

VERTROUWELIJK

Rapport

Organisatie	Het Dijkhuis
Vestigingsplaats	Bathmen
Soort onderzoek	Tweede jaarlijkse audit Effectiviteit van de organisatie
Grondslag(en)	ISO9001:2015
Onderzoek data	6 en 8 mei 2025
Teamleider	Ietje de Jong
Teamleden	Inge van den Tillaard

Hoewel dit rapport met de grootst mogelijk zorgvuldigheid tot stand is gekomen, betreft dit rapport de weergave van het onderzoeksteam. Vermeende onjuistheden kunnen tot zes weken na de datum van de laatste onderzoeksdag worden gemeld aan de teamleider. Na instemming wordt de tekst waar nodig aangepast. Daarna wordt de status van het rapport definitief.

Het originele rapport is eigendom van Certificatie in de Zorg. De opdrachtgever ontvangt een digitale kopie.

Alle rechten voorbehouden.

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
ALGEMENE GEGEVENS ONDERZOCHE ORGANISATIE	3
DOEL VAN HET ONDERZOEK	4
ONDERZOEKSVERANTWOORDING	4
CERTIFICATIEVOORWAARDEN	4
1 CONCLUSIES	5
1.1 ALGEMEEN BEELD	5
1.2 CONCLUSIE	6
2 AUDITGEGEVENS	7
2.1 RELEVANTE ONTWIKKELINGEN	7
2.2 WELKE DOCUMENTEN ZIJN GEBRUIKT EN/OF INGEZIEN	7
2.3 AANDACHTSPUNTEN UIT VOORGAANDE ONDERZOEKEN	8
2.4 AFWIJKINGEN VORIGE ONDERZOEK	8
2.5 THEMA'S VOOR DE VOLGENDE AUDIT	8
3 WAT WIJKT AF (VAN DE NORM) – OVERZICHT AFWIJKINGEN	9
BIJLAGE 1 WEERGAVE VAN GESPREKKEN	14
BIJLAGE 2 AUDITPROGRAMMA	26

Algemene gegevens onderzochte organisatie

Organisatie	
Naam	't Dijkhuis
Adres	Gorsselseweg 2 7437 BE Bathmen
Contactpersoon	
Naam	Annemarie Toorneman
Functie	Leidinggevende Wonen en Leven 3
E-mail	a.toorneman@hetdijkhuis.nl
Telefoon	0570-541644 (intern laten doorverbinden of 06-40669652)
Scope & uitsluitingen (wat onderzoeken we en wat valt er niet onder?)	
Grondslag voor de certificering	ISO 9001:2015
Activiteiten die onder de certificering vallen (scope)	<i>Volledige zorg- en dienstverlening in 't Dijkhuis: Welzijn, verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf voor mensen met dementie en somatiek en dagbesteding</i>
Activiteiten, werkgebieden en/of locaties die niet onder de certificering vallen (uitsluitingen)	Alle hierboven niet benoemde activiteiten, o.a.
Uitsluiting(en) van de norm	☒ Er zijn geen uitsluitingen. ☐ De organisatie heeft [paragraafnummers] als niet van toepassing verklaard.
Akkoord uitsluitingen	☒ Ja ☐ Nee, namelijk:
EAC code	38
Effectief aantal medewerkers (fte's)	93 fte (2023)

Doel van het onderzoek

Doel van het onderzoek is vaststellen of de onderzochte organisatie in staat is de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken en systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Met andere woorden: is de zorg afgestemd op de behoefte van klanten en doeltreffend en doelmatig georganiseerd? Hierbij worden zowel de norm (zie grondslag van het onderzoek), wet- en regelgeving, sectorvereisten als de organisatie eigen afspraken als uitgangspunt gebruikt.

Onderzoeksverantwoording

Kwaliteit zichtbaar maken, dat is de opdracht van het auditteam. Kwaliteit draait niet om de norm of om 'het kwaliteitssysteem', maar om de waarde creatie voor de klant (klantwaarde) die de onderzochte organisatie voortbrengt. Door kwaliteit zichtbaar te maken, is de organisatie in staat om de waarde en potentie van mens en organisatie beter te benutten. ISO9001 en daarvan afgeleide standaarden vormen een bruikbaar en bewezen kader om (kwaliteit) effectief te organiseren en bieden gemeenschappelijke taal en uitgangspunten.

Dit certificatieonderzoek heeft plaatsgevonden conform de uitgangspunten van NEN17021 *Conformity assessment - Requirements for bodies providing audit and certification of management systems*. In deze norm zijn eisen gesteld aan onder andere: onpartijdigheid, vertrouwelijkheid, samenstelling van het auditteam, kwalificaties van het auditteam, het uitbesteden van activiteiten en klachtenafhandeling. De bepaling van audittijd heeft plaatsgevonden conform Mandatory Document 5, *Mandatory Document For Duration of QMS and EMS Audits* van het International Accreditation Forum (IAF, zie www.iaf.nu).

Het beeld van de dienstverlening ontstaat vanuit gesprekken met klanten, medewerkers, het bijwonen van activiteiten, het inzien en bespreken van relevante informatie, de algehele indruk en steekproeven op specifieke onderwerpen en locaties. Hiermee is bewijs verzameld over de bijdrage van de organisatie aan de waardecreatie. Daarnaast wordt beoordeeld of de organisatie voldoet aan relevante eisen vanuit de sector en wet- en regelgeving die van invloed zijn op de dienstverlening aan klanten.

Certificatievoorwaarden

Om voor certificatie in aanmerking te komen en de certificatie te behouden, dient de organisatie aan te tonen dat zij in staat is om op consistente wijze (zorg)diensten te leveren die voldoen aan relevante eisen, behoeften en verwachtingen van klanten en van toepassing zijnde wet- en regelgeving. Daarbij dient zij de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken, te monitoren en waar nodig of gewenst, te verbeteren.

Wanneer niet wordt voldaan aan een relevante klant- of normeis, spreken we van een afwijking. Een eis wordt omschreven als de behoefte of verwachting die kenbaar gemaakt, vanzelfsprekend of dwingend voorgeschreven is (zie ISO9000:2015 – Grondbeginselen en verklarende woordenlijst). Afwijkingen worden door de audit teamleider gekwalificeerd op basis van het veronderstelde risico (kans x effect) dat de afwijking met zich meebrengt. Er is onderscheid tussen hoog, midden en laag risico afwijkingen.

Hoog risico (HR)	Afwijking met een directe negatieve invloed op de dienstverlening en/of op de effectiviteit van de organisatie. <i>De oorzaak van de afwijking moet zijn weggenomen, voordat de audit teamleider een positief advies mag geven.</i>
Midden risico (MR)	Afwijking met een negatieve invloed op de dienstverlening en/of op de effectiviteit van de organisatie. <i>De audit teamleider maakt afspraken over wanneer de afwijking moet zijn afgehandeld.</i>
Laag risico (LR)	Afwijking met een veronderstelde negatieve invloed op de dienstverlening en/of op de effectiviteit van de organisatie. <i>Tijdens de volgende audit, zal de voortgang worden geverifieerd.</i>
Verbeterpunten	In de 'Weergave van gesprekken' benoemt het auditteam zowel positieve bevindingen ('te waarderen') als aandachtspunten. De organisatie is vrij om hier al dan niet iets mee te doen.

1 Conclusies

1.1 Algemeen beeld

In een jaar tijd zijn er opnieuw **flinke stappen** gezet door het team van 't Dijkhuis. Allereerst staat er een bijna nieuw managementteam. Vanuit de visie is het **organogram** aangepast en zijn er nieuwe rollen bijgekomen om de teams te ondersteunen. De vacatures zijn bijna allemaal weer ingevuld, alleen die voor de functie van adviseur kwaliteit en veiligheid staat nog open.

Ook de **teams zijn opnieuw samengesteld** en vanaf 1 maart is gestart met het nieuwe concept Wonen en Leven. Vanuit een zorgvuldig samengesteld Medewerkersplan en met een nieuwe manier van samenwerken. Dat is nog pril en moet nog verder worden verdiept, maar eerste effecten zijn al zichtbaar. De weg hiernaartoe heeft impact gehad op alle betrokkenen. Het heeft ook gemaakt dat er medewerkers zijn vertrokken. Toch laat het MTO, dat is afgenomen in een periode van onrust, een positief beeld zien.

Daarnaast vraagt de **nieuwbouw en renovatie** energie van de bewoners en teams. Maar ook daarvan zijn de resultaten al zichtbaar. Daarmee wordt ook steeds concreter waar naar toe gewerkt wordt. Met een prachtig Plein, voor ontmoeting en gezelligheid. Ook voor mensen uit het dorp. Daar voel je dat je onderdeel bent van een groter geheel. Dorpsgenoot! Met nog aandacht voor het meer gezellig maken en inrichten van de trefpunten en de gangen.

Veel aandacht is besteed aan het onderzoek naar **verdergaande samenwerking** met een collega organisatie in de regio. Dit is echter afgeketst wat tot teleurstelling heeft geleid. Werkzaamheden die hierop gewacht hebben, zijn weer voortvarend opgepakt, bijvoorbeeld de werving van de manager advies en ondersteuning.

De jaarcyclus van 't Dijkhuis vormt de ruggengraad van het kwaliteitssysteem. Deze werkwijze is passend en vertaald zich naar de gehele organisatie. Nieuw is het Kwaliteitsbeeld. Nu vooral ingezet als kwaliteitsjaarplan. De reflectie op het voorgaande jaar vindt plaats in het jaarmagazine. Te waarderen is dat het Kwaliteitsbeeld voor 31 december 2024 gereed was. Het is een document dat door 't Dijkhuis ook echt gebruikt wordt. Vanuit het kwaliteitsbeeld worden taken verdeeld en deze worden gemonitord in de bilaterale werkoverleggen en kwartaalrapportages.

Te waarderen:

- Er is een nieuwe visie Wonen & Leven, waarin eigen regie voorop staat. Zo kunnen bewoners zelf aangeven waar ze willen eten: eigen kamer, Trefpunt of op Het Plein en wordt er steeds meer gekeken naar wat een bewoner zelf nog kan (met mooie voorbeelden).
- Medewerkers zijn positief over de nieuwe visie en kunnen al onder woorden brengen wat de nieuwe werkwijze voor hen doet: samenwerking met andere disciplines, sneller inspelen op cliëntvragen, aanwezigheid op de trefpunten en meer binding met familieleden.
- Ondanks alle reuring is er veel gebeurd. Het nieuwe functiegebouw, de proeftuin en evaluatie, een nieuwe teamsamenstelling met aandacht voor teamontwikkeling, ontwikkeling op het vlak van samenwerken met informele zorg en de visie op eten en drinken vertaald naar de praktijk.
- Ter ondersteuning van de teams zijn er kwaliteitsverpleegkundigen aangesteld. Deze rol moet zich nog verder ontwikkelen, maar is nu al van toegevoegde waarde. Ook als het gaat om coachen van teams on the job. Dat zelfde geldt ook voor de nieuwe rol van de medewerkers Dagbesteding in hun rol van coach van de medewerkers Wonen en Welzijn.

Aandachtspunten:

- De teams zijn vanaf 1 maart 2025 opnieuw samengesteld en gaan werken met het nieuwe concept. Dat vraagt nog verdere verdieping en ontwikkeling. Daarin kan het helpend zijn om te werken met teamplannen vanuit de vraag wat nodig is om het nieuwe werken verder concreet te vertalen naar de praktijk. Op die manier geef je ze de mogelijkheid om zelf de visie van 't Dijkhuis te realiseren, te monitoren en om in behapbare stapjes te hakken.

- Diverse ontwikkelingen zijn nog pril. Deze moeten nog verder uitgewerkt en geborgd worden. Daarin is het belangrijk regelmatig te evalueren en dichtbij te zijn. En eigenaarschap te vergroten bij medewerkers.

Tenslotte

Grote complimenten voor hoe het 't Dijkhuis ontwikkelt van traditioneel verpleeghuis naar een toekomstige woonomgeving voor mensen die zware zorg nodig hebben. Een verandering van visie, gebouw en anders werken. Een ingrijpende beweging voor alle betrokkenen. Dat is tussen de regels door goed te lezen. Maar ook een beweging waar mensen steeds meer trots op zijn. En waarvan de effecten al voorzichtig zichtbaar worden. Steeds dichterbij de droom beschreven in het strategisch plan: "Ik zie een dorp waar we samen Leven." Daarvan is 't Dijkhuis steeds meer een zichtbaar onderdeel!

Het auditteam dankt iedereen die aan de audit heeft meegedaan voor de goede voorbereiding en de leuke, open gesprekken.

1.2 Conclusie

Algehele conclusie:

☒	De audit teamleider geeft een positief advies aan het management van Certificatie in de Zorg t.a.v. het verstrekken/continueren van het certificaat.
☐	De audit teamleider geeft een positief advies, onder de voorwaarde dat corrigerende maatregelen voor de hieronder genoemde datum zijn ingediend bij de audit teamleider.
☐	De audit teamleider geeft een negatief advies aan het management van Certificatie in de Zorg t.a.v. het verstrekken/continueren van het certificaat.

Afwijkingen:

☐	Tijdens de audit zijn er géén afwijkingen geconstateerd.
☒	Tijdens de audit zijn enkel Laag Risico afwijkingen geconstateerd. Deze volgen wij volgende keer op.
☐	Tijdens de audit zijn <aantal> Hoog Risico afwijkingen en <aantal> Midden Risico afwijkingen geconstateerd. De voorgestelde aanpak (corrigerende maatregelen) moeten voor <datum> door de audit teamleider akkoord bevonden zijn.
☐	Er zijn nog openstaande afwijkingen van vorige audit(s). Er dient voor <datum> voldoende bewijs te zijn aangeleverd dat deze afgesloten kunnen worden.

De afwijkingen zijn weergegeven in het overzicht afwijkingen (hoofdstuk 3). Een weergave van de gesprekken is terug te vinden in bijlage 1.

2 Auditgegevens

2.1 Relevante ontwikkelingen

(her)certificatie	– Kennismaking – 1e fase nieuwbouw/renovatie – Medewerkersplan in ontwikkeling – Medewerkerstevredenheidsonderzoek (rapport begin 2023) – Aandacht voor welzijn door nieuwe functies (woonwelzijnsmedewerker, medewerker Stamtafel en Rotonde) – Klantbelofte
Jaar 1	– Renovatie/nieuwbouw hebben veel impact – Regionale samenwerking – Onderzoek verdergaande samenwerking collega zorgaanbieder – CTO – Voorbereiding proeftuin in september
Jaar 2	– Eerste onderdelen van de nieuwbouw/renovatie zijn opgeleverd – Fusie met ZGR gaat niet door – Nieuw MT en nieuw organogram in aansluiting op de visie – MTO en CTO uitgevoerd – Proeftuin draait en is geëvalueerd – inmiddels structureel en werkwijze verbreed naar alle onderdelen – Het Plein als ontmoetingsplek voor bewoners en bewoners uit het dorp

2.2 Welke documenten zijn gebruikt en/of ingezien

Voor en tijdens het onderzoek zijn de volgende documenten ingezien:

- 20240624 Kwartaalrapportage Q1
- 20240920 Kwartaalrapportage Q2
- 20241129 Kwartaalrapportage Q3
- 20250123 Kwartaalrapportage Q4
- 20250123 Kwaliteitsbeeld 't Dijkhuis def
- 20250501 Jaarmagazine 2024 v0.9
- 20250501 Jaarverslag 't Dijkhuis 2024 RvT
- 20250506 Notitie samen zorgen
- Afdelingen en teams 't Dijkhuis 2025
- Diverse zorgdossiers
- Directiebeoordeling 2025 't Dijkhuis
- Evaluatie Proeftuin Team 15 & 29 januari 2025
- Jaarplanning OR 2025
- Kwaliteitsverpleegkundige 20240808
- Leidraad rapporteren D1
- Organogram 't Dijkhuis 2025
- Organogram 't Dijkhuis 240625
- Rapportage AO-IC 2025
- Verdeling Onderwerpen Q-rapportage
- Visiedocument 't Dijkhuis 20211209
- Visie op eten en drinken 't Dijkhuis
- Werkoverleg 24 april 2025
- Website 't Dijkhuis

2.3 Aandachtspunten uit voorgaande onderzoeken

Aan de hand van voorgaande rapportages zijn de volgende aandachtspunten benoemd:

- Voortgang verbouwing en ervaringen vanuit de proeftuin en ‘geleerde lessen’;
- Implementatie van het medewerkersplan;
- Vergroting van samenwerking informele zorg;
- Uitkomst van onderzoek naar samenwerking/evt fusie in de buurt met andere zorginstelling;
- Resultaten Werkgroep medicatieverspilling, hoe zie je dat het lukt?
- Verdere professionalisering van HR en de effecten van opleidingsbeleid;
- Een meer planmatige inzet van zorgtechnologie.

2.4 Afwijkingen vorige onderzoek

Corrigerende maatregelen naar aanleiding van vorige audits zijn beoordeeld op hun werking. De conclusie is vastgelegd in het “Overzicht afwijkingen” (hoofdstuk 3).

2.5 Thema’s voor de volgende audit

Het auditteam stelt voor om de volgende thema’s mee te nemen tijdens het eerstvolgende onderzoek:

- Doorkijkje naar nieuwe strategische koers;
- Voortgang en effecten van de nieuwbouw/renovatie;
- Borging van het nieuwe werken in de teams en de effecten daarvan;
- Werken met de Schijf van Vijf en samenwerken met informele zorg;
- Planmatige inzet van zorgtechnologie;
- RIE en plan van aanpak.

3 Wat wijkt af (van de norm) – overzicht afwijkingen

Hier treft u de formele beoordeling van de bevindingen tegen de gekozen norm. Dit is de conformiteitsbeoordeling, welke noodzakelijk is om een certificaat te kunnen ontvangen. In bijlage 1 treft u een meer inhoudelijke weergave van de gesprekken. De spelregels zijn als volgt:

- Wanneer niet wordt voldaan aan een normeis, spreken we van een afwijking.
- Afwijkingen van de norm moeten gerapporteerd en gekwalificeerd worden.
- De teamleider doet dit op basis van het veronderstelde risico (kans x effect) dat de afwijking met zich meebrengt.
- Er is onderscheid tussen hoog, midden en laag risico afwijkingen (zie certificatievoorwaarden).
- Om een certificaat te behalen en te behouden, moet de organisatie (tijdig) opvolging geven aan de hieronder benoemde afwijkingen (zie certificatievoorwaarden).
- Een corrigerende maatregel vereist een analyse van de oorzaak en de omvang (impact, frequentie) van een afwijking

Nummer.	Audit (Jaar)	§ Norm (zie voorblad)	Afwijking	L/M/H risico	Oorzaakanalyse <i>in te vullen door organisatie</i>	Correctie en corrigerende maatregel <i>in te vullen door organisatie</i>	Akkoord maatregel	Verificatie effectiviteit	Afgehandeld
1	INI 2023	4.4	De werking van het kwaliteitsmanagementsysteem is onvoldoende zichtbaar. De samenhang tussen de instrumenten die je daarvoor inzet en het effect daarvan wordt nog gemist. Dit geldt bijvoorbeeld voor het in kaart brengen van de kritische processen, voor interne audits en de directiebeoordeling/systeemevaluatie.	M L (2024)	De nagestuurde memo risicobeheersing volgens voorschrift Governancecode 2019 (29. Memo risicobeheersing Zgc20190705) verduidelijkt het systeem.	De risicobeheersing volgens voorschrift Governancecode wordt geüpdatet en de samenhang wordt verduidelijkt. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan samenhangend en duidelijk rapporteren. Gereed in Q3 2023.		25-03-2024: Het document risicobeheersing is geactualiseerd. Dit geeft beeld van de werkwijze en de (controle) systemen van de organisatie. De wijze waarop dit in de praktijk vorm krijgt, de samenhang tussen de systemen en de reflectie op de effectieve werking van de gebruikte instrumenten wordt nog gemist. Wel is duidelijk geworden dat dit in de praktijk wel plaatsvindt, maar niet in overzicht en samenhang. Deze bevinding blijft nog openstaan en wordt afgeschaald naar een laag risico.	Ja

Maakt kwaliteit ZICHTBAAR

Nummer.	Audit (Jaar)	§ Norm (zie voorblad)	Afwijking	L/M/H risico	Oorzaakanalyse <i>in te vullen door organisatie</i>	Correctie en corrigerende maatregel <i>in te vullen door organisatie</i>	Akkoord maatregel	Verificatie effectiviteit	Afgehandeld
								6-5-2025: Er is een zeer uitgebreide systeemevaluatie gehouden om de organisatie door te lichten op alle systemen en werkwijzen in aansluiting op de visie van Het Dijkhuis. Op basis daarvan wordt een plan van aanpak gemaakt. En daarmee is er ook een format dat jaarlijks gebruikt kan worden voor de systeemevaluatie. Daarmee kan de bevinding worden gesloten.	
2	INI 2023	5.3	Rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de organisatie zijn niet overal helemaal helder (voorbeeld functie medewerker Stamtafel/Rotonde)	L	Pilotfase was afgerond vlak voor het bezoek van de auditoren. In de pilot werden deze rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden gedefinieerd.	De rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden vastgelegd in het nieuwe medewerkersplan. In dit plan worden alle functies getoetst en gewogen. Het medewerkersplan is naar schatting eind juni 2023 gereed.		25-03-2024: Er is gebouwd aan een nieuw toekomstbestendig functiegebouw in aansluiting op het medewerkers-plan. De verwachting is dat dit in juli 2024 gereed is. Graag onderzoeken we dit volgend jaar. De bevinding blijft openstaan. 6-5-2025: Alle functies zijn herschreven en opnieuw ingedeeld. Daarmee is er een nieuw functiehuis en zijn de functie voor iedereen helder. Daarmee kan de bevinding worden gesloten.	Ja

Maakt kwaliteit ZICHTBAAR

Nummer.	Audit (Jaar)	§ Norm (zie voorblad)	Afwijking	L/M/H risico	Oorzaakanalyse <i>in te vullen door organisatie</i>	Correctie en corrigerende maatregel <i>in te vullen door organisatie</i>	Akkoord maatregel	Verificatie effectiviteit	Afgehandeld
5	INI 2023	7.5	Documentbeheerssysteem is nog onvoldoende zichtbaar aanwezig. Documenten zijn inmiddels wel goed in beeld en medewerkers kunnen hier ook gebruik van maken, maar voor de documenten die tijdens de audit zijn ingezien is bijvoorbeeld niet aangegeven wie de eigenaar, wat de ontwerp-, en laatste versie is en de evaluatiedatum is. Er wordt in Excel een evaluatieschema gemaakt, dit moet nog geïmplementeerd worden.	L	Is bekend en wordt aan gewerkt, zoals aangegeven in de gesprekken met de auditoren.	Notitie wordt in Q2 geschreven en door het MT beoordeeld. Bij vaststelling worden de nodige veranderingen doorgevoerd en een Excel opgesteld. Een nieuw sjabloon voor beleidsstukken wordt opgesteld. Dit alles is gereed in Q4 2023		25-03-2024: Hoewel er al stappen zijn gezet naar het verder professionaliseren van het beheerssysteem, is dit nog niet aanwezig en werkend. Deze bevinding blijft nog openstaan. 6-5-2025: Hoewel er veel werk verzet is rondom het updaten van alle documenten, is er nog geen sprake van een beheerssysteem. Dit vraagt nog een extra slag. Bovendien zijn documenten voor medewerkers niet gemakkelijk te vinden, terwijl je hen juist wilt ondersteunen bij de vindbaarheid. Daarmee blijft de bevinding nog openstaan.	Nee
6	J2 2025		Bevoegd- en bekwaamheden zijn niet in beeld. Wel op individueel niveau en in de hoofden van de roosteraars, maar niet op organisatieniveau. Dat is kwetsbaar, zeker wanneer er sprake is van veel wisselingen.	L	Het beleid van 't Dijkhuis gaat uit van 'opleiden op maat'. Er wordt gestuurd op aanvullende individuele bevoegd- en bekwaamheden naar behoefte van de context én de ontwikkeling van de medewerker. Dit betekent dat medewerkers niet altijd een volledige zorgopleiding afgerond moeten hebben. 't Dijkhuis werkt samen met	Er wordt in Q3 2025 een plan van aanpak gemaakt om bevoegd- en bekwaamheid van medewerkers voortdurend actueel en volledig inzichtelijk te houden.			

Maakt kwaliteit ZICHTBAAR

Nummer.	Audit (Jaar)	§ Norm (zie voorblad)	Afwijking	L/M/H risico	Oorzaakanalyse <i>in te vullen door organisatie</i>	Correctie en corrigerende maatregel <i>in te vullen door organisatie</i>	Akkoord maatregel	Verificatie effectiviteit	Afgehandeld
					onderwijsinstellingen aan leren op basis van bekwaamheden. Onderdeel van deze ontwikkeling is het invoeren van een LMS waarin op organisatieniveau de bevoegd- en bekwaamheden van medewerkers inzichtelijk zijn.				
7	J2 2025		Het ECD sluit onvoldoende aan bij het nieuwe werken Wonen en Leven. De nadruk met het werken met OMAHA is vooral gericht op zorgverlenen en vooral medisch ingestoken. Hoewel we zien dat er echt aandacht is voor welzijn, kan het systeem hierin beter ondersteunen.	L	In de afgelopen jaren is de nieuwe manier van werken (Wonen en Leven) stapsgewijs ontwikkeld. De nadruk lag op het doorleven van het gedachtegoed, uitproberen en aanpassen. Er is aandacht besteed aan het belang van welzijn in zorgplannen en rapportages. In dit proces is ervoor gekozen om het OMAHA systeem te handhaven. Dit veranderen zou een grote systeemverandering inhouden die niet past naast de andere veranderingen in de organisatie. Nu 't Dijkhuis een aantal maanden volgens de nieuwe methode werkt, ontstaat er inzicht in de noodzaak en behoeften van ondersteuning uit het ECD. Op basis hiervan zullen verbeteringen worden ontwikkeld.	Twee jaar geleden is na een uitgebreide evaluatie van classificatiesystemen welbewust voor OMAHA gekozen. We herkennen dat dit systeem minder sterk ondersteunt op het gebied van welzijn. Daarom zullen we ons als eerste inspannen om in ONS een paragraaf in te richten voor expliciet planmatig werken aan welzijn.			

Bijlage 1 Weergave van gesprekken

Omdat we toch aantekeningen maken, kunnen we deze net zo goed delen. Hieronder treft u een beknopte weergave van de interviews en wat we daar aan bijzonderheden uit gehaald hebben. De benoemde aandachtspunten zijn geen 'aanwijzingen' of 'afwijkingen' en zijn slechts bedoeld als stimulans. De organisatie heeft de vrijheid om al dan niet iets te doen met deze feedback. Afwijkingen van de norm treft u in Hoofdstuk 3.

Onderwerp, functie of medewerker		
6 mei 2025 – auditor: Ietje de Jong		
Aftrap/bijpraten Managementteam en directeur-bestuurder	Wat is besproken?	Zie rapportage van Inge van den Tillaard p. 18
Rondleiding met teamcoördinator facilitair	Wat is besproken?	Zie rapportage Inge van den Tillaard p. 19
Gesprek met Medewerker huishouding, Medewerker wonen en welzijn en Medewerker zorg	Wat is besproken?	– Gesprek met teamvertegenwoordiging van team Oxe over (actuele) thema's, multidisciplinaire samenwerking op basis van een casus, met inzage dossiers. – Thema: PG, 'ZP7', onbegrepen gedrag, zorgtechnologie: lussen en cirkels Algemeen: – Oxe bestaat uit 11 bewoners met dementie. Het valt onder Wonen en Leven 2, samen met de Dorterhoek en Pieriksmars. Daar waar het concept Wonen en Leven insteekt op eigen regie van bewoners en daar verblijven waar zij dat graag wensen, is dat voor de bewoners van Oxe lastiger. Voor hen is de veiligheid van de groep en de structuur op de dag belangrijk. – Oxe is gesitueerd in de nieuwbouw op de eerste etage en heeft een open, lichte en ruime ontmoetingsruimte/huiskamer/trefpunt. Prettig is dat er meer kleinere tafels zijn, waardoor mensen hun eigen plekje kunnen kiezen. Ook is er een fijn terras. Het is allemaal nog wat kaal en moet nog verder ingericht worden. – De verhuizing was op 9 januari 2025 en is boven verwachting soepel verlopen met veel ondersteuning van familie. Bewoners lijken hier bijna geen last van te hebben gehad. Medewerkers ervaren het als prettig werken in de nieuwbouw. Er is weinig last van 'kinderziekten' in het gebouw. – Sinds begin maart zijn ook de teams samengesteld met de nieuwe werkwijze. Voor Oxe betekent dit niet heel veel wijzigingen in personeel. De andere manier van werken betekent veel meer samenwerken. Dat maakt dat er voor bewoners meer medewerkers zichtbaar aanwezig zijn. Dat geeft rust. En iedereen ondersteund elkaar. 'Samen zijn we verantwoordelijk'. – Het eten wordt vers bereid in het restaurant. Bewoners vinden het heel lekker, ondanks dat ze nu geen keuze meer hebben. Het eten wordt in schalen op tafel gezet. Net als thuis. – Er wordt ook goed samengewerkt met de disciplines. Er is een vaste SO betrokken en psycholoog. Ook wordt regelmatig de SI-therapeut ingezet wanneer er sprake is van onbegrepen gedrag.

		Soms wordt er ook gebruik gemaakt van video-interactie methode. Eén keer per week is er een artsensite en een gedragsbespreking. Indien nodig is er een omgangsoverleg. – Regelmatig gaan bewoners ook naar het Plein voor een activiteit of hebben ze een uitje. – Er zijn vaste vrijwilligers die met bewoners gaan fietsen op de duo fiets, helpen bij het ontbijt of koffieschenken. – Ook mantelzorgers zijn betrokken. Zij doen al best veel ‘klusjes’ voor hun naaste (mee naar huis, kledingkast bijhouden, bed verschonen, meehelpen met koken en lichte zorgtaken). – Er wordt zorgvuldig gewerkt met de WZD. Er is een open deurenbeleid. Dat was in het begin wennen, maar de ervaring is dat het voor bewoners veel minder onrust geeft. Met name familie vindt het nog wel spannend. Zeker nu, tijdens de verbouwing. – Zorgplan 20190387 is ingezien. Het is van een mevrouw met een ZZP 7. Zij woont nu ongeveer 1,5 jaar in het Dijkhuis. Zij is alleenstaand en heeft alleen een broer die verder weg woont. Medewerkers kennen haar goed. Het was in het begin zoeken naar wat er onder haar gedrag zat. Er is een signaleringsplan en een benaderingsplan voor haar. In het dossier is geen cliëntverhaal opgenomen en ook geen formulier vroeger en nu. Zorgbemiddeling heeft wel een document gemaakt met achtergrondinformatie (onder documenten). Het zorgplan geeft een uitgebreid beeld van haar. Wat belangrijk voor haar is, is daar ook in opgenomen. Er zijn geen doelen geformuleerd. Deze worden wel gemaakt voor de korte observaties. De afspraak is dat daar dagelijks op gerapporteerd wordt. Dat is ook terug te zien. – 1 x per jaar is er een Zorgleefplanbespreking en 1 x per jaar een MDO. Rapportage is terug te vinden in het dossier. Daarin wordt ook de risicosignalering doorgenomen. – Communicatie met familie verloopt steeds meer via Caren. Dat werkt goed. Wens is dat er een familie app is waarmee ook meer gedeeld kan worden (foto's en uitnodigingen om bij te springen en informatie over activiteiten). – MIC en MIM worden gemeld, besproken in het teamoverleg en zonodig worden preventieve maatregelen genomen. Per kwartaal bespreekt de leidinggevende de MIC's ook met de bestuurder (zie ook Q-rapportages). – Er wordt gebruik gemaakt van technologische welzijnshulpmiddelen. Ook de Wolk (heup airbag) wordt regelmatig ingezet. Er is niet echt een aandachtsvelder voor de inzet van technologie, maar op diverse manieren worden de ontwikkelingen gevolgd en nieuwe hulpmiddelen uitgeprobeerd. – Er zijn veel mogelijkheden om opleidingen te volgen. Natuurlijk de verplichte e-learning, maar ook rondom thema's. Binnenkort is er een scholing voor EVV-ers en kwaliteitsverpleegkundigen over het samenwerken met Informele Zorg.
	Te waarderen	– Medewerkers zijn trots op het team en de slag die is gemaakt. Nu al ervaren zij het als verbetering en wordt er beter samengewerkt. Het is ook van toegevoegde waarde dat er 1 x per maand een teamoverleg is. Zo kan er directer worden

		gecommuniceerd en leer je elkaar beter kennen en op elkaar ingespeeld. – Er worden mooie voorbeelden gegeven van het effect op bewoners van de nieuwe werkwijze.
	Aandachtspunten	– Er wordt netjes gerapporteerd op de ‘doelen’, op medische aandachtsgebieden en op stemming (op verzoek van de psycholoog). Wat gemist wordt is dat wanneer er op stemming wordt gerapporteerd, er niet op SOEP wordt gerapporteerd. Dat zou wel wenselijk zijn. – Momenteel kunnen mensen echter niet zelf naar beneden met de lift omdat de sensor niet werkt voor twee bewoners die vanuit veiligheid niet naar buiten kunnen. Dit is onder de aandacht van de Technische Dienst.
8 mei 2025 – Auditor: letje de Jong		
Gesprek met Adviseur Leren & Ontwikkelen HR-adviseurs	Wat is besproken?	Gesprek met HR/management – Leren en ontwikkelen – Arbeidsmarktontwikkelingen – Binden en boeien van medewerkers (verloop van medewerkers) – Duidelijkheid in rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden – Wet DBA – werken met ZZP-ers – strategische personeelsplanning – Professionalisering van HR en de effecten van opleidingsbeleid – Wat is de beweging waarop wordt ingezet? – Verzuim en verzuimbegeleiding Algemeen: – Nieuwe collega, HR-adviseur gestart in september 2025 – En een nieuwe opleidingscoördinator gestart – Er wordt gewerkt aan diverse beleidsdocumenten (bekwaam is inzetbaar, arbeidsmarktcommunicatie, onboarding etc.). Stip op de horizon is een strategisch HR en opleidingsplan. Daarop wordt voorgesorteerd. – Het verzuim is dalende. Momenteel nog vooral niet werkgerelateerde langdurig zieken. – Er is een andere ARBO-dienst geselecteerd. Dit is nog te pril om al ervaringen te delen. – Uitgangspunt is om te werken met zo min mogelijk inzet van ZZP-ers. Er is een overeenkomst gesloten met één partij. Daarin is de wet DBA leidend. Er zijn richtlijnen ontwikkeld voor ZZP-ers en met hen zijn gesprekken gevoerd, ook om te onderzoeken of zij mogelijk in loondienst willen komen. Dat heeft niets opgeleverd. – Na veel reuring kan er nu weer worden gebouwd aan het fundament. – In totaal zijn er 39 medewerkers uit dienst gegaan. Daarvoor zijn er 21 weer voor teruggekomen. – Veiligheidsrisico's in verband met de verbouwing/renovatie zijn steeds goed in beeld en er wordt snel geschakeld. Iedereen is alert. – Belangrijk om ook aandacht te besteden aan een leiderschapsontwikkeling. De functies zijn nu weer ingevuld en vandaaruit kan verder gebouwd worden aan verdere ontwikkeling. – RIE wordt opnieuw gedaan na de verbouwing/renovatie.

	Te waarderen	– Er zijn veel stappen gezet: functiegebouw staat – iedereen heeft een nieuwe functieomschrijving gekregen, er is een ontwikkel activiteitenplan voor leren en ontwikkelen 2025. – Er wordt aandacht gegeven aan het promoten van Het Dijkhuis op de arbeidsmarkt en opleidingsinstellingen; – Er is snel ingespeeld op de vraag naar BBL-leerlingen. – Veel aandacht is besteed aan teamontwikkeling en het nieuwe werken. Mooi voorbeeld zijn de twee tegels per team met afspraken over de samenwerking. – Het team is weer op orde. Er is veel onderlinge samenwerking. – Het proces rondom het maken van het Kwaliteitsbeeld is waardevol. We hebben het echt samen gedaan.
	Aandachtspunten	– Er zijn veel wisselingen geweest. De ervaring is dat de vacatures steeds moeilijker zijn in te vullen. – Personeelsprocessen actualiseren is nu prioriteit zodat de basis weer op orde is. – Daarbij wordt ook de vraag gesteld of de systemen nog passend en ondersteunend zijn. – Er is geen actueel overall overzicht van bevoegd- en bekwaamheden. Dit is er wel op individueel niveau. De roosteraars hebben dit wel in het hoofd, maar dat is te kwetsbaar. Zeker wanneer er veel wisselingen zijn. – Wens is om een Leermanagementsysteem te gaan implementeren om medewerkers echt goed te ondersteunen bij leren en ontwikkelen. – Het Dijkhuis is van nature bescheiden. Als het gaat om arbeidsmarkt communicatie mogen we ons beter laten zien. Daar wordt aan gewerkt (met wervende filmpjes met verhalen van medewerkers).
Gesprek met Directeur-bestuurder Leidinggevende Advies en Ondersteuning Leidinggevende Wonen en Leven	Wat is besproken?	Gesprek over kwaliteitsontwikkeling – Kwaliteitsbeleid en doelstellingen - Kwaliteitsbeeld – Interne audits – Documentbeheerssysteem – Leren en ontwikkeling naar aanleiding van incidenten – Systeemevaluatie – Evaluatie Proeftuin - wat is er geleerd en wat wordt er gedaan met de uitkomsten? Algemeen: – Jaarcyclus is voor Het Dijkhuis de ruggengraad van het kwaliteitssysteem. Jaarlijks wordt in de eerste helft geïnventariseerd wat nodig is aan ontwikkelingen. Dat wordt breed opgehaald tijdens beleidsdagen en bij stakeholders. Vandaaruit worden de thema's op de verschillende onderdelen verder uitgewerkt en na de zomer bij elkaar gebracht. Dan vindt er ook prioritering plaats. Dat is een uitdaging vanwege de vele ambities. Dat is de basis voor het kwaliteitsbeeld. – Het Kwaliteitsbeeld dient als kwaliteitsplan en wordt verder vertaald naar de organisatie. Eigenaren worden benoemd en de activiteiten worden ook uitgezet in de tijd. In de bilaterale werkoverleggen (zo zijn ook de agenda's ingericht) en het MT wordt de voortgang gemonitord. De Q-rapportages geven daar

		een mooi beeld van. Het Jaarmagazine (incl. RvT-jaarverslag) is een reflectie op het voorgaande jaar. – Er is, met externe begeleiding, een uitgebreide systeembeoordeling gehouden, waarmee de systemen en werkwijzen van de hele organisatie zijn doorgelicht (als een 0-meting). Deze is bijna gereed. Daarmee is er een format dat jaarlijks kan worden genut voor de evaluatie. Dit geeft ook input voor de ontwikkeling van een nieuwe strategische koers (2026). – Interne audits zijn gehouden rondom de AO-IC (uitgebreide dossiercontrole in 2024 extra aandacht voor ZZP 10), op hygiëne en voedselveiligheid. Uitkomsten daarvan worden meegenomen naar de teams om op te volgen. – Er is een serieuze meldcultuur. Meldingen worden besproken in de teams en meegenomen in bilaterale werkoverleggen en Q-rapportages. Regelmatig worden Prisma's gehouden om te verdiepen en om van te leren. De kwaliteitsverpleegkundigen hebben een belangrijke rol in de meldingen en preventieve maatregelen. – Documenten zijn inmiddels allemaal geactualiseerd en staan in sharepoint. Als het gaat om de vindbaarheid en het beheerssysteem is er nog een slag te maken. Dit staat op de agenda voor 2025 voor de nieuwe adviseur kwaliteit en veiligheid. Opdracht voor 2025 voor deze nieuw aan te stellen collega zijn de structurele borging van het systeem en de opvolging van de systeemevaluatie.
	Te waarderen	– Complimenten voor de wijze waarop het Kwaliteitsbeeld is gemaakt (echt samen) en de vormgeving. En voor de eigen invulling die Het Dijkhuis er aan geeft die passend is bij de eigen werkwijze. Met die reden was het ook op 31 december gereed! – Er worden mooie voorbeelden genoemd van de beweging die wordt gemaakt en steeds meer bewust zijn op de eigen regie en zelfredzaamheid van bewoners.
	Aandachtspunten	– Prioritering blijft aandachtspunt, maar gaat wel steeds beter. – Er zijn stappen gezet rondom het documentbeheersysteem (documenten zijn geactualiseerd) maar er liggen nog uitdagingen voor de borging en vindbaarheid van documenten.
Gesprek	Wat is besproken?	– Gesprek over samenwerken tussen zorg en welzijn en Informele zorg. Thema: Informele Zorg Algemeen: – Sinds 1 april 2025 wordt met veel enthousiasme en gedrevenheid invulling gegeven aan de nieuwe functie van coördinator Vrijwilligers en informele zorg voor 36 uur (daarvoor is ook een nieuwe functiebeschrijving geschreven). En daarmee laat 't Dijkhuis ook zien dat hierin geïnvesteerd wordt. – Inmiddels zijn alle betrokkenen via bijeenkomsten geïnformeerd over wat informele zorg inhoudt. – Coördinator Familie en Informele zorg heeft een inhoudelijke inventarisatie gedaan bij vrijwilligers of zij nog op de juiste plek zitten (via een enquête) en één op één gesprekjes. – Er is een notitie geschreven over het samenwerken met Informele Zorg en hoe dat in de praktijk vorm moet gaan krijgen.

		– 't Dijkhuis heeft veel vrijwilligers voor allerlei activiteiten. Er is ook regelmatig een bijeenkomst voor vrijwilligers (1 grote ontspannende bijeenkomst en één of meer inhoudelijke onderwerpen). Vrijwilliger geeft ook aan dat iedereen eigenlijk – De samenwerking met informele zorg is een vast agendapunt op de teamoverleggen. Daarin is ook besproken wat naasten en vrijwilligers wel en niet mogen. – Er is een beweegbox gemaakt voor de trefpunten met een QR-code met informatie over hoe de beweegbox gebruikt kan worden. Mooi wanneer medewerkers Wonen en Welzijn en familie en vrijwilligers deze ook gaan gebruiken. – Binnenkort is er een training voor Medewerkers dagbesteding om hun collega medewerkers Wonen en Welzijn te kunnen coachen. Hun rol is veranderd. Zij starten in de ochtend bij de Trefpunten voor kleine activiteiten en één op één contact. In de middag worden de grote activiteiten op Het Plein georganiseerd. – Er wordt ook een training georganiseerd voor alle teams rondom het samenwerken met informele zorg. De vraag is of de huidige planning/timing goed is. Medewerkers hebben veel op hun bordje gehad en er is ook tijd nodig om het allemaal te laten bezinken en te stabiliseren. – Er is veel onrust geweest, ook bij vrijwilligers. Ook bij hen de vraag: wat wordt van mij verwacht? Het vraagt ook wat anders van hen. De vraag is, hoe neem je hen goed mee. Zeker willen graag in groepjes werken en het is nog moeizaam om vrijwilligers te vinden voor de Trefpunten. Dat vraagt om aandacht. – Er is een inventarisatie gemaakt onder vrijwilligers wat zij kunnen doen en welke taken er allemaal zijn. Daarna zijn er één op één gesprekjes met hen gevoerd om hen mee te nemen in het nieuwe werken. – Er wordt veel samengewerkt met de dorpsondersteuner. En 't Dijkhuis participeert ook in de samenwerking Bathmen Dementie vriendelijk.
	Te waarderen	– Er wordt geïnvesteerd in het samenwerken met informele zorg en de aandacht voor vrijwilligers en mantelzorgers. Dit is nog wel pril. – Mooi hoe de vrijwilliger echt een ambassadeur is voor het nieuwe werken met eigen regie voor de bewoner en het versterken van de zelfredzaamheid. Ook naar collega vrijwilligers en dorpsgenoten.
	Aandachtspunten	– De dagstart wordt in sommige teams met alle aanwezigen gedaan (als één team) en in andere teams nog gescheiden (medewerkers zorg en medewerkers Wonen en Welzijn). Hoe bewaak je de uitgangspunten van het nieuwe werken? – Zorg is hoe je voldoende vrijwilligers blijft behouden naar de toekomst toe.
Gesprek	Wat is besproken?	– Gesprek met vertegenwoordiging van medezeggenschapsorganen (OR en/of CR). Thema: Rol en bijdrage aan het medewerkersplan Algemeen: – Er is veel voorbij gekomen het afgelopen jaar zoals het kwaliteitsbeeld, de nieuwe functie van kwaliteitsverpleegkundige,

		de werktijden eten en drinken op het Plein en het medewerkersplan. De laatste twee hebben veel reuring gegeven. – Ook de Proeftuin is geëvalueerd. Na veel wisseling en chaos ontstaat er nu weer meer rust, is het fijn werken en wordt er veel meer samengewerkt. Ook de effecten daarvan zijn al zichtbaar. Bewoners eten bijvoorbeeld meer en er is sprake van meer eigen regie. – Rondom de keuze van een nieuwe Arbo-dienst moest er snel geschakeld worden. – Zowel de OR als de CR werken met jaarplannen. Daar komen de belangrijke thema's naar voren. – Men is trots op waar de organisatie nu staat. Er was lef nodig om deze beweging in gang te zetten en je als organisatie klaar te maken voor de toekomst. – Een keer per jaar is er een gezamenlijke themabijeenkomst met OR, RvT en Cliëntenraad.
	Te waarderen	– Zowel OR als Cliëntenraad geven aan dat er een goede samenwerking is met de bestuurder en dat zij serieus worden genomen als gesprekspartner. Zij worden goed geïnformeerd, alles is bespreekbaar en er wordt wat gedaan met de inbreng en adviezen. – Complimenten ook voor de bewoners, dat zij konden meebewegen en meeveren in deze beweging.
	Aandachtspunten	– Nu alle teams over zijn gegaan naar het nieuwe werken vraagt het aandacht om de punten op de i te zetten, het verder te verdiepen en te gaan borgen. – Ook het samenwerken met informele zorg vraagt aandacht. Daar wordt al aan gewerkt, maar dat gaat nog wel wat van een ieder vragen. – Cliëntenraad wil zich graag nog verder professionaliseren. Bijvoorbeeld door meer themagewijs taken te verdelen en te verdiepen. – Voor de OR is de arbeidsmarktkrapte een belangrijk speerpunt. Hoe blijf je mensen aantrekken? Dit wordt steeds meer gevoeld door langer openstaande vacatures, veel openstaande diensten.
6 mei 2025 – auditor: Inge van den Tillaard		
Gesprek Managementteam Directeur-bestuurder	Wat hebben we besproken?	– Grote veranderingen, nieuw organisatieschema. Geen PG-afdelingen meer, bewoners wonen gemengd/gespikkeld. Een ander MT team en team algemeen. – Verbouwing vordert, nieuwe vleugel is in gebruik. Er moet nog een beslissing genomen worden over een aantal appartementen. – Nadat de fusie met ZGR niet doorging hebben de ontwikkelingen bij 't Dijkhuis weer een vlucht genomen. Balans opgemaakt en eigen organisatie weer inrichten en verstevigen. Er was geen noodzaak tot fusie er was een natuurlijk moment om het te doen. Met werkgroepen en commissies voortvarend aan de slag, maar uiteindelijk is de fusie niet doorgedaan. Er resteert teleurstelling. De insteek was een soort 'shared service center' en dat gaat nu niet door. Dat heeft er wel voor gezorgd dat intern nieuwe ontwikkelingen weer snel zijn opgepakt. – Proeftuin. Per 1 sept 2024 gestart. Met een oproep (eerder in het jaar) hebben medewerkers zichzelf aangemeld. CR, OR,

		klankbordgroep zijn toegevoegd. 1 team, 2 taken. Met elkaar zorgen dat de bewoner een goede dag heeft en goede zorg. De opstart heeft echt wel 'hobbels' gekend. Bijvoorbeeld loslaten van oude patronen, oude denk- en werkwijze (iemand van de zorg kan ook de prullenbak legen). Bewoners en familieleden moeten ook wennen. Iedere dag evalueren. Zien: evaluatie van de proeftuin. Nieuw is de komst van het Trefpunt, daar kan men elkaar ontmoeten. Het Plein blijft. De winst is dat er altijd wel medewerkers in het zicht zijn en dat geeft ook een bepaalde rust. Het team helpt elkaar, samenwerking loopt goed. Nu over naar de nieuwe werkwijze voor alle teams. – Eigen verantwoording bij de medewerkers om te starten in de nieuwe opzet. – Trefpunt (daar zijn er 6 van) is een plek voor ontmoeting. Cliënten kunnen zelf aangeven waar ze willen eten: eigen kamer, Trefpunt of op Het Plein. – Uitdagingen: goed kijken naar de cliënt en bepalen waar de cliënt behoefte aan heeft. Medewerkers zijn ingedeeld in een nieuw team, dat moet zich toch weer opnieuw 'zetten'. Er is door de wijziging wel meer verloop geweest. De arbeidsmarkt is een uitdaging en met een hoog verloop nog meer. – MTO. Aandachtspunten zijn de veranderingen, werkdruk en communicatie. Iedere maand overleg met elkaar met de nieuwe indeling in teams, frequentie is opgevoerd. – Iedere afdeling heeft nu een hbo-kwaliteitsverpleegkundige. Zij is betrokken bij het primaire proces op de afdeling. – Er is nu een systeemevaluatie (nog zien) – Rollen, taken en verantwoordelijkheden. Alle functies zijn opnieuw bekeken en gewogen. Medewerkers hebben een nieuwe functieomschrijving. Het nieuwe werken is er in meegenomen.
	Te waarderen	– De organisatie regelt de zaken goed en zorgvuldig. Het is wel de vraag of medewerkers alles lezen en tot zich nemen. De documenten die 't Dijkhuis laat zien zijn uitgebreid en er is aandacht voor stijl en presentatie. Toch lukt het medewerkers niet of niet vaak om documenten uit het documentbeheerssysteem te raadplegen. Ze zijn moeilijk te vinden. Vraag: ondersteunt de huidige SharePoint omgeving de organisatie wel voldoende? Wat staat er in de systeemevaluatie? – Intensieve aandacht voor medewerkers om ze mee te nemen op reis in verandering.
	Aandachtspunten	– Hoog verloop en arbeidsmarktproblematiek. – Commitment van medewerkers in de reis naar wonen & leven.
Gesprek rondleiding	Wat hebben we besproken?	– Rondleiding locatie o.a. voortgang renovatie en nieuwbouw in het kader van geschiktheid, gastvrijheid en veiligheid.
	Te waarderen	– Mooi Plein/restaurant en vooral wat dit voor de cliënten en omgeving moet opleveren.
	Aandachtspunten	– Er is nog veel verschil tussen de 'oude' locatie en de nieuwbouw – Nieuwbouw verdient nog meer aankleding. – Veiligheid verdient aandacht met verschil in hoogte van de vloeren etc. Welke veiligheidsvoorzieningen zien we? – Is er al een nieuwe RI&E van de nieuwbouw? (volgend jaar)

Gesprek medewerker Wonen en Welzijn, medewerker Dagbesteding, medewerker Wonen en Welzijn, Verzorgende IG	Wat hebben we besproken?	– Gesprek met teamvertegenwoordiging over (actuele) thema's, multidisciplinaire samenwerking op basis van een casus, met inzage dossiers. Thema: De nieuwe werkwijze Wonen en Leven 1 (Proeftuin) – Team Zuidloo. Medewerkers hebben zichzelf aangemeld voor het team van de proeftuin. Intensiever contact met bewoners, kleiner 'oppervlak', bewoners hebben vaker een vast gezicht. Medewerkers werken meer met andere disciplines. Je kijkt meer naar elkaar om in het team. – Leuk aan de huidige werkwijze: samenwerking met de andere disciplines, sneller inspelen, aanwezigheid op de Trefpunten van de mdw dagbesteding, meer contact met bewoners en collega's, meer binding met familieleden. – Wat moet er nog gebeuren: nog meer tijd voor de bewoner, nog meer op 1 lijn werken binnen het Trefpunt, rapporteren over de activiteiten op de afdeling, aansturen door de medewerkers dagbesteding, nog meer activiteiten voor 1 op 1. – Trots op het team na een lastige start (met veel collega's die toch vertrokken zijn). – Wat doe je nu anders dan voor de nieuwe werkwijze: andere medewerkers vragen of bellen, medewerkers dagbesteding werken meer door het huis, medewerkers wonen en welzijn werken meer met de bewoners in het Trefpunt. Ze doen meer activiteiten met de bewoners. – Rapporteren voor de medewerkers wonen en werken is toegenomen bij het nieuwe werkwijze. – Gezien dossier 20190522. Mevrouw 91 jaar, woont sinds 3 weken op de afdeling. Vriendelijke mevrouw en vrij aanwezig. Ze is behulpzaam en helpt mee met de afwas. Mevrouw redt zich hier goed, maar is wel gedesoriënteerd, ondersteuning bij douchen en verzorging. Haar kat woont hier ook. Cliëntverhaal is nog niet in het dossier. Het is nog niet in het dossier te lezen waar mevrouw van houdt. Bij 't Dijkhuis is het de bedoeling dat er iedere dag op een observatie wordt gerapporteerd, maar dat is in dit dossier nog niet het geval. – Gezien dossier 20190067, heer 89 jaar oud. Houdt van zingen, maar kan niet goed een spelletje spelen. Moeilijk op woorden komen. Houdt van wandelen maar kan niet ver meer. Betrokken netwerk/zoon. Doel in het zorgplan is geschreven om communicatie met zoon te houden. Zoon bemoeit zich heel erg met de zorg.
	Te waarderen	– 'Een ander de tijd geven om te wennen'. – Kortere lijnen en de betrouwbaarheid van een team. – Elke dag evalueren. – Goede rapportages op de doelen in het plan.
	Aandachtspunten	– Medewerkers ervaren nog niet dat er meer tijd is voor de bewoner, terwijl dat wel een van de bedoelingen van het nieuwe werken was. Er wordt nog veel tijd besteed aan bijvoorbeeld randvoorwaarden, bijvoorbeeld de huishouding. – Welzijn maakt nog een beperkt deel uit van het dossier. Het dossier is nog niet ingericht naar 'wonen en leven'. – Dossier is nog niet ingericht op 'wat de cliënt nog zelf kan, waar het netwerk bij helpt en waar ondersteuning bij nodig is. Er is veel

		ruimte voor 'observatie', maar het geeft nog geen beeld hoe het gaat met de heer. – Er is wel een cliëntverhaal, maar deze wordt in de loop van de tijd niet meer aangepast. – Gezocht naar het bestand met uitleg over rapporteren, maar moeilijk te vinden. Medewerkers vinden het moeilijk om informatie vinden. Er wordt veel gecommuniceerd, maar terug vindbaar voor een medewerker?
Gesprek Huishoudelijk medewerker Medewerker Wonen en Welzijn Verzorgende/EVV Kwaliteitsverpleegkundige	Wat hebben we besproken?	– Commitment van medewerkers in de reis naar wonen & leven – Gesprek met teamvertegenwoordiging over (actuele) thema's, multidisciplinaire samenwerking op basis van een casus, met inzage dossier. Thema: Schijf van 5 (eigen regie) Wonen en Leven 3. – De rol van de kwaliteitsverpleegkundige, ze is net begonnen in haar nieuwe rol, wat behoort daartoe? Bijv beleid slikgevaar, wie moet er nog geschoold worden, nieuwe medewerkers. Er is een functiebeschrijving. – Waar zou de functie van kwaliteitsverpleegkundige moeten staan eind 2025? Ook te doen: nog dieper ingaan op de MIC meldingen. In de verhouding met elkaar: plat en toegankelijk blijven. – De nieuwe manier van werken. Voor de medewerker wonen en welzijn betekent het dat er niet meer in het hele huis wordt gewerkt, maar meer verbonden met een afdeling. Voor de EVV-er betekent het dat de regie nog meer bij de bewoner komt te liggen. Voor de huishoudelijk medewerkers is het hele team verdeeld onder andere teams. Zij moet nog wel haar draai vinden. Meer op 1 afdeling. – Trots op: er wordt meer regie bij de bewoners neergelegd. Bewoners leven echt op! Samenwerking met collega's, bij elkaar inzetbaar zijn. Huishouding heeft meer een signalerende functie (voorbeeld van cliënt die de incontinentiemateriaal in de wasmachine gooit), allemaal dezelfde gezichten. – Voor de medewerkers is er iets meer rust, samen gemakkelijker oplossen. – Wat moet er nog gebeuren? Stapsgewijs herhalen van de 'nieuwe boodschap', werken aan zelfstandigheid. – Schijf van 5. Kwaliteitsverpleegkundige heeft een hier een rol in, volgt bijeenkomsten. 't Dijkhuis heeft hier nog wel veel in te doen. Staat bij 'Dijkhuis nog in de kinderschoenen. Scholing, bijeenkomsten, informatie voor bewoners, meer vrijwilligers, sociale kaart van vrijwilligers moet bij de medewerkers bekend zijn, etc – Gezien dossier 20190164. Vrouw, 84 jaar, woont hier al een aantal jaren. Geen cliëntverhaal. Veel rapportages op de doelen. Plan is vooral een handleiding 'hoe om te gaan met mevrouw en wat te doen'. – Gezien dossier 20190288, mevrouw 87 jaar, dementerend, cliëntverhaal is wel door familie ingevuld maar niet te lezen door de verzorging (is niet open gezet). Hier ook dezelfde handleiding voor mevrouw als voor de vorige cliënt. – Gezien leidraad rapporteren D1. – Gezocht op 'soep rapporteren' in SharePoint. Het probleem is dat je daarbij ook bijvoorbeeld notulen van een vergadering naar

		voren krijgt, terwijl je daar echt niet naar op zoek bent. Zoekresultaten zijn veel en vertroebelend. – Huishoudelijk medewerkers rapporteren niet in het dossier
	Te waarderen	– Bewoners hebben meer vaste gezichten. – Meer regie bij de bewoner. – Scholingen om medewerkers gelijk te schakelen in de visie
	Aandachtspunten	– Er is een visiedocument rondom wonen en leven. Visie document is wel helder. Afdelingen hebben geen eigen plan om de visie van 't Dijkhuis te realiseren. – Informeel netwerk is nog een aandachtspunt bij de schijf van 5. – Schijf van 5 staat nog in de kinderschoenen. Scholing is er eind mei tot en met juli voor de kwaliteitsverpleegkundigen en EVV-ers. – Ondersteunt de SharePoint omgeving voldoende aan de medewerkers? Wat moeten zij weten en hoe wordt de informatie hen aangereikt? – Voor de doelen in het zorgplan wordt de OMAHA gebruikt, maar daarmee raakt het nog niet de diepste verlangens van de cliënt. – Dossier geeft heel veel medische informatie, maar weinig over welzijn van de medewerker.
Gesprek met cliënt/mantelzorger	Wat hebben we besproken?	– Gesprek met echtpaar. – De heer is cliënt, mevrouw is mantelzorgster. Ze wonen hier bijna 5 jaar. De heer heeft moeite met praten, is niet zo goed te verstaan en dat komt niet alleen door zijn dialect. – Echtpaar heeft weinig tot geen last gehad van de verbouwing van 't Dijkhuis. Wel is het lastig om met de rolstoel buitenom naar de eetzaal te gaan. Met slechte dagen is het dan toch koud. – Ze eten op Het Plein in het restaurant. Mevrouw heeft hiervoor een speciale recreatiepas. – In maart heerste het Norovirus bij 'Dijkhuis – De heer is 90 jaar oud. Hij heeft zijn verjaardag op het Plein gevierd! – Tijdens het gesprek wordt de koffie voor de heer en mevrouw langs gebracht, wat een luxe! Mevrouw kan zelf ook nog koffie zetten, maar dat doet ze niet. 'het wordt toch gebracht'
	Te waarderen	– Verzorging voert gesprekken met mevrouw. – Voldoende activiteiten bij 't Dijkhuis volgens dit echtpaar, hoewel de heer bijna nergens aan mee doet. 's Avonds is er na de broodmaaltijd altijd voorlezen, kletsen etc.
	Aandachtspunten	– Het echtpaar vindt de zorg goed, er zijn wel veel wisselingen van personeel. Hoewel ze wel begrijpen waarom dit is, vinden ze het niet leuk.
Gesprek leidinggevende horeca en ontmoeten, senior Kok, medewerker Eten en drinken, Horeca coördinator	Wat hebben we besproken?	Gesprek met team Horeca en Ontmoeten – Stip op de horizon: een community in Bathmen neerzetten, niet alleen voor de bewoners van 't Dijkhuis, maar ook extern. Met een terras en ene goede ontvangst, niet het gevoel van een zorginstelling. Lunchen, dineren, speciale events. – Bewoners hebben ieder dag een keuze waar te eten. Dat wordt met een tablet doorgegeven aan de keuken. Met A6 kaartjes per bewoner is dieet bekend. – Weinig incidenten bij dieet, wel eens bij nieuwe bewoners. Er worden dan wel incidentmeldingen gemaakt.

		– HACCP audit is van toepassing. Goede score maar verbeterpunt op hygiëne, ophangen van trekkers, schapjes aanbrengen. – Thema informele zorg. Er wordt gewerkt met vrijwilligers op Het Plein. Er is een aanleunbewoner die helpt met servetten omhangen en afnemen. In de toekomst is er meer hulp nodig bij het eten. Niet iedere bewoner kan zelf eten. Het is de verwachting dat er in de toekomst meer behoefte is aan vrijwilligers en informele zorg, maar er is op dit moment geen plan voor. 't Dijkhuis staat aan de vooravond om meer te doen met informele zorg. Wet- en regelgeving geven kaders om daar rekening mee te houden. – Visie op eten, drinken, voeding. Seizoensgebonden en lokaal eten. Dat past bij de community gedachte. Gezien: visie op eten en drinken 't Dijkhuis. Gemaakt in een werkgroep, samen met CR en OR. – Wanneer is het goed genoeg? Hoe ga je daar zicht op krijgen? Vragen? – Aandacht voor integratie van processen en teamvorming door nieuwe coördinator.
	Te waarderen	– Mooie visie van Het Plein, restaurant, eten, drinken en voeding – Systeem op beheersing van wensen en diëten van cliënten. – Ambitieuze ideeën om een positie in de community van Bathmen te verwerven. – Er wordt vers gekookt. – Er is een menucommissie. Daarnaast kunnen mensen een suggestie doen voor gerechten.
	Aandachtspunten	– Doelstellingen voor eten & ontmoeten moeten nog gemaakt worden. Waar werk je naar toe en hoe ga je zien of het lukt?

Bijlage 2 Auditprogramma

Datum: 6 mei 2025

Auditor: Inge van den Tillaard

Tijd	Onderwerp(en) (onder voorbehoud)	Functie	Naam
9.00	Aftrap en bijpraten. De locatie presenteert: – Ontwikkelingen – Kansen en risico's – Uitdagingen & dilemma's – Strategische thema's en realisatie doelstellingen – Samenwerken in de regio (incl. uitkomst onderzoek samenwerking/fusie ZGR) – Bevindingen uit de proeftuin – Cliënt- en medewerkerswaardering – Opvolging van de uitkomsten van de voorgaande audit – <i>Zorgtechnologie: AWIZ (anders werken in de zorg)</i>	Managementteam <i>Directeur-bestuurder</i>	Annemarie Toorneman Margien Boode José Bloo Rosa van Oldeniel Mandy Kreuzen Jackie van Beek
10.00	Rondleiding locatie o.a. voortgang renovatie en nieuwbouw in het kader van geschiktheid, gastvrijheid en veiligheid	<i>Het Plein en Zuidloo</i>	Rosa van Oldeniel
10.30	Gesprek met teamvertegenwoordiging over (actuele) thema's, multidisciplinaire samenwerking op basis van een casus, met inzage dossiers. Thema: De nieuwe werkwijze Wonen en Leven 1 (Proeftuin)	Graag wat diversiteit in functieniveaus, max 5 personen	Frederike Bolink (Wonen en Welzijn) Ingrid Pronk (Dagbesteding) Petra Jansen (Wonen en Welzijn) Rianne Bakker (Verzorgende IG)
12.00	Lunch en Rapportagetijd auditor		
12.30	Gesprek met teamvertegenwoordiging over (actuele) thema's, multidisciplinaire samenwerking op basis van een casus, met inzage dossier. Thema: Schijf van 5 (eigen regie) Wonen en Leven 3	Graag wat diversiteit in functieniveaus, max 5 personen	Magreet Preuter (Huishouding) Marco Mensink (Wonen en Welzijn) Merel Scholts (VIG / EVV) Gerdien Groot Baltink (Kwaliteitsverpleegkundige)
14.30	Gesprek met cliënt/mantelzorger		<i>Namen volgen eerste week april</i>
15.00	Gesprek met <i>team Horeca en Ontmoeten</i> Thema: Informele zorg		Rosa van Oldeniel Cas Koenjer (Kok) Truus Schiphorst (med. Voeding)
16.00	Rapportagetijd auditor		
16.45	Afsluiting auditdag met laatst betrokkenen		
17.00	Vertrek audit team		

Datum: 6 mei 2025

Auditor: Ietje de Jong

Tijd	Onderwerp(en) (onder voorbehoud)	Functie	Naam
9.00	Aftrap en bijpraten. De locatie presenteert: – Ontwikkelingen – Kansen en risico's – Uitdagingen & dilemma's – Strategische thema's en realisatie doelstellingen – Samenwerken in de regio (incl. uitkomst onderzoek samenwerking/fusie ZGR) – Bevindingen uit de proeftuin – Cliënt- en medewerkers-waardering – Opvolging van de uitkomsten van de voorgaande audit – Zorgtechnologie: AWIZ (anders werken in de zorg)	Managementteam Directeur-bestuurder	Annemarie Toorneman Margien Boode José Bloo Rosa van Oldeniel Mandy Kreuzen Jackie van Beek
10.00	Rondleiding locatie o.a. voortgang renovatie en nieuwbouw in het kader van geschiktheid, gastvrijheid en veiligheid	Het Plein en Zuidloo	Rosa van Oldeniel
10.30	Gesprek met teamvertegenwoordiging van team Oxe over (actuele) thema's, multidisciplinaire samenwerking op basis van een casus, met inzage dossiers. Thema: PG, 'ZP7', onbegrepen gedrag, zorgtechnologie: lussen en cirkels	Graag wat diversiteit in functieniveaus, max 5 personen	Willemien Schutte (waarn LG) Sandra Wijnbergen (EVV/VIG) Natasja vd Brink (Wonen en Welzijn) Paula Duteweerd (Huishouding)
12.00	Lunch en rapportagetijd auditor		
13.00	Vertrek auditor		

Datum: 8 mei 2025

Auditor: Ietje de Jong

Tijd	Onderwerp(en) (onder voorbehoud)	Functie	Naam
9.00	Gesprek met HR/management – Leren en ontwikkelen – Arbeidsmarktontwikkelingen – Binden en boeien van medewerkers – Duidelijkheid in rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden – Wet DBA – werken met ZZP-ers – strategische personeelsplanning – <i>Professionalisering van HR en de effecten van opleidingsbeleid</i>	Adviseur Leren & Ontwikkelen HR-adviseurs	Henriët Arends Karin van der Schaaf Marlies Mulder
10.00	Gesprek over kwaliteitsontwikkeling – Kwaliteitsbeleid en doelstellingen – Interne audits – Documentbeheerssysteem – Leren en ontwikkeling naar aanleiding van incidenten – Systeemevaluatie	Directeur-bestuurder Leidinggevende Advies en Ondersteuning Leidinggevende Wonen en Leven	Jackie van Beek Mandy Kreuzen Annemarie Toorneman
11.00	Gesprek over samenwerking tussen zorg en welzijn en Informele Zorg		Dagbesteding: Imke Rensen Zorg: Willemien Schutte Vrijwilliger: Elly Durenkamp
12.00	Gesprek met vertegenwoordiging van medezeggenschapsorganen (OR en/of CR) Thema: Rol en bijdrage aan medewerkerplan		Bas Bettenhaussen Elly Durenkamp Ineke Evers
12.45	Lunch en Rapportagetijd auditor		
13.30	Rapportagetijd auditor		
14.30	Mondelinge terugkoppeling		
15.00	Vertrek auditor		