je kan weg nemen door een juiste inzet van benadering en begeleiding'. aldus de auditee. "We zetten dan ook zo min mogelijk medicatie in'.

In de thuiszorg is er volgens de auditees ook veel aandacht voor het mentaal welbevinden. Zo vertelt een auditee dat zij voor een mijnheer die graag in de ochtend wandelt omdat dit zijn rouwverwerking ten goede komt, een doel hebben gemaakt in het zorgplan. Zij laat dit ook zien in het dossier. Ook is er tijd ingeruimd om met de heer hierover te praten.

Desgevraagd vertellen de auditees dat In Maria Dommer de ethische vraagstukken bespreekbaar zijn, zoals reanimatie, euthanasie, palliatieve sedatie, e.d. en dat zij daar ook ondersteuning bij bieden om tot passende hulp te komen. In de dossiers ziet het auditteam dat dit ook is vast gelegd.

Auditees vertellen in de auditgesprekken dat aandacht voor het geestelijk welbevinden van bewoners een belangrijk onderdeel is van goede zorg waarbij elke zorgverlener betrokken is. Samenwerking tussen de verschillende disciplines, vrijwilligers en predikanten/pastores uit de omgeving is daarbij belangrijk. De geestelijk verzorger speelt hierin een verbindende en coördinerende rol. Indien gewenst biedt de geestelijk verzorger ondersteuning in de terminale fase en kan zij helpen om vorm en inhoud te geven aan de afscheidsceremonie en daarin voorgaan. De geestelijk verzorger in Maria Dommer is er voor iedere bewoner die daar behoefte aan heeft ongeacht geloofs- of levensovertuiging. De geestelijk verzorger is meestal betrokken via de EVV-er als het een individuele vraag betreft. Daarnaast geeft de geestelijk verzorger aan dat er wekelijks een weeksluiting en een kerkdienst is. Eens per maand is er gelegenheid om kerkliederen te zingen in de kapel. De kerkdienst wordt verzorgd door voorgangers vanuit verschillende gezindten. Tweemaal per jaar is er een herdenkingsdienst om overleden bewoners van Maria Dommer te herdenken. Tijdens de coronapandemie is er een aangepaste vorm bedacht om dit doorgang te kunnen laten vinden in het belang van bewoners en medewerkers. Toen brandden er in de gangen waxinelichtjes, waren er bloemen in een vaas en was er de gelegenheid iets op te schrijven in een speciaal schriftje. Voor de bewoners was er gelegenheid om een gesprek te hebben met de geestelijke verzorger. Dit is ook 's avonds aangeboden om avond/nachtdienst medewerkers te kunnen betrekken. De geestelijk verzorger heeft als uitgangspunt met elke nieuwe bewoner kennis te maken. Tevens begeleidt een (externe)predikant een laagdrempelige bijbelgespreksgroep. Auditees vertellen dat naast de individuele contacten met bewoners er in Maria Dommer gespreksgroepen plaats vinden. In de dossiers ziet het auditteam dat de aspecten van gedrag, het effect van en invloed op gedrag, onbegrepen gedrag en risico's staan beschreven in het ECD. Waar nodig staan doelen en acties erbij. In de rondgang ziet het auditteam dat zowel op het tv-scherm bij de receptie en op verschillende prikborden in de organisatie de activiteiten per week worden aangegeven. De verpleegkundige licht tijdens de rondgang toe dat er twee verschillende weekactiviteiten zijn die elkaar afwisselen. Op de website van Maria Dommer wordt aangegeven dat er verschillende activiteiten zijn, zoals geheugentraining, sport en spel, kerkdienst en vieringen. Zowel de EVV er als de verpleegkundige geven aan dat er naast activiteiten door het gehele huis, ook veel activiteiten op maat en persoonsgericht zijn. Een bewoner doet niet verplicht mee aan spelletjes als hij of zij daar geen behoefte aan heeft. Daarnaast is het voor bewoners die al verder zijn in het proces van dementie soms heel bedreigend om de afdeling nog af te gaan. Als het gaat om de weeksluiting speelt de geestelijk verzorger hierop in door naar de bewoner zelf te komen en een gesprekje aan te gaan of samen wat te zingen. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Reflecteren en verbeteren*

Auditees vertellen dat- en het auditteam leest dit ook terug in de plannen - het activiteitenaanbod wordt uitgebreid met muziektherapie en meer beweegactiviteiten. Ook wil Maria Dommer over gaan tot uitbreiding van het aantal beweegagogen en de inzet muziektherapeuten. De palliatieve zorg wil Maria Dommer beter afstemmen op de cliënt. Met ondersteuning van een nog te werven consulent palliatieve zorg of daartoe opgeleide aandachtsvelders wil men de zorg voor cliënten in de laatste levensfase verbeteren. De richtlijn en werkwijze palliatieve zorg is hiervoor

beschikbaar, zodat medewerkers weten hoe te handelen. De scholing via klinische lessen in de teams is opgenomen in het jaarlijks scholingsplan. Dit leest het auditteam ook terug in het kwaliteitsplan. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

<b>Waarde Vitaliteit</b>		<b>100</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie D4 Lichamelijk welbevinden</b>				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

Cliënten van Maria Dommer geven blij van tevredenheid over het lichamelijk welbevinden. Een cliënt in de thuiszorg vertelt dat hij in zorg is gekomen na een val en dat hij een hele diepe wond had. Het thuiszorgteam heeft met expertise van een collega organisatie een specialistische wondverpleegkundige betrokken en advies ingewonnen. Hij vertelt dat hij dankzij de goede zorgen van het team thuiszorg weer hersteld is en hij is hen hier zeer dankbaar voor. Tijdens de rondgang in het woonzorgcentrum heeft het auditteam gezien dat bewoners er verzorgd uitzien, zoals schone kleding en gekamde haren. Tevens ruikt het fris in gangen, huiskamers en badkamers. Alle ruimten zien er schoon en opgeruimd uit. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Praktijk en instrumenten*

Uit de inzage in de zorgleefplannen blijkt dat de cliënten van Maria Dommer periodiek risicosignalering plaatsvindt: indien er sprake is van een verhoogd risico is adequate opvolging ingezet. Zowel in de thuiszorg als in het woonzorgcentrum ziet het auditteam dat de risicosignalering plaats vindt bij de intake en in ieder geval bij elk MDO en eerder indien nodig. Hiervoor is er een hulpmiddel beschikbaar via de profiel vragenlijst in ONS (ECD Nedap), zoals de medicatie (BEM score), depressie en mondgezondheid. Bij een verhoogd risico wordt er een individueel doel gemaakt in het zorgplan met bijbehorende acties, waarop adequaat wordt gerapporteerd. Auditees vertellen dat zij passende ondersteuning bieden bij (zelf)verzorging, eten en drinken, mondzorg, toiletgang, rust en slaap, pijn, mobiliteit en beweging, seksualiteit en levenseinde. In de thuiszorg bezoekt de auditor cliënten voor wie de thuiszorg ondersteuning biedt bij de ADL (douchen), de medicatie klaar zetten, steunkousen aantrekken en wondverzorging met steunkousen. De auditee vertelt dat zij zich bekwaamt in (digitale) hulpmiddelen en voor mijnheer op zoek is naar nieuwe en meer passende steunkousen en hulpmiddelen bij het aan- en uittrekken van de steunkousen. Mijnheer vertelt dat hij zelf ook al heeft gebeld met Medipoint en op internet heeft gegoogeld om te kijken wat er op de markt is. Auditee geeft hem hiervoor een compliment en stimuleert op deze manier mijnheer verder in zijn zelfredzaamheid. Waar nodig worden de disciplines/deskundigen zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, pedicure, verpleegkundige, aandachtsvelders betrokken. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Reflecteren en verbeteren*

Tijdens het interview vertelt de EVV-er over een casus waar een bewoner met Lewy body seksueel ontremd gedrag vertoonde naar medewerkers en echtgenote. Tijdens deze periode hebben gesprekken plaatsgevonden, o.a. bij het tot stand komen van een benaderingsadvies, ondersteuning bij de wens naar intimiteit, en eventueel een agressietraining. Na ongeveer een jaar is de bewoner verhuisd, waarbij vervolgens in een werkoverleg ruimte is gecreëerd voor reflectie op o.a. het gevoel van falen wat medewerkers ervoeren. Dit is een mooi voorbeeld van reflectie op het eigen handelen ten aanzien van het lichamelijk welbevinden op te niveau van de



medewerkers. Op organisatieniveau kent de organisatie de rol van ambassadeur innovatie op het gebied van bijvoorbeeld slimme hulpmiddelen en inzet technologieën. Waarmee de organisatie laat zien dat zij op organisatieniveau reflecteert op de ondersteuning van het lichamelijk wel bevinden. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

## Pijlers

<b>Waarde Uniceit</b>		<b>100</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie P1 Persoonsgerichte zorg</b>				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

Het auditteam heeft een aantal cliënten in het woonzorgcentrum gesproken, zij gaven allen aan met veel plezier in Maria Dommer te verblijven. Zij zijn blij met de persoonlijke aandacht en ondersteuning. De cliënten die de auditor spreekt in de wijkverpleging zijn allen uiterst content. Een mijnheer vertelt dat hij zo vertrouwd is met de hulp dat hij zijn levensverhaal vertelt. "Ik voel mij op mijn gemak en ze kennen mij en onze situatie. Ik moet er gewoon van huilen zo geweldig als ze allemaal zijn", zegt mijnheer. Een mevrouw bij wie de auditor samen met de zorg op bezoek gaat, vertelt dat ze net wakker is en niet graag heel vroeg wordt geholpen. De auditor hoort dat de hulp aan haar vraagt wat zij vandaag wil en dat mevrouw gewend is om dit aan te geven. Zij vertelt aan de auditor dat zij kan aangeven hoe laat zij de zorg wil ontvangen. Ook geeft mevrouw duidelijk aan wat ze wel en niet wil "Gisteren wilde ik niet douchen, vandaag wil ik dat wel graag". Een andere mevrouw vertelt dat zij liever niet na half tien s avonds geholpen wordt omdat ze daarna nog zelf wil douchen. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Praktijk en instrumenten*

Het auditteam stelt vast dat Maria Dommer zowel in het woonzorgcentrum als in de thuissituatie goed inspeelt op de persoonlijke wensen en voorkeuren van cliënten. Bij binnenkomst, vroeg in de ochtend, ziet de auditor een groepje bewoners eten in een huiskamer. 'Dit is een groepje vroege opstaanders', vertelt een auditee. 'Dan moeten wij er ook vroeg bij zijn om te helpen uit bed komen, verzorgen en het ontbijt voor hen te verzorgen'. De auditoren zien dat in het woonzorgcentrum sinds april dit jaar het restaurant is geopend. Dit past in de gastvrijheidsgedachte. De bewoners van de verschillende afdelingen ontmoeten elkaar daar en kunnen desgewenst samen eten. Alle cliënten waarvan het auditteam de zorgdossiers heeft ingezien, beschikken over een zorgplan dat is afgestemd op hun behoeften en de wensen. Er wordt gerapporteerd op doelen en er wordt methodisch gewerkt. Elke cliënt beschikt binnen zes weken na start van de zorgverlening over een definitief zorgleefplan. Auditoren zien in dit zorgleefplan een medisch plan dat in samenspraak met de cliënt is opgesteld. Auditores laten zien in de dossiers dat minimaal elke half jaar een zorgleefplanbespreking met de cliënt en of de familie plaats vindt waarvan het verslag in de dossiers is opgenomen. De cliënten die de auditoren spreken, vertellen dat ze heel gemakkelijk kunnen vertellen als iets niet naar hun zin is. Een mooi voorbeeld hiervan is de mevrouw bij wie de auditor samen met de wijkverpleging op bezoek gaat. Zij vertelt dat ze een keer is geholpen door een hulp met wie het niet zo goed klikte. Toen heeft het team iemand anders ingezet, vertellen mevrouw en de medewerker. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Reflecteren en verbeteren*



Maria Dommer laat zien dat zij reflecteert op de persoonsgerichte zorg. Auditees vertellen dat het ECD Residentweb wordt uit gefaseerd. Het nieuwe ONS van Nedap en Caren Zorgt wordt en is deels geïmplementeerd. Het raadplegen van het zorgdossier via Caren Zorgt zit nog in de beginfase. Auditees geven voorbeelden van hoe zij continue en dagelijks hun zorg aanpassen aan de individuele wensen. Het wijkteam is zeer flexibel en kan snel met elkaar schakelen en zaken voor elkaar krijgen om aan de wensen tegemoet te komen. Ook in het woonzorgcentrum zien de auditoren dat er zeer persoonsgericht wordt gewerkt en dat medewerkers alles doen om het de mensen naar de zin te maken en hierop met elkaar in gesprek gaan. In het kwaliteitsplan 2022 beschrijft de organisatie haar visie op persoonsgerichte zorg. Deze beschrijving is beleidsmatig en heeft nog niet het karakter van reflectie en verbetermaatregelen en lijkt ook minder aan te sluiten op de praktijk van Maria Dommer. Hiervoor is puntenaftrek toegepast bij V3. Voor de prestatie reflecteren en verbeteren van de persoonsgerichte zorg kiest het auditteam voor het volledige aantal punten.

<b>Waarde Transparantie</b>		<b>100</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie P2 Communicatie en informatie</b>				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

Cliënten die het auditteam heeft gesproken, ervaren een zeer goede bejegening. Zij vertellen dat ze goed worden geïnformeerd door de medewerkers. Uit het CTO van 2021 VPT en PG staan wel kritische opmerkingen over de communicatie. Bijvoorbeeld praten over bewoners in bijzijn van medewerkers. Bij V3 heeft het auditteam ervoor gekozen om puntenaftrek toe te passen. Uit de PREM wijkverpleging komen geen specifieke uitkomsten communicatie en informatie en scoort de organisatie gemiddeld een 8,8. Het auditteam geeft het volledige aantal punten.

### *Praktijk en instrumenten*

Het auditteam ziet dat Maria Dommer een website heeft waar de vereiste informatie op staat. Ook ziet het auditteam een informatieboekje voor nieuwe cliënten. De cliënten ontvangen (verplichte vigerende) informatie (zoals over het zorgleefplan, kosten, veiligheid, klachten, ethische aangelegenheden). De cliënt ontvangt bij intake een map met alle formulieren en een aansprekende en heldere folder. Deze ziet er verzorgd en duidelijk uit. Voor wat betreft het contact met mantelzorgers en de bereidheid samen met familie wat zorgtaken te verdelen, heeft de coronaperiode voor vertraging gezorgd. 'In deze periode is de familie moeilijker te bereiken, waardoor we dit niet echt hebben kunnen opzetten', aldus de auditees. Ook zijn mantelzorgers volgens de auditees vaak te overbelast op het moment dat hun naaste wordt opgenomen. 'De overheid verwacht dat men langer thuis blijft wonen. Op het moment dat iemand bij Maria Dommer komt wonen is de zorgvraag vaak complexer en is het moeilijker om afspraken bespreekbaar te maken m.b.t. het uitvoeren van zorgtaken'. In de dossiers laten auditees zien dat het mogelijk is voor familie om gebruik te maken van Caren Zorgt. Het auditteam concludeert dat de communicatiemiddelen voldoende en passend afgestemd zijn op de doelgroep. De bereikbaarheid van hulpverleners en voorzieningen is geregeld en inzichtelijk voor de cliënt. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Reflecteren en verbeteren*

Auditees vertellen dat de inhuizingscommissie is veranderd en verbeterd. Men werkt nu meer samen met het netwerk en in het MDO behandelteam vindt overleg plaats om te beoordelen of een bewoner kan komen wonen in Maria Dommer. Auditees vertellen dat zij binnenkort weer een

mantelzorgavond houden, Ze vertellen dat zij hier naar uitkijken omdat ze weten dat dit in een behoefte voorziet. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

<b>Waarde Veiligheid</b>		<b>100</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie P3 Cliëntveiligheid</b>				
Cliëntervaring	Goed op orde	30	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

Er zijn door het auditteam geen cliënten gesproken op de afdeling waar mensen wonen met dementie. Wel spreken de auditoren een aantal VPT-cliënten. Zij vertellen dat ze een goede veiligheid ervaren. Ook de cliënten in de thuiszorg vertellen dat ze een veilig gevoel hebben en de medewerkers meer dan 100% vertrouwen. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Praktijk en instrumenten*

Voor wat betreft de VPT-cliënten worden er afspraken gemaakt m.b.t. sleutelbeleid tijdens de intake. Uitgangspunt bij VPT is dat de bewoner zelf de deur openmaakt (als dit mogelijk is). Bij somatiek wordt er een sleutelovereenkomst gemaakt en een toestemmingsformulier ondertekend voor het gebruik van de looper. Er worden MIC-meldingen gedaan, er is een veilige meldcultuur, deze worden besproken in het team. Het team reflecteert op clientniveau over de voortgang van de zorg of zaken als onbegrepen gedrag. Door de auditoren is een check gedaan op medicijnbeheer en de principes van de veilige medicatieketen worden gehanteerd. Voorraad beheer ook van de opiaten is duidelijk en correct. Medicijnkasten zijn keurig op orde en er is een duidelijk systeem. Alle HACCP regels worden gehanteerd en daar is sinds kort een helder digitaal systeem voor in gebruik genomen, met als doel de verantwoordelijkheden zo laag mogelijk neer te leggen. Een aantal taken die aan het team/de afdeling zijn toebedeeld mbt voedselveiligheid staan in het systeem. Worden deze niet, niet correct of te laat ingevuld krijgt het betrokken team een melding. Spoelen m.b.t. legionella vindt structureel en methodisch plaats en is terug te vinden als registratie. De BHV-scholingen hebben i.v.m. corona wat achterstand opgelopen. Door auditor zijn alle lijsten ingezien, de scholingen vinden in versneld tempo de komende maanden plaats. De opvolging voor wat betreft de BMI en de invulling van de BHV dienst is helder. De veiligheidsindicatoren worden juist toegepast, dat is door de auditor gezien in het zorgdossier. Zowel in de thuiszorg als in het wooncentrum laten auditees zien dat zij bekend zijn met de Wet Zorg en Dwang (Wzd) en dat zij - indien dit aan de orde is - werken met het Wzd-stappenplan. Maria Dommer past in principe geen onvrijwillige zorg toe, aldus de auditees. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

### *Reflecteren en verbeteren*

De rapportage/analyse MIC Q4 2021 laat zien dat incidenten worden geanalyseerd en dat er verbeterpunten en acties zijn opgesteld. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

## **Voorwaarden**

<b>Waarde Vakkundigheid</b>		<b>90</b> ●
<b>Prestatie V1 Kwaliteit medewerkers</b>		
Cliëntervaring	Goed op orde	30 ●
Praktijk en instrumenten	Matig	25 ●
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35 ●

### *Cliëntervaring*

De cliënten die de auditoren hebben gesproken, ervaren een goede kwaliteit van medewerkers. De cliënten die de auditor in de wijkverpleging bezoekt zijn allen uiterst dankbaar en vol lof over de kwaliteit van de medewerkers. Zij zijn blij met hun vaste gezichten en vertellen dat de medewerkers hen zeer hebben geholpen en zeer deskundig zijn. Zie hiervoor de beschrijving van genoemde voorbeelden bij de domeinen en pijlers. Ook in het woonzorgcentrum ontmoeten de auditoren zeer tevreden cliënten. Het auditteam kent daarom het volledige aantal punten toe.

### Heraudit

In 2022 is een CTO uitgevoerd onder de bewoners PG, VPT. Daarnaast is er een PREM wijkverpleging uitgevoerd. De bestuurder is 1 januari 2023 begonnen kiest ervoor de basis eerst op orde te brengen. In 2024 zullen dan cliënttevredenheidsonderzoeken volgen. Auditees vertellen tijdens de heraudit dat ook bewoners terug geven dat er nu meer rust in het huis is. Tijdens de rondgang door de locatie ervaart de auditor dat bewoners rond wandelen en op diverse plekken met elkaar en met de medewerkers in gesprek zijn. De bewoners die thuis komen van een uitje met de bus, zeggen dat ze weer een "fijn dagje uit en een prima begeleiding" hebben gehad. Het volledige aantal punten is van toepassing.

### *Praktijk en instrumenten*

Auditoren stellen vast dat de medewerkers voldoen aan de vigerende bekwaamheden en bevoegdheden. Zij maken daarvoor gebruik van de Vilans Protocollen. Maria Dommer beschikt niet over een strategische personeelsplanning. Auditees wijten dit aan het ontbreken van een HR functionaris en ervaren dit als een omissie. Auditees zijn van mening dat zij ten aanzien van het personeel in het woonzorgcentrum niet voldoen aan de norm dat de personeelssamenstelling passend is bij de toekomstige doelgroep. Het risico hiervan is dat de kwaliteit van de medewerkers niet past bij de complexe zorgvraag. Auditees vertellen dat medewerkers die opgeleid zijn als Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP) en kwaliteitsverpleegkundigen nu nog onvoldoende in positie worden gezet. De zogeheten GVP-commissie ligt stil en er is te weinig zicht op wat er nodig is aan inzet en deskundigheden, aldus de auditees. In geval van toenemende complexiteit kan Maria Dommer gebruik maken van de expertise van een collega instelling. Auditees vertellen dat zij voor wat betreft het woonzorgcentrum niet voldoen aan de norm dat zij hun vakbekwaamheid versterken door middel van cyclische feedback, intervisie met aandacht voor dilemma's. Het wijkteam vertelt dat zij hiervoor veel ruimte inruimen in de teamoverleggen. Maria Dommer houdt geen periodieke gesprekken over loopbaanontwikkeling. Er is geen MTO gehouden. Het auditteam beoordeelt deze prestatie als matig.

### Heraudit

Maria Dommer heeft sinds dit jaar een HR Business Partner aangesteld. De organisatie is gestart met het inzetten van de bestaande rekentools (Vilans/NZa). De HR manager is gestart met de ontwikkeling van een strategische personeelsplanning met het oog op het zorgen voor een passende personeelssamenstelling passend bij de toekomstige doelgroep. Maria Dommer is in transitie van een verzorgingshuis naar een verpleeghuis. Dat maakt dat de focus nu ligt op werving plus het binden van medewerkers op basis van een strategische plan, vertellen de auditees. Ook

is er een strategisch opleidingsplan, zo laten zij zien. Inmiddels is er een aanwas van zorgmedewerkers niveau 3/4/5. Maria Dommer heeft sinds kort ook een vast behandelteam in dienst (waaronder een SOG) overige behandelaren/ paramedici worden extern ingehuurd. Hierdoor kan Maria Dommer beter voldoen aan de zwaardere zorgvraag.

Auditees vertellen dat zij een aantal GVP-ers in dienst hebben. Ten opzichte van vorig jaar zijn zij al beter in positie. Zij doen op alle afdelingen de gedragsvisites.

Maria Dommer heeft een format ontwikkeld voor het gespreksformulier voor het jaar- en loopbaan gesprek. Op het moment van de audit zijn deze gesprekken nog niet van start. De auditees laten het format voor deze gesprekken zien. Met de teamleiders vinden er kwartaalgesprekken plaats waarin dit wordt gemonitord.

In het verbeterregister staat opgenomen dat er in het voorjaar van 2023 een kort MTO zal worden gehouden. In 2023 is geen groot MTO gehouden. De bestuurder is eerst gestart met gesprekken met alle medewerkers om op te halen waar wensen en ongenoegens zitten en heeft daar verbeteracties op doorgevoerd. Begin 2024 wordt een MTO gehouden.

Auditees laten zien dat ze voldoen aan de bevoegd- en bekwaamheden. De organisatie is gestart met een opleidingscarroussel. Iedereen- alle niveaus door de gehele organisatie- is getoetst.

Op basis van bovenstaande bevindingen oordeelt de auditor: voldoende op orde.

### *Reflecteren en verbeteren*

Uit gesprek met de auditees komt naar voren dat het aantal bewoners per EVVer hoog is, hetgeen leidt tot een hoge werkdruk. De teams hebben met elkaar hier over gesproken. De oplossing is gevonden in het betrekken van een buddy bij de EVV'er en taken met elkaar te verdelen. Inmiddels is dit in gang gezet. Het auditteam vindt dit getuigen van reflectief vermogen. Auditees reflecteren in de auditgesprekken op het ontbreken van de benodigde instrumenten zoals hierboven beschreven. Zij hebben zicht op de risico's en zij hebben een idee over de in te zetten maatregelen. Er ligt geen plan van aanpak. Deze reflectie zit vooral in de hoofden van het 'interim' management. Daarom scoort deze prestatie voldoende in plaats van goed op orde.

### *Heraudit*

Auditees vertellen dat de positionering van de GVP-ers nog beter kan. Zij zijn bezig met het inrichten van de voorwaarden om hun vaardigheden toe te kunnen passen. Positionering van dit aandachtsveld is in ontwikkeling.

De PDCA cyclus rond de jaargesprekken start dit najaar. De jaargesprekken starten in Q3 2023. Deze planning is opgenomen in het verbeterregister.

De auditees vertellen dat de bestuurder bij haar aantreden is gestart met gesprekken met personeel, individueel en in teamverband. Hieruit zijn wensen en verbetervoorstellen gekomen. Deze zijn opgenomen in het verbeterregister dat de auditor heeft ingezien.

Auditees vertellen dat ze dit jaar zijn gestart met een leeracademie. Inmiddels zijn diverse overlegstructuren ingericht voor reflectie en feedback. De teamscans - onderdeel van REIN- worden hierbij ingezet. ingericht voor reflectie en feedback. De teamscans - onderdeel van REIN- worden hierbij ingezet. Elke teamleider presenteert de uitkomsten van deze scan, met een plan van aanpak voor verdere teamontwikkeling, in het MT. De organisatie is hier dit jaar mee gestart en auditees zijn hier zeer enthousiast over. In juli 2023 zal een nieuw leermanagementssysteem live gaan. Auditees kijken hier zeer naar uit. De bestuurder is lid van een lerend netwerk. Het idee is om gezamenlijk praktijkopleidingen te starten en om elkaar te helpen bij de toetsing van verpleegtechnische vaardigheden.

Auditees laten zien dat zij zijn gestart met de teambuilding. Elke zes weken is er een teamoverleg. De teambuilding is gericht op samenwerken, methodisch werken volgens de zogeheten kwaliteitsdialoog en communicatie.

Het volledige aantal punten is van toepassing.

<b>Waarde Ontwikkelen</b>		<b>80</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie V2 Management en Governance</b>				
Cliëntervaring	Voldoende	20	●	
Praktijk en instrumenten	Voldoende	25	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

Cliënten en familie hebben inspraak in het zorgleefplan, zo is gezien in de dossiers. Het auditteam leest in het CTO dat familie de leiding vaak moeilijk kon bereiken. Desgevraagd vertellen auditees dat de CR en OR met de komst van de interim managers en interim bestuurder nu een duidelijke verbetering ervaren. De bereikbaarheid en de inspraak is hierdoor verbeterd. De CR ervaart meer inspraak. De OR vertelt als voorbeeld dat medewerkers nu jaarlijks een gesprek hebben met hun leidinggevende - alleen nog niet over loopbaanontwikkeling of competenties - en er zijn regelmatig teambesprekingen. Het auditteam concludeert daarom dat met de komst van de interim managers er goede aanzetten zijn gedaan en de inspraak al is verbeterd maar dat er nog een verdere verbeteringslag gemaakt kan worden. Het auditteam waardeert deze prestatie als voldoende.

### *Praktijk en instrumenten*

'Wij staan voor de waarden persoonlijk, empathisch, luisteren, integriteit, kleinschalig, autonoom, actief en nabijheid (PELIKAAN)', zo luidt de wervende slogan van Maria Dommer. Vandaar de bronzen Pelikaan voor de hoofdingang. Maria Dommer kent een betrokken cliëntenraad die ook in het huis zichtbaar is en gevraagd en ongevraagd advies geeft over verbeteringen, een mooi voorbeeld van medezeggenschap. Het auditteam ontmoet een actieve cliëntenraad die participeert in diverse commissies. De ondernemingsraad functioneert naar wens, aldus de auditees. Ook kent Maria Dommer een actieve VAR. De auditees die deel uit maken van de VAR, zijn enthousiast en ervaren dat zij gehoord en gezien worden. Zij laten hun plannen en adviezen zien en vertellen dat zij hiermee ook daadwerkelijk zaken in beweging kunnen krijgen. Een mooi voorbeeld is het advies van de VAR inzake het medicatiebeleid. Het auditteam stelt vast dat de inspraakgremia conform wet- en regelgeving zijn ingericht en zich goed gehoord en gezien weten. De bestuurder is verantwoordelijk voor het strategisch HR beleid en heeft in deze taken gedelegeerd naar teamleiders en zorgcoördinatoren. Waar nodig laat de bestuurder zich op onderdelen ondersteunen door inhuur van externe expertise. De risico inventarisatie laat zien dat het huidige HRM instrumentarium nog niet aanwezig is, beperkt aanwezig is of toe aan vernieuwing of uitbreiding. Het is van belang om met het oog op de ontwikkeling en implementatie van dit HRM instrumentarium duidelijkheid te scheppen over de doelstellingen, samenhang en prioriteiten. De functie HRM manager moet nog worden ingevuld. Er wordt geen jaarlijks MTO gehouden. Een strategische personeelsplanning ontbreekt. Het functiegebouw in de zorg moet nog opnieuw worden ingericht. Auditees vertellen dat de aansturing in Maria Dommer nog niet stabiel is. Er is een bovenlaag van interim functionarissen en krachtige stafmedewerkers en personeel wijkverpleging die de kar trekken. Ook vertellen auditees dat de positionering van medewerkers nog niet goed is. Medewerkers ontvangen een opleiding en kunnen vervolgens deze kennis niet toepassen omdat zij daarop niet worden ingezet. Als voorbeeld noemen zij de GVP-ers en de kwaliteitsverpleegkundigen. De Raad van Toezicht (RvT) die het auditteam heeft

gesproken, vertelt dat er in de aansturing, benoeming van taken, verantwoordelijkheden en positionering nog werk aan de winkel is. Het auditteam concludeert dan ook dat de management en governance voldoende is maar nog een ontwikkeling moet doormaken om de basis te verstevigen. Daarom waardeert het auditteam deze prestatie als voldoende.

### *Reflecteren en verbeteren*

In 2021 heeft Maria Dommer in samenwerking met interne en externe stakeholders het strategische meerjarenplan 2022 – 2026 opgesteld. Hierbij zijn de toekomstplannen beschreven in relatie met een update van de visie en missie van Maria Dommer. In januari 2022 was dit plan gereed en wordt nu d.m.v. een alignement programma geïmplementeerd, gepresenteerd en breed gedeeld. In het kwaliteitsplan 2022, de risico-inventarisatie en in de begroting 2022 zijn tal van acties en verbeterdoelen gesteld. Het auditteam concludeert dat de plannen en de voornemens hiermee zijn geformuleerd en dat de uitvoering nu ter hand zal worden genomen. Het auditteam kent het volledige aantal punten toe.

<b>Waarde Kwaliteit</b>		<b>80</b>	<b>●</b>	<b>behaald</b>
<b>Prestatie V3 Sturen op kwaliteit</b>				
Cliëntervaring	Voldoende	25	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	30	●	
Reflecteren en verbeteren	Voldoende	25	●	

### *Cliëntervaring*

Maria Dommer heeft in totaal 22 waarderingen, waarvan 12 in 2022, op ZorgKaart Nederland. Desgevraagd vertellen auditees dat ze deze optie niet actief aanbieden aan bewoners en naasten. De reden is dat zij niet verwachten veel positieve reacties te krijgen in dit stadium, aldus een auditee. Het laatst gehouden CTO voor de intramurale setting is van 2021 en de auditees zijn te kort in dienst om te weten of resultaten zijn besproken en of er acties op zijn gehouden. Wel vinden zij het een goed idee om weer eens een CTO te houden. Het risico is dat er voor cliënten geen keuze-informatie is en dat er niet goed geluisterd wordt naar cliënten. Voor de wijkverpleging is het beeld positiever. In de wijkverpleging wordt jaarlijks de PREM uitgevraagd en auditees kunnen laten zien dat de uitkomsten zijn besproken en opgepakt. Ook vragen de auditees in de wijkverpleging bij elke zorgplanbespreking naar hoe cliënten hun kwaliteit van leveren ervaren. Het auditteam beoordeelt de cliëntervaring op sturen op kwaliteit voor Maria Dommer in totaal als matig.

### *Heraudit*

Tijdens de heaudit vertellen de auditees dat ze- gelet op het feit dat er veel punten moeten worden aangepakt- de actieve werving via ZorgKaart Nederland niet in 2023 oppakken. Dit leest de auditor ook terug in het verbeterregister. De uitkomsten van het CTO 2022 zijn besproken met de cliëntenraad en worden dit jaar in alle teams besproken. Bij de evaluatie van de zorgleefplangesprekken is de tevredenheidsmeting geborgd. Verbeterpunten worden opgenomen in het verbeterregister. Voor het najaar 2023 staat er dan weer een CTO PG en VPT in de planning. De PDCA cyclus van dit CTO is geborgd in het verbeterregister. De PDCA uitvoering van de PREM was al geborgd.

Op basis van deze bevinding beoordeelt de auditor deze prestatie als: voldoende.

### *Praktijk en instrumenten*

Auditees vertellen dat zij de uitkomsten van kwaliteit en veiligheid voor het woonzorgcentrum nog niet in onderlinge samenhang analyseren. De verplichte zorginhoudelijke indicatoren worden



bijgehouden, maar een analyse of bespreking van de uitkomsten in de teams vindt niet plaats. Het woonzorgcentrum maakt nog geen gebruik van de zorgmonitor in ONS, vertellen de auditees. De auditees van wijkverpleging kunnen laten zien dat zij de indicatoren bijhouden, middels de zorgmonitor in ONS is dit real time te volgen. In de teams bespreken zij deze uitkomsten in onderlinge samenhang. Zij vertellen dat zij de uitkomsten aanleveren bij de kwaliteitsfunctionaris. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de MIC's in de wijkverpleging. Het wijkteam maakt teamanalyses en levert de uitkomsten aan voor de kwartaalrapportages. Auditees wijkverpleging zeggen dat ze geen zicht hebben op de vervolgstappen. De auditees die de kwartaalrapportages verzorgen en bespreken, herkennen dit. Zij vertellen dat deze informatie nu 'hoog in de boom blijft hangen' en de PDCA op dit punt nog niet rond is. Auditees vertellen dat Maria Dommer niet beschikt over een werkend klachtensysteem. Wel beschikt Maria Dommer over een werkend incidentensysteem, maar hier wordt volgens de auditees onvoldoende gebruik van gemaakt in het woonzorgcentrum. Auditees vinden dat zij nog onvoldoende weten wat de kritische - en succesfactoren zijn en ze hebben deze niet met elkaar in beeld.

Maria Dommer maakt geen deel uit van lerend netwerk, aldus de auditees. In de wijkverpleging hoort het auditteam wel diverse voorbeelden van netwerken waarin ook casuïstiek wordt besproken. Het auditteam vindt dit een compliment waard. Maria Dommer beschikt over een kwaliteitsplan en een kwaliteitsjaarverslag conform de branche specifieke eisen. Auditees vertellen dat dit een document is dat nog weinig weergeeft van de eigenheid en kleur van Maria Dommer 'Het zou ook een plan van een koekfabriek kunnen zijn, bij wijze van spreken, en dat komt omdat er nog geen duidelijke visie op kwaliteit is' aldus een auditee. Maria Dommer houdt zowel intramuraal als in de wijkverpleging audits op de veiligheidsaspecten zoals medicatieveiligheid. De auditor heeft het jaarplan interne audits gezien. Het auditteam concludeert dat wezenlijk onderdelen van het kwaliteitssysteem ontbreken dan wel onvolledig worden benut. Het auditteam ziet hier wel een groot verschil tussen het woonzorgcentrum en de wijkverpleging. Deze prestatie beoordeelt het auditteam met 15 punten: matig op orde.

#### Heraudit

Maria Dommer beschikt over een werkend kwaliteitssysteem. Binnen Maria Dommer fungeert een stuurgroep kwaliteit en een commissie kwaliteit en veiligheid. In het document kwaliteitsambitie en methodisch werken is de PDCA-cyclus van het kwaliteitssysteem beschreven. Er is nu ingericht een PDCA op het kwaliteits-jaarplan en kwaliteitsverslag. Uitkomsten van het CTO, MTO, audits, basis indicatoren veiligheid, verbeterpunten vanuit de teams worden in onderlinge samenhang in de stuurgroep besproken. Er is een systeem voor het melden en afhandelen en opvolgen van de MICs. Er is een klachtenfunctionaris en een klachtenprocedure. Voorafgaand aan de audit heeft Maria Dommer het jaarverslag van de klachtenfunctionaris gestuurd. Dit jaarverslag gaat in op cijfers, analyses en trends. In dit verslag leest de auditor dat er in 2022 in totaal 34 klachten zijn geformuleerd door 12 klagers, 2 cliënten en 10 vertegenwoordigers (meestal familie). De klachten zijn samen met de klagers besproken en (indien van toepassing) met medewerkers van de afdeling of leidinggevenden. De klagers waren meestal tevreden over de klachtbehandeling, zij voelden zich gehoord.

Inmiddels is de kwaliteitsmonitor ONS ook intramuraal ingericht. De uitkomsten die verbetering behoeven worden opgenomen in het verbeterregister. De KPI's zijn opgenomen in de bijlage van het document 'Ambitie Kwaliteit, methodisch cyclisch werken'.

Auditees vertellen dat het stoplichtmodel in de kwaliteitsmonitor ONS hen ondersteunt bij de KPI 'kwaliteit zorgdossiers'. Het stoplichtmodel is een vast agendapunt in de stuurgroep kwaliteit, leest de auditor in het verbeterregister mei 2023. In het document 'Kwaliteitsambitie en methodisch cyclisch werken' staat beschreven dat de kwaliteitsindicatoren zijn benoemd en op welke wijze deze worden geregistreerd. Om zicht te hebben op de kwaliteit van zorg heeft Maria Dommer een aantal kwaliteitsindicatoren vastgesteld (bv zoals aangegeven in het stoplichtmodel, Prisma analyses, audits, enz.). Het zijn de signalen van goede of onvoldoende kwaliteit van zorg. Ze geven aan waar Maria Dommer staat en waar verbeteringen mogelijk zijn. Deze indicatoren kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden; voor interne sturing, voor benchmarking of voor het



afleggen van externe verantwoording. Voor Maria Dommer zijn de belangrijkste kwaliteitsindicatoren: Beschikbaarheid vakbekwaam personeel, Basis(zorg) en dossier op orde, Veiligheid, Cliënt-, medewerker- en vrijwilligerswaardering. Periodiek voert Maria Dommer metingen uit om informatie over de indicatoren te verkrijgen.

Tijdens de heraudit vertellen de auditees dat zij deel uitmaken van diverse regionale netwerken. In het kwaliteitsplan Maria Dommer 2023 is een paragraaf opgenomen over de lerende netwerken. Hierin leest de auditor: " Voor Maria Dommer is het belangrijk onderdeel te zijn van lerende netwerken in het kader van de ambitie om een lerende organisatie te zijn. Op bestuurlijk niveau, op managementniveau, en ook op operationeel niveau is Maria Dommer actief in regionale netwerken. In de netwerken vindt onderlinge uitwisseling in openheid plaats door bijvoorbeeld bezoek, consultatie, benchmarking en intervisie. Dat geldt zowel voor de netwerken waar medewerkers als managers en de bestuurder actief in zijn. Maria Dommer participeert in de lerende netwerken georganiseerd vanuit Actiz in het kader van kennisdeling en -ontwikkeling ter verbetering van de kwaliteit van zorg in de praktijk (Platform kleine vnl intramurale) zorgorganisaties e.d.). Op bestuurlijk niveau is daarnaast een lerend netwerk/intervisiegroep van kleine zorgaanbieders in de regio opgestart met Bartholomeus Gasthuis, De Wulverhorst, Huis ter Leede en Sint Pieters en Blokland Gasthuis. Ook neemt Maria Dommer deel aan het lerende netwerk van zorgaanbieders in Utrecht Noord-West (De Wulverhorts, Zorggroep de Vechtstreek alsmede. Vecht en IJssel). Dit jaar wordt verkend of deze netwerken kunnen worden geïntegreerd tot een groter lerend netwerk."

Het volledige aantal punten is van toepassing.

### *Reflecteren en verbeteren*

Volgens de auditees ontbreekt het aan visie als kapstok voor sturen op kwaliteit binnen Maria Dommer, waardoor er geen kader is voor het kwaliteitsbeleid. Zij zijn van mening dat er een kleine groep op centraal niveau goed geoutilleerd is om hier mee aan de slag te gaan. De huidige kwaliteitsadviseur is extern ingehuurd. Daarnaast is er een kwaliteitsverpleegkundige intramuraal en een kwaliteitsverpleegkundige extramuraal. Deze medewerkers komen regelmatig bij elkaar. Zij vormen zowel de VAR als het kwaliteitsteam. Verder is er in het wijkteam veel ruimte voor reflectie en verbeteringen. In de teams in het woonzorgcentrum is de structuur en kennis voor reflecteren en verbeteren nog onvoldoende ingeregeld. Het auditteam geeft een compliment voor de openheid en de (zelf?) reflectie. Het auditteam constateert dat de organisatie een goed inzicht heeft in waar de schoen wringt en wat er moet gebeuren. Met de interim manager en de kwaliteitsverpleegkundige zal dan in de toekomst ook een verbeteringslag gemaakt kunnen worden. Auditees zeggen dat het moment van de audit te vroeg is om al concrete plannen hierop te laten zien. Het auditteam waardeert deze prestatie daarom met voldoende.

### Heraudit

Maria Dommer heeft een verbeterregister gemaakt. In dit verbeterregister worden de verbeterpunten meegenomen o.a. uit IGJ rapportages, in- en externe audits, prisma analyses, tevredenheidsonderzoeken etc. De verbeterpunten worden door het kwaliteitsteam en de betrokken commissies (WZD, IPC, MIC etc) ingedeeld naar risico en prioritering en verbetervoorstellen worden uitgezet. Dit register wordt periodiek besproken in de kwaliteitswerkgroep, bestaande uit kwaliteitsverpleegkundigen, kwaliteitsfunctionaris, manager zorg en teamleiders. De manager zorg bespreekt de hoge risico's (rood) in het MT. Dit verbeterregister registreert de voortgang van de interventies, gerelateerd aan de kwaliteit opdracht voor Maria Dommer, zoals beschreven in het project plan; "Basis op Orde". Daarnaast heeft de auditor diverse projectplannen gezien op de auditdag waaronder het plan van aanpak voor de teambuilding, het plan van aanpak voor de leeracademie.

Maria Dommer maakt voor de analyse van klachten, MIC, CTO gebruik van verschillende registraties. Daarnaast zijn er uitkomsten van interne en externe audits, deze worden opgenomen in het verbeterregister. De uitkomsten van de zorginhoudelijke indicatoren worden zichtbaar in ONS via het stoplichtenmodel. Maria Dommer beschikt nog niet over een samenbindend geheel (dashboard, digitaal overzicht) waarin de uitkomsten kwaliteit, personeel en financiën in onderlinge samenhang worden gepresenteerd en dus kan hier nog geen analyse en reflectie op plaats vinden. Dit is een verbeterpunt voor de komende periode. Het risico is dat er geen verbanden worden gelegd tussen de diverse uitkomsten op kwaliteit en/ of tussen uitkomsten kwaliteit, personeel en financiën.

De auditor beoordeelt deze prestatie als voldoende.

<b>Waarde Betrouwbaarheid</b>		<b>90</b>	<b>●</b>	<b>Behaald</b>
<b>Prestatie V4 Bedrijfsresultaten</b>				
Cliëntervaring	Voldoende	20	●	
Praktijk en instrumenten	Goed op orde	35	●	
Reflecteren en verbeteren	Goed op orde	35	●	

### *Cliëntervaring*

Het auditteam heeft geen klachten over de ervaren beveiliging van persoonsgegevens aangetroffen. In het CTO van 2021 staan diverse opmerkingen over de slechte administratieve afhandeling. Het is niet duidelijk of dit is opgepakt en wat de oorzaak is. Bewoners die zijn gesproken, hebben geen klachten en ervaren een goede administratieve afhandeling. Vanwege de kritische opmerkingen in het CTO en de onduidelijkheid over de achtergrond, past het auditteam puntenaftrek toe: 20 punten.

### *Praktijk en instrumenten*

Het auditteam heeft de begroting 2022 gezien waarin aandacht is voor de risico's in de bedrijfsvoering voor 2022 en de daarop volgende jaren. Het totale begrote resultaat over 2022 is € 122.315. De eigen vermogenspositie (inclusief het beoogde exploitatieresultaat 2022) is per ultimo 2022 € 5.561.030. Dit komt overeen met 40,35% van de begrote bedrijfsopbrengsten. Hiermee wordt voldaan aan de norm dat het eigen vermogen tenminste 25% bedraagt van de totale opbrengsten. Belangrijkste inkomstenbron voor Maria Dommer is de Wlz (94%). De PNIL inzet is erg hoog mede door hoog ziekteverzuim van in 2021 10% en in 2022 12,2% en door het personeelsverloop onder gekwalificeerd zorgpersoneel. In 2021 was de uitstroom van personeel nagenoeg gelijk aan de instroom. Opvallend is het hoge aantal ad-interim functies op cruciale posities. Auditoren zien dat er voor bewoners een actuele prijslijst 2022 is samengesteld. Deze is inzichtelijk op de website. Hier staat expliciet aangegeven dat bewoners met een ZZP of VPT indicatie gratis deelnemen aan het activiteitenprogramma. De auditoren stellen vast dat de AVG wetgeving en de privacy volledig zijn geborgd binnen de organisatie. Het auditteam concludeert dat de bedrijfsresultaten op orde zijn en oordeelt dat deze prestatie maximaal scoort.

### *Reflecteren en verbeteren*

Zowel in de risico-inventarisatie als in de begroting 2022 worden de risico's en problemen uitgebreid benoemd en worden acties uitgezet met daaraan gekoppelde doelen. Op financieel gebied zijn de (beoogde)resultaten helder en inzichtelijk, op personeelsinzet en strategische personeelsplanning wordt ingezet op de invoering van een HRM functie. Het volledige aantal punten 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 19 mei 2022 bestond uit:

- Voorzitter (Anton Bakker )
- Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD))
- Auditor (Hilda van den Oosterkamp)
- Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet)

Het auditteam 7 juni 2023 bestond uit:

- Voorzitter, Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD))

### Prestatieoverzicht

Onderwerpen	Wel/niet behaald
<b>Domeinen</b>	
D1 Woon- en leefsituatie	Behaald
D2 Participatie	Behaald
D3 Mentaal welbevinden	Behaald
D4 Lichamelijk welbevinden	Behaald
<b>Pijlers</b>	
P1 Persoonsgerichte zorg	Behaald
P2 Communicatie en informatie	Behaald
P3 Cliëntveiligheid	Behaald
<b>Voorwaarden</b>	
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

<b>Peildatum</b>	
Op welke peildatum zijn de gevraagde gegevens gebaseerd?	31 december 2021
<b>Bestuursstructuur</b>	
Bestuursstructuur	RvT-model
Zorgbrede Governance Code	Ja
	Toelichting:
<b>Verscherpt toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)</b>	
Onder verscherpt toezicht IGJ	Nee
	Toelichting:
Datum laatste inspectieverslag	
<b>Leveringsvoorwaarden</b>	
Algemene Voorwaarden voor zorg (van ActiZ en/of BTN)?	Ja
	Toelichting:
<b>Identiteit</b>	
Identiteit	Algemeen
<b>Samenwerkingsverbanden</b>	
Relevante samenwerkingsverbanden	De Rijnhoven: inzet behandel functies (SO, psycholoog, fysiotherapie, etc.)
	Tzorg: Leveren van Hulp bij Huishouden bij enkele MPT-clënten (die al gebruik maakten van de diensten van Tzorg voordat ze een Wlz-indicatie kregen en Maria Dommer klanthouder werd).
Diensten die zijn uitbesteed	Wasserij en een deel van de voedingsdienst.

### Lokatie Woonzorgcentrum Maria Dommer

<b>In zorg</b>	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	282
<b>Uit zorg</b>	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	
	Overlijden 24
	Ontslag / overig 1
<b>Scope</b>	<b>Aantal cliënten</b>
Individuele zorg ( <i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i> )	60
Ondersteuning en begeleiding ( <i>Wmo, hulp bij het huishouden</i> )	65

Verblijf (Wlz)	41
Verblijf inclusief behandeling (Alleen behandeling wordt niet getoetst)	97
Dagbesteding (Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten)	8
Revalidatie (o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel)	0
Informele zorg	0
<b>Totaal aantal cliënten</b>	<b>Totaal: 271</b>
Specifieke kenmerken doelgroepen	Maria Dommer richt zich voor wat betreft intramurale cliënten vooral op PG-zorg.
<b>Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening</b>	
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Ja
	Toelichting: Personalarmering en maaltijden
<b>BOPZ-aanmerking</b>	
BOPZ-aanmerking	Ja
	Toelichting:
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 295 FTE: 153,0
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 56 FTE: 17,0
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 52 FTE: 16,2
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	12,2 %
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 48 FTE:
<b>Lokatie Wijkverpleging Maria Dommer</b>	
<b>In zorg</b>	
Aantal cliënten in zorg op peildatum	60
<b>Uit zorg</b>	
Aantal cliënten uit zorg het laatste volledige jaar	Overlijden Ontslag / overig
<b>Scope</b>	<b>Aantal cliënten</b>

Individuele zorg ( <i>Bij zelfstandig wonen – Zvw</i> )	46
Ondersteuning en begeleiding ( <i>Wmo, hulp bij het huishouden</i> )	
Verblijf ( <i>Wlz</i> )	14
Verblijf inclusief behandeling ( <i>Alleen behandeling wordt niet getoetst</i> )	
Dagbesteding ( <i>Inclusief Dagbehandeling/ Dagactiviteiten</i> )	
Revalidatie ( <i>o.a. Geriatrische revalidatiezorg, zorghotel</i> )	
Informele zorg	
<b>Totaal aantal cliënten</b>	<b>Totaal: 60</b>
Specifieke kenmerken doelgroepen	14 Verblijf (Wlz) betreft Modulair Pakket Thuis (MPT)
<b>Privaat gefinancierde zorg- of dienstverlening</b>	
Diensten of zorg gefinancierd vanuit niet publieke middelen?	Nee
	Toelichting:
<b>BOPZ-aanmerking</b>	
BOPZ-aanmerking	Ja
	Toelichting:
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst op peildatum	Personen: 15 FTE: 7,6
Instroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 0 FTE: 0,0
Uitstroom personeelsleden (aantal personen en FTE) in loondienst in laatste volledige jaar	Personen: 2 FTE: 0,0
Verzuim van de personeelsleden op peildatum, exclusief zwangerschapsverlof	11,9 %
Aantal vrijwilligers in laatste volledige jaar	Personen: 0 FTE:
<b>Dit formulier is ingevuld door:</b>	
Naam en functie: Jaap Evers, manager Financiën en ICT	

## Bijlage 3. Auditprogramma

Van	Tot	Inhoud	Auditees	Auditoren
08:30	09:00	Voorbespreking auditteam		Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet) Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD)) Auditor (Hilda van den Oosterkamp) Voorzitter (Anton Bakker )
09:00	09:15	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Dhr. G. - Bestuurder a.i. Mw. D. - Manager Zorg a.i. dhr. J. - Manager Facilitair a.i. Mw. M. - Teamleider extramuraal Mw. K. - Verpleegkundige in de wijk - EVV'er VPT Mw. M. Besamusca - CoZo Endelhoven dhr. R. - EVV'er Endelhoven Mw. S. - Verpleegkundige Gansenhoef	Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet) Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD)) Auditor (Hilda van den Oosterkamp) Voorzitter (Anton Bakker )
09:15	12:00	Observaties en gesprekken over: D1. Comfort - Woon- en leefsituatie D2. Samen - Participatie D3. Genieten - Mentaal welbevinden	Anton Bakker: Intramuraal Rondgang met Mw. M. Bezoek Endelhoven en Gansenhoef, inclusief huiskamer. SOG/Psycholoog- telefonisch RvT (dhr. C. - telefonisch) Mw. S. - Welzijnsmedewerker	Voorzitter (Anton Bakker )
09:15	12:00	Observaties en gesprekken over: D4. Vitaliteit - Lichamelijk welbevinden P1. Unicitéit - Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid - Cliëntveiligheid	Marita Meulmeester: Wijk Bezoek cliënten met Mw. K. Mw. M. - Wijkverpleegkundige	Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD))
09:15	12:00	Registraties/instrumenten en gesprekken over:	Mw. S.: medicatiekamer Dhr. R. Mw. S. : dossiers intramuraal Mw. M. - dossiers Wijkverpleging/VPT	Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet) Auditor (Hilda van den Oosterkamp)



		D1. Comfort - Woon- en leefsituatie D2. Samen - Participatie D3. Genieten - Mentaal welbevinden D4. Vitaliteit - Lichamelijk welbevinden P1. Uniciteit - Persoonsgerichte zorg P3. Veiligheid - Cliëntveiligheid	Mw. M. : HACCP Mw. J. Geestelijk verzorger Mw. N. dhr. J. : BHV Dhr. J. Calamiteiten/legionella	
12:00	13:00	Bespreking auditteam bevindingen/werklunch		Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet) Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD)) Auditor (Hilda van den Oosterkamp) Voorzitter (Anton Bakker )
13:00	15:00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: P2. Transparantie - Communicatie en Informatie Openstaande punten van Pijlers en Domeinen in de ochtend door 1 auditor	Mw. C.: zorgbemiddeling Mw. M. Wijkverpleegkundige Mw. M. Teamleider extramuraal	Auditor (Hilda van den Oosterkamp)
13:00	15:00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V1. Vakkundigheid - Kwaliteit medewerkers V3. Kwaliteit - Sturen op kwaliteit	Mw. K.: Kwaliteitsverpleegkundige Mw. D. Manager Zorg a.i.	Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet) Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD))
13:00	15:00	Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over: V2. Ontwikkelen - Management en Governance V4. Betrouwbaarheid - Bedrijfsresultaten	Dhr. G. : bestuurder a.i. Dhr. J. : Manager Financiën en ICT Mw. A. : Scheerhoorn: Voorzitter Cliëntenraad dhr. J.: Voorzitter Ondernemingsraad	Voorzitter (Anton Bakker )

15:00	16:30	Beoordelen prestaties en voorbereiden eindgesprek		Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet) Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD)) Auditor (Hilda van den Oosterkamp) Voorzitter (Anton Bakker )
16:30	16:45	Eindgesprek	dhr. G. - Bestuurder a.i. mw. D. - Manager Zorg a.i. dhr. J. - Manager Facilitair a.i. Mw. M. - Teamleider extramuraal Mw. K. - Verpleegkundige in de wijk - EVV'er VPT Mw. M. - CoZo Endelhoven dhr. R. - EVV'er Endelhoven Mw. S. - Verpleegkundige Gansenhoeft Mw. K. - Kwaliteitsverpleegkundige	Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet) Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD)) Auditor (Hilda van den Oosterkamp) Voorzitter (Anton Bakker )
16:45	17:00	Evaluatie auditteam		Boventallige Auditor (Truus van de Bovekamp-Van Vliet) Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD)) Auditor (Hilda van den Oosterkamp) Voorzitter (Anton Bakker )

**Betreft** Auditprogramma  
**Project** Stichting Maria Dommer/MARIADOMMER/2023/1  
**Periode** 07 juni 2023

<b>Audit</b>	MARIADOMMER/2023/1/A/1/H				
<b>Organisatieonderdelen</b>	Woonzorgcentrum Maria Dommer (PREZO VVT '17 v1), Wijkverpleging Maria Dommer (PREZO VVT '17 v1)				
<b>Leadauditor</b>	Mevrouw drs. M.J. Meulmeester				
<b>Van</b>	<b>Tot</b>	<b>Inhoud</b>	<b>Auditoren</b>	<b>Auditees</b>	<b>Locatie</b>
07JUN2023, 09:00	09:30	Nadere kennismaking met vertegenwoordigers van de organisatie	Voorzitter / Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD))	Bestuurder: Mw. K. Kwaliteitsfunctionaris/bestuursecretaris: Mw. A.	Kantoor bestuurder, 1ste verdieping Maria Dommer
07JUN2023, 09:30	11:00	OO; wijkverpleging en woonzorgcentrum  Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over:  V1. Vakkundigheid - Kwaliteit medewerkers	Voorzitter / Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD))	9:30 - 9:50 gesprek met Voorzitter OR: Mw. J. thema medewerkerstevredenheid.  9:50 - 11:00: Teamleider/meewerkend verpleegkundige intramuraal: Mw. A. en Mw. P. Teamleider Wijkzorg/Wijkverpleegkundige: Mw. M. en verpleegkundige in de wijk: Mw. K.	Vergaderruimte Diependaalsedijk (Naast Maria Dommer),
07JUN2023, 11:00	12:15	OO; wijkverpleging en woonzorgcentrum  Observaties, registraties/instrumenten en gesprekken over:  V3. Kwaliteit - Sturen op kwaliteit	Voorzitter / Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD))	Kwaliteitsfunctionaris/bestuursecretaris: Mw. A. Kwaliteitsfunctionaris: Mw. W. Teamleider/meewerkend verpleegkundige intramuraal: Mw. A. Teamleider Wijkzorg/Wijkverpleegkundige: Mw. M.	Vergaderruimte Diependaalsedijk (naast Maria Dommer)



---

07JUN2023, 12:15

12:45

Beoordelen prestaties en  
voorbereiden eindgesprek

Voorzitter / Secretaris  
(Marita Meulmeester

Vergaderruimte  
Diependaalsedijk (naast

---



---

			(LEAD))		Maria Dommer)
07JUN2023, 12:45	13:00	Eindgesprek	Voorzitter / Secretaris (Marita Meulmeester (LEAD))	Bestuurder: Mw. K. Kwaliteitsfunctionaris/bestuurssecretaris: Mw. A.	Kantoor bestuurder, 1ste verdieping Maria Dommer

---

## Bijlage 4. Instrumentenoverzicht

### Algemeen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Ingevuld formulier kerngegevens	Ja	Ja
Ingepulde 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

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



wachttijd/wachttijdbegeleiding, bereikbaarheid, klachten, levensbeschouwelijke zaken en inspraak en medezeggenschap		
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	Nee	Nee
Scholing, deskundigheidsbevordering en reflecteren of intervisie van medewerkers	Ja	Ja
Periodieke gesprekken over competenties en loopbaanontwikkeling	Nee	Nee
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	Nee	Nee
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

Het auditteam heeft 10 cliëntendossiers ingezien.

Het auditteam heeft 2 personeelsdossiers ingezien.

## Instrumenten heraudit 7 juni 2023

### Algemeen

Instrument	Organisatie beschikbaar	Auditor waargenomen
Ingevuld formulier kerngegevens	Ja	Ja
Ingevulde 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

### Aanvullende instrumenten heraudit

- Format 360 graden feedback
- Format jaarsprek
- Rapportage MIC- analyse Q4
- Plan van aanpak Leer Academie Maria Dommer
- Plan van aanpak teambuilding.