

# Kwaliteitsverslag 2022



Juni 2023

## Inhoudsopgave

<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Persoonsgerichte zorg- en ondersteuning.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Wonen en welzijn .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Veiligheid .....</b>	<b>4</b>
3.1 Basisindicatoren.....	4
3.2 Melding Incidenten Cliëntenzorg (MIC).....	6
<b>4. Leren en werken aan kwaliteit .....</b>	<b>7</b>
<b>5. Leiderschap, governance en management.....</b>	<b>8</b>
<b>6. Personeelssamenstelling (voldoende/bekwaam personeel) .....</b>	<b>8</b>
<b>7. Hulpbronnen, omgeving en context .....</b>	<b>9</b>
<b>8. Gebruik van informatie .....</b>	<b>11</b>
8.1 Het gebruik van cliëntervaringen .....	11
8.1.1 ZorgkaartNederland.....	11
8.1.2 Tevredenheidsmeting cliënten.....	12
8.1.3 Evaluatie einde zorg.....	14
8.1.4 PREM (Patient Reported Experience Measurement)-analyse.....	14
8.1.5 Klachten/opmerkingen cliënten .....	15
8.2 Het gebruik van medewerkerservaringen .....	15
8.2.1 Klachten medewerkers .....	16
8.2.2 Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM) .....	16
8.3 Audits.....	16
8.3.1 Interne audits .....	16
8.3.2 Externe audit .....	17
<b>9. Leren &amp; Verbeteren .....</b>	<b>18</b>
9.1 Verbeterparagraaf .....	18
9.2 Evaluatie .....	18
9.3 Terugkoppeling resultaten .....	18
9.4 Kwaliteit van de locaties .....	18
 Bijlage 1 Afkortingenlijst.....	 19

## Inleiding

Zorgcentra Meerlanden is gecertificeerd volgens het kwaliteitsmanagementsysteem ISO<sup>1</sup> Zorg & Welzijn en voldoet aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg<sup>2</sup>. Dit Kader is de wettelijke basis voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg<sup>3</sup> en beschrijft wat cliënten/naasten mogen verwachten van de zorg. De cliënt is hierbij het uitgangspunt.

Zorgorganisaties kunnen zelf invulling aan het kader geven. Het managementteam en locatiemanagement analyseren periodiek of we voor intramurale cliënten en voor Wlz<sup>4</sup>-cliënten langdurige zorg thuis<sup>5</sup> nog aan de gestelde normen van het kader voldoen en waarop actie nodig is. Deze input wordt verwerkt in de kwaliteitsverslagen en -plannen.

Jaarlijks stellen we een kwaliteitsverslag op in afstemming met de Centrale Cliënten- en Familieraad (CCFR), Ondernemingsraad (OR) en de Verpleegkundige AdviesRaad (VAR). In dit kwaliteitsverslag geven we een toelichting op alle thema's van het kwaliteitskader. Ook besteden we aandacht aan uitkomsten op het gebied van veiligheid, leren en verbeteren en cliëntervaringen.

In bijlage 1 is een lijst met afkortingen opgenomen.

## 1. Persoonsgerichte zorg- en ondersteuning

Wij zien de cliënt als een uniek persoon met een eigen geschiedenis en leveren warme zorg.<sup>6</sup> Dit blijkt ook uit onze kernwaarden: Persoonlijk en Professioneel. 'Persoonsgerichte zorg' wordt in alle tevredenheidsonderzoeken het hoogst gewaardeerd. Om deze zorg te kunnen bieden worden onder meer levensverhalen opgeschreven, zodat de medewerkers de achtergrond van de cliënt kennen en weten waar zijn belangstelling ligt.

### Behandeling

In 2022 hebben wij, in samenwerking met de huisartsen en Specialisten Ouderengeneeskunde (SO), ingezet op de uitbreiding van ZZP zonder behandeling naar ZZP met behandeling om de kwaliteit van zorg/behandeling te verhogen.

Eind 2022 zijn voorbereidingen getroffen om met de behandeldienst per 1 januari 2023 over te gaan van Amstelring naar Novicare, omdat Amstelring een tekort aan SO's had. Bij Novicare werken de specialisten ouderengeneeskunde samen met verpleegkundige specialisten. Hoewel de overgang van de behandeldienst een enorme impact heeft op medewerkers en cliënten verwachten we een kwalitatief hoogstaande en constructieve samenwerking met Novicare.

De kwaliteit van medicatie is in 2022 verhoogd via het contracteren van een nieuwe apotheek (SAHZ) voor De Meerstede.

## 2. Wonen en welzijn

De woon- en leefomgeving en welzijn zijn medebepalend voor de kwaliteit van leven.

In 2022 is extra aandacht besteed aan:

---

<sup>1</sup> ISO staat voor 'International Organisation for Standardization.

<sup>2</sup> Er is een nieuw kader in ontwikkeling.

<sup>3</sup> Voor de wijkzorg wordt het kwaliteitskader wijkverpleging aangehouden. Hiervoor is in 2022 per locatie een kwaliteitsplan extramuraal opgesteld, gebaseerd op dit kader en op de inkoop-eisen van de zorgverzekeraars met als extra aandacht 24-uurs zorg en kwaliteit van leven. We voldoen ook aan de normen Addendum bij kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie.

<sup>4</sup> Wet langdurige zorg.

<sup>5</sup> Conform addendum op het kwaliteitskader voor cliënten langdurige zorg thuis met een indicatie Wlz. Wij voldoen voor deze doelgroep ook aan specifieke vereisten: juiste randvoorwaarden om zorg ook thuis verantwoord en veilig te organiseren; begeleiden van de cliënt om verantwoord thuis te kunnen blijven wonen; afstemmen invulling van welzijn met de cliënt, gemeente en welzijnsorganisaties; de cliënt laten bepalen welke zorgaanbieder het eerste aanspreekpunt voor zorg thuis is en de mogelijkheid van het inschakelen van een SO.

<sup>6</sup> Dit wordt ook aangegeven door onze Centrale Cliënten- en Familieraad.

### Wooncomfort/Gastvrijheidsconcept

De kwaliteit van de directe leefomgeving speelt een belangrijke rol bij het welbevinden van cliënten. We zijn daarom bezig met het implementeren van het gastvrijheidsconcept, waarbij de focus ligt op de receptie, restaurant en brasserie.

In 2022 zijn de processen rondom het gastvrijheidsconcept en restaurant in De Meerwende en 't Kloosterhof geoptimaliseerd; De Meerstede volgt.

## 3. Veiligheid

Wij streven naar optimale persoonlijke veiligheid, maar persoonlijke vrijheid/welzijn kan hiermee op gespannen voet staan. Goede afspraken met cliënt/naasten, vastgelegd in het zorgleefplan, zijn hierbij essentieel.

We maken gebruik van de geldende professionele standaarden en voldoen aan de wettelijke kaders op het gebied van veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, voedselveiligheid, drinkwaterveiligheid en klachten en inspraak. In 2022 is op diverse onderdelen (extra) aandacht besteed aan veiligheid:

### Wet zorg en dwang (Wzd)

Wij voeren een terughoudend beleid rondom het toepassen van onvrijwillige zorg conform de Wzd ('Nee, tenzij'...). In 2022 is het beleidsplan Wzd aangepast op de nieuwe wet- en regelgeving. Tevens is scholing aangeboden aan medewerkers van de PG-afdelingen én aan medewerkers somatiek en wijkzorg.

De commissie Wzd is in 2022 zesmaal bijeengekomen. De commissie vindt het belangrijk om de Wzd onder de aandacht te brengen/houden. Op intranet is daarom een nieuwe pagina 'Wet zorg en dwang' aangemaakt met allerlei belangrijke documenten en dilemma's rondom de Wzd. Ook wordt er in Management Praat periodiek aandacht besteed aan de wet.

In 2022 is bij vier cliënten de volgende onvrijwillige zorg toegepast:

- Toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen (2 cliënten).
- Beperken van bewegingsvrijheid via mechanische fixatie.
- Verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen.

De onvrijwillige zorg is tijdig geëvalueerd conform het stappenplan.

### 3.1 Basisindicatoren

Wij leveren jaarlijks de uitkomsten aan van de basisindicatoren, die besproken worden in de teams: herkennen we de uitslag en moeten we actie ondernemen?

#### 3.1.1 Advance Care Planning (ACP)

Bij ACP wordt uitgevraagd bij hoeveel cliënten in het Elektronisch CliëntDossier (ECD) is vastgelegd of de cliënt wel/niet gereanimeerd wil worden, of er nog gestart wordt met levensverlengende behandelingen en/of de cliënt nog naar het ziekenhuis wil. Onderstaande tabel laat zien dat dit in onze dossiers goed vastgelegd wordt:

	De Meerwende (102 <sup>7</sup> cliënten)	De Meerstede (68 cliënten)	't Kloosterhof (53 <sup>7</sup> cliënten)
<b>Advance Care Planning</b>	102 cliënten (100%)	68 cliënten (100%)	53 cliënten (100%)

#### 3.1.2 Bespreken medicatiefouten in het team

Op de afdelingen van de locaties waar medicatiefouten gemeld werden, zijn deze minstens eenmaal per kwartaal besproken met de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV), hoofden, SO of huisarts/praktijkondersteuner, aandachtsvelder medicatie en/of apotheek.

<sup>7</sup> Het aantal kan afwijken van het totaal aantal appartementen, omdat op de peildatum kamers leeg kunnen zijn.

### 3.1.3 Aandacht voor eten en drinken

Bij aandacht voor eten en drinken wordt uitgevraagd bij hoeveel van de cliënten de afgelopen 6 maanden voorkeuren voor eten en drinken (aanbieden, tijd, plaats en gewenste hulp) besproken en vastgelegd zijn in het dossier. Onderstaande percentages geven aan dat niet bij alle cliënten informatie over eten en drinken opgenomen is in het ECD, omdat somatische cliënten dit veelal nog zelf kunnen aangegeven:

	De Meerwende (102 cliënten)	De Meerstede (68 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
Info over eten/drinken vastgelegd in dossier	97 cliënten (95%)	55 cliënten (81%)	53 cliënten (100%)

### 3.1.4 Decubitus

Voorgaande jaren was het percentage decubitus op sommige afdelingen vrij hoog. Om dit te blijven monitoren is in 2022 opnieuw voor deze indicator gekozen. Onderstaande tabel laat de percentages zien:

	De Meerwende (102 cliënten)	De Meerstede (68 cliënten)	't Kloosterhof (54 cliënten)
Decubitus	5 cliënten (5%) 2021: 3%	4 cliënten (6%) 2021: 3%	1 cliënten (2%) 2021: 4%

Het percentage is in De Meerwende en De Meerstede toegenomen ten opzichte van 2021, maar is zeker in De Meerwende nog redelijk laag vergeleken met eerdere jaren; in 't Kloosterhof is dit percentage afgenomen.

Om decubitus te voorkomen wordt bij cliënten met (kans op) decubitus een speciaal matras/kussen gebruikt en vinden controles plaats. De SO, ergotherapeut en fysiotherapeut adviseren regelmatig (preventief). Bij cliënten met decubitus wordt de oorzaak nagegaan en een wondplan opgesteld. De uitkomst wordt op het werkoverleg besproken en er vindt casuïstiekbespreking plaats met arts, EVV, wondverpleegkundige en/of aandachtsvelder wondzorg.

### 3.1.5 Continentie

Wij hebben voor 2022 gekozen voor een nieuwe indicator 'continentie'. Incontinentie is een omvangrijk gezondheidsprobleem dat vaak leidt tot een afname in de kwaliteit van leven en relatief veel voorkomt in verpleeghuizen. Professionals vinden de term incontinentie klinken alsof een zorgverlener er niet meer zoveel aan kan doen, terwijl de sector juist een impuls wil geven aan leren/verbeteren.

De bijbehorende indicator luidt: 'Bij hoeveel cliënten zijn afspraken opgenomen in het dossier over de toiletgang?':

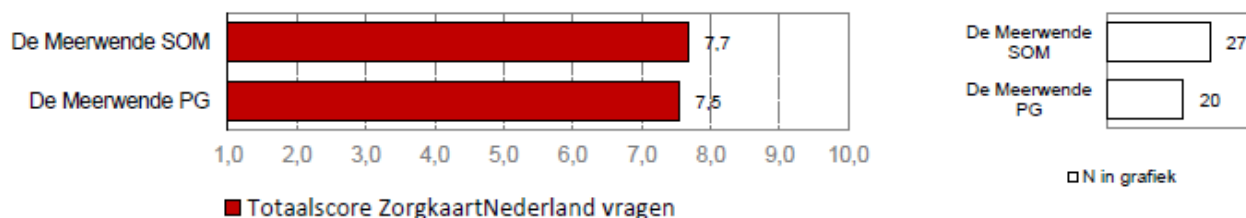
	De Meerwende (102 cliënten)	De Meerstede (68 cliënten)	't Kloosterhof (53 cliënten)
Info over continentie vastgelegd in dossier	99 cliënten (97%)	68 (100%)	53 (100%)

### 3.1.6 Totalscore<sup>8</sup>

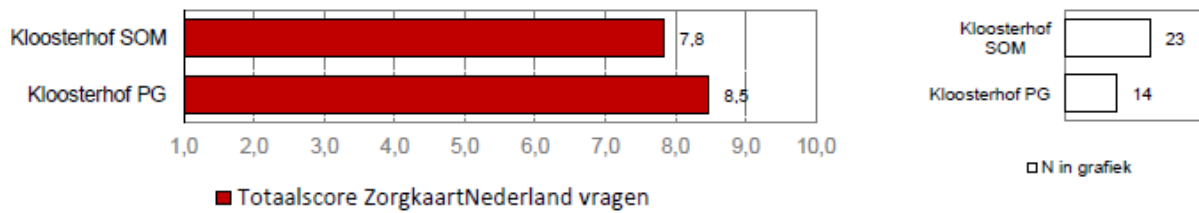
Zorgaanbieders dienen minimaal één keer per jaar de totalscore van ZorgkaartNederland aan te leveren als maatstaf voor de ervaringen van hun cliënten. ZorgkaartNederland berekent deze score op basis van de antwoorden op zes vragen.

#### Bel- en interviewteams

Uit de meting door bel- en interviewteams kwamen voor De Meerwende en 't Kloosterhof de volgende scores:



<sup>8</sup> Deze totalscore wordt berekend in twee stappen: per respondent wordt een gemiddelde score berekend op alle vragen, waarna op basis van alle gemiddelde scores de gemiddelde totalscore wordt berekend.



### De Meerstede

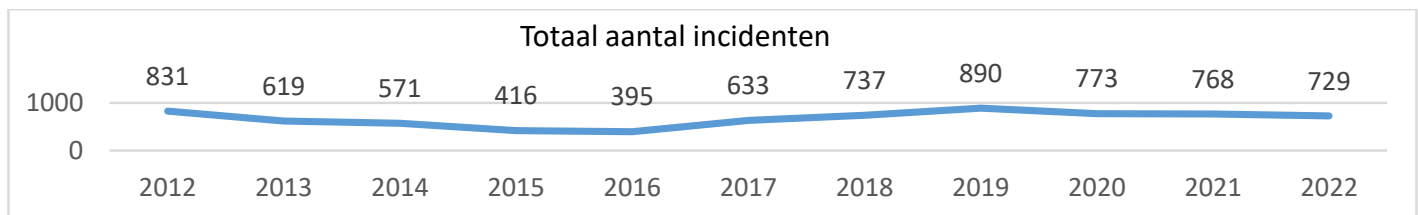
In De Meerstede zijn geen bel- en interviewteams ingezet, maar is gebruik gemaakt van ZorgkaartNederland. Cliënten/naasten kunnen via ZorgkaartNederland een recensie schrijven. Hen wordt gevraagd voor dezelfde zes vragen een cijfer in te vullen. Hiervan wordt een gemiddelde berekend.

Voor De Meerstede geldt dat er in 2022 sprake was van negen waarderingen met een gemiddelde score van 9,1.

## 3.2 Melding Incidenten Cliëntenzorg (MIC)

### MIC's stichtingsbreed

In 2022 zijn er stichtingsbreed 729<sup>9</sup> MIC's ingediend: 436 valincidenten, 201 medicatie-incidenten, 37 agressie-incidenten en 55 overige meldingen. Het totaal aantal incidenten (729) is ten opzichte van 2021 (768) afgenomen. Onderstaande grafiek laat een trend zien in het aantal MIC's sinds 2012:



Ten aanzien van de MIC's geldt:

- In oktober zijn de meeste (93) en in mei de minste (43) meldingen gedaan.
- De meeste MIC's zijn gemeld op maandag (121), de minste (92/93) op zaterdag/zondag.
- Er zijn meer cliënten (338) van de PG-afdeling dan van de somatische afdeling (315) betrokken bij een MIC.
- De meeste incidenten (58) vonden plaats tussen 8.00 – 9.00 uur; de minste (8) tussen 1.00 – 2.00 uur.
- De meeste MIC's hadden geen (313) gezondheidsgevolgen of waren nog niet merkbaar (298). 96 cliënten hadden wel gezondheidsgevolgen.

### MIC's per locatie

Op de locaties was sprake van de volgende aantallen (met schuinedrukt de aantallen van 2021):

De Meerwende: totaal: <b>367</b> (475):	vallen: 231 (269)	medicatie: 93 (142)	agressie: 9 (16)	overige: 34 (48)
De Meerstede: totaal: <b>146</b> (147):	vallen: 77 (65)	medicatie: 29 (41)	agressie: 26 (32)	overige: 14 (9)
't Kloosterhof: totaal: <b>91</b> (169):	vallen: 66 (103)	medicatie: 22 (40)	agressie: 0 (1)	overige: 3 (2)

### Valincidenten

De valincidenten (436<sup>10</sup>) zijn ten opzichte van 2021 (437) gelijk gebleven. In De Meerwende en 't Kloosterhof zijn deze (flink) afgenomen, voor De Meerstede iets toegenomen.



<sup>9</sup> Waarvan 125 van de wijkzorg.

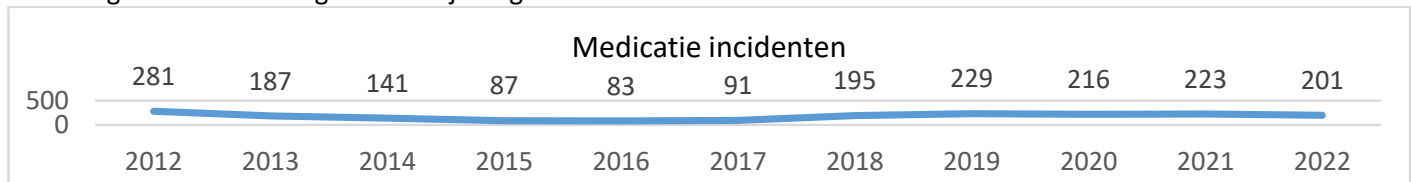
<sup>10</sup> Inclusief wijkzorg.

Het aantal valincidenten was het hoogst in oktober. In 212 van de gevallen was de oorzaak 'onbekend', bij 74 meldingen werd 'onrust/verwardheid' genoemd en bij 65 incidenten was sprake van een 'andere' oorzaak.

Het aantal incidenten is erg afhankelijk van de zorgzwaarte op dat moment. Er zijn vooral veel valpartijen op de PG-afdeling, 's nachts en op de badkamer. Valincidenten zijn vaak lastig te voorkomen vanwege het ziektebeeld. Er wordt veel overlegd met de SO, onder meer over in te zetten hulpmiddelen. Vaak wordt bij PG-cliënten in overleg met de familie gekozen de cliënt niet te 'fixeren', waarmee het risico genomen wordt dat de cliënt kan vallen; kwaliteit van leven staat voorop. Nieuwe cliënten vallen regelmatig door verwardheid, moeten wennen en vielen vaak thuis ook al.

#### Medicatie-incidenten:

Het aantal medicatieMIC's (201<sup>9</sup>) is, in alle locaties, gedaald ten opzichte van 2021 (223), maar ligt ondanks de invoering van Medimo nog steeds vrij hoog.

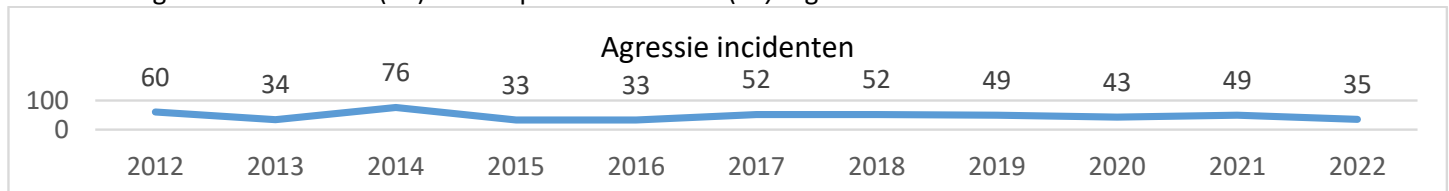


In januari en oktober waren de meeste medicatiemeldingen. Als oorzaak werd 'niet gegeven' het vaakst (98) genoemd. 64 maal had de cliënt zelf de medicatie niet ingenomen.

Er wordt nog regelmatig medicatie vergeten, vooral buiten de reguliere deeltijden. Dit kan worden opgelost door een wekker te zetten. Als cliënten de medicatie niet willen innemen of uitspugen, wordt dit gemeld in het ECD en wordt eventueel overlegd met de dienstdoende arts of het 'kwaad kan'. Als dit vaker gebeurt, het geen kwaad kan, afgestemd is met arts/familie en is vastgelegd in het zorgplan hoeft geen MIC ingevuld te worden.

#### Agressie-incidenten:

Het aantal agressie-incidenten (37) is ten opzichte van 2021 (49) afgenomen.



Bij agressie wordt de SO geraadpleegd en wordt gekeken naar een juiste benaderingswijze. Periodiek bespreekt de gedragspsycholoog/psychiatrisch verpleegkundige met de gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric (GVP) eventuele mogelijkheden/oplossingen. Vaak wordt gekeken naar benaderingswijzen en aanpassen van medicatie.

## **4. Leren en werken aan kwaliteit**

Wij zijn een lerende organisatie, zoals ook blijkt uit onze visie. Om onze cliënten de best mogelijke zorg te bieden en verbeteringen door te voeren, is het nodig om te blijven leren en ontwikkelen. Er is daarom ruimte om te leren van goede voorbeelden en van fouten, bijvoorbeeld via intervisie.

Vanuit verschillende disciplines/niveaus nemen we deel aan lerende netwerken met collega-organisaties om informatie en ervaringen uit te wisselen en om (kwaliteits)documenten te bespreken en hierop feedback te krijgen. Medewerkers kunnen ook meelopen bij een collega-organisatie uit het lerend netwerk.

## 5. Leiderschap, governance en management

Zorgcentra Meerlanden volgt de Zorgbrede Governance Code.<sup>11</sup>

Wij werken aan een cultuur waarin professioneel en persoonlijk leiderschap gestimuleerd wordt om meer verantwoordelijkheid over de inhoud van het werk bij de professionals neer te leggen en een cultuur van feedback geven & ontvangen te stimuleren.

### Verpleegkundige AdviesRaad (VAR)

In Zorgcentra Meerlanden is een VAR actief. De VAR geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de bestuurder.

In 2022 heeft de VAR verschillende adviesrapporten opgesteld en onderzoeken gedaan, waarop actie is ondernomen:

- *Stervensfase*: De VAR adviseerde het gebruiken van een zorgpad stervensfase, afgestemd op onze organisatie.
- *GRZ/ELV*: De VAR adviseerde scholing voor de medewerkers van GRZ/ELV afdelingen, aanpassing ECD, opzetten werkgroep GRZ/ELV en optimaliseren communicatie met de thuiszorg voor een goede overgang naar huis.
- *Covid beleid tweede coronagolf*: De VAR adviseerde een draaiboek met protocollen/richtlijnen, preventief gebruik van beschermende middelen, maandelijks op de hoogte brengen van eerste contactpersonen over de geldende coronaregels en eigen verantwoordelijkheid nemen van medewerkers bij coronagerelateerde klachten.
- *Covid nazorg*: De VAR adviseerde inzet van meetinstrument 'teamreflectie', evaluatiebijeenkomst, persoonlijk gesprek met leidinggevende/vertrouwenspersoon, inzet geestelijke verzorger (vanwege de vele overlijdens/herdenking), ontwikkelen nazorgbeleid en/of inventariseren van fysieke gevolgen van langdurig thuiswerken.
- *Grensoverschrijdend gedrag*: De VAR adviseerde opstellen richtlijn, waarborgen beschikbaarheid vertrouwenspersoon, bespreekbaar maken, creëren veilig werkklimaat en/of aanbieden van training vergroten weerbaarheid.

### Risico-inventarisatie

Jaarlijks maakt het Managementteam (MT) een risico-inventarisatie, aangevuld door de verschillende medezeggenschapsorganen. Aan de risico's wordt een score gehangen (impact x kans) en er worden acties bepaald om de risico's zoveel mogelijk te voorkomen. Het MT evalueert tweemaal per jaar wat de stand van zaken is en of de ondernomen acties doeltreffend zijn.

Ook in 2022 was de arbeidsmarkt het belangrijkste risico: hoe werven we voldoende en voldoende gekwalificeerde medewerkers en hoe behouden we onze medewerkers?

## 6. Personeelssamenstelling (voldoende/bekwaam personeel)

Onze doelstellingen op personeelsgebied zijn het werven en behouden van voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel, preventie van ziekteverzuim en een cultuur van continu leren en verbeteren.

Onze personeelsinzet was in 2022 grotendeels conform de personeelsnormen van het kader.

### Werven en behouden van medewerkers

Belangrijk is dat op alle momenten de juiste deskundigheid kan worden ingeroepen. Wij voldoen voor een groot deel aan de benodigde kwalificatieniveaus, maar dit kan geoptimaliseerd worden. Omdat wij een lerende organisatie zijn, investeren wij in de ontwikkeling en deskundigheid van medewerkers en daarmee in de kwaliteit van zorg.

Via ons leermanagementsysteem creëren wij een leeromgeving voor e-learning, klassikale trainingen en praktijktoetsen en kunnen we de bevoegd- en bekwaamheden monitoren.

Wij hebben blijvend aandacht voor het werven en behouden van medewerkers om te komen tot de gewenste kwantitatieve en kwalitatieve bezetting.

Ook in 2022 is extra aandacht besteed aan werving & selectie, onder andere door gebruik van social media, wervende advertentieteksten en het organiseren van diverse open avonden/carrière-avonden voor (leerling) verzorgenden IG en verpleegkundigen.

---

<sup>11</sup> Goed bestuur en toezicht zijn belangrijke voorwaarden voor goede zorg. Met de Governancecode Zorg volgen zorgorganisaties zeven principes die breed gedragen zijn in de hele sector. De code is een instrument om de governance zo in te richten dat die bijdraagt aan waarborgen van goede zorg, aan realiseren van de maatschappelijke doelstelling en het maatschappelijk vertrouwen.



Verder hebben we in 2022 aandacht besteed aan introductiemiddagen, inwerkprogramma's voor nieuwe medewerkers, een andere wijze van functioneringsgesprekken, optimale capaciteitsplanning, aanbrenghpremies en het verruimen van de reiskostenregeling.

Tot slot zijn we in 2022 begonnen met het invoeren van een 'positieve gezondheids- en vitaliteitsplan'. Door de vitaliteit van medewerkers te verhogen, kan hun inzetbaarheid bevorderd worden. Medewerkers konden onder meer gebruik maken van stoelmassages en een vitaliteitslunch.

De acties 'analyse exit medewerkers' en 'voldoening en uitdaging bieden aan medewerkers die al langer in dienst zijn' worden in 2023 verder opgepakt.

### Verzuim

We proberen het ziekteverzuim te verlagen door onder meer voldoende aandacht voor medewerkers, optimale inzet van arbodienst en van de casemanager langdurig ziekteverzuim en door ondersteuning van de leidinggevenden. Ook preventie en betere begeleiding bij ziekte zijn belangrijke aandachtspunten.

Tweemaal per jaar vindt er een evaluatie met de arbodienst plaats. In 2022 is naar aanleiding hiervan een aantal veranderingen doorgevoerd.

### Arbovoorwaarden

Voor 2022 is een arbojaarplan opgesteld. Door wisselingen van medewerkers zijn nog niet alle acties uitgezet. Dit krijgt in 2023 een vervolg.

### Analyse personeelssamenstelling

Jaarlijks worden vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg personele indicatoren uitgevraagd. De belangrijkste indicatoren voor 2022 worden hieronder weergegeven:

- 37% van onze medewerkers had een tijdelijke arbeidsovereenkomst.
- De gemiddelde arbeidsomvang was 0,58 fte<sup>12</sup>.
- Er waren 30 stagiairs en 272 vrijwilligers.
- Het ziekteverzuim bedroeg 8,4% met een verzuimfrequentie van 1,05.
- De instroom was 28%, de doorstroom 7,2% en de uitstroom 20%.
- Per cliënt werd 0,88 fte ingezet.

### Werkbegeleiding

Omdat opdrachten complexer worden en er steeds meer stagiairs zijn met een hoger niveau is het belangrijk om voldoende en voldoende gekwalificeerde werkbegeleiders te hebben. In 2022 zijn op alle locaties meer leercoaches aangesteld. Hiermee willen we zorgen voor tevreden leerlingen en voor een veilig leerklimaat met mogelijk als gevolg toekomstige medewerkers.

## **7. Hulpbronnen, omgeving en context**

Er zijn veel ontwikkelingen ('randvoorwaarden') die invloed hebben op het functioneren van onze organisatie en de kwaliteit van leven en van werken. Deze ontwikkelingen zijn niet altijd merkbaar voor de cliënten, maar door te zorgen dat voldaan wordt aan de randvoorwaarden, kunnen we meer tijd en geld besteden aan de cliënten.

### Huisvesting

Het afgelopen jaar hebben de Locatie MT's, bestuurder en manager financiën samen met een projectontwikkelaar op hoofdlijnen onderzocht wat nodig is om de drie locaties toekomstbestendig en aantrekkelijk voor cliënten te maken. Dit is een vervolg op de vastgoedstrategie die in 2020 in samenwerking met AAG is gemaakt.

---

<sup>12</sup> Fte staat voor 'fulltime-equivalent'. Het is een rekeneenheid voor de omvang van een baan of voor de totale personeelssterkte.

Hieruit is een masterplan voortgekomen, waarin globaal gekeken is wat er (financieel) nodig en mogelijk is. In 2023 wordt dit verder uitgewerkt uitwerking en in de periode 2024-2027 vinden de verbouwingen plaats.

#### Facilitaire zaken

In 2022 zijn de duurzaamheidsplannen conform eerder gemaakte routekaart/reductietool uitgerold om te komen tot energiebesparing en CO<sub>2</sub>-reductie van minimaal 49% in 2030. We proberen dit zoveel mogelijk op natuurlijke momenten te doen, bijvoorbeeld bij het vervangen van installaties. Ook hebben we een organisatie ingeschakeld, die ons helpt om de energiekosten te drukken door installaties beter af te stellen.

Verder heeft in 2022 de jaarlijkse rondgang van de GGD over alle zorgafdelingen van de locaties plaatsgevonden. De GGD was over het algemeen heel tevreden over de hygiëne; op de aandachtspunten is/wordt actie uitgezet.

In 2022 zijn voorbereidingen getroffen om per 1 januari 2023 over te gaan op een nieuwe leverancier van eten en drinken voor de huiskamers en dagbesteding. De reden hiervoor was dat we op zoek waren naar één leverancier voor eten en drinken. De keuze is gemaakt door een selectie op basis van criteria rondom kwaliteit en prijs.

#### Financiën en administratieve organisatie

In 2022 heeft de financiële en administratieve organisatie voornamelijk gewerkt aan het aanpassen en optimaal inrichten van de processen ten behoeve van de implementatie van AFAS; een gebruiksvriendelijkere en efficiëntere suite voor HRM, financiën en salarisadministratie.

Ook is een start gemaakt met het implementeren van kritieke prestatie-indicatoren (KPI's) op basis van de nieuwe systemen, waardoor sprake is van adequate, snellere en efficiënte oplevering van managementinformatie.

In 2022 is eveneens een meerjarenbegroting (inclusief vastgoedcomponent) opgesteld.

#### ICT

Op ICT-gebied zijn veel ontwikkelingen gaande, zoals uitbreiding van de inzet van domotica<sup>13</sup> en de inzet van digicoaches. In 2022 zijn hiervoor onder meer als acties uitgezet:

- Uitbreiden domotica, waaronder een pilot met leefcirkels met als doel het verhogen van de kwaliteit van zorg. De pilot heeft aangetoond dat met het gebruik van 'leefcirkels' voor de PG-cliënten maximale bewegingsvrijheid kan worden gerealiseerd. Leefcirkels zullen ook in de andere locaties worden uitgerold.
- Implementatie van het elektronisch cliëntendossier (ECD) van ONS/Nedap, waaronder roosterfunctionaliteit. Hiervoor zijn werkgroepen, projectgroep en stuurgroep en diverse samenwerkingspartners ingezet. (Zorg)medewerkers hebben scholing ontvangen.
- AFAS-implementatie met ingang van 1 januari 2023 voor de backoffice. Werkgroepen, projectgroep en stuurgroep en diverse samenwerkingspartners hebben hierbij ondersteund.
- Verbeteren van de digitale vaardigheden van medewerkers. Er zijn digicoaches, die ook een belangrijke rol gespeeld hebben bij het overgaan op het nieuwe ECD, opgeleid en ingezet.
- Er is een plan van aanpak opgesteld naar aanleiding van het onderzoek naar mogelijke cloudoplossingen. De voornaamste omgevingen (AFAS/ONS) zijn in de cloud ondergebracht; voor de overige applicaties gebeurt dit, indien mogelijk, in 2023.

#### Beleid

In 2022 is er nieuw Strategisch meerjarenplan 2022-2025 opgesteld met onder meer aandacht voor HRM, strategie, visie op toekomstige huisvestingsplannen en technologische innovatie:

---

<sup>13</sup> Domotica staat voor het automatiseren van processen en handelingen in huis, aan te sturen vanaf bijvoorbeeld een smartphone.

 <p>Personeel; wat voor personeel gaan we inzetten en hoe gaan we deze werven. Wat betekent dit voor onze werkprocessen en ons kwaliteitskader. Onze medewerker staat op nummer 1.</p>	 <p>Kwaliteit staat hoog in het vaandel. Het is niet realistisch alles te blijven doen zoals we nu doen. Daarom gaan we andere manieren bedenken om met minder of ander personeel kwaliteit te blijven bieden. We gaan bijvoorbeeld meer werken met taakdifferentiatie en willen meer gebruik maken van vrijwilligers en/of mantelzorgers.</p>
 <p>Technologische innovatie; hoe kunnen we technologie dusdanig inzetten dat het ons personeel ontlast en de kwaliteit voor de cliënten bevordert.</p>	 <p>Samenwerking binnen de afdelingen, onze huizen en de keten is belangrijk om de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen en zo efficiënt mogelijk te werken. De samenwerking vindt plaats op verschillende manieren, bijvoorbeeld op het gebied van arbeidsmarkt (flexpool), opleidingen, wonen met zorg, diensten die we willen uitbesteden etc.</p>
 <p>Verbouwen om aan de toekomstige eisen van cliënten te voldoen en we ook in de toekomst een rendabele financiering kunnen realiseren. Bij de verbouwingen is het uitgangspunt dat de capaciteit op peil blijft.</p>	

In 2022 is het doelgroepenbeleid afgerond: welke doelgroepen willen we in de toekomst bedienen, welke regionale vraag ligt er en zijn medewerkers voldoende toegerust voor de gekozen doelgroepen? Bijbehorende acties worden in 2023 uitgezet.

### Communicatie & PR

Onze communicatie is gericht op eigentijdse en effectieve communicatie op het gebied van werving & selectie en op employer branding<sup>14</sup> en informatievoorziening voor (potentiële) cliënten en medewerkers.

In 2022 is hiervoor uitvoering gegeven aan het communicatieplan met als prioriteiten:

- Communicatie ten behoeve van werving & selectie van medewerkers.
- Communicatie ten behoeve van PR van de locaties.
- Optimalisatie van communicatie-uitingen.

## 8. Gebruik van informatie

Het is belangrijk dat toekomstige cliënten informatie kunnen raadplegen om een weloverwogen keuze voor een zorgorganisatie te maken. Wij stellen onze informatie op verschillende gebieden beschikbaar, zoals via recensies op ZorgkaartNederland, het delen van uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken en actief gebruikmaken van social media. Een deel van deze informatie wordt ook gebruikt door het zorgkantoor om met ons in gesprek te gaan over kwaliteit van zorg en door het Zorginstituut Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij het uitoefenen van hun wettelijke taken.

### 8.1 Het gebruik van cliëntervaringen

#### 8.1.1 ZorgkaartNederland

Wij vragen onze cliënten/nabestaanden om recensies te geven op ZorgkaartNederland. Wij scoorden in 2022 wederom goed op deze waarderingen. Stichtingsbreed was sprake van 95<sup>15</sup> waarderingen met 8,1 als gemiddelde score. De scores voor de locaties zijn hieronder opgenomen:

#### De Meerwende

2022

7.8

50 waarderingen

<sup>14</sup> Dit betekent het bouwen van een sterk werkgeversmerk, om huidige medewerkers te binden en nieuw talent aan te trekken.

<sup>15</sup> Waaronder zes recensies voor de wijkzorg.

## De Meerstede

2022  **9.1** 9 waarderingen

## 't Kloosterhof

2022  **8.2** 30 waarderingen

## 8.1.2 Tevredenheidsmeting cliënten

Volgens het kwaliteitskader dienen we jaarlijks een cliënttevredenheidsmeting<sup>16</sup> uit te voeren. We mogen zelf de methodiek bepalen. Voorheen werd hiervoor in alle locaties de Staalkaartmeting gebruikt. De Meerstede heeft deze meting ook in 2022 uitgevoerd. In de andere locaties zijn bel- en interviewteams vanuit Facit ingezet, die gebruik hebben gemaakt van de vragenlijst van ZorgkaartNederland.

## De Meerwende

Aan deze raadpleging hebben 27 cliënten en 20 vertegenwoordigers deelgenomen (respons 49%). In onderstaande tabel zijn de cijfers weergegeven aan de organisatie en medewerkers, alsmede de NPS-score<sup>17</sup> opgenomen:

Cijfer	% dat De Meerwende 8 of hoger geeft	Gemiddeld cijfer aan De Meerwende	% dat medewerkers 8 of hoger geeft	Gemiddeld cijfer voor medewerkers
Cliënten	72%	7,7	89%	8,1
Vertegenwoordigers	55%	7,4	75%	8,0
NPS	Aanbeveling De Meerwende (ja of nee)	Cijfer vijf of lager (criticaster)	Cijfer 6 of een 7 (passief tevreden)	Cijfer 8, 9 of 10 (promotor)
Cliënten	85%	9%	22%	70%
Vertegenwoordigers	95%	0%	25%	75%

Op de zes vragen van ZorgkaartNederland scoorde De Meerwende als volgt:



<sup>16</sup> Dit staat los van de Totaalscore zoals berekend op ZorgkaartNederland, waarbij er sprake is van zes vragen die beantwoord worden.

<sup>17</sup> De NPS ofwel de Net Promoter Score meet in welke mate een organisatie wordt aanbevolen.

## De Meerstede

De EVV'ers van De Meerstede hebben de staalkaarten van de eigen cliënten geanalyseerd:

	Somatiek (38 cliënten/staalkaarten)	PG (30 cliënten/staalkaarten)
<b>1. Kwaliteit van Leven (Positief)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genoeg activiteiten (2 afdelingen)</li> <li>Men kan meebeslissen over de zorg (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sfeer (2 afdelingen)</li> <li>Activiteiten (2)</li> <li>Fijne eigen kamer (1)/Privacy kamer (1)</li> <li>Maaltijd: vers/vitamines (1)</li> </ul>
<b>2. Kwaliteit van Zorg (Positief)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verzorgenden zijn op de hoogte van gezondheidsproblemen (2)</li> <li>Zorgvragers worden op de afgesproken tijd geholpen met ADL (1)</li> <li>Zorgvragers zijn tevreden over ondersteuning van familie/vrijwilligers (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgverleners zijn op de hoogte van de zorgproblemen (3)</li> <li>Zorgverleners hebben tijd voor mantelzorgers (1)</li> <li>Zorgverleners geven informatie (1)</li> <li>Er zijn vertrouwde gezichten (1)</li> <li>Netheid en aandacht (1)</li> </ul>
<b>3. Veilig &amp; Vertrouwd (Positief)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgvragers zijn tevreden over de schoonmaak van de kamer (2)</li> <li>Zorgvragers voelen zich veilig door aanwezigheid van zorgmedewerkers (1)</li> <li>Zorgvragers voelen zich gesteund in het geloof (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgvragers voelen zich thuis (2)</li> <li>Zorgvragers (en ook familie) voelen zich veilig (2)</li> <li>Geloof mag een plaats innemen bij de zorg (1)</li> <li>Wijze van omgaan met naaste (1)</li> </ul>
<b>1. Kwaliteit van Leven (Aandachtspunt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgvragers willen meer afwisseling in maaltijden (1)</li> <li>Er is een ongezellige sfeer tijdens maaltijd (1)</li> <li>Er wordt niet gebeden voor de maaltijd (1)</li> <li>Er is niet voldoende aansluiting bij medebewoners (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoeveelheid beweegactiviteiten (3)</li> <li>Hoeveelheid activiteiten, persoonsgericht (1)</li> <li>Aantal momenten van naar buiten gaan (1)</li> <li>Soms over de samenstelling van de groep of de kamerverdeling man/vrouw die een badkamer delen (1)</li> </ul>
<b>2. Kwaliteit van Zorg (Aandachtspunt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgmedewerkers komen niet altijd de afspraken na (2)</li> <li>Mondzorg wordt vaak vergeten (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soms te veel stagiairs die nog niet alles weten (1)</li> <li>Te weinig bewegen met fysiotherapie (1)</li> <li>Onduidelijkheid over tandartsbezoek (1)</li> <li>Soms te weinig individuele aandacht (1)</li> </ul>
<b>3. Veilig &amp; Vertrouwd (Aandachtspunt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicatie wordt niet op juiste tijd ontvangen (2)</li> <li>Zorgvragers willen meer naar buiten (1)</li> <li>Zorgvragers voelen zich niet thuis in huis/kamer (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schoonmaak (met name badkamer) (3)</li> <li>Mondzorg (1)</li> <li>Bewoners willen graag meer bewegingsruimte (1)</li> </ul>
<b>Wat valt je op bij het bekijken van de Staalkaarten?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De zorg heeft extra aandacht nodig, zoals afspraken en mondzorg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Familie is over het algemeen zeer tevreden en voelt zich veilig om zaken die niet zo goed lopen direct aan te kaarten</li> <li>Men is blij/tevreden/dankbaar voor wat voor hen wordt gedaan en voelt zich veilig.</li> </ul>

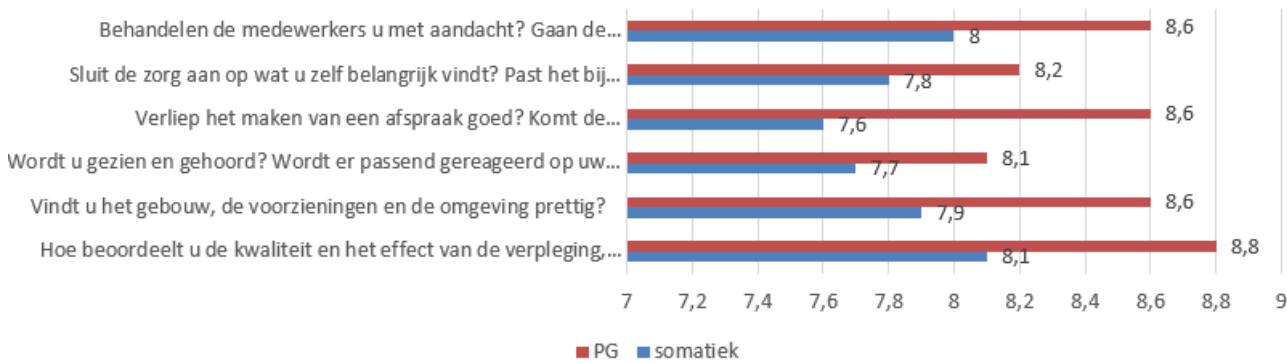
## 't Kloosterhof

Aan de raadpleging hebben 23 cliënten en 14 vertegenwoordigers deelgenomen (respons: 69%).

In onderstaande tabel zijn de cijfers gegeven aan de organisatie en medewerkers, alsmede de NPS-score opgenomen:

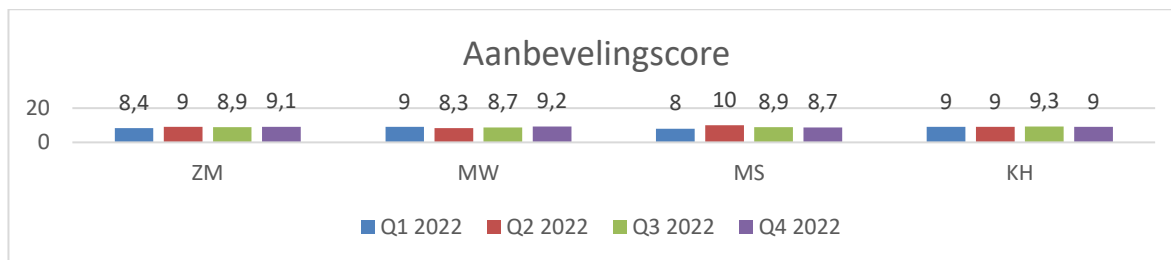
Cijfer	% dat 't Kloosterhof 8 of hoger geeft	Gemiddeld cijfer aan 't Kloosterhof	% dat medewerkers 8 of hoger geeft	Gemiddeld cijfer voor medewerkers
Cliënten	85%	8	82%	8
Vertegenwoordigers	99%	8,4	94%	8,8
NPS 't Kloosterhof	Aanbeveling 't Kloosterhof (ja/nee)	Cijfer vijf of lager (criticaster)	Cijfer 6 of een 7 (passief tevreden)	Cijfer 8, 9 of 10 (promotor)
Cliënten	100%	0%	32%	68%
Vertegenwoordigers	100%	0%	0%	100%

Op de verschillende thema's scoorde 't Kloosterhof als volgt:



### 8.1.3 Evaluatie einde zorg

Als een cliënt overlijdt, sturen we de eerste contactpersoon een evaluatie. In 2022 zijn er 48 vragenlijsten geretourneerd. Dat men over het algemeen redelijk tevreden is, blijkt uit de gemiddelde aanbevelingscores:



### De Meerwende

In De Meerwende zijn 20 vragenlijsten geretourneerd. De contactpersonen gaven als gemiddelde aanbevelingscore een 8,8. Zij ervoeren vooral de liefdevolle zorg en aandacht en betrokkenheid van vaste medewerkers als positief. Als verbeterpunten werden onder meer genoemd: krappe bezetting, communicatie en personeelwisselingen.

### De Meerstede

19 nabestaanden hebben een vragenlijst geretourneerd. Als aanbevelingscijfer gaf men gemiddeld een 8,7. Als positief werden vooral de betrokkenheid/aandacht, sfeer op de afdelingen en de warme maaltijd ervaren. Als verbeterpunten werden onder meer de krappe bezetting en schoonmaak/onderhoud van rolstoelen genoemd.

### 't Kloosterhof

9 nabestaanden hebben een vragenlijst teruggestuurd. De contactpersonen gaven als gemiddelde aanbevelingscore een 9,3. Men was vooral positief over de betrokkenheid/aandacht en de goede zorg in het algemeen. Als aandachtspunt werd de medische zorg rondom het overlijden genoemd.

### 8.1.4 PREM (Patient Reported Experience Measurement)-analyse

Alle aanbieders van wijkverpleging zijn verplicht jaarlijks een PREM-onderzoek uit te voeren, waarbij de wijkcliënten via een vragenlijst naar hun ervaringen wordt gevraagd. De uitkomsten zijn opgenomen in onderstaande tabel: (tussen haakjes staan de scores uit 2021):

Gemiddelde scores/cijfers	Meerwende	Meerstede	Kloosterhof
Respons	42%	54%	59%
Aantal lijsten retour/totaal uitgestuurde lijsten	18 v/d 43	22 v/d 41	33 v/d/ 56
Krijgt u zorg van een vast team van zorgverleners?	9,4 (7,5)	9,4 (9,2)	9,1 (9,2)
Komen de zorgverleners op de afgesproken tijd?	8,9 (7,7)	8,8 (7,9)	9 (9,1)
Nemen zorgverleners uw wensen mee bij het bepalen van de zorg?	9,3 (9)	9,4 (9,3)	9,4 (9,4)
Past de zorg bij de manier waarop u wilt leven?	9,6 (9,1)	9,4 (9,1)	9,5 (9,6)
Behandelen de zorgverleners u met aandacht?	9,6 (9,2)	9,2 (9,4)	9,5 (9,6)

Gemiddelde scores/cijfers	Meerwende	Meerstede	Kloosterhof
Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?	9,5 (9)	9,4 (9,3)	9,6 (9,7)
Heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners?	9,3 (8,9)	9,3 (9,2)	9,6 (9,7)
Houdt de zorg in de gaten hoe het met uw gezondheid gaat?	9,4 (9)	9,4 (9,2)	9,4 (9,3)
Kunt u met de hulp van de zorgverleners beter omgaan met uw ziekte/aandoening?	8,7 (8,6)	8,7 (8,6)	8,7 (9,3)
In welke mate zou u deze zorgaanbieder aanbevelen bij andere mensen met dezelfde aandoening of gezondheidsklacht?	9,4 (8,9)	9,5 (9,4)	9,8 (9,5)
Hoe waardeert u uw kwaliteit van leven?	7,3 (6,7)	7 (7,1)	7,1 (6,7)

### 8.1.5 Klachten/opmerkingen cliënten

Onze cliënten kunnen op diverse manieren hun onvrede uiten. Vaak gebeurt dit via het bespreken met de EVV en/of hoofd, waarmee veel 'klachten' in de lijn opgelost worden. Soms wordt hierbij opgeschaald naar de bestuurder. Ook kan een cliënt terecht bij de CFR terecht als een onderwerp meerdere cliënten aangaat of bij de onafhankelijke vertrouwenspersoon (Wzd)/klachtenfunctionaris. Andere manieren zijn via de 'rondetafelgesprekken' en tijdens de aanwezigheid van de CFR bij de maaltijd (De Meerwende).

Als er intern geen oplossing gevonden kan worden, kan de cliënt een klacht indienen bij onze externe onafhankelijke klachtencommissie. Ook kan een cliënt ervoor kiezen de Inspectie op de hoogte te brengen. Van deze opties wordt zelden tot nooit gebruik gemaakt. Daarom registreren we ook de klachten die via een brief of e-mail aan leden van locatie- en stichtingsMT gestuurd worden en die ons via de CCFR bereiken.

#### 'Informeel klachten'

In 2022 zijn zeven klachten ('uitingen van onvrede') ingediend. Dit zijn er minder dan in 2022 (9). Over alle 'klachten' is met betrokkenen in gesprek gegaan. Belangrijk hierbij is het communiceren en opvolgen van gemaakte afspraken.

#### Vertrouwenspersoon cliënten/klachtenfunctionaris

De vertrouwenspersoon cliënten is in 2022 niet benaderd. Wel is de klachtenfunctionaris eenmaal ingeschakeld.

#### Calamiteit/Prisma-analyse<sup>18</sup>

In 2022 is een prisma-analyse uitgevoerd naar aanleiding van een cliënt die uit de tillift gevallen was. Het hoofd zorg & welzijn heeft het voorval meteen besproken met de betrokken medewerkers, familie en in het teamoverleg. Om het incident goed te onderzoeken is een primateam ingesteld. Dit heeft een aantal acties voorgesteld dat uitgevoerd is.

### 8.2 Het gebruik van medewerkerservaringen

In het najaar van 2022 konden medewerkers de MedewerkerMonitor invullen. 50%<sup>19</sup> van de medewerkers heeft het onderzoek ingevuld. Op de drie hoofdthema's 'Werkbeleving', 'Bevlogenheid' en 'Mogelijkheid tot veranderen' scoorden we gemiddeld als volgt:

	2022	2019	Sector
Werkbeleving	7,3	7,5	7,3
bevlogenheid	7,7	8,3	8
Mogelijkheid tot veranderen	5,8	6,3	5,8

<sup>18</sup> De PRISMA-methode brengt het ontstaan van een incident in beeld in de vorm van een oorzakenboom. Het incident wordt geanalyseerd en de verzamelde feiten gerangschikt naar oorzaken, naar oorzaken achter die oorzaken en zo verder tot de basisoorzaken gevonden worden.

<sup>19</sup> In 2019 was dit 55%.

De meest aantrekkelijke kanten van het werken bij Zorgcentra Meerlanden vond men 'het werk zelf', 'de cliënten', 'de sfeer' en 'het zelfstandig werken'. Als belangrijkste verbeterpunten werden 'communicatie' en 'werkdruk' aangegeven. De algemene uitkomsten zijn in een aparte nieuwsbrief aan de medewerkers teruggekoppeld. In 2023 wordt per afdeling/team onderzocht, waarmee we aan de slag gaan.

### 8.2.1 Klachten medewerkers

Ook onze medewerkers kunnen op diverse manieren hun onvrede uiten. Vaak gebeurt dit via het bespreken met de desbetreffende persoon en/of hoofd, waarmee veel 'klachten' in de lijn opgelost worden. Soms wordt hierbij opgeschaald naar de bestuurder. Ook kan een medewerker bij de Ondernemingsraad terecht als een onderwerp meerdere medewerkers aangaat. Medewerkers kunnen de onafhankelijke vertrouwenspersoon/klachtenfunctionaris benaderen als zij iets niet kunnen/willen bespreken met hun leidinggevende. Als er intern geen oplossing gevonden kan worden, kan de medewerker een formele klacht indienen bij onze externe onafhankelijke klachtencommissie.

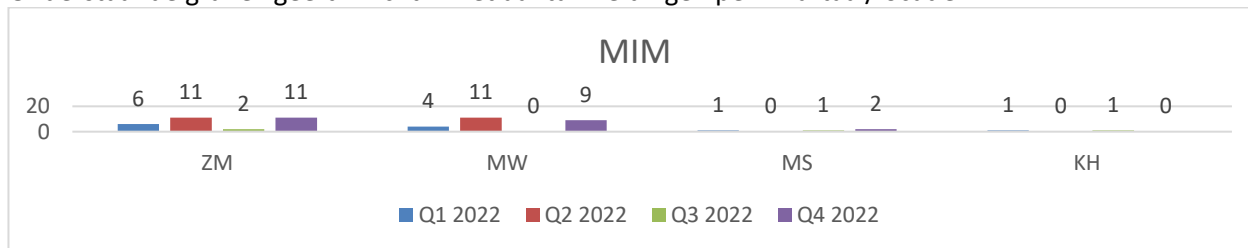
In 2022 is een 'informele klacht' gemeld. Dit is een afname ten opzichte van 2021 (5). De medewerker heeft zijn verhaal kunnen doen en voelde zich gehoord.

De vertrouwenspersoon medewerkers is in 2022 niet benaderd.

### 8.2.2 Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM)<sup>20</sup>

Stichtingsbreed was in 2022 sprake van 30 MIM's, 28 agressiemeldingen en 2 andere meldingen. Het totaal aantal MIM's is ten opzichte van 2021 (44) flink afgenomen.

Onderstaande grafiek geeft inzicht in het aantal meldingen per kwartaal/locatie:



De meeste agressiemeldingen worden veroorzaakt door mensen met dementie. Er wordt altijd overlegd met arts, psycholoog en EVV en een benaderingsplan opgesteld. Vaak wordt ook gekeken naar aanpassing van de medicatie.

## 8.3 Audits

### 8.3.1 Interne audits

In 2022 is een interne audit over 'Welzijn' verricht. Hieruit kwamen de volgende punten, waarop actie is uitgezet:

#### De Meerwende

##### *Sterke punten:*

- Voldoende gevarieerde activiteiten.
- Genoeg activiteiten gezien de energiebalans.
- Er wordt lekker eten geserveerd in het restaurant.

##### *Verbeterpunten/aandachtspunten:*

- Er is behoefte aan individuele aandacht en gebruik van levensverhalen voor meer persoonsgerichte activiteiten.
- Met meer vast en voldoende personeel komt meer tijd beschikbaar voor aandacht voor de bewoners.
- Men mist positieve verhalen over naaste in bijvoorbeeld de rapportage: rapporteer ook mooie momenten.
- Een mantelzorger miste begeleiding in proces hoe om te gaan met (dementerende) moeder.

<sup>20</sup> MIM's worden direct rondom de individuele medewerker opgevolgd en er wordt melding gemaakt in het werkoverleg. Verder worden de locatiegegevens minimaal eenmaal per halfjaar besproken in LMT en jaarlijks in MT en OR.



### De Meerstede

#### *Sterke punten:*

- Leuke busritjes.
- Goed eten.
- Bewoners worden betrokken bij activiteiten.

#### *Verbeterpunten/aandachtspunten:*

- Bewoners vinden het soms lastig om om te gaan met onbegrepen gedrag van (PG)medebewoners.
- Het was lastig de audit te plannen; afgesproken is hiervoor een vast aanspreekpunt te benaderen.

### 't Kloosterhof

#### *Sterke punten:*

- De organisatie van de gezamenlijke activiteiten verloopt goed en er is voldoende budget.
- Er is een goede communicatie tussen de activiteitenbegeleiders en EVV'ers.
- Een collega van De Meerwende liep toevallig een dagje mee met de activiteitenbegeleiding. Dit werd als zeer prettig ervaren, omdat er andere activiteiten worden georganiseerd, die ook leuk zijn voor andere locaties.

#### *Verbeterpunt/aandachtspunt:*

- Er zijn minder een-op-een activiteiten met de bewoners, bewoners geven aan dit wel te missen.

### **8.3.2 Externe audit**

In maart vond de hernieuwde certificatie-audit voor de ISO-certificering plaats voor de certificatiecyclus 2021-2024. De organisatie Walvis heeft hiervoor een bezoek gebracht aan alle locaties. Het was een positief bezoek, dat geleid heeft tot de afgifte van het ISO 9001 certificaat. Walvis constateerde dat wij over een effectief werkend kwaliteitsmanagementsysteem beschikken en voldoen (voor zover beoordeeld) aan de wet- en regelgeving en ISO-eisen.

#### Aantoonbaar is dat:

- Er klantgericht wordt gewerkt en gedacht.
- Risico's worden beheerst en kansen worden benut.
- Er oog is voor de eisen en wensen van belanghebbenden en klanten.
- Er wordt geïnvesteerd in de professionaliteit en competenties van betrokken professionals.
- De hulpmiddelen, zoals cliëntdossiers, voldoen aan de eisen en geschikt zijn voor de dienstverlening.
- Processen beheerst en systematisch verlopen en worden gemonitord.
- Er wordt gewerkt aan leren, ontwikkelen en verbeteren.

Er is één non-conformity (aandachtspunt): de bekendheid van de geïnterviewden met het incidentenbeleid. Dit ging er met name om dat het MIC-beleid door medewerkers wisselend wordt geïnterpreteerd. We hebben het beleid opnieuw onder de aandacht gebracht met als doel dat het eenduidiger wordt gebruikt.

#### Ook zijn drie observaties gedaan:

- Beschikbaarheid en kwaliteit inhuurkrachten.
- Bekendheid met en naleving van de Wet zorg en dwang.
- Actualiteit Arbo Risico inventarisatie en -evaluatie; aanpassingen naar aanleiding van verbouwingen.

Er zijn diverse acties uitgezet, waaronder trainingen over de Wet zorg & dwang en verminderen van inzet van 'losse' PNIL (personeel niet in loondienst).

### **8.3.3 Inspectie Gezondheidszorg en jeugd (IGJ)**

In maart heeft de Inspectie een bezoek aan 't Kloosterhof gebracht. De Inspectie bezoekt alle organisaties die intramurale zorg leveren.

De inspectie heeft gesproken met de bestuurder, Raad van Toezicht, een afvaardiging van de Cliënten- en Familie Raad, cliënten, hoofd zorg & welzijn, beleidsmedewerker en medewerkers van zowel PG- als somatische afdeling. Ook heeft de Inspectie een rondleiding gehad, tijdens de lunch geobserveerd en zorgdossiers ingezien. Op basis hiervan is een rapportage opgesteld.

De conclusie van de Inspectie luidde: " De Inspectie constateert dat de geboden zorg op 't Kloosterhof (grotendeels) voldoet aan bijna alle getoetste normen. De Inspectie ziet een locatie waar een hecht team van deskundige zorgverleners elke dag de cliënt centraal stelt. Er is een open en transparante cultuur om te kunnen en mogen leren van fouten. 't Kloosterhof kan zich verbeteren door risico's en afwegingen over de inzet van onvrijwillige zorg inzichtelijk vast te leggen. De Inspectie heeft op dit moment vertrouwen in de wijze waarop Zorgcentra Meerlanden stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De Inspectie concludeert dat er geen vervolgtoezicht nodig is." Naar aanleiding van de rapportage is een aantal acties uitgezet.

## 9. Leren & Verbeteren

### 9.1 Verbeterparagraaf

Wij hechten veel belang aan 'leren en verbeteren'. Door te 'Leren en werken aan kwaliteit' willen we bereiken dat onze medewerkers optimale zorg en ondersteuning aan de cliënten leveren, gebruikmakend van professionele richtlijnen, ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie. Onderdeel van onze besturingsfilosofie is een cultuur, gericht op leren en verbeteren, eigen verantwoordelijkheid nemen en samen het resultaat bereiken.

### 9.2 Evaluatie

Alle in dit jaarverslag genoemde ontwikkelpunten zijn verbeteringen die wij in 2022 (deels) doorgevoerd hebben. Deze punten worden ten behoeve van het kwaliteitsverslag en -plan geëvalueerd. Minimaal tweemaal per jaar bespreken we deze documenten in de verschillende overlegvormen (MT, CCFR, OR, VAR en commissie Kwaliteit, Personeel en Organisatie van de Raad van Toezicht, zorgkantoor en lerend netwerk kwaliteit). Nagegaan wordt welke verbeteringen zijn doorgevoerd en waaraan we nog willen werken. Ook evalueren we periodiek onze kwaliteitsinstrumenten om na te gaan of deze nog volstaan. Voor de gebruikte instrumenten in 2022 geldt dat deze voldoen en voor 2023 voortgezet worden.

### 9.3 Terugkoppeling resultaten

Wij maken gebruik van diverse meetinstrumenten. De resultaten hiervan bespreken we met de medewerkers, cliënten, Managementteam, CCFR, OR en/of VAR. Via het kwaliteitsverslag en het kwaliteitsplan, die op alle relevante overlegvormen geagendeerd worden, vindt ook terugkoppeling plaats.

### 9.4 Kwaliteit van de locaties

Naast de uitkomsten van de kwaliteitsinstrumenten is het ook belangrijk dat er een beeld is van de 'niet meetbare' kwaliteit van de locaties. De hoofden wordt daarom elk kwartaal gevraagd waar zij trots op zijn, op welke kwaliteitsgebieden er gewerkt is en wat eventuele verbeterpunten waren:

#### De Meerwende

- Trots: De Meerwende heeft bijna het personeelsbestand op orde met periodeopdrachten en ook de formatie van het LMT. Het LMT is trots op de grote betrokkenheid en bereidheid bij medewerkers en het dalend ziekteverzuim.
- Kwaliteit: De leefcirkels, waarmee cliënten meer kwaliteit van leven krijgen, zijn ingevoerd. Ook zijn er veel processen herzien en zijn digicoaches aangesteld.
- Verbeterpunten: Aantrekken en behouden van voldoende medewerkers blijft een groot aandachtspunt.

### De Meerstede

- Trots: Er is stabiliteit in het team, dat betekent dat het team het prettig/gezellig heeft en in verbinding staat, ondanks zorgzwaarte en werkdruk.
- Kwaliteit: Er zijn, na de coronaperiode, meer activiteiten, busritten en themamaaltijden opgestart en ook het O.N.S. (Wijkontmoetingscentrum) is weer gestart voor de wijkcliënten.
- Verbeterpunten: Het openstellen van Huiskamer het Polderhuis in de weekenden is nog steeds niet gelukt. Ook verdienen het hoge ziekteverzuim, de schoonmaak van de badkamers en de domotica aandacht.

### 't Kloosterhof

- Trots: Dat de verbouwing zo voorspoedig gaat en vooral trots op onze bewoners die nooit klagen over geluidshinder. Verder zijn we trots dat er nog steeds nieuwe sollicitaties binnen komen, zonder dat we vacatures hoeven te plaatsen, op ons casemanagement dat heel hard groeit en grote meerwaarde heeft en op het (nog steeds) lage ziekteverzuim.
- Kwaliteit: Ondanks het zwangerschapsverlof van een aantal collega's, kunnen we nog steeds een goede kwaliteit van zorg leveren. Ook is de implementatie van ONS dossier vrij soepel verlopen.
- Verbeterpunt: Uitbreiden begeleiding op derde huiskamer (somatiek); we proberen de tijden zo aan te passen dat we het nieuwe welzijnsprogramma vanaf 1 januari 2023 kunnen uitvoeren.

**Bijlage 1 Afkortingenlijst**

<b>ACP</b>	Advanced Care Planning
<b>ADL</b>	Algemeen Dagelijkse levensverrichtingen; handelingen die mensen in het dagelijkse leven verrichten
<b>CCFR</b>	Centrale Cliënten- en FamilieRaad
<b>CFR</b>	Cliënten- en FamilieRaad
<b>ECD</b>	Elektronisch CliëntDossier
<b>ELV</b>	Eerstelijns Verblijf
<b>EVV</b>	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
<b>Fte</b>	Fulltime-equivalent' (rekeneenheid voor omvang van een baan)
<b>GGD</b>	Gemeentelijke gezondheidsdienst
<b>GRZ</b>	Geriatrische Revalidatiezorg
<b>GVP</b>	Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric
<b>HRM</b>	Human Resource Management (personeelszaken)
<b>ICT</b>	Informatie- en Communicatietechnologie
<b>IG (verzorgende)</b>	Individuele Gezondheidszorg
<b>IGJ</b>	Inspectie Gezondheidszorg en jeugd
<b>ISO Zorg &amp; Welzijn</b>	kwaliteitsnorm voor zorg- en welzijnsinstellingen (ISO: 'International Organisation for Standardization)
<b>KPI's</b>	Kritieke prestatie-indicatoren (KPI's)
<b>LMT</b>	LocatieManagementteam
<b>MIC</b>	Melding Incidenten Cliëntenzorg
<b>MIM</b>	Melding Incidenten Medewerkers
<b>MT</b>	Managementteam
<b>NPS</b>	Net Promoter Score
<b>OR</b>	Ondernemingsraad
<b>PG</b>	Psychogeriatric
<b>PNIL</b>	Personeel niet in loondienst
<b>PR</b>	Public Relations
<b>PREM</b>	Patient Reported Experience Measurement
<b>RI&amp;E</b>	(Arbo) Risico-inventarisatie en -evaluatie
<b>RvT</b>	Raad van Toezicht
<b>SO</b>	Specialist OuderenGeneeskunde
<b>VAR</b>	Verpleegkundige Adviesraad
<b>Wlz</b>	Wet langdurige zorg
<b>Wzd</b>	Wet zorg en dwang
<b>ZZP</b>	ZorgZwaartePakket